59. évfolyam. 36. szám. Budapest, 1915 szeptember 5.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Fonyó János: Közlemény a cs. és kir. kenyérmezei tábor kórházából. A foltos hagymáz epidemiologiája és prophylaxisa. 477. lap.

Ónodi Adolf: Harctéri orr- és gégegyógyászati esetek. 482. lap.

Lővi József: A kassai megfigyelő-kórház járványosztályáról. A cholera kezelése hypertoniás konyhasós infusiókkal. 483. lap.

Justus Jakab: Megfigyelések és kisérletek a keloid aetiologiáját illetőleg. 484. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Franz Kuhn*: Samaritäre und chirurgische Geräte-Improvisation im Kriege. — *Schmidt, Lamhofer, Friedheim Donat*: Diagnostisch-therapeutisches Vademecum. — *Wilhelm Croner*: Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken. — *Lapszemle. Belorvostan. A. Hoffmann*: Theacylon. — *Sebészet. Ehret*: A tüdölövések gyógykezelése. — *Gyermekorvostan. Jacobsen*: A szamárhurut okozója. — *Koch:* A gyermekkori gümőkór initialis láza. — *Börkórtan. Curschmann* A tetvek elpusztítása a harcztéren. — *Húgyszervi betegségek.* A húgyanyagkiválasztás megállapításának hasznáról prostatás betegeken. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Strauss:* Katacid-tabletták. — *Marcovici* és *Schmitt*: Allphen. — *Hercher*: Tetanus. 486—488. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi ujság. 488. lap.

Vegyes hirek. 488. lap.

Tudományos társulatok. 489. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a cs. és kir. kenyérmezei tábor kórházából.

A foltos hagymáz epidemiologiája és prophylaxisa.*

Irta: *Fonyó János* dr., főorvos (Budapest).

A foltos hagymáz (typhus exanthematicus) ismerete és epidemiologiája a régebbi időkben egyes hiányos megfigyelésekben merült ki. A legtökéletesebben vázolta a kórfolyamatot *Curschmann* 1900-ban. Hatalmas lépéssel hozták közelebb a betegség lényegének sejtését és a betegség ismeretét *Nicolle* 1910-ben, *Provazek*, *Goldenberg* és *Anderson* 1912-ben, az ő experimentalis állatkisérleteikkel. A betegségnek és a belőle kifejlődött járványoknak ijesztő hírei, a melyek azt oly súlyos és veszélyes állapotnak festették, ma már nem ismétlődnek. Minthogy Közép-Europa kulturállamaiban foltos hagymáz-járvány már évtizedek óta nem volt, új nézőpontok csak ma jelentkezhettek, a mikor a hadjárattal kapcsolatban a betegség hol elszórtan, hol meg kisebb-nagyobb járványok alakjában jelenik meg. A vizsgálatok és kisérletek azt mutatták, hogy a járvány kifejlődése meggátolható, a hol pedig az első eseteknek figyelmen kívül hagyása folytán a járvány kitört, ott hamarosan és könnyű szerrel legyőzhető, minthogy ma már jól tudunk ellene védekezni és jól tudjuk magunkat is megvédeni. Már kezdettől fogva látszott, hogy a járványnyal szemben nem állunk olyan tehetetlenül mint hajdanában és hogy utak és módok lesznek, ezen eddig ismeretlen eredésű veszedelem legyőzésére.

A járvány az eddigi irodalmi adatok alapján stereotypusos módon a következőképpen szokott lefolyni. A kórházi jelentések szerint az év téli hónapjaiban látszólag szaporodni szoktak a recurrens *(Obermeyer)*, az abdominalis typhus- és az influenza-esetek, úgy hogy a kórházak termei csakhamar megteltek. Erre hirtelen, az exanthemának felismerése és a sejtésnek valóra válása folytán, megjelenik a járvány a maga legyőzhetetlennek látszó formájában. A látszólag nem kifejezett, aránylag hamar, 14 napon belül lefolyó lázas állapotok, kevert (typhus recurrens) infectiókból származó, vagy complicatiókkal (otitis, pleuritis, gangraena, pneumonia, parotitis) variált újabb hőemelkedések a megitélést bizonytalanná teszik. A mint azonban a foltos hagymáz gyanuja a kórlefolyások egyenlősége (typhosus agytünetek, lázmenet, állandó exanthema) folytán való diagnosissá vált, egyszerre eltűntek a kimutatásokból az influenzák és a hastyphusok és a járvány, a betegség szétterjedése annak tetőpontját érte el. A továbbiakban nem maradt a járvány, a napi megbetegedések száma ugyanazon magas fokon, csak ott, a hol az váratlanul és előkészületlenül, a hygiene legelemibb berendezései nélkül találta az embereket és a hol hetekig felderítetlenül maradt a betegség.

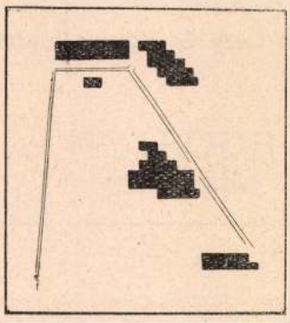
Jellemző tehát az epidemiára a meglepő és hirtelen kezdet. Most gyorsan lezárások foganatosittattak a kifejlett járvány leküzdésére és meggátlására, mégis a járvány hónapokon át továbbra is fennmaradt, tekintet nélkül az alkalmazott eljárásokra, minthogy az utóbbiak tökéletlenül, minden egységesség és erély nélkül vitettek keresztül. Az ápolószemélyzetből sokan (7%) megbetegedtek, daczára annak, hogy foltos hagymázos beteggel még csak nem is érintkeztek. Ebben rejlik a betegségnek második sarkalatos sajátsága, hogy az emberek megbetegszenek a nélkül, hogy a beteggel érintkeztek volna, a nélkül, hogy a betegnek közelében lettek volna.

Ez a szokatlan átterjedése a betegségnek a foltos hagymáznak bizonyos ijesztőséget kölcsönöz. A látszólag alig meggátolható fertőzési veszedelemnek megfelelőleg a megbetegedési arányszám is szokatlanul magas szokott lenni és túllépi más epidemiák megbetegedési arányát.

A foltos hagymáz járványának további sajátossága, hogy egy emberlakta terület az összeköttetések mentén a szó szoros értelmében átívódik vele (l. az 1. képet) és míg más járvány bizonyos idő mulva természetes végét éri, foltos hagymáz esetén egyik megbetegedés követi a másikat végtelen sorozatban, az egyik eset olyan mint a másik, az infectio súlyossága tekintetében teljesen egyenértékű és ha a járvány ellen technikai és orvosi intézkedéseket életbe nem léptetnek, addig tart, a míg csak egészséges ember van az illető lakásközösségben *(Wenckebach)*. A sorból legfeljebb csak azok maradnak ki, a kik a betegséget egyszer már átélték, tehát az immunisok. E mellett egyes embereknek természetes immunitása, bizonyos életkor az epidemia csökkentése tekintetében a foltos hagymázban alig jön kifejezésre. *Wenckebach* betegei például 2—60 évesek voltak. Egyhangú sorozatban következik egyik eset a másik után, a baj az egyik emberről a másikra terjed, egyedül az infectio terjedésmódja és a terjesztő rovar és a vándorló ember útja által meghatá-

* A cs. és kir. pozsonyi 1. sz. katonai parancsnokság 28102/1915 M. A. számú engedélyével közölve.

rozva. A régiek is megemlítették a betegségnek ezen epidemiologiai sajátosságát és ez volt az, a mi lehetővé tette annak idején a betegséget, annak pontosabb ismerete nélkül is, más typhusos megbetegedésektől elválasztani, megkülönböztetni.



1. kép.
A foltos hagymáz terjedésének sémája az összeköttetések mentén.

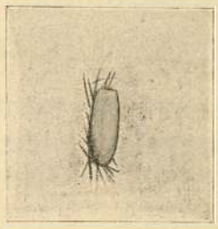
A régiekkel szemben azonban előnyben vagyunk, mert per analogiam más járványnak rovarok által való terjedéséből, de meg *Nicolle* és *Provazek* experimentalis vizsgálataiból mindinkább valószínűvé vált, hogy a foltos hagymáz járványa egyedül és kizárólag a ruhatetvek révén jön létre. A tetveket ismerték fel a foltos hagymáz mérge átvivőinek, és a fertőző tetvek elpusztításával a járványnak veszedelme is el volt hárítva.

Az olyan kórházban ugyanis, a hol a foltos hagymázos betegek nem tisztíttattak meg tetveiktől, a betegekkel foglalkozók legnagyobb része rövid időn belül megbetegedett, viszont, a hol a foltos hagymázos betegek tetűmentesítése keresztülvittetett, az ápolószemélyzet és az orvosok egészségesek maradtak. De ugyanazok az emberek, a kik ezen tetűmentes osztályokról később tetves kórházakba felügyeleti vagy desinfectiós eljárások eszközlése czéljából átküldettek, 21 napon belül megbetegedtek. A foltos hagymázos beteggel nem is kell érintkeznünk, csak a betegszobába kell lépnünk és már is megbetegedhetünk, viszont naponkint vizsgálhatunk és kezelhetünk ilyen beteget és mégis mindvégig egészségesek maradhatunk. Elegendő a fertőzött területen bő kabátban és hosszú nadrágban keresztülmenni, vagy hulljék a nyakunkba az emeletről vagy felakasztott tetves kabátról egy fertőzött tetű — a nélkül tehát, hogy bárkit is megérintettünk volna —, megbetegedhetünk. Ezen talányszerű viszonyokat csak egy magyarázat világosíthatja fel, és ez az, hogy nem a beteg ember maga, hanem az inficiált tetű mint közbeeső gazda viszi át a betegséget a beteg emberről az egészségesre. A bő kabát és hosszú nadrág az olyan helyeken, a hol hónapok óta milliószámra tenyészik a tetű, az emberekkel, a fekvőhelyekkel való érintkezés folytán a tetveket könnyen felszedheti. A csizma és gummiköpeny némileg megvéd.

A ruhatetű biologiai adatai, a melyek különösen *Cholodkovsky, Landois, Leuwsnhoeck* és *Eysell* vizsgálatai óta ismeretesek, közelebb fognak hozni bennünket a betegség terjedésének és megszüntetésének megértéséhez. A kifejlett tetű 24 órán belül kétszer szív vért. Az emberi testen levő ruha melege az a hőfok, a mely mellett leginkább tenyészik. Táplálékfelvétel nélkül a 2.—5. napon, vagy 30—35° C melegben tönkremegy. A tetű által szívott vér az emésztés után a tetű testében fekete lesz és belőle vonal alakú faeces alakjában távozik. Az elhalt tetvek feketés színezetet öltenek.

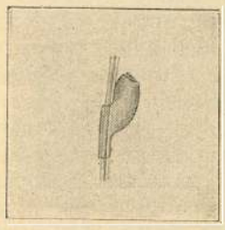
Az emberen három fajta tetű él, ú. m. a fejtetű, a ruhatetű és a lapostetű. A két első fajta hosszúkás, a harmadik fajta pedig négyszögű alakja révén jól felismerhető. A fejtetű és a ruhatetű nehezebben különböztethető meg egymástól. A ruhatetű (l. a 2. képet) hímjének hossza 3·2 mm., szélessége 1·0 mm.; nőstényének hossza 4·1 mm., szélessége 1·0 mm. A fejtetű hímjének hossza 2·5 mm., szélessége 0·8 mm.; nőstényének hossza 3 mm., szélessége 1·1 mm. A lapostetű hímjének hossza és szélessége 1 mm.; nőstényének hossza és szélessége 0·5 mm. A ruhatetű majdnem színtelen, a fejtetű a haj színét utánozza, a lapostetű szürkés-sárga vagy szürkés-fehér. A fejtetű és lapostetű az emberi testhez kötött, de idegen szagra gazdáját könnyen elhagyja. A ruhatetű csak a táplálékfelvétel alkalmával tartózkodik az ember testén, különben pedig a fehérnemű (l. a 3. képet) és a ruha ránczaiban, a ruhában és a takarókban (l. a 4. képet) található, a hol petéit a szálak mentén könnyen megtapaszthatja. A fejtetű a fej hajas bőrén él, ritkán a szakállban és a szemöldökben. A lapostetű a fantájon, ritkán a test egyéb hajas részén és kivételesen a fejen. A foltos hagymáznak a fejtetű által való átvihetőségét *Anderson* és *Goldenberg* állítja. A lapostetűnek ebbeli szerepét illetőleg adataink nincsenek.

2. kép.
A ruhatetű 6-szoros nagyításban.



3. kép.
Pete a fehérneműben 10-szeres nagyításban.

4. kép.
Peték gyapotszövetben, 8-szoros nagyításban.



5. kép.
Fejtetű petéje a haj tövében, 16-szoros nagyításban.

A tetvek hordóalakú sárgás, szabad szemmel is észrevehető tojásokat raknak, a melyeket a fejtetű és a lapostetű a hajszálak tövéhez (l. az 5. képet), a ruhatetű a ruha, a takaró és a fehérnemű varratai mentén, a gyapju szálai közé tapaszt. A ruha- és a lapostetű tojásának hossza 0·8—0·9 mm., a fejtetűéé

0·6 mm. A ruhatetű tojásaiból a tetvek 3—4 nap mulva (*Eysell*), a lapostetű és a fejtetű tojásaiból pedig 6—7 napra bujnak ki és alakra és életmódra nézve azonnal az eredetiekhez hasonlítanak. A tetvek petéi igen ellentállók, még savakkal szemben is. Míg az élő tetű aránylag könnyen elpusztítható, a peték elhelyezésüknél fogva nehezebben közelíthetők meg mind chemiai, mind physikai módszerekkel, úgy hogy kiirtásuk egészen külön technikát igényel. Chitinburkukon csak a kéngőz, a kénsav, a trichloraethylen (*Kulka*), a szénkéneg, a meleg (35—100° C) hatol át. A 2%-os cresolszappan-oldat fakóvá teszi őket és megrepeszti. A kénsavgőzök és a szénkéneg elöli őket, a meleg úgy gőz (l. a 6. képet), mint forrólég (l. a 7. képet) vagy chemiai reactiós meleg alakjában coagulálja a fehérjéit. A 40%-os eczetsavoldat a chitinburokra oldó, puhító hatással van s azon át az 5%-os carbol vagy 2%-os cresolszappan-oldat még könnyebben jut a pete protoplasmájához.

6. kép.
Gőzdesinfectio útján 100° C mellett 10 percz alatt elpusztult tetű képe.

7. kép.
Sütőkemenczében 115° C mellett 30 percz alatt elpusztult tetű képe.

Vitás kérdés volt kezdettől fogva a szalma és a deszka. Megél-e bennük a tetű, tenyészhet-e bennük tetűgeneratio, átalakult életviszonyok között, megtapadhat-e bennük a tetűpete, a mennyiben a tetű petéinek fixálása czéljából a ruha redőit, a takaró szálait keresi fel s azokhoz tapasztja s így nem látszik valószínűnek, hogy a tetű akár a szalmában, akár a deszkában petéit meg tudná tapasztani. A szalmában a tetű nem él sokáig, épp úgy mint a barakk deszkáiban sem (*Brauer*), ellenben megtalálhatjuk a petéket a szemétben, a ruha és a pamutrongyok között, a miért is tévedés, ha azt gondoljuk, hogy a tetves szalma a főforrása a tetű terjedésének. A szalma, a szalmazsák a tetvektől, a melyek beleestek, a szabadban való hagyás vagy kiporolás által könnyen megszabadíthatók és ugyanez áll a deszkára, a deszkabarakkokra vonatkozólag is, ha azokat 21 napon át szabadon hagyjuk. Én a szalmazsákokat a szalmával együtt vagy a desinfectorba raktam, vagy 40%-os eczetsavoldattal bepermetezve ½ órára sütőkemenczékbe helyeztettem, vagy egyszerűen 10 napon át a napon hagyva, egy marék naphthalint varrattam beléjük.

A tetvek vérrel táplálkoznak, a melyet szúró-szívókészülékeik útján szívnak az emberből. A szúrás, a csípés helye sokszor nem található meg, máskor gyengébb vagy erősebb viszkető érzést okoz, a melyre vakarással reagálunk. A következmények eczema és a var alatt nedvező és genyedő helyek. A tetvek jelenléte könnyen konstatálható, a mennyiben azokat a ruhákban, a ruhák redőiben, a hajas tesztrészeken, tojásaikat a ruhavarratok mentén, a hajak tövén észre lehet venni. Ruhatetűre vallanak a nyakon, a lapoczkák között és a derékon található vakaráshelyek is.

A tetvek szájkészüléke szúró-szívó készülékkel van ellátva, a mely a felső ajakból kiinduló tövisből és annak befogadására vályuszerűen átalakult alsó ajakból áll. Az alsó ajak az oesophagusba folytatódik, a mely a szívást eszközli. A szájüregbe nyálkamirigyek nyílnak, a melyek izgató nedvüket a bőrön szúrt csatornába ömlesztik. Az oesophagushoz társul a középbél és a gyomor, a mely a bélnek emésztő része. Utóbbihoz csatlakozik a végbél. Már kis nagyítással is észrevehető a finom, a légzést eszközlő trachearendszer. Ez két oldalsó főágból áll, a melyek minden segmentumban kifelé haránt irányú ágak útján a stigmákba nyílnak. A főágakból tehát egy egész csőrendszer indul ki, a mely minden szervben szétágazva, legfinomabb ágaik intracellularisan, a tracheavégsejtekben végződnek. A nagyobb tracheaágaknak egy-egy spiralis alakú chitin támasztófonala van. Az oxygen tehát directe az egyes testtájakhoz jut. A testfelület chitinburka savakkal és alkaliákkal szemben ellentálló. A tetű élete a gazdához kötött. A tojásrakáshoz feltétlenül szükséges, hogy vérrel táplálkozzék. Szagokkal és hővel szemben érzékeny és annál érzékenyebb, mennél fejlettebb; már 30—35° C-on elpusztul.

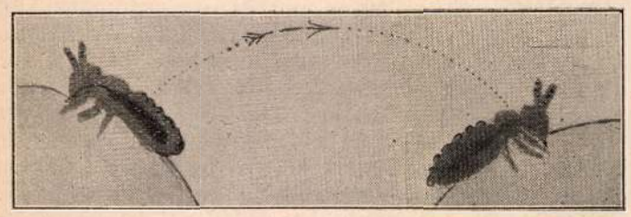
A tetűirtó szereknek, a melyeket eddig öntudatlanul, csak tapasztalati úton használtunk, pusztító hatásuknak magyarázatát a fentemlített morphologiai adatok adják meg (*Fiebiger*). A vízben oldott szerekkel szemben a tetvek testfelületüknek chitinburka miatt igen ellenállók, ellenben oly anyagok, a melyek gázzá alakulnak át, a tetű tracheájába, annak finom és érzékeny légző végkészülékeibe hatolnak és egyenesen a testet felépítő sejtprotoplasmára hatnak. Ezen szerek közé tartoznak elsősorban a benzin, a kénessav, az aetheres olajok, továbbá a nem régen ajánlott 10—25%-os ammoniak (*Pregl*), a 40%-os eczetsav (*Zupnik*). Ezen szereknek megvan még az a jó tulajdonságuk is, hogy érintkezés nélkül is bizonyos distantiára hatnak. A szürke kénesőkenőcsről pl. ismeretes, hogy nemcsak lokalisan hat, hanem gőzöket is fejleszt, a melyek a testet bizonyos kéneső-atmospherával veszik körül s így a test felületén levő élősködőkre pusztító hatással van (*Blaschko*).

Más módon magyarázható a zsiroknak és a kenőcsöknek tetűellenes pusztító hatása. Ezen anyagok (1%-os ánizskenőcs, 10%-os naphthalin-kenőcs), a mint rajtuk a tetvek keresztülmásznak, eltömik tracheáik stigmáit, a minek következtében a parasiták megfulladnak.

Fertőző anyagnak, virusnak az arthropodák által való átvitele az emberre többféleképpen történhet. Az egyik esetben a virus az arthropodák által felvéve, azokból átalakulás vagy szaporodás nélkül vitetik át az emberre, az ember vérébe. Más esetben a virus az arthropodának, mint a virus továbbfejlődésére szükséges közbeeső gazdának beleiben szaporodik (sporogonia), átalakul, vagy fejlődésének egy szakasza játszódik le abban (malaria), de eközben az arthropodának is általános fertőzése jön létre. Igy jut a fertőző anyag a tetű nyálmirigyeibe s a nyállal együtt a csípési szúrt csatornába, ezen át az ember vérébe s ily módon közvetíti a fertőzött tetű az infectiót. Sőt bizonyos fertőző betegségnek a kullancsokkal való terjesztésekor a fertőző virus, a protozoon a kullancs nemi szerveibe és petéibe is bejut, inficiálja az állat petéit is s a kibujó generatio lárvái viszik tovább a betegséget. Ugyanez állhat a foltos hagymáz virusára nézve is. Előfordul, hogy a fertőző betegséget okozó virus az arthropodának csak a gyomráig jut és csak abban tartózkodik; ez esetben a csípés által való átvitelhez még a hányási aktus is kell, hogy hozzátársuljon, a mely a szúrás alkalmával a csírákat a szúrt csatornába ömleszti.

A foltos hagymáznak tulajdonképpeni okozóját eddig nem ismerjük. A leírt bacteriumleletek (*Calmette, Constis, Wilson, Hatineano, Petruschky*) nem látszanak találónak. Még legvalószínűbbek *Provazek* leletei, a ki igen kicsiny, *Giemsa* szerint festhető zárványokat talált a fehérvérsejtekben, a melyeket ő a betegség előidézőjének tart.

További experimentalis vizsgálatok szerint a ruhatetű csak több nappal a szívás után infectióképes, amiért is, mint említettük, felvehetjük, hogy virusa a tetű testében átalakul, közben annak egész testében szétterjed, sőt petéi is fertőztetnek, még a második generatióban is (*Sergent, Foley, Vialatte*). A tetű tehát a virust a beteg emberből, annak vérével együtt magába szívja, közbeeső gazdává válik, saját magát inficiálja, a virus belekerül a nyálmirigyeibe és csípés közben a virust a nyálával együtt más egészséges embernek vérébe oltja (l. a 8. képet).



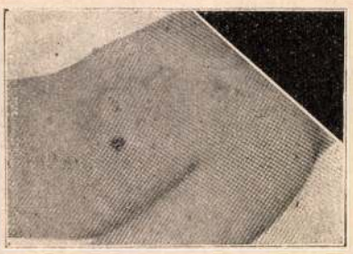
8. kép.

A foltos hagymázos egyén vére tartalmazza a ragályt és az a tetű, mely ezen időszakban a beteg vérét szívja, más egyénre átviszi a foltos hagymázt.

A mint látható, egész sorozat analogiai momentum van a foltos hagymázt terjesztő tetű és más, az arthropodák által átvihető fertőző betegségek között (*Fiebiger*). És valószínűnek látszik, hogy a tetű testében, úgy mint a szunyogban a malariáénak, található lesz egy átalakulási formája a foltos hagymáz okozójának, a mely majd könnyebben lesz talán megközelíthető a mikroskopos vizsgálatok számára, mint az ember vérében levő forma.

Ezen felvételek alapján fogtunk az egész vonalon a járvány meggátlásához és küzdöttünk a foltos hagymáz behurczolásának veszedelme ellen. Keresztülvittük az embereknek, ruháiknak és lakosztályaiknak lehető tetűmentesítését és ezen a módon sikerült is a járvány kitörését, behurczolását és szétterjedését meggátolni.

Az első foltos hagymáz-eset megállapítása után kell, hogy a naponkénti orvosi perlustrálást keresztülvigyük, hogy a megbetegedetteket kiválogathassuk (*Schattenfroh*). Kérdés azonban, hogy vajjon a foltos hagymáz mindig klinikailag felismerhető formában jelenik-e meg, vagy hogy a typusos megbetegedési formák mellett abortiv, vagy ki nem fejlődött megbetegedési alakok előfordulnak-e és hogy jelentkeznek-e fertőzések az egészségi állapotnak minden megzavarása nélkül is? Mert fontos tények szólanak az ellen, hogy a foltos

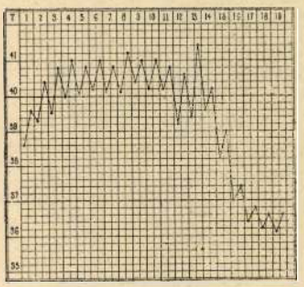


9. kép.

A foltos hagymázos kiütés képe a megbetegedés 5. napjáról, a kiütéseknek egyenlőtlenségét mutatja.

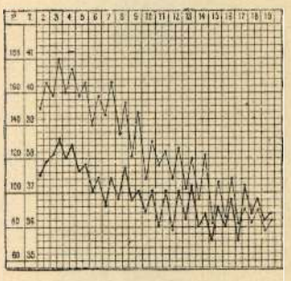
hagymázban ne tételezzünk fel hasonló viszonyokat, mint más fertőző betegségekben. Már magában véve az a körülmény, hogy a legtöbb ember klinikailag megismerhető és typusos formában lesz a foltos hagymáz tünetei által meglepve, és hogy egy lakásközösségnek majdnem minden tagja hasonló jellemző kiütéssel (l. a 9. képet) és typusos lázmenettel (l. a 10. képet) betegszik meg, bizonyítéka annak, hogy a ki nem alakult megbetegedési formák nem lehetnek gyakoriak, sőt van, a ki *Brauer*-ral ellentétben azt állítja, hogy eltérések (l. a 11., 12., 13. képet) a typusos lefolyástól egyáltalában csak igen kivételesen fordulhatnak elő (*Jürgens*).

Ha a gyanusakat, a kik főfájásról, elesettségről, hányásról panaszkodnak, egy arra szolgáló külön megfigyelő helyiségben összpontosítjuk, ezek között lesznek, a kiken a megfigyelés ideje alatt a jellemző kórkép nem fog kifejlődni s a



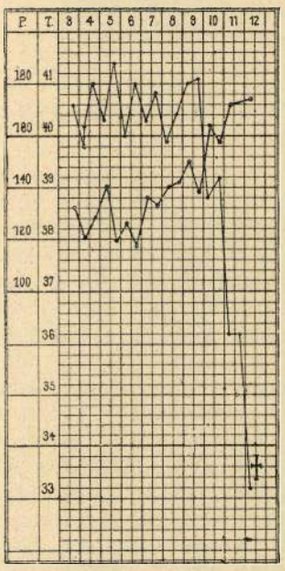
10. kép.

A foltos hagymázos lázmenet typusos formája.



11. kép.

Elhúzódó defervescentia szívgyengeséggel párosulva. Az alsó görbe az érverést jelzi.



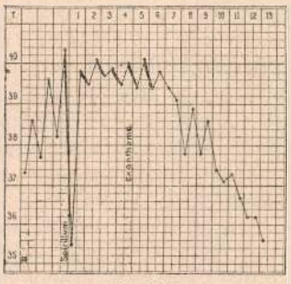
12. kép.

A foltos hagymázos lázmenet kritikus sülyedése. Exitus.

megfigyelés alól kibocsájthatók; lesznek viszont, a kiken a jó közérzetnek ezen első zavarai valóban a kezdődő foltos hagymáz első jeleinek bizonyulnak. Utóbbi esetekben néhány napon belül (5—14 nap) a foltos hagymáz félre nem ismerhető alakban jelenik meg, az illetők súlyos betegnek benyomását teszik, úgy hogy kétségkívül kiválasztásuk nélkül is kellett volna, hogy csakhamar betegnek jelentsék magukat. Hiába volna azonban a kiválasztás, ha egy ilyen megfigyelő barakk nem lenne egyéb, mint tenyésztője a foltos hagy-

mázos tetveknek és éppen azért feltétele ezen technikai berendezésnek a kifogástalan tetűmentesség.

A ki nem alakult megbetegedési forma — a melyben a láz, a kiütés vagy a szellemi functiók laesiója egészen hiányzott, vagy csökevényes lett volna — nagyon ritka, én ilyen formákat csak reconvalescensektől megbetegedett 4 esetben láttam. Láttam foltos hagymázos betegeket typusos láz-



13. kép.

Vegyes fertőzés, a foltos hagymázt megelőző febris recurrens-rohammal.

görbével, kifejezett agytünetekkel, a kik csak elvétve mutattak csakhamar eltűnő roseolafoltokat, de csak ritkán fordult elő, hogy a kiütés teljesen hiányzott (1 : 500). Saját tapasztalataink alapján *Murchison*-nal ellentétben mondhatjuk, hogy a betegnek korai megfigyelése mellett exanthema nélküli állapot ritkán fordul elő, hogy az exanthema láz nélkül sohasem jelenik meg, és hogy igen ritkán fordul elő a láznak a typusostól eltérő menete. Bár az irodalmi adatok alapján az agytünetek kevésbé állandóak és subjectiv természetük miatt könnyebben kerülik el figyelmünket, tapasztalásaink szerint mégis mindig megvoltak. Tekintetbe véve az aránylagos nagy megbetegedési számot és azt, hogy a foltos hagymázos fertőzések minden klinikai jel nélkül igen ritkák, lényegesen különbözik e betegség ezen sajátossága folytán más fertőző betegségektől s az utóbbiakban tett tapasztalatok a foltos hagymázra nem is vonatkoztathatók. Mert az individualis különbségektől eltekintve, a hastyphusban ezen betegségnek minden formája egymás mellett jelentkezhet, a legsúlyosabb alaktól a bacillushordozóig. Ellenben a foltos typhusban az infectio maga egyenértékű a megbetegedéssel. A foltos hagymáz tehát klinikailag jól charakterizálható. és fel nem ismerhető előfutárai, vagy bacillushordozók olyan értelemben, mint más infectiosus betegségekben, a foltos hagymázban nincsenek.

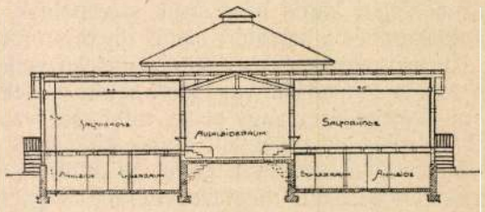
A hol foltos hagymázos epidemia volt, ott az epidemia mindig egyes megbetegedési esetekre volt visszavezethető. Egyszer halálosan lefolyó tüdőgyuladások, influenzapneumoniák, máskor meg szívgyengeségi állapotok vonták magukra az orvosok figyelmét. Ma a kiütés felismerésével és az első diagnosis megállapításával az epidemia veszedelme is el van hárítva. A mi — minthogy a ruhatetvek néha csak igen nehezen irthatók ki — nem rövid idő alatt keresztülvitt általános tetűirtással, hanem gondos orvosi ellenőrzéssel kapcsolatos és a viszonyokhoz alkalmazott intézkedésekkel volt elérhető, a melyeket ezen orvosi megfigyeléseknek megfelelőleg a legveszélyeztetettebb területekre terjesztettünk ki.

Epidemia előkészítésére a legjobb mód van adva abban, ha egy embercsoport átvizsgálásakor az első könnyű panaszok és egészségi zavarok figyelmen kívül maradnak és ha a betegek lakóhelyükre, beosztásukhoz visszaküldetnek és ott kifejezett influenzatünetekkel (*Brauer*) ágybanfekvő beteggé válnak. De ha a legcsekélyebb panaszokat is tekintetbe vesszük és initialis symptomák után, állandó, 2 héten át tartó, megszakítás nélküli főfájás után kutatunk, a nélkül, hogy a betegségnek teljes kifejlődését megvárnánk, meg van adva a lehetősége annak, hogy az infectio forrását már az első megjelenésében ártalmatlanná tegyük. A hol ez principiumban keresztülvitetett, ott a foltos hagymáz-járvány nem fejlődött ki, még ha hónapokon át is voltak elvétve ilynemű megbetegedések. Ezen valóságban rejlik a bizonyítéka annak, hogy a járvány meggátlása lehető, ha nem várunk mindent a lezárásoktól s a sokszor igen nagy technikai akadályokba ütköző desinfectiós eljárásoktól.

Az első foltos hagymáz-eset megállapítása után a tetűirtást meg kell kezdeni. E közben pedig az inficiált területeknek lezárása nem is látszik annyira fontosnak, mint az általános tisztálkodás, fürdés, hajnyírás, ruhaváltás (*Galewsky*). Ha ezt nem teszszük, a foltos hagymáz mérgével inficiált tetvek, ezeknek egyébként is rendkívüli szaporodóképessége miatt, a virust nagy arányokban fogják szétvinni. A ruhatetű nősténye egy alkalommal 70—80 petét rakván (*Cholodkovsky*), egy foltos hagymázzal inficiált tetűnek 8 héten belül *Leuwenhoeck* szerint 5000 terjesztője lesz.

A foltos hagymáz megjelenésekor tehát a már amúgy is folyamatban levő tisztasági és tisztogatási eljárásokat fokozni kell, lehetőleg úgy, hogy az inficiált lakóhely embereinek ruháit, takaróit, szalmazsákjait részben a desinfectorba (*Kisskalt, Prowazek, Meltzer*), részben a sütőkemenczékbe (*Kisskalt, Rudolph*) rakjuk, a fehérneműeket pedig éjjelen át 2%-os cresolszappan-oldatba áztatjuk (*Schattenfroh*).

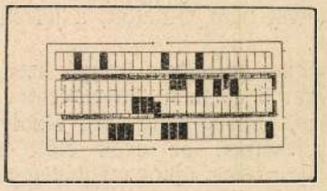
A legideálisabb *Jürgens* berendezése (l. a 14. képet), a ki e czélra tetűtlenítő-intézettel kapcsolatos quarantain-tábort rendezett be. Az emberek ruháikat a vetközőből a salfarcose*-kamrákba adják le, fejtetűiktől a borbélyhelységekben szabadittatnak meg, ezután a fürdőbe mennek, melynek ellenoldalifkijárata fertőzésmentes tiszta területre visz. Utóbbi helyen tiszta fehérneműt kapnak és szükség esetén az épületnek arra berendezett földszinti helyiségeiben várják a tetűmentesített ruháikat. Ezen törzsépületen kívül, ettől sugárirányban elhelyezett épületek 100—100 ember befogadására, a fertőzésre gyanus embercsoportoknak quarantainezésére szolgálnak.



14. kép.

Jürgens quarantaine-telepének tetűmentesítő barakkja salfarcose használatára berendezve. Alul a még mentesítendők számára éjjeli szállással. (Merzdorfban, Cottbus mellett.)

Járvány kitörésének veszélye esetén nem jó az illó olajoknak azonnali használatba vétele, azoknak távolhatása miatt, minthogy ezektől a tetvek és így az esetleges virust hordozó tetvek is a lakásban csak szétkergettetnek (*Galewsky*) s nemcsak a szomszédok, hanem a távolfekvők is megbetegedhetnek (l. a 15. képet).



15. kép.

A foltos hagymáz átterjedése a szomszédokra és az illó olajok használata folytán a távolabbi személyekre, a fekvőhelyek megjelölésével.

A kifejlett tetvek elpusztítása aránylag elég könnyű, a mennyiben azok mechanikai, chemiai és physikai behatásokkal szemben elég érzékenyek. Resistensebbek a peték és a ki nem fejlett állatok, a melyek az illó olajok okozta narcosisból sokszor órák mulva még magukhoz térhetnek (*Felix*).

Igen nagy azon szereknek és methodusoknak a száma, a melyeket az embereknek és lakásuknak tetűmentesítésére ajánl-

* A salfarcose szénkénegnek, víznek és spiritusnak keveréke, a melyet a hozzá szükséges elégető-készülékkel és utasítással együtt árusítanak.

lottak, és az alkalmazásmódja ezen különböző szereknek és methodusoknak a különböző külső viszonyoknak megfelelőleg is különböző volt, és attól függőleg, vajjon mozgó embercsoportok, vagy tehetetlen betegek, egyes kórházrészek, barakkok fertőtlenítéséről, tetűmentesítéséről volt-e szó, az eljárások különbözőképpen alakultak.

Az eljárások tárgyalása előtt azonban a következőket kell még megjegyeznem. Ugyanis minden iparkodásunk hiábavaló, ha még oly hatásos szerekkel rendelkezünk is, ha a keresztülvitelt másra, egyes emberekre, vagy alosztályokra bízzuk. A legfontosabb tényező az eljárásoknak egységes keresztülvitele. Egyes embereknek egyéni prophylaxisával czél nem érhető el *(Moldovan)*. Ezenfelül bármily tökéletesek is a tetűmentesítő eljárások, együttlakó nagy embertömegnek egyszerre való megdolgozása — a mi pedig az eredmény szempontjából feltétlenül kívánatos — aggályos lesz, ha nem vagyunk mennyiség tekintetében elegendően felszerelve (*Eckert*) s ha ennélfogva kihagyások, megszakítások fordulhatnak elő. Mert ha az egyes embercsoportból éppen a virust hordozó tetűcsoport nem lesz elpusztítva, az egész eljárás eredménytelen és problemássá vált.

(Folytatása következik.)

Harcztéri orr- és gégegyógyászati esetek.

Irta: *Onodi A.* dr., egy. tanár, az orr- és gégegyógyászati klinika igazgatója.

(Vége.)

9. *Az orr melléküregeinek genyedései.*

Mint kóroktani tényezők a direct lövési sérüléseken kívül mindazon ismert káros befolyások szerepelnek, melyek a katonai szolgálattal és a harcztéri élettel olyan szorosan összefüggenek. Az orrüregnek és melléküregeinek közvetlen és közvetett fertőzései és gyuladásai vagy mint az orr melléküregeinek közvetlen megbetegedései, vagy pedig mint már azelőtt kezelt és lezajlott látszólag meggyógyult esetek kiújulásai jelentkezhetnek, a direct lövés-sérülések pedig az áttört és megnyitott melléküregek fertőzéséhez, megbetegedéséhez vagy esetenként spontan asepsises gyógyulásához is vezethetnek. Eddig 26 eset állott észlelésünk alatt. Ezek közül 11 a Highmor-üreg, 5 a homloküreg, 2 a rostasejtek, 1 a Highmor-üreg és homloküreg, 2 a Highmor-üreg és rostasejtek, 1 a homloküreg és rostasejtek, 3 a Highmor-üreg, homloküreg és rostasejtek és 1 a homloküreg, rostasejtek és iköböl megbetegedésére vonatkozik. Egy esetünkben a homloküreg és a Highmor-üreg sérülése spontan asepsisesen gyógyult meg.

K. B., 19 éves katona fejsérülést szenvedett, a golyó a bal homloküregen át a jobb orrüregbe hatolva, áttörte a bal Highmor-üreget és a kemény szájpadot, s a szájüregen át a nyakon akadt meg. Az orrgyógyászati vizsgálat, valamint a Röntgen-lelet eltérést nem mutatott, a jelzett üregek asepsisesen gyógyultak.

Többi esetünket az egyes üregek szerint említjük meg. Arczsérülés folytán 5 esetben következett be a Highmor-üreg genyesedése, anyaghiány és sipoly nyitva tartotta az üreget; egy esetben az évek előtt kezelt és műtett Highmor-üreg a harcztéren újból megbetegedett és a bal második őrlőfog helyén sipoly keletkezett, melyen geny ürült, az illető tiszt a gyógykezelést későbbi időre halasztotta és újból a harcztérre sietett; öt esetben a Röntgen-lelet, a próbapunctio állapította meg a Highmor-üreg megbetegedését. Ezen 11 eset közül kettő nem állott kezelés alatt. Egy eset a Highmor-üreg gyökeres feltárására meggyógyult, egy esetben a genyedés megszüntetésére a kemény szájpadon levő anyaghiány elzáródása van most folyamatban, a többi esetben a konzervativ eljárások, öblítés, fényfürdő stb. lettek alkalmazva jó eredménynyel, a mennyiben úgy a genyesedés szünt meg, mint azután a lövési anyaghiány gyógyult be. A rostasejtek genyedése két esetben lett megállapítva, de egyik sem került klinikai kezelés alá. A homloküreg genyedésének öt esete fordult elő, ezek közül kettő nem jutott kezelésünk alá, egy esetben a polypusok eltávolítása, a középső kagyló resectiója végeztetett és úgy ebben, mint a többi két esetben tonogen-cocain-spray, fényfürdők eredményre vezettek. A homloküreg és Highmor-üreg sérülésének asepsisesen gyógyult esetét fent említettük meg. A homloküreg és a rostasejtek együttes megbetegedésének egy esetét észleltük, melyben a középső kagyló resectiója, a rostasejtek megnyitása, a homloküreg nyilásterületének tágítása és utána az endonasalis kezelés végeztetett. A Highmor-üreg és a rostasejtek genyedésének két esetét láttuk, az egyik beteg a műtétbe nem egyezett bele, a másik eset állkapocstöréssel és süllyedéses peripharyngealis tályoggal volt szövődve; a később beállott agyszövődmény miatt külön fogjuk ismertetni. A Highmor-üreg, homloküreg és rostasejtek együttes megbetegedésének három esete fordult elő; ezek közül az első esetben, hol protrusio bulbi, ép szemfenék, visus $^5/_{20}$, centralis scotoma vörösre és zöldre, concentrikus látótérszükület volt jelen, a jelzett üregek gyökeres műtéti feltárása gyógyulásra vezetett; a második esetben, mely már évekkel ezelőtt beavatkozás tárgya volt, a bal Highmor-üreg gyökeres műtéti feltárása, a rostasejtek endonasalis megnyitása és a homloküreg nyilási területének tágítása lett végezve; végül a harmadik esetben a Highmor-üreg gyökeres feltárása mellett endonasalis kezelés eszközöltetett. A homloküreg, rostasejtek és iköböl genyedésének egy esetét észleltük, melyben a középső kagyló resectiója, polypusok eltávolítása, a rostasejtek megnyitása, a homloküreg nyilási területének tágítása, az iköböl megnyitása, tonogen-cocain-spray, öblítés, fényfürdő eredményre vezetett.

10. *Agytályogok a homlok- és halántéklebenyben, agyhártyagyuladás.*

Ezen eset ismertetését a tünet nélkül fennálló agytályogok teszik indokolttá. Harcztéri eseteink sorozatában az ötödik szám alatt arczlövés, az elülső rostasejtek genyedése, alsó állkapocstörés és süllyedéses peripharyngealis tályog czímmel közöltük. A szépen javuló betegen hirtelen nagy fejfájások, hőemelkedések és aztán az agyhártyagyuladás tünetei jelentkeztek. A homloküreg megnyitásakor a lelet negativ volt és így a belklinikára helyeztettük át, hol az agyhártyagyuladás tünetei között elhalt. A kórbonczolástani leletből a következő rendkívül érdekes adatokat soroljuk fel. Az alsó állkapocs rögzített fejecsével rövid szalag útján függ össze a letört nyaki részlettel. A koponya alapján a középső koponyaárok fenekén koronányi anyaghiány, az összerepedezett csontok genynyel vannak körülvéve. Ezen tájékhoz a halántéklebeny alsó felszíne, illetve a lágy burok erősen odanőtt. A halántéklebeny fehér állományában a polushoz közel körülbelül 1 mm. vastag önálló falzattal bíró tályog van, mely az oldalsó kamara alsó szarvával közlekedik. A kissé tágult agykamrákban genyes folyadék volt. A lágyburkok bővérűek, az agyalapon genyesen beszűrődöttek. A gyrusok lelapultak. A homloklebeny alsó felszínén, a sulcus olfactoriusoknak megfelelően, a lamina cribrosákon nyugvó agyrészlet kissé ellágyult és babnyi corticalis tályogképződést mutat. A Highmor-üreg falán anyaghiány, nyálkahártyája duzzadt, halvány. A lamina cribrosa a gyógyult törés képét nyujtja.

Ezen lelet megmagyarázza az agyvelő-szövődményeket, ugyanis az a löveg, mely áthatolt a rostasejteken és a Highmor-üregen és eltörte az alsó állkapocs nyakrészét, számtalan szilánkjával nemcsak a rostasejteket és az alsó állkapocs nyakrészét találta, mint azt a rostasejtekből eltávolított szilánkokon kívül a Röntgen-kép mutatta, hanem áttörte egyes szilánkjaival a rostasejteken át a lamina cribrosát és a Highmor-üregen át a középső koponyaárkot is; ezen szilánkok a genyedés területén el is távozhattak. A lamina cribrosa sérülése begyógyult, de a homloklebeny alsó felszínén kifejlődött az encephalitis és tályog, éppen úgy az alsó állkapocs felhágó szárának törése a fejecs alatt, a csontelhalás és a környező terület genyes beszűrődése a középső koponyaárok

1. ábra. (16. kórtörténet.)

2. ábra. (45. kórtörténet.)
M. H. a második műtét után.

3. ábra. (53. kórtörténet.)
Experimentalis keloid 6 hónappal a sérülés után.

fenekén a halántéklebeny tályogának jelentkezéséhez, az agykamrákba való betöréséhez és a genyes agyhártyagyuladáshoz vezetett. Feltünő volt a betegnek javulása, a kedélye, közérzete, jó táplálkozása, semmi tünet sem volt jelen, a mi a bekövetkezett szövődmények lehetőségének csak a gyanuját is keltette volna. És ezen nem lehet meglepődni, mert ismert valóság, hogy nagyterjedelmű tályogok is egyes esetekben minden tünet nélkül rejtve állhatnak fenn.

11. *Haematoma laryngis.*

J. J., 29 éves katona az északi harcztéren gránát okozta légnyomás folytán a földhöz vágódott és eszméletét vesztette. Midőn magához tért, nehezen és rekedten beszélt és nyeléskor élénk fájdalmakat érzett. A gégetükri vizsgálat alkalmával a plica glossoepiglottica, a vallecula glossoepiglottica, a gégefedő jobb oldalsó része, a sinus pyriformis, a jobb plica aryepiglottica nyálkahártyája kékes szederjesen elszínesedett, duzzadt, a jobb sinus Morgagni területén több kisebb-nagyobb sötétvörös folt, a jobb hangszalag belövelt. A gége pihentetése, borítások és endolaryngealis tonogen-cocain-spray teljes felszívódásra és gyógyulásra vezettek.

Többi esetünk, melyek közül különösen nagy számmal szerepelnek a gége genyedő porczgyuladásai, légcsőmetszések és gégefelhasítások, külön közlések tárgyát fogják alkotni a hosszas utókezelések befejezése után.

A kassai megfigyelő-kórház járványosztályából.

A cholera kezelése hypertoniás konyhasós infusiókkal.

Irta: *Lővi József* dr.

A háború alkalmából sok czikk látott napvilágot a fertőző betegségekről, köztük a choleráról. Csodálatos módon a legtöbb szerző nem említette azt a kezelő eljárást, mely ma kétségkívül a legjobbnak mondható: a hypertoniás infusiókat. Hiszen infusiókat alkalmaznak már elég régen bőr alá is, gyüjtőérbe is, ámde csakis isotoniás oldatokkal. Az eredmény nem volt kielégítő. A gyüjtőérbe való infusio után ugyan gyakran mutatkozott hatás, de csak rövid időre, mert sajnos, a hatás gyorsan elmúlt.

A hypertoniás oldatokkal először a balkán háború alatt próbálkoztak. Az eredmény jó volt, de sajnos, nem vált elég széles körben ismeretessé. Az eszmemenet, mely ez eljárásra vezetett, a következő: Az infusiókkal a szervezet rendkívüli nedvvesztességét akarjuk kiegyenlíteni. És ez fontos, mert a nedvvesztességnek igen súlyos következményei vannak, sokszor halált is okoz. Az isotoniás oldatokkal juttatunk ugyan vizet a szervezetbe, ámde egy-két hányással vagy hasmenéssel az megint elvész, úgy hogy méltán hasonlították az isotoniás oldatokkal való kezelést a Danaidák hordójának töltéséhez.

Ha ellenben hypertoniás oldatot adunk a vérbe vagy a bőr alá, a vérplasma osmosis-nyomása nő és a vér most már a szövetekből, azonkívül a *bélből* is nedvet szí magába. Azaz a nedváramlás megfordul; most már a bélből a vér felé irányul. A szervezet nedvtartalma nő, a bőséges hasmenés és hányás mintegy varázsütésre megszünik.

A cholera ezzel nem gyógyult meg. Nem egy beteg a hányás és hasmenés megszünése daczára is meghal. Ezen nem lehet csodálkoznunk, hiszen jól tudjuk, hogy az u. n. száraz cholerához tartoznak a cholera legrohamosabban elpusztuló esetei. Mindamellett valóság az, hogy a halandóság lényegesen csökken. Ezt a magam tapasztalatai is igazolják. Tavaly észleltem Komádi községben (Bihar-megye) egy kis járványt 16 esettel, 9 halálozással; az elhaltak közül többet kezeltem igen bőségesen bőr alatti konyhasós infusiókkal, de isotoniás oldattal. Itt Kassán, a cs. és kir. járványkórházban és a megfigyelő-kórház fertőző osztályán összesen 20 esetet észleltem (ebbe nincs beleszámítva 9 bacillusgazda), mind bacteriologice igazolt eset; közülük csak *egy* halt meg. Igaz, hogy volt a 20 között könnyű eset is, még pedig 8, melyeket cholerinnek lehetett minősíteni. Ezek nem is kaptak infusiót. Ámde a többi eset súlyos volt, némelyik napokig lebegett élet és halál között, de végre is kilábalt. Határozottan állítható, hogy csakis az infusiók segélyével.

A mi a használt oldat erősségét illeti, ajánlottak 3, sőt 5%-os oldatot is. Én mindig 1½%-os oldatot használtam; az eredmény kielégített, úgy hogy nem is adnék ezentúl sem erősebb oldatot. Mindig bőr alá fecskendeztem az oldatot, ez könnyebben kivihető, kevésbé veszélyes és talán hasznosabb is, mintha egyenesen a vérbe fecskendeznék az oldatot. A felszívódás gyors, 1 liter egy helyről 2—3 óra alatt eltünik.

Eljárásunk a következő: Ha a betegen az erősebb nedvveszteség jeleit látjuk, egy liter 1½%-os konyhasóoldatot adunk a bőr alá a kulcscsont alatt, vagy a has falán, vagy a czomb bőrén. Ezenkívül kámfor- és digalen-injectiót adunk. Az infusiót és az injectiót szükség esetén megismételjük, az infusiót legkorábban 12 óra mulva. A legtöbb, a mit egy beteg kapott, 4 liter konyhasóoldat volt; ez a beteg az első liter után lényegesen megjavult, ekkor diaetahiba után visszaesett, úgy hogy két napig szinte reménytelen állapotban volt. Ezen egy esetet leszámítva, 2 liternél többet nem adtunk.

Gyógyszert keveset adunk. Betegeink nagyobb része kapott u. n. cholera-cseppeket (valeriana, opium és ipecacuanha-tincturát aa), napjában háromszor vagy négyszer 15 cseppet, de azt hiszem, a nélkül is meggyógyultak volna. Italul betegeink sósavval megsavanyított, esetleg megczukrozott vizet kaptak, 4—5 cseppet a hivatalos híg sósavból 1 pohár vízre. Ennek valószínüleg volt része a jó eredményben. A vizet kanalanként adattam. A beteg azonkívül az első napokban sok teát és cacaót kapott. A súlyosabb esetekben adattam még erősen *fokhagymás* rántott levest, ha a beteg nem undorodott tőle. Ugy hiszem, ennek is jó hatása volt. A fokhagyma ható anyagát, az allylsulfidot használták már cholera esetében, még pedig jó eredménynyel (1893-ban Budapesten), a balkáni népek pedig magát a fokhagymát eszik a cholera ellen való prophylacticum gyanánt. Erőltetni a dolgot azonban nem tanácsos; ha a beteg nem szíveli, jobb elhagyni.

Infusiót csakis choleraroham esetén adunk, cholerin esetén megelégszünk a sósavas vízzel és a cholera-cseppekkel, a cholera-hasmenést pedig (1 esetem volt) egyszerű bélhurut módjára kezeljük: előbb hashajtót adunk, utána bismut-opium-port. A javulás rendszerint gyors.

A védőoltás befolyását nem vettük észre eseteinkben. Igaz, hogy eseteink kis száma nem enged meg itéletet. De az egy beteg, a ki meghalt (porosz katona), háromszor kapott choleraellenes védőoltást, utoljára 6 héttel halála előtt. Ebben az esetben is, noha halállal végződött, határozottan hatásos volt az infusio: a hasmenés megszünt utána, a hányás is lényegesen csökkent. Mindamellett a beteg áldozatul esett a choleramérgezésnek. A cholera toxinja nem csupán a gyomorbélrendszerre hat, de épp oly erősen a vérkeringés szerveire is; erre vall a végtagok hűvös volta, de kivált a cyanosis az ujjakon, mely sokszor igen korán jelentkezik. Fontos, hogy ügyeljünk erre, mert ez a tünet egymaga helyes nyomra vezethet a baj felismerésében. A döntő szó ugyan a bakteriologusé, vajjon az adott eset ázsiai cholera-e vagy nem, de az orvosnak is kell, hogy véleménye legyen a dologról és e vélemény megalkotásában nagy súlyt kell helyeznie a cyanosisra, mely nyomatékosan szól cholera mellett. A pulsus a mellett még jó lehet.

Ha a beteg teste erősen hűvös, czélszerű őt melegíteni. Legczélszerűbb és legjobb melegített takaróba burkolni.

Kellemetlen mellékhatása az infusiónak nincs. A hypertoniás oldat nem károsítja a bőr alatti sejtszövetet. Föltéve persze, hogy szigorú asepsissel járunk el.

A hypertoniás oldatok hatásmódjának fent adott magyarázatáról lehet vitatkozni. De ahhoz nem fér kétség, hog

a hypertoniás oldatokkal való infusio lényeges haladás a cholera kezelésében. Bátran kimondhatjuk: az az orvos, a ki súlyos choleraesetet nem hypertoniás infusióval kezel, mulasztást követ el betegével szemben, még pedig oly mulasztást, mely már bűnszámba megy.

Megfigyelések és kisérletek a keloid aetiologiáját illetőleg.

Irta: *Justus Jakab* dr., a pesti izr. hitközség kórházának rendelő-főorvosa.

(Folytatás.)

19. U. J.-né 33 éves, fuvaros neje. Tavaly nyáron lues maculopapulosa disp., resid. anginae et plaques labior. maior. miatt 20 sublimat-injectióval kezeltük. 2 évvel ezelőtt genyes vakbéllobosodás miatt kórházunk sebészeti osztályán megoperálták. Egy év óta testi erőlködéskor szívdobogása van, könnyen izzad és jó étvágya daczára lesoványodik.

Jelen állapot: A jobb szem alig, a bal erősebben protrudált. A szemrés tátongó; a szemgolyók időnként szabálytalan, rövid kitérést végeznek jobbra-balra, a mozgás a nystagmusnál ritkább ütemű. Insufficientia convergentiae; Graefe-tünet. Pajzsmirigy egyenletesen megnagyobbodott, felette pulsatio érezhető. Szívcsúcslökés az V. és VI. bordaközben a bimbóvonalban van. Pulsus: perczenként 120. Tremor a kezeken eléggé kifejezett.

Köztakaró különösen az arczon nedves és síma. A műtét helyén: a spina ant. sup.-t és a köldököt összekötő vonaltól jobboldalt a fandomb felé vonuló terjedelmes keloid, melynek szélessége 1 és 4 cm. között változik és a mely laposan, fehéren előmborodik. Felső és alsó végén, továbbá a varratoknak megfelelően jobb- és baloldalt, minden cm.-nyi közben 1—1 nyúlványt bocsát, összesen 14-et. A fősáv felülete huzalos, egyenetlen, itt-ott dudoros; a varratoknak megfelelő nyúlványok 1½—3 cm. hosszúak, 5—6 mm. szélesek. E nyúlványok kevésbé domborodnak ki, mint a főkeloid, de tapintáskor elég tömör keloidoknak bizonyulnak.

A főtörzs alsó harmadában szabálytalanul kiszélesedik 3—3½ cm.-nyire és középütt erősebb behúzódást mutat.

A keloid alatt közvetlenül a hasfal tojásnyira elődomborodik, puha tapintatú. Az oltási helyek huzalosan elődomborodnak.

20. L. S.-né, 50 éves, hivatalnok neje. Előadja, hogy mindig sok vizet ivott. Subjectiv panasza nincs, kivéve a hirtelen kipirulási és izzadási rohamokat.

Jelen állapot: Mérsékelt exophthalmus; a szemrés tátongó; Graefe igen kifejezett. Pajzsmirigy mindkét lebenye közepesen megnagyobbodott, rugalmas; felette igen erős pulsatio érezhető. Szívcsúcslökés az V. bordaközben, a bimbóvonalon kívül. Szívtájon erős lüktetés; a szívtompulat jobbra megnagyobbodott. A szívhangok tiszták. Pulsus: 136—128. A kinyujtott ujjakon tremor. A kereszttájon babnyi, hosszúkás, fehér, tömött keloid. Óka ismeretlen. A köztakaró nedves, meleg, részben piros, nem sima.

A bal gyűrűs ujjon recidiváló eczema 6 hét óta. A karokon jól kifejezett, itt-ott huzalos védoltási nyomok. Utolsó oltás 8 év előtt.

21. K. M.-né, 53 éves, molnár neje. Szívdobogásról, izzadásról panaszkodik; 4 gyermeke meghalt, kettő 2 éves korában, kettő 6 éves korában. 2 abortus. Egy gyermeke él.

Jelen állapot: Mérsékelten tátongó szemrés, fényes szemek, ritka pislogás. Graefe-tünet és insufficientia convergentiae. Pulsus 96. Tremor erősen kifejezett. Szívcsúcslökés a bimbóvonalban.

A 4 oltási heg 7 éves korából való. Körömnyinél nagyobb, huzalosan kiemelkedő keloidokat alkotnak. Striae graviditatis a hason és a czombokon jól kifejezettek, nem keloidosak. A törzsön és a végtagokon számos ujjhegynyi behúzódás. A sternum markolatán és a jobb tibián periostitis. A lágy szájpad heges; uvula balra elhúzódott. Eczema squamos. in axillis.

22. F. M.-né, 43 éves, vasöntő neje. 4 hete beteg, köhögött, állapota porokra javult. Jelenleg nagyfokú nyugtalanságot érez, sokat fél, reszket, ijedezései vannak. Igen ingerlékeny, könnyen sír és könnyen nevet is. Álmatlan; sokat izzad, nagyon fogyott. 6 gyermeke él, egy koraszülött 7 hónapos korában elhalt, 3 abortusa volt.

Jelen állapot: Jól fejlett, közepesen táplált nőbeteg. Csontrendszere ép, alaki eltérés nincs. Izületek szabadok, izomzat tonusos. A bőrön erős dermographismus, szemek fénylők, pislogás ritka. Positiv Moebius-, Stellwaag- és Graefe-tünet. A kezén finom tremor. Szívlüktetés, csúcslökés nem látható, nem tapintható. Absolut tompulat normalis nagyságú, relativ felső határa III. borda, jobbra a sternum jobb széle, balra a medioclavicularis vonal. Aorta II. hangja kissé ékelt. Pulsusa középtelt, elég könnyen elnyomható, rhythmusos, szapora.

A bal felső csípőtaréj felett kissé hátrafelé két körömnyi, barnásvörös, egymás alatt elhelyezett, lapos, tömött tapintatú keloid. Valószínűleg kötés okozta trauma következménye.

23. K. P., 19 éves egyetemi hallgatónő. Folyó év júniusában légenysavas étetés a tarkón verruca elpusztítása végett.

Jelen állapot: A vertebra prominens felett 2 cm. hosszú, ¾ cm. széles, jól elődomborodó, fényes, vörös keloid. A pajzsmirigy mindkét lebenye közepes nagyságú, felettük pulsatio érezhető. Pulsus 90. A szív felett eltérés nincs. Finom tremor a kinyujtott ujjakon. Minden védoltási hely erősen kifejezett, majdnem valóságos keloid. Anyja előadása szerint a védoltáskor multiplex genyedéseket kapott az arczon, a fejen és a mellen.

24. G. M.-né, 44 éves, kereskedő neje. Ideges, csekély testi erőlködéskor szívdobogása van, ez néha éjszaka is felébreszti. Gyakran hirtelenül kipirul.

Mérsékelt struma; felette pulsatio érezhető. A szemrés tágabb, Graefe-tünet nincs, pislantás ritka. Szívcsúcslökés a bal bimbóvonalban. A szívhatárok rendesek. Pulsus 104. Tremor alig van.

Natesen 10 cm. hosszú, ½ cm. széles sávos keloid, 25 év előtti sérülésből. A jobb czombon kisebb keloid, a mely 2 év előtti fekélyesedő folyamatból származik.

25. B. E.-né, 49 éves, ügynök neje. 28 év óta van férjnél. 1 abortus a terhesség 4. havában.

Jelen állapot: Mérsékelt protrusio, Graefe-tünet nincs. Insufficientia converg. Struma közepes nagyságú, pulzál. Pulsus 120. Tremor a kezeken. A derékkötésben hátul több egymással párhuzamos, sávszerű, 10—20 cm. hosszú, átlag ½ cm. széles, halványvörös vagy fehér keloid. Felületük részben síma, részben reczés-huzalos. Fekvésük szerint a fűző nyomásától eredtek.

26. B. J.-né, 42 éves, nyug. vasútas neje. 3—4 év óta gyakran van szívdobogása; erősen izzad, hirtelen kipirulásai sokszor vannak. Gégészeti lelet 1915/158: Abscessus peritonsillaris lat. sin.

Jelen állapot: Közepes protrusio, pislantás ritka. Graefe positiv. Mérsékelt struma. Pulsus 88. A kézujjakon tremor jól kifejezett.

A jobb kereszttáj felett gyermekfejnyi lipoma. A jobb regio sacralisban 2 borsónyi-körömnyi, kissé megvékonyodott, atrophiás bőrtől fedett keloid.

27. B. J., 26 éves, utazó leánya. Rohamos kipirulásai vannak és hirtelen forróságai. Protrusio bulbi, tátongó szemrés, Graefe-tünet nincs. Insufficientia converg. van. Tremor a kezeken jól kifejezett. Mérsékelt struma. Pulsus 104.

Oltási hegek jól kifejezettek. A tarkón 3 cm. hosszú, vonalas és huzalos fehér keloid, a mely 4—5 mm. széles.

28. Sz. J., 31 éves nyug. vasúti hivatalnok. Ideges volt mindig. 1½ óta testi ereje feltünően csökkent. Csekélyebb erőlködésre is szívdobogást kap. Protrusio bulborum mérsékelt. Graefe és Moebius positiv. A nyakon a két carotis erősen lüktet. A struma mérsékelt. Isthmusa nyomásra érzékeny. Szívcsúcslökés az 5.—6. bal bordaközben a bimbóvonalban. A szívhatárok normalisak. A szívcsúcs fölött systolés zörej. Pulsus-szám 100.

A beteget 5 éves korában kutya marta meg s ennek nyoma a bal segpofán látszik 9 cm. hosszú, 3—4 cm. széles, rózsás-fehér, huzalos keloid alakjában. A kereszttájon, a hol a nadrágkötés szorítja a bőrt, számos egymással párhuzamosan futó, keskeny, zsinórszerű keloid. Néhol 8 is van egymás alatt. Hosszuk 5 és 15 cm. között váltakozik.

Hónaljakban és kezeken erős hyperhidrosis. Az anusnyílás körül a bőr és a nyálkahártya is sclerosisosan megvastagodott.

29. Özv. Sz. J.-né, 36 éves háztartásbeli nő. 18 éves korában szült gyermeke ½ évig élt. Több graviditása nem volt. 3 hó előtt került kezelésünkbe éjjeli főfájások és általános mirigyduzzanatok miatt, melyek jodszedésre engedtek.

Jelen állapot: Mérsékell protrusio és szemréstátongás. Graefe és Moebius megvan. Struma tömött, rugalmas, közepes nagyságú. Isthmus nyomásra fájdalmas. Szívcsúcslökés az 5.—6. bordaközben a bal bimbóvonalban. Pulsus 92. Kezeken finom ütemű tremor.

A köztakaró síma, meleg. Számos körömnyi keloid van elszórva a hason. Sávos hosszúak a derékkötésben. Több vonalszerű keloid az ujjakon 8 év előtt történt sérülések után. Hónaljban és tenyereken erős hyperhidrosis.

30. S. Z. J., 23 éves fodrász. 1914-ben fekélye volt, a melyet salvarsannal és kenőkúrával kezeltek. Az év végével a Wassermann-próbája negativ volt. ½ év óta sokszor hirtelen forróság lepi el, rosszul alszik, testi ereje csökken, idegessége igen nagy.

Jelen állapot 1915 január hó. A szemrés tágabb, a szemek fényesek, pislantás ritka. Graefe és Moebius positiv. A pajzsmirigy mindkét lebenye nagyobb, rajtuk látható és érezhető pulsatio. A szívcsúcslökés kihelyezett, a szívhatárok rendesek, a szívhangok tompák, tiszták. Pulsus 100. Az ujjakon erős tremor.

A törzsön lues papulomaculosa.

Az utolsó hátcsigolya tövisnyúlványától jobbra 1½ cm. hosszú és 7 mm. széles typusos fehér keloid.

31. Sz. J., 36 éves díjnok. 15 év előtt volt fekélye, többszörös kúrát végzett; tavaly intravenás salvarsan-injectiót kapott.

Jelen állapot 1915 január. Protrusio bulborum, Graefe-tünet, mérsékelt struma. Pulsus 100. A kéztremor igen kifejezett.

A jobb utolsó borda alatt 10 cm.-es behúzódás, a mely vaskos keloidos heget takar, 30 év előtti sérülésből származik.

A nyak bal oldalán az áll alatt terjedelmes, részben behúzódott, nem keloidos hegesedés.

A szájzúgokban a nyálkahártyán körömnél nagyobb területen igen vaskos, krokodilbőrszerű, részben rhagasos, fehér színű, egyenlőtlen felületű leukoplakiás foltok. Hasonlóak az alsó ajak pírján, míg a felső ajkon felületesebb hegesedések láthatók.

A nyelv csúcsán és a bal szélén szintén vaskos leukoplakiás foltok, melyek részben erodáltak.

A patiensnek sok éles és hegyes foga van, melyeknek letompítását elrendeljük.

32. T. J.-né, 23 éves, czipész neje. 7 éve férjes; gyermeke nincs. 3 hét óta erősen gyengül; gyakori szívdobogásban szenved.

Jelen állapot 1915 január hó. A szemréstátongás jól kifejezett, a protrusio erős, pislantás ritka, Graefe positiv.

A pajzsmirigy mindkét lebenye közepesen nagyobbodott, a szívtájon lüktetés; a szivcsúcslökés kihelyezett, fölötte és az aorta fölött systolés fúvózörej. Pulsus 112. Az ujjakon tremor.

A köztakaró általában véve, de különösen a törzs felső részein és a karokon sima, fényes, márványozott. A csípők körül vitiligós sávok. A védoltási helyek elmosódottak.

A jobb válcsúcson körömnél kisebb, szabálytalan alakú keloid, alatta a felsőkaron hasonló, kisebb; a bal szegy melletti vonalban, az 5. borda magasságában másik körömnyi keloid. A jobb állszöglet mögött 7 cm. hosszú keloid, mely 13 éves korában szenvedett metszésből eredt.

A jobb cucullaris felső szélén körömnyi, lobos udvartól környezett, kiemelkedő szélű fekély, a mely furunculus után maradt.

A beteget júliusban újra láttam és a furunculus helyén jól előredomborodó, rózsás vörös, huzalos keloid ült.

33. T. V., 39 éves, portás. 10 év előtt fekélyes kiütése volt, 60 kenést végzett. A Wassermann-reactio tavaly még positiv volt. $^1/_2$ év óta szédül, körülbelül ugyanannyi idő óta fejfájása és fülzúgása van. Gyakorta minden ok nélkül izzad.

Jelen állapot 1915 jan. 15.-én. A szemrés kissé tágabb, a szemek fényesek, pislantás ritka, Graefe jól kifejezett, Moebius nincs. A pajzsmirigy kissé megnagyobbodott, fölötte gyenge pulsatio érezhető. A szív normalis, pulsus 78, az ujjakon finom ütemű tremor.

Baloldalt a 7. borda fölött körömnyi keloid. A tarkón egy más, 3 cm. hosszú, huzalos keloid, mely állítólag égés után támadt.

34. T. A.-né, 37 éves, hivatalnok neje. A subjectiv panaszok igen jelentősek.

Jelen állapot 1915 márcz. 23.-án. Közepes protrusio, a szemrés erősen tátong, a szemek igen fényesek, pislantás ritka, Moebius-tünet. Kétoldali közepes struma. Szívcsúcslökés a bimbóvonalban, a szívhatárok és szívhangok rendesek. Pulsus 120. A kéztremor erős.

A köztakaró a törzs felső részein sima, erősen márványozott. Az arcz kipirulásra hajlandó. A hónaljakban erős izzadás, a nemi részen viszketés. A striae graviditatis egészen simák.

Hátul a második és harmadik ágyékcsigolya magasságában jobboldalt két vízszintesen futó, 15 cm. hosszú, sávszerű, fehér keloid. Ezek mérsékelten elődomborodók, ránczos felületűek. Tapintáskor tömötteknek és éles határúaknak érezhetők. A bal oldalon több rövidebb hasonló keloid, melyek a bőr színén alig emelkednek felül, de a tapintó ujjal jól érezhetők. Ezek a sávszerű keloidok ott támadnak, a hol a patiens fűzője legjobban szoritja derekát. A hát bőrén még számos borsónyi, atrophiás fehér folt van elszórva.

35. W. J.-né, 40 éves, katona neje.

Jelen állapot 1915 jan. 30.-án. Protrusio bulborum, közepes szemrés, a pislantás ritka, jól kifejezett Graefe- és Moebius-tünet, közepes struma, mely felett pulsatio érezhető. A szív felett nincs eltérés. Pulsus 80. A kéztremor erősen kifejezett.

A bal lábszáron 6 cm. hosszú, $1^1/_2$ cm. széles 3—4 mm. magas keloid, mely 5 esztendő előtti műtétből maradt.

36. G. B.-né, 26 éves, czímfestő neje. Egy esztendővel ezelőtt 30 kenést kapott lueses kiütés miatt. Utóbbi időben lesoványodott és legyengült. Sokszor van ideges szívdobogása.

Jelen állapot 1915 jan. 23.-án. Csekély protrusio. Tátongó szemrés, Graefe-tünet. A pajzsmirigy főleg jobboldalt mérsékelten nagyobbodott, fölötte pulsatio. A szívtájon lüktetés. Pulsus 100. Tremor digitorum jól kifejezett.

11 éves korában védoltották utoljára. A bal és a jobb karon 4—4 oltási hely látszik, a melyek körömnyi vaskos keloidokká változtak.

A mellkas bal oldalán egy borsónyi, kicsiny keloid. A köztakaró simább tapintatú. A törzs felső részén erősebb viszketés, objectiv lelet nélkül.

37. M. J.-né, 37 éves, rendőr neje. 16 éve van férjnél, egy gyermeke 16 hónapos korában halt meg, egyik él. 6 év óta gyakran kipirul és izzad és bár étvágya jó, mégis soványodik. Testi ereje is gyengül, sőt az utóbbi időkben erős szívdobogásrohamai is vannak. Négy évvel ezelőtt jobb emlőjét megoperálták egy benne keletkezett kemény csomó eltávolítása végett.

Jelen állapot 1915 jún. 14.-én. A protrusio és tátongás jól kifejezett. Graefe- és Moebius-tünet. Közepes struma, felette pulsatio; az isthmus nyomásra fájdalmas. Kinyujtott ujjakon tremor. A szív felett eltérés nincs, pulsus 80. A jobb emlő külső oldalán egy 5 cm. és egy 10 cm. hosszú hegkeloid székel, a melyek számos nyúlványt bocsájtanak, részben fehér, részben vöröses színűek. A köztakaró nem feltűnően sima. A védoltási helyek elmosódottak.

A derékkötésben hátul 5 keresztben futó, meglehetősen előálló, vonalszerű keloid. Vitiligós foltok székelnek: a bal lábszár egész elülső felületén, kevésbé a jobb lábszáron és nagy számban a kezek és ujjak tenyér- és hátoldalán, továbbá a kézcsuklók felett.

38. J. D.-né, 45 éves, szabó neje. 6 hónap előtt vette észre, hogy folt keletkezett a bal alsókarján. Utóbb egy a hastájon. Az arcz fényessége emlékezete szerint megvolt.

Jelen állapot 1915 márcz. 25.-én. A jobb alsókar belső oldalán, közvetlenül a kéztő fölött féltenyérnyi területen fehéren fénylő folt, a mely körül halványkékes vörös udvar van. Mindkét alsókar feszítő oldalán halvány, kékes-vörös, elmosódott határú, sávalakú elváltozás, a mely sima, tömött tapintatú és a kézhátra reáterjed. A gyomortájon a középvonalban tenyérnél nagyobb, fényesen fehér, sima, elődomborodó, tömött tapintatú plaque, melyet széles, kékes-vörös, a környezet felé ellapuló udvar környékez.

A háton baloldalt az V. csigolyától lefelé és előre vonuló széles sávon 15 körömnyi-féltenyérnyi, dudoros felületű, huzalos szerkezetű, hófehér színű, éles határú keloid van elhelyezve. Előadása szerint ez a keloidcsoport nyolcz esztendős korából való. Akkoriban lefolyt kiütés — herpes zoster? — nyoma.

A beteg utóbbi időben igen gyöngül, szívdobogása van, elbágyadási rohamokban szenved. A szemek kissé fényesebbek, egyéb szemtünet nem észlelhető. A struma mérsékelt. A szív felett eltérés nincs, pulsus 92. A kéztremor jól kifejezett.

Az elsősorban leírt elváltozások sclerodermiás mineműsége kétségtelen. Formájuk, színük, terjedésük módja a sclerodermie en plaques typusos képét adja. Ugyancsak bizonyos a háton székelő foltok keloidos volta.

A sclerodermiát a pajzsmirigy bántalmaival már régebben kapcsolták okozati viszonyba. Nem akarok e helyütt erre a meglehetősen vitatott kérdésre rátérni, azonban annyit mégis megjegyezhetünk, hogy a thyreoidea endokrin működésének megváltozása nagy általánosságban elfogadott alapja e betegségi syndromának.

Annál érdekesebbnek igérkezett J. D.-né esete, a kin a keloidok nézetünk szerint ugyancsak ennek a mirigynek a megváltozott functiójára vallanának.

Azonban a mérsékelt struma és a kéztremor kivételével a thyreoidismusnak más jelenségeit a beteg nem mutatta. Hogy a pajzsmirigy functiójáról valamelyes fogalmat nyerhessek, elhatároztam jodsót szedetni a beteggel.

Márczius 23.-ától naponta 3-szor 0·20 gr. jodnatriumot vett be. A nyak körfogata ekkor 35 cm. volt. Pulsus 92.

Április 2. Pulsus 96, a pajzsmirigy kissé duzzadtabbnak látszik, a tremor erős, a nyakkörfogat 35 cm.

Április 16.-án bágyadtság, a pulsus 96.

Április 23. Pulsus 120. A tremor igen erős. Erős fejfájások, hirtelen elbágyadások, görcsös hasmenés. A jodszedést abbahagyatjuk.

Április 30. Pulsus 100. A tremor erős. A nyakkörfogat 35 cm Gyakori szívdobogás, különösen mozgáskor. A héten erős hasgörcsök; naponta ötször is volt egészen híg széke. Fejfájások. A szemek alig protrudáltak, Graefe alig van; Moebius jól látható.

Május 7. Pulsus 92. A tremor erős, mozgáskor szívdobogás, nyakba felterjedő lüktető érzés. A hasmenés megszűnt. Protrusio alig van, Graefe és Moebius nincsen.

Május 28. Jobban érzi magát, szívdobogás csak hosszabb járáskor. A hasmenés megszűnt. A tremor megvan. Pulsus 96.

Egy hónapon át szedettünk a beteggel naponta 0·60 gr. gr. jodnatriumot, a mi bizonyára igen mérsékelt adag. Mégis a pulsusa 92-ről 120-ra emelkedett, kéztremorja erősödött, erős fejfájásai támadtak, hasmenésrohamok jelentkeztek. Bár kis időre csak, a szemtünetek is mutatkoztak. A jodszedés elhagyása után e tünetek még egy hétig fokozódtak és csak azután szűntek meg lassanként. Ugy vélem, helyesen fogom fel e körülményeket, ha a pajzsmirigy különös izgékonyságát tekintem alapjukul. A jodszedés okozta hyperthyreosis megerősíti azt a gyanut, melyet a pajzsmirigy functionalis eltérésére nézve a sclerodermia keltett.

Az 1—38-ig terjedő kórleirásokat válogatás nélkül való sorrendben úgy irtam le, a mint azokat feljegyzéseimben megtaláltam. Mivel a betegek legnagyobb része kórházi és magánrendelésemen jelentkezett ambulans beteg volt, jegyzeteim olykor hiányosak, a kórképet nem ölelik fel egész teljességében. Az anamnesis legtöbbnyire csak a legpraegnansabb tünetek néhány szóval való jelzésére szorítkozik. Azonban a kijelölt irányba való igyekezet eredményét ezek az olykor túlságosan rövid kórtörténetek is — úgy vélem — eléggé megvilágítják.

38 olyan beteget mutattam be, a kiken keloidok voltak észlelhetők. Volt ezek között, a keloidok száma szerint, olyan, a ki 50 daganatot viselt, és olyan is, a kin csak egyet tudtam találni a köztakaró tüzetes megvizsgálása alkalmával.

Nagyságuk szerint találtam olyat, a mely a 25 cm.-nyi hosszat is elérte, és sok kisebbet, le egészen a borsónyi nagyságúig. Szinük szerint a rózsás, sőt elevenebb pirostól mindenféle átmenetet láttam a hófehérig. Tapintatuk a majdnem porczos keménységűtől az éppen érezhetőig váltakozott, felszínük a huzalos-köteges és a simán-finoman behúzódásostól egészen az atrophiás felszínű számos foltig, melyeket

keloidokkal keverve, mint ilyenek nyomait, többször észleltem. Localisatiójuk a lehető legkülönfélébb. Képviselve volt a klasszikus helyen a sternumon keresztbe vonuló, a kézujjakon metszés után támadt, keloidossá vált vonalszerű hegig minden testrész. Némi figyelmet érdemelnek azok a sávszerűzsinórszerü keloidok, melyeket a derékkötésben, különösen hátul, legtöbbnyire nőkön láthatunk, és a melyek localisatiójuk szerint bizonynyal annak a nyomás okozta, ismétlődő izgalomnak köszönik létüket, a melyet a fűző vagy a szoknyazsinór gyakorol a köztakaróra.

Nem szerint 32 volt nő és csak 7 férfi ebben az első csoportban.

Kor szerint az élet második évtizedében volt 5, a harmadikban 11, a negyedikben 9, az ötödikben 9 és a hatodikban 4. Azonban meg kell jegyeznem, hogy kórházunk rendelésére gyermekek nem igen járnak.

A hyperthyreosis tüneteinek foka és a keloidok nagysága, illetve száma között kifejezett párhuzamot nem észlelhettem. A thyreoidismus tünetei változó intenzitásúak. A keloidnak már kifejlődésére is hosszú idő kell, fennállása pedig évekre, sőt évtizedekre terjed. Már ebből az okból sem valószínű, hogy éppen a vizsgálat időpontjában találjunk a hyperthyreosis tünetcsoportja és a keloidok száma és nagysága között párhuzamosságot. Azonfelül a keloidok száma még az előidéző alkalmi októl is függ. Általánosan elfogadott vélemény ez legalább a traumás keloidokra nézve. Tehát ugyanazon hajlandóság mellett az olyan egyén, a ki több traumának teszi ki magát, több keloidot is fog kapni, mint az, a kit életmódja, foglalkozása vagy a véletlen ilyen traumától megkimél.

Az eddigiekben megállapíthattuk, hogy *a jelentős számú keloidos betegünkön a hyperthyreosisnak kisebb-nagyobb foka, fel egészen a jól kifejezett Basedow-kórig észlelhető.* Ezek a kóresetek befejezett, megállapodott tünetcsoportokkal kerültek észlelésünk alá. A keloidok régebbi keletűek voltak. Kezdetükről, fejlődésükről csak a betegek kimondása alapján nyertünk némi tájékozódást. Érdemesnek mutatkozott olyan betegeket megfigyelni, a kikre vonatkozólag pontosabb ilyen adatokat szerezhettünk orvosok részéről vagy — még inkább — a kiken a keloid keletkezését és fejlődését önmagunk figyelhettük meg.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Samaritäre und chirurgische Geräte-Improvisation im Kriege. Von *Dr. Franz Kuhn.* Verlag der Aerztlichen Rundschau, Otto Gmelin, München, 1915.

Kuhn könyvecskéjének felette megszívlelendő mottoja: „Nur was der Augenblick erschafft, das kann er nützen" (*Goethe*) adja meg egyúttal a munka irányzatát; néhány vasrúd, foglalat, csavarjárat és csavar adja alapját a szerző által propagált sebész-technikai constructióknak. Gépelemeivel nyújtást, függesztést, segédeszközöket gipszkötés-készítésre és betegszállításra rendkívül ügyesen konstruál a szerző. A készülékek egyszerűségük és könnyű kezelhetőségük folytán igen ajánlatosak. *Deutsch Ernő* dr.

Diagnostisch-therapeutisches Vademecum. Von *H. Schmidt, A. Lamhofer, L. Friedheim, I. Donat.* 13. Auflage. Leipzig, 1915. J. A. Barth. — **Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken.** Herausgegeben von *Dr. Wilhelm Croner.* Sechste Auflage. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1915.

Habent sua fata libelli! Egyes könyvek olvasatlanul kerülnek le a könyvpiaczról, mások pedig, rendesen gyakorlati hasznuknál fogva, számtalan kiadást érnek meg; e művek közé tartoznak a fentiek. Az első könyvecske programmját az előszó helyesen körvonalozza a következő szavakkal: „Das vorliegende Vademecum soll dem ärztlichen Praktiker in Augenblicken der Unsicherheit als Auskunfts- und Hilfsmittel dienen" — valóban a szó legjobb értelmében kisegítő a pillanatnyi zavarban e munka.

A nagy orvosi közönség állandó érdeklődéssel követi a tudományos központok munkájának különösen gyakorlati horderejű gyümölcseit. A berlini klinikák ezirányú működését magas szinvonalú átnézetben nyújtja a második munka.

Haben sua fata libelli! A megbeszélés tárgyát tevő munkák egyike 13, másika meg 6 kiadást ért meg; nyugodt lelkiismerettel mondhatjuk, joggal! *Deutsch Ernő* dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

Theacylon néven a Merck-gyár egy új theobrominkészítményt (acetylsalicyltheobromin) hozott forgalomba. Gyenge savak nem bántják s ezért változatlanul halad át a gyomron; csak az alkális bélnedvben hasad alkotórészeire. Izletlen, nem maró hatású, mint a theobromin s azért a gyomor sokkal jobban tűri. *A. Hoffmann* tanár (Düsseldorf) nagyszámú betegen ez új szerrel tett tapasztalatait a következőkben foglalja össze. A theacylon az eddig ismert theobrominkészítmények hatását sok esetben felülmulja. Melléktüneteket (hányást és más emésztési zavarokat) sokkal ritkábban okoz. Az egyes esetekben mégis észlelhető gyomorzavarok alkalmasint onnan erednek, hogy az erős pangás következtében, a melyben a szóban levő betegek szenvednek, erősen csökkent a gyomorban a sósav-secretio s ezért a szer már a gyomorban hasad. Ezért olyan esetekben, a melyekben hányás vagy más gyomortünet mutatkozik, ajánlatos egyidejűleg kis adag sósavat adni. Sok esetben az első adagok után a vizelet fehérjetartalma fokozódik, de a szer további használata daczára nemsokára ismét kevesbedik, sőt teljesen el is tűnhetik. Egy esetben a beállott fokozott diuresis daczára coma uraemicum mutatkozott; ugyanezt észlelték diuretin után is; a szerző úgy magyarázza, hogy az erősen fokozódott diuresis alkalmával nem halad párhuzamosan a vízkiválasztás a szilárd anyagok kiválasztásával, úgy hogy a vér a comát előidéző anyagokban gazdagabbá válik. A szerző többnyire naponként 4—6-szor adott 0·5 grammos, avagy naponként 3-szor 1·0 grammos adagot. Sokszor kombinálta a szert digitalis-szal s azt tapasztalta, hogy olyan esetekben, a melyekben a digitalis egymaga nem fokozta a diuresist, theacylon hozzáadása után beállott az erős diuresis. De súlyos szívelégtelenség eseteiben a theacylon egymagában is tud erős diuresist kiváltani. A vérnyomást ez az új szer egyébként csökkenti s a pulsus minőségét javítja, nyilván a szív koszorúereinek kitágítása útján létesülő jobb táplálkozása miatt a szívizomnak. Asthma cardiacum- és angina pectoris-rohamok ellen is jó hatásúnak bizonyult a theacylon. (Münchener med. Wochenschrift, 1915, 33. sz.)

Sebészet.

A tüdőlövésekről és ezeknek punctióval, továbbá levegőnek a mellüregbe való bocsátásával gyógykezeléséről ír *Ehret* tanár.

A mellkast érő lövéssérüléseket elkülönítjük egymástól úgy a prognosis, mint a therapia szempontjából a szerint, vajjon csupán a mellkas-falzatot, vagy csakis a mellüri szerveket, végül pedig a mellüri és hasüri vagy más szerveket illetik.

A szerző száz tüdőlövést észlelt és gyógykezelt s ezek közül csupán egy volt halálos kimenetelű. A sebesültek a sérülés 5.—20. napján érkeztek, tehát feltételezhető, hogy a súlyosabbak vagy rövidesen a sebesülés után, vagy pedig a szállítás közben haltak meg, vagy nem voltak szállíthatók. A míg az összes tüdőlövések halálozási arányszámát meg lehet állapítani, a szerző a fenti statisztika eredményét csupán az 5. napot túlélt, könnyebb esetekre vonatkoztatja.

A mi a kezelés módját illeti, a fenti 100 esetben — az empyemáktól eltekintve — a műtéti beavatkozás szükségessége nem fordult elő. Az empyemára gyanus betegeken azonban, mihelyt magasabb láz jelentkezett és a próbapunctio útján nyert folyadékkal végzett oltás positiv eredményt adott, azonnal costotomiát végeztek. Korai esetekben a köhögésinger csillapitására, a székrendezésre, továbbá az ágynyugalomra ügyeltek. 14 nap mulva, midőn az utóvérzés veszélye már elmult, a szerző a sérült mellkasféllel légzési gyakorlatokat végeztetett oly módon, hogy a beteget naponta 2—3 órára az egészséges oldali mellkasfélre fektette. Ezzel a mellhártya összenövését kivánta megakadályozni. Ezenkívül Priessnitz-borogatásokat és ibolyántúli sugarakat is alkalmazott, mely utóbbiaknak jó hatását látta.

Mivel a szerző az e kezelésmóddal eleinte elért eredménynyel — minthogy számos betegén a korai tüdőgymnastica daczára kiterjedt összenövések, majd zsugorodások keletkeztek — nem volt megelégedve, a *Wenckebach*-féle eljárásra tért át: a pleuraürbe az exsudatum kiadós lebocsátása után levegőt engedett be.

Az így kezelt 13 betegén semmiféle kellemetlen szövődményt nem észlelt, az eredmény pedig feltűnően kedvező volt, ugyanis nemcsak a vérzést, hanem az összenövéseket is sikerült teljesen megakadályoznia.

A punctio kivitele a következő: Naunyn-troicart-ral — mely gummicsővel és kis üvegtölcsérrel van felszerelve — a hátulsó hónaljvonalban pungálva, a mellüri nyomást a tölcsér segítségével ellenőrizzük, miközben a folyadékot ki-, a levegőt pedig bebocsátjuk. A szerző egyik súlyos mellüri vérzésben szenvedő betegén — azonkivül, hogy mesterséges légmellet létesített — steril gelatina-oldatot is fecskendezett be, a nélkül, hogy kedvezőtlen hatást észlelt volna. A bebocsátott levegő mennyiségének egyenlőnek kell lennie a kiengedett folyadékával, kivéve akkor, ha vérzés van jelen. Utóbbi esetben a szívnek pontos ellenőrzésével lassanként annyi levegőt juttatunk be, a mennyi lehetséges.

A közönséges atmosphaerás levegő egy esetben sem idézett elő infectiót. Kivánatos, hogy a mellkast gyakrabban ellenőrizzük Röntgennel. A levegő felszívódása csak 3 hét mulva válik kimutathatóvá; egyébként ez a pleura állapotától és minőségétől függ. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 16. sz.)

Gyermekorvostan.

A szamárhurut okozójáról értekezik *Jacobsen* orvosnő és *Meyer* (Kopenhága). A brüsszeli Pasteur-intézetből 1906-ban jelent meg *Bordet* és *Gengou* dolgozata, melyben a szamárhurut okozójának felfedezését nyilvánosságra hozzák. 1908-ban *Klimenko* megerősíti a felfedezés helyességét, ugyanezen évben *C. Frankl* (Halle) is 38 eset közül 8-ban tudta ezen kis bacillust kitenyészteni. A szerzők feladatul tűzték ki, hogy a complementkötés segélyével vizsgálják a *Bordet-Gengou*-féle bacillus specifikus voltát. Vizsgálataik végeredménye az, hogy a *Bordet-Gengou*-féle bacillussal mint antigennel való complementkötése az emberi serumnak fölöttébb valószínűvé teszi, hogy a kérdéses individuum pertussisban szenved, illetve rövidesen szenvedett. A reactio kimaradása ellenben nem biztos jele annak, hogy az illetőnek nincs szamárhurutja, a mennyiben a complementkötés csak körülbelül a 3.—4. héten szokott jelentkezni és néhány hónap mulva eltűnhet vagy még rövidebb idő alatt is, sőt ritkán egészen hiányozhatik. Általánosságban vizsgálataik *Bordet* és *Gengou* felfedezését megerősítik; azt hiszik, hogy a *Bordet-Gengou* által 1906-ban leírt pertussisbacillus valóban a szamárhurut kórokozója. (Arch. f. Kinderheilk., 1915, 64. köt., V.—VI. füz.) *Vas Jakab* dr.

A gyermekkori gümőkór initialis lázáról ír *Koch* Pirquet tanár klinikájáról. A szerző három esetben megfigyelhette a gümőkór korai szakaszát, azaz azon időt, a mely eltelt a fertőzés időpontjától a Pirquet-reactio jelentkezéséig. Mind a három esetben a fertőzés idejétől számítva a 7. héten jelentkezett láz, különben semmiféle tünet sem mutatott a gümőkóros megbetegedés kezdetére. Ezen láz a gümőkór initialis láza és a gümőkóros láz typusos jellegét mutatja. A harmadik esetben a positiv cutan-reactio idejében a hilusban mirigyduzzanatot lehetett kimutatni. Az initialis láz és a Pirquet-reactio jelentkezése a fertőzéstől számított 7. hétre esik. (Zeitschrift f. Kinderheilk., 1915, 13. köt., 89. l.)

Flesch.

Bőrkórtan.

A tetveknek a harcztéren való elpusztításáról ír *F. Curschmann*. A tetvesség elleni küzdelem fontosságát legjobban az bizonyítja, hogy az utolsó hónapokban a leghivatottabb részről számos közlés jelent meg róla. Sajnos, kiderült, hogy mindazok a szerek, melyeket közvetlenül a harcztéren való használatra ajánlottak, nem tökéletesek s a kitűzött czélt, a tetvek elpusztítását petéikkel együtt, csak hiányosan érik el. A szerző már évek óta foglalkozik azzal a vegyülettel, melyet most „globol"-nak neveznek s a melyet állatokon próbált ki. A szert mostanában többen ajánlották tetvesség ellen s általában valamennyi kisérletező kielégítő eredményt ért el. A globol nem egyéb, mint para-dichlorbenzol, mely kristályos test s könnyen párolog.

Már évek óta, csakúgy mint a monochlorbenzolt, mely még könnyebben párolog, molyellenes szernek használják. A szerző állatkisérletekkel kimutatta, hogy a para-dichlorbenzol jóval kevésbé mérgező, mint a naphthalin. Sem a bőrön, sem pedig a béltractuson és tüdőn keresztül alkalmazva, kis adagolásban nem mérgező. Hasonló adagban és alakban a kámfor és a naphthalin már nem közömbös az emberi szervezetre. Nagy előnye a vegyületnek, hogy mindenütt bőven kapható, mert könnyen előállítható. Legjobb alkalmazási formája az, hogy kis zacskóban hordható az ing alatt, mert a szer ily módon lassan elpárolog s a testet s a ruházatot gőzrétegével bevonja. 10 gr. dichlorbenzolt tartalmazó zacskóból a szer kb. 10 nap alatt tűnik el. Szaga nem kellemetlen. Hatása igen jónak látszik, mert mindenütt, a hol a harcztéri katonák használták, megváltó szernek tekintették. Nagy előnye, hogy nemcsak az állatot, hanem a petéit is elpusztítja. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 30. sz.)

Guszman.

Húgyszervi betegségek.

A húgyanyagkiválasztás megállapításának hasznáról prostatás betegeken. A ma már feltétlenül legjobbnak elismert *Freyer*-féle prostatectomia sikere a betegek helyes megválogatásától függ. Tudjuk, hogy a veseinsufficientiának a legnagyobb szerepe van a műtét utáni complicatiók előidézésében. Nem is olyan régen csak két eljárásunk volt a vese működésének a megállapítására, úgymint a vizelet analysise s a bizonyos anyagok befecskendése által előidézett vizelet-secretio. De az ily módon elért eredmény is még sok bizonytalanságnak volt a kútforrása, csakis a legujabb eljárásokkal érünk el tetetemes haladást a veseműködés fokának a mérlegelése tekintetében. Ezen újabb kutatások csaknem valamennyien a *Widal* s tanítványai által kezdeményezett kisérleteken alapulnak.

Ha a vesének secretiós működésében valamelyes zavar állott be, akkor azok a termények, melyek kiválasztandók lettek volna, a vérben felhalmozódnak. A vér húgyanyagtartalmának a megállapításából tehát a vese húgyanyagkiválasztásos működésére következtethetünk. Tekintve azon nehézségeket, hibaforrásokat, melyek minden eljárás alkalmával felmerülnek, a szerző az *Ambard*-féle módszerrel kisérletezett, mely 900 esetben igen pontos adatokat adott neki. *Ambard*-é az érdem, hogy megállapította a húgyanyagkiválasztásos constanst, a mely a következő 3 törvényen épül fel: *1. törvény*: Ha a vese bizonyos sűrűségben választja ki a húgyanyagot, akkor ez a kiválasztás a vérbeli húgyanyagsűrűség négyzetének arányában változik meg. *2. törvény:* Ha valamely személy állandó vérbeli húgyanyagsűrűség mellett váltakozó sűrűségben választ ki húgyanyagot, akkor a

húgyanyagsecretio fordítottan arányos a vérbeli húgyanyagsűrűség négyzetgyökével. *3. törvény*: Ha úgy a vérbeli mint a vizeletbeli húgyanyagsűrűség folytonosan változik, akkor a húgyanyag-secretio egyenes arányban ingadozik a vérbeli húgyanyagsűrűség négyzetével, de fordított arányban a vizeletbeli húgyanyagsűrűség négyzetgyökével.

Minden emberben tehát állandó arány mutatkozik a vérbeli húgyanyag s a húgyanyagsecretio négyzetgyöke között. Ezen arányból alakul ki a húgyanyagconstans, vagyis jobban mondva a húgyanyagkiválasztásos constans. Azon eredmények szerint, melyeket a veseműködés gyökeinek megállapításakor a prostatásokon nyerünk, ezeket a betegeket 3 csoportba osztályozhatjuk, még pedig: 1. azok az esetek, melyekben feltétlenül rossz a constans, vagyis 0·200 vagy még több; 2. azok az esetek, melyekben jó a constans, vagyis 0·120-on alul van s 3. azok az esetek, melyekben többé-kevésbé középszerű a constans. Tévednénk azonban, ha azt hinnők, hogy a prostatectomia nagy kérdése végleg kimerül a constansok tanulmányozásában. (Journal d'urologie, 1914, I. köt.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Katacid-tabletták néven néhány hónap előtt új szert hoztak forgalomba, a mely *Strauss* szerint ivóvízben a cholera-vibriókat és a dysenteria kórokozóit 15 percz alatt, a typhus-bacillusokat pedig 10 percz alatt elöli. A tabletták összetétele a következő: 0·5% carbamin-hydrogen-superoxyd, 0·25% vízmentes czitromsav és 0·01% külön eljárással előállított nagyon activ állati katalase. *Kötlauer* vizsgálatai a marburgi egyetem közegészségtani intézetben kimutatták azonban, hogy ez a szer a typhus-bacillusokat még 45 percz alatt sem öli el biztosan; használata tehát mellőzendő. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 34. szám.)

Az allphen használatáról dysenteria eseteiben már megemlékeztünk. *Marcovici* és *Schmitt* most e szerrel cholera eseteiben elért eredményeikről tesznek előzetes jelentést. Eseteiknek száma eddig ugyan még kevés (9), a valamennyi esetben észlelt kedvező hatás azonban mégis indokolttá tette a figyelemnek felhívását e szerre, illetve a cholera elleni alkalmazhatóságára. Használatmódja a következő: a hányásingernek chloroformos vízzel (naponként 4—5 kávéskanálnyi) csökkentése után naponként 4-szer 3—3 allphen-tabletta veendő be; ezenkívül naponként két magas allphen-beöntés végzendő; a klysmához való allphen külön csomagolásban kapható „Allphen-Klysma-Zusatz II" néven (áll 25 gramm allphen-porból, továbbá porított chamomilla-teából és gummi arabicumból); ez 1—1½ liter forró vízben emulgeálva, öntendő be a végbélen át 2 meter magasságból. (Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 33. szám.)

Tetanus egy súlyos esetében *Hercher* feltünő hasznát látta az intravenás aether-konyhasóinfusióknak. 1—2 naponként fecskendezett be 15—30 gramm aethert 750 cm³ physiologiai konyhasóoldattal. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 33. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1915, 35. szám. *Porosz Mór:* A hadi venerologia köréből. *Preis Károly:* Necrosis cutis circumscripta arteficialis. Jodoform nélküli ulcus-kezelés. Ulcus fistulosum. Syphilis.

Budapesti orvosi ujság, 1915, 35. szám. *Lükő Béla:* A központi idegrendszer sérüléseiről.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Malmos Miksa* dr.-t a füzéri (Abauj-Tornamegye) járás orvosává, *Kis Ibolyka* dr.-t a biharmegyei közkórház segédorvosává nevezték ki.

A cholera állása hazánkban. Magyarország területéről az augusztus hó 9.-étól 15.-éig terjedő héten 384 megbetegedést jelentettek 243 halálozással. Az esetek következőképpen oszlanak meg: *Törvényhatósági városok*: Budapest 1, Debreczen 1, Kassa 14, Miskolcz 9, Szatmár-Németi 7, Zombor 1. *Vármegyék*: Alsó-Fehér vármegye: Paczalka 1, Tompaháza 1, Felsőváradja 2, Táté 6; Abauj-Torna vármegye: Hernádcsány 1, Vilmány 7, Szentistvánbaksa 1; Bács-Bodrog vármegye: Dávod 19, Bácsszentiván 1, Gombos 4, Bácsgyulafalva 1; Baranya vármegye: Dunaszekcső 2, Bár 1, Németmárok 3; Bars vármegye: Óbars 1; Békés vármegye: Kondoros 1, Kőrösladány 1; Bereg vármegye: Munkács 7, Beregszász 2, Oroszvég 1, Zugó 13, Hársfalva 2, Szolyva 3, Malmos 1, Szászóka 6, Vári 7; Besztercze-Naszód vármegye: Óradna 2, Kisilva 1, Várorja 1, Major 5, Naszód 1, Kisrebra 1, Jád 6, Szálva 1, Aldorf 5, Óláhszentgyörgy 6, Besenyő 2, Középborgó 2, Alsóborgó 4; Bihar vármegye: Sárrétudvari 2, Mezőtelegd 1, Berettyóújfalu 3, Izsópallaga 3, Keszteg 2; Borsód vármegye: Sajóörös 1; Fejér vármegye: Érd 1; Hajdu vármegye: Hajduszoboszló 3, Püspökladány 4; Heves vármegye: Gyöngyös 2, Gyöngyöshalász 1, Gyöngyöstarján 1, Erk 2; Jász-Nagykún-Szolnok vármegye: Jászalsószentgyörgy 4; Kisküküllő vármegye: Radnót 1, Marosesapó 1; Kolozs vármegye: Almástamási 1, Apahida 1; Liptó vármegye: Németlipcse 1; Máramaros vármegye: Máramarossziget 1, Felsőhidegpatak 1; Nyitra vármegye: Pöstyén 1; Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye: Zagyvarékás 3, Ujszász 5; Szabolcs vármegye: Nyirtass 2, Komoró 1, Mándok 2, Nyiregyháza 21; Szatmár vármegye: Nagysikárló 2, Nagykároly 3, Olcsvaapáti 1, Szamossályi 1; Szeben vármegye: Nagyszeben 7, Popláka 5; Szepes vármegye: Pálmafalva 5; Szilágy vármegye: Bogdánháza 3, Szereden 4, Náprád 1, Szamosőrmező 4; Szolnok-Doboka vármegye: Szék 3, Szamosujvár Németi 8, Kendilona 8, Szentbenedek 1, Szeszárma 6, Dögmező 4, Bethlen 1, Désakna 4; Tolna vármegye: Báta 2; Torda-Aranyos vármegye: Aranyosegerbegy 3, Aranyoslóna 1, Hadrév 1; Torontál vármegye: Kiszombor 5; Ugocsa vármegye: Salánk 6, Alsókaraszló 9, Magyarkomját 1, Tiszasásvár 1; Ung vármegye: Szénástelek 1, Laborczszög 1, Vinna 1, Alsóhunkócz 1, Ungtölgyes 5, Horlyó 9, Ungssertész 1, Bacsó 1, Gereny 1, Magyarkelecsény 1, Csap 1; Zemplén vármegye: Kesznyéten 1, Zetény 4, Nagyczigánd 2, Lasztomér 4, Nagyráska 1, Homonna 2, Kelen 2, Görbeszeg 1, Nagygereblyés 5, Kuruczfalva 1; Zólyom vármegye: Zólyom 1. A megbetegedések közül 30 osztrák és magyar katonákra esik, 4 megbetegedés német katonák között (Kassa), 25 megbetegedés hadifoglyok között történt. A többi 325 megbetegedés helyben lakó polgárok között fordult elő. Késve érkezett jelentések szerint július hó 20.-ától augusztus 1.-éig Nagysikárlón (Szatmár vm.) 4, augusztus 2.-ától 8.-áig Borsod vármegyében Egerlövőn 1, Diósgyőrben 1, Szatmár vármegyében Nagysikárlón 2, Cigánydányádon 1, Szamosangyaloson 2, Nagybányán 1, Tolna vármegyében Bátán 4, Bátaszéken 1, Mórágyon 1 choleramegbetegedés történt, valamennyi a polgári lakosság körében.

Meghalt. *Erdély Jenő* dr., a győri kisdedvédő egylet főorvosa, augusztus 26.-án. — *Árokay Antal* dr., Székesfehérvár tiszteletbeli főorvosa, 57 éves korában Balatonfüreden. — *H. Piper* dr., az élettan rendk. tanára, az élettani intézet physikai osztályának vezetője a berlini egyetemen, hősi halált halt.

A német orvosi kar veszteségei a háborúban eddig a következők: 302 könnyű sebesülés, 108 súlyos sebesülés, 270 halál (185 sebesülés, 84 betegség és 1 gázmérgezés folytán); hadifogságba jutott 87 (közülük 6 már visszakerült), eltűnt 117 (közülük 83 megkerült).

Személyi hirek külföldről. *P. Doehle* rendk. tanárt Kielben (kórbonczolástan) prof. ord. honorarius-szá nevezték ki. — *E. Hering* tanár, a lipcsei egyetem ismert physiologusa, nyugalomba vonul.

Hirek külföldről. A német hadvezetőség rendeletet bocsátott ki, mely szerint ezentúl segédorvossá nevezhetők ki a háború tartamára olyan orvostanhallgatók is, a kik már legalább egy fél évet hallgattak első szigorlatuk letétele után, továbbá már legalább hat hónapja állnak mint szanitéczek hadi szolgálatban s végül legközelebbi katonai előljárójuk által a segédorvosi teendők elvégzésére alkalmasnak nyilvánittatnak. Az ilyen segédorvosok a megfelelő egyenruhát viselhetik s a segédorvosi illetményekben részesülnek.

Lapunk mai számához a *F. Hoffmann-La Roche & Co.* czég „**Digalen**" czímű prospectusa van mellékelve.

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

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Mária-utcza 34.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyitó és kosmetikai intézete
Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyitás. Röntgen. Autontherapia, forróléghkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete VII., Nyár-utcza 22. szám.

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.
Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. *Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis, bénulások, rheumás bajok, arteriosklerosis* stb. ellen.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (V. rendes tudományos ülés 1915 május hó 22.-én). 489. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 489. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(V. rendes tudományos ülés 1915 május 22.-én.)

Elnök: **Id. Liebermann Leo.** Jegyző: **Holzwarth Jenő.**

(Vége.)

Ujabb módszer a typhusbacillusok kimutatására a vérben.

Kiss Gyula: A typhusbacillusok kitenyésztése a vérből a közönséges tenyésztőanyagokon közvetlenül aránylag ritkán sikerül, ellenben nagyon jók az eredmények, ha a vért előzetesen marhaepével keverjük és a közönséges tenyésztőanyagokat csak akkor használjuk, a mikor a bacillusok a keverékben már megszaporodtak. Bármilyen kitünő is ez az eljárás, megvan az a hátránya, hogy sok esetben 48 óra vagy még annál is hosszabb idő kell, a míg a vizsgálat eredményre vezet.

A bemutató egy eljárást követ, a mely nemcsak gyorsabban teszi lehetővé a diagnosist, hanem eddigi tapasztalatai szerint gyakrabban ad positiv leletet, mint a marhaepe használata. Az eljárás abban áll, hogy a beteg venájából vett vér 16%-os magnesiumsulfat-oldattal egyenlő mennyiségben kevertetik. A keverés gummisapkával elzárt epruvettában történik, a melybe a vért úgy viszszük be és a folyadékot úgy szivattyúzzuk ki vagy be, hogy egy hosszú steril tűt szúrunk be a gummin keresztül. A keveréket centrifugálva, a serumot leszívjuk, az üledéket physiologiai konyhasóoldattal felhigítva, újból centrifugáljuk és a felső folyadékréteget eltávolitva, az üledéket húslevessel felhígítjuk. Ebben a húslevesben a typhusbacillusok 24 óra mulva sok esetben dús tenyészetet alkotnak és az agglutinatiós próba útján identifikálhatók. Ha 24 óra mulva a húsleves nem zavaros, akkor az üledékből szélesztéssel még sokszor megkapjuk a bacillus tiszta tenyészetét.

Ugy az epe, mint a magnesiumsulfat megakadályozza a vér megalvadását és ezzel kiküszöbölteti a bacteriumfejlődés egyik akadálya, mert a véralvadék a bacteriumok egy részét magába zárja. A vázolt eljárásnak azonban az az előnye is megvan, hogy a vérserum is kiküszöbölteti, a mely maga tartalmaz bacteriumölő és fejlődést gátló anyagokat. A módszer ezért nemcsak a typhusban, hanem általában ajánlható a vér bakteriologiai vizsgálatára. A bemutatónak sikerült egy esetben a vérben typhusbacillus mellett streptococcust is kimutatni.

Uj táptalaj colibacillusok megkülönböztetésére typhustól és más pathogen bacteriumoktól.

Id. Liebermann Leó és Acél Dezső: A savképző bacteriumok coloniáinak a többi bacteriumcoloniától, különösen a *colinak* a *typhustól* való megkülönböztetésére ajánljuk a *congovörössel* megfestett tejczukor-agarlemezt, a melyről az a véleményük, hogy az eddig használatban lévő festett táptalajokat érzékenység és megbizhatóság tekintetében jóval felülmulja.

A vörös lemezen a colicoloniák 24 órán belül mint intenziv fekete (kékes-fekete) foltok jelennek meg, kerek vagy helyenként csipkézett világos udvarral. Számos colicolonia jelenléte vagy ezeknek továbbfejlődése esetén a szemcsékben kiváló congofestékanyagtól majdnem az egész lemez fekete színű lesz.

A *typhuscoloniák* ezen a lemezen vörösek s legtöbbször áttetszők.

A többi pathogen bélbacteriumról — mint *paratyphus B. és A., b. dysenteriae Shiga-Kruse, Flexner és Y., b. enter. Gärtner, vibrio cholerae* — egyelőre nem mondhatunk mást, mint hogy ezeknek a növekedését a congovörös egyáltalában nem gátolja. A colitól éppen olyan élesen lehet megkülönböztetni őket, mint a typhust.

Sensibilizált és nem sensibilizált typhusbacteriumok hatása.

Id. Liebermann Leó, Fenyvessy Béla és Acél Dezső: Már korábban kimutatták a szerzők, hogy a megfelelő immuntestekkel sensibilizált vérsejtek mint antigenek éppen úgy viselkednek, mint a nem sensibilizáltak. Ezen kisérleteket kiterjesztették sensibilizált és nem sensibilizált typhusbacteriumokra. Kitűnt, hogy ezen kétféle oltóanyaggal oltott állatok vérsavójának agglutinatiós és bactericid titere között szintén nincs különbség, a miből az következik, hogy úgy prophylaxisos, mint therapeutikai célokra egyformán használhatók, ha az agglutinatiós és bactericid titert a hatás mértékének tekinthetjük. A gyakorlati tapasztalatok is igazolják ezt a felfogást, úgy hogy valószínűleg a mellékhatásokra való tekintettel, melyek a különböző vaccináknál úgy látszik nem egyformák, csak a dosisok nagyságának megállapítására lesz szükség.

Simultan typhus- és choleraoltások.

Id. Liebermann Leó, Fenyvessy Béla és Acél Dezső: Tekintve, hogy már időnyerés szempontjából is fontos az a kérdés, hogy a typhus és cholera elleni oltások egy időben végezhetők-e, vizsgálat tárgyává tették azt, hogy ilyen simultan oltás változtat-e valamit azon biologiai savóreactiókon, melyeket ezidőszerint mint az immunizálás eredményességének mértékét szoktak tekinteni.

Kisérleteiket tehát úgy rendezték be, hogy megállapították kisérleti állataik vérsavójának agglutinatiós és bactericid titerjeit úgy typhusra, mint cholerára az immunizálás előtt, valamint immunizálás után. A feladat megoldására a kisérleti állatok három csoportba lettek osztva:

I. csoport: typhus ellen immunizált állatok.
II. „ cholera „ „ „
III. „ typhus és cholera ellen immunizált állatok.

Minden csoportban közel három egyenlő súlyú nyúl szerepelt.

A vaccinák intravenásan és egyenlő dosisokban lettek adva, három egymás követő napon, $^1/_2$, 1 és 2 kacsnyi mennyiségben.

Az agglutinatio és bactericid titer megállapítása az előző közleményükben megállapított módon történt.

Az eredmények minden kétséget kizáró módon bizonyítják, hogy a simultan typhus- és cholera-immunizálás nem befolyásolja egymást.

Kentzler József: Megjegyzi, hogy évekkel ezelőtt, még a midőn az I. számú belklinikán gyakornok volt, *Benczur* dr.-ral végzett hasonló kisérleteket. Adtak nyulaknak typhus-, dysenteria-, staphylococcus-bacteriumokat, sőt volt nyuluk, a mely bacteriumokon kivül vérsejtemulsiót is kapott. A kisérleteket úgy végezték, hogy a kétféle fertőzés egyszerre vagy külön egymás után történt. Az eredmény teljesen azonos volt azzal, a mit az előadó most említett, a mennyiben a secundaer vagy vegyes fertőzés az agglutinatiós titert nem befolyásolta. Ez azért is fontos, mert felmerült az a nézet, hogy az újabb fertőzés a már meglevőt annyira elhomályosítja, hogy ezáltal serologiai diagnostikai tévedések fordulhatnak elő.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

Typhus gyógyítása physiologiai konyhasóoldat intravenás befecskendezésével. A „K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien“ június 18.-án tartott ülésén *Engländer* egy súlyos typhus-esetről számolt be, a melyben a vérkeringés gyengesége miatt kámfor és coffein adása mellett 300 cm^3 physiologiai konyhasóoldatot is fecskendezett be intravenásan azzal az eredménynyel, hogy a hőmérsék subnormalis lett jó pulsus mellett, s az illető ezen időtől fogva a végleges javulás útjára tért.

PÁLYÁZATOK.

2906/1915. kórh. szám.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye I. Ferencz József-közkórházában katonai szolgálat folytán megürült egy, s közelebbről megürülendő egy, összesen **két segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalom: 133 korona havi fizetés, teljes ellátás. Alkalmazás egyelőre ideiglenes.

Kötelező kórházi gyakorlat itt teljesíthető, illetve az itteni szolgálat beszámíttatik. Pályázhat orvosnövendék is.

A kérvényt lehetőleg **szeptember hó 15.-éig** kell hozzám küldeni, de korábban érkező esetleg már előbb figyelembe vétetik.

Szolnok, 1915. évi augusztus hó 28.-án.

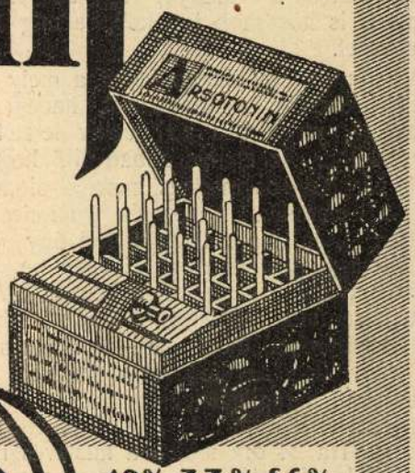
Papp Gábor dr., igazgató-főorvos.

HIRDETÉSEK.

Beszédhibások különösen **aphasiások**
kezelését (harcztéri sebesülések után is) elvállalja
Dévai Flóra a gyógypaed.-psycholog. m. kir. laboratorium assistense beszédhibák javítására állam. képesített okl. tanítónő
Budapest, VII., Damjanich-utcza 34. sz.

UNIV. MED. **Dr. PÉCSI DANI** nyilvános tehénhimlő- :: termelő intézete ::
A magy. kir. állami serum-termelő intézet szétküldő osztálya.
Budapest, II. ker., Margit-körút 45. szám.

Arsotonin
a methyldinatriumarsenat
ISOTONICUS oldata steril ampullákban
SUBCUTAN INJECTIOKHOZ.
Az ARSOTONIN TELJESEN FÁJDALOMMENTES FELSZIVÓDÁSA
GYORS és HATÁSA HAMAR ÉSZLELHETŐ!!



Cadoçel
10%, 33%, 66%, 100%.
Acut és chronicus bőrbántalmak souverain gyógyszere
CHINOIN GYÓGYSZER és VEGYÉSZETI TERMÉKEK GYÁRA R.T.
/Dr KERESZTY és Dr WOLF/
BUDAPEST-ÚJPEST.

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; jóízü 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 Amm. 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-utcza 65 (Liszt Ferencz-tér sarok).

59. évfolyam. 37. szám. Budapest, 1915 szeptember 12.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bauer Lajos: Közlemény a székesfővárosi Szent Margit-közkórházból. A csecsemők hiányos gyarapodásának gyakoribb okairól. 491. lap.

Fonyó János: Közlemény a cs. és kir. kenyérmezei tábor kórházából. A foltos hagymáz epidemiologiája és prophylaxisa. 495. lap.

Justus Jakab: Megfigyelések és kisérletek a keloid aetiologiáját illetőleg. 498. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Dr. Gerhard Hahn:* Totentanz 1914/15. — *Stekel:* Der Wille zum Schlaf! — *Lapszemle. Belorvostan. Dünner:* Phosphaturia. — *Sebészet. Schüller:* Lábszárvédő-okozta fájdalom. — *Gyermekorvostan. Kunckel:* Koraszülöttek és debilis gyermekek vérének elváltozásai. — *Bőrkórtan. Fr. Fischl:* A typhus abdominalis kapcsán mutatkozó bőrtünetek. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Brunner:* Tetanus-csirákkal fertőzöttségre gyanus sebek desinficiálása. — *Reimann:* Kemény hegek gyógyítása. 500—502. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi ujság. 502. lap.

Vegyes hirek. 502. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi Szent Margit-közkórházból.

A csecsemők hiányos gyarapodásának gyakoribb okairól.

Irta: ***Bauer Lajos*** dr., gyermekorvos, kórházi rendelőorvos.

A csecsemő egészségének és normalis fejlődésének legmegbízhatóbb jelensége (az úgynevezett egészségi jeleken kívül, mint: jó közérzet, monothermia, nyugodt alvás, naponta 2—3 sárga, pépes székletét) a testsúlynak fokozatos és állandó emelkedése. Ha a súly hosszabb időn át csökken vagy ugyanazon állapotban marad, vagy ha a súlynövekedés a normalisnál lényegesen kisebb, akkor a csecsemő már vagy beteg, vagy olyan abnormis körülmények állottak be, melyeknek okát okvetlen kutatnunk kell. Az ok az esetek legnagyobb részében a táplálkozással függ össze, míg kisebb részben a táplálkozástól független bántalmak: heveny vagy idősült fertőző vagy veleszületett, esetleg légzőszervi stb. megbetegedések okozzák. Nem tagadható ugyan, hogy a parenteralis, valamint az enteralis infectiók a súlygörbét többé-kevésbé befolyásolják, ezen ártalmak azonban rendszerint csak rövidebb ideig tartó súlycsökkenéseket okoznak s az alap-oknak megszűnésével a súlygörbe ismét emelkedni kezd. Az alábbiakban azon okokat kivánjuk tárgyalni, melyek alkalmasak arra, hogy a csecsemő súlygyarapodását hosszabb időn, heteken, hónapokon át akadályozzák, illetve nagymérvű súlycsökkenést idézzenek elő, s mivel ezen alap-okok *leginkább a táplálkozástól vannak feltételezve,* azért a következőkben a táplálkozástól befolyásolt súlycsökkenésekkel, illetve gyarapodáshiánynyal óhajtunk foglalkozni.

A táplálkozási bántalmak és a velük összefüggő *gyarapodáshiány okainak elbirálásakor éles határt kell vonnunk a mesterségesen és emlőn táplált csecsemők között,* mert valamint a kétféle táplálásmód mellett a táplálkozási betegségek is egymástól eltérő módon jelentkeznek, az általuk létrehozott gyarapodáshiánynak megitélésekor is különböző szempontok érvényesülnek.

A táplálkozási bántalmaktól feltételezett hiányos gyarapodásnak okát különösen három tényezőben kereshetjük: 1. *a tejben, illetve tejkeverékben,* 2. *a táplálás módjában* és 3. *a csecsemőben.* Nézzük elsősorban a női tejet. Ennek vizsgálatakor csupán annak megállapítására szorítkozhatunk, van-e valamely szoptatónak elegendő teje vagy nincs, s ha nem elegendő, mégis mily mértékben fedezi a gyermek szükségletét. Hogy normalis összetételű-e valamely tej, annak a megállapítása ezidőszerint a gyakorlatban alig vihető ki, csupán a tej zsírtartalmát tudjuk — de ezt is csak hozzávetőlegesen — megállapítani, bár ez is nagy fokban ingadozik még a nap különböző szakaszaiban is. De még az utóbbi meghatározás is felesleges, minthogy tudjuk, hogy a csecsemő zsírszegényebb tejből rendszerint többet fogyaszt, míg a zsírdús tejből jóval kevesebbet. A fő követelmény, hogy a szoptatónak kellő mennyiségű teje legyen.

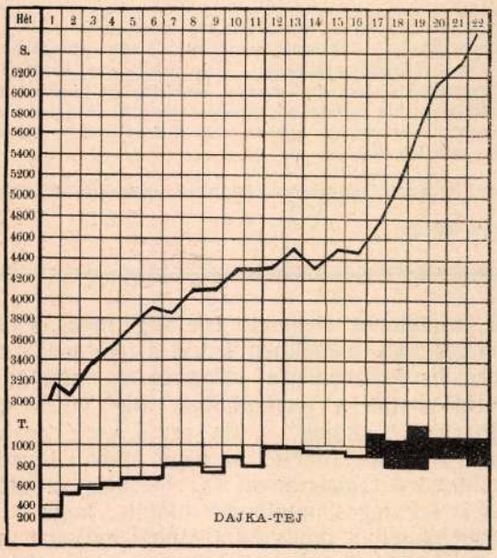
(A csecsemő táplálékszükségletét csupán caloriás számítás alapján határozhatjuk meg helyesen, akár emlőn, akár mesterségesen táplált csecsemő táplálékszükségletét akarjuk elbirálni, mert csupán így tudjuk megóvni a csecsemőt úgy a túltáplálástól, mint a hiányos táplálástól.)

Megjegyezzük, hogy általában teljesen áll azon tapasztalat, hogy úgy emlőn, mint mesterségesen táplált csecsemők energiahányadosa (energiaszükséglete kgr.-ként) az első életnegyedben 100, a második életnegyedben 90, a harmadikban 80 és a negyedikben 70 körül mozog.

Olykor mégis azt tapasztaljuk, hogy *ilyen mennyiségű táplálékon a normalis csecsemő gyarapodása nem kielégítő,* sőt a csecsemő súlya lényegesebb hiányt mutat s a súlygörbének erősebb emelkedése csak akkor következik be, illetve a csecsemő a korának megfelelő súlyt csak akkor éri el, *ha a csecsemő által elfogyasztott caloriák mennyisége 110—120-ra, sőt még ennél is magasabbra emelkedik kilogrammonként.* (Ide nem sorolandók a koraszülöttek és debilis csecsemők, ezeknek energiahányadosa, legalább addig, míg a normalis súlyt el nem érték, 20—30-czal nagyobb, mint a normalis csecsemőké, tehát kilogrammonként 120—130 caloria.) Az ilyen kivételes assimilálóképességgel biró csecsemőkkel is számolnunk kell a hiányos gyarapodás okainak kutatásakor.

Az alábbi graphikon egy igen gyengén fejlődő, emlőn táplált csecsemőt tüntet fel. A csecsemő 3000 gr. kezdeti súllyal hónapokon keresztül igen csekély gyarapodást mutat, mindaddig, míg a női tej mellett még $^2/_3$ tejlisztczukor-keveréket nem kezdtünk adagolni, a mikor az eddig nagyon gyengén növekvő súly hirtelen élénk lendületet vesz s a csecsemő körülbelül két hónap mulva a hiányzó súlyt teljesen pótolta. (L. az ábrát.)

Hogy az intenziv gyarapodáshiányt a csecsemő kivételesen magas táplálékassimiláló-képessége idézte elő a fenti esetben, az a táblázatból kitűnik. Mint a graphikon mutatja, a gyarapodáshiány igen tetemes volt, annak ellenére, hogy a bekebelezett táplálékmennyiség calorice teljesen elegendő volt, még pedig nemcsak a csecsemő súlya szerint, hanem kora szerint is, mert hiszen a csecsemő nemcsak momentan súlya, hanem kora utáni súlya szerint is állandóan 100, sőt 120 caloriát fogyasztott kilogrammonként. Tehát nemcsak az élettani szükségletet fedezte, hanem majdnem állandóan annál jóval többet s a gyarapodás mégis igen vontatott volt, annyira, hogy négy hónapos korában súlya 4500 gr. körül mozgott, vagyis a súlya megfelelt egy körülbelül két hónapos csecsemő súlyának.



Voltak hetek, mint a graphikon mutatja, midőn 125—130 caloria volt kilogrammonként az elfogyasztott tejmennyiség — de az egész szoptatási idő alatt is sohasem fogyasztott a csecsemő 100—110 caloriánál kevesebbet kilogrammonként — s a gyarapodás mégsem haladt előre. S ha tekintetbe veszszük, hogy bár több ízben történt dajkaváltozás, hogy az egyformán jól tejelő dajkák táplálási ideje alatt a gyarapodás mindvégig igen fogyatékos volt s hogy a súlynak rapid és állandó emelkedése csak akkor következett be, midőn a női tej mellett még naponta 200—400 gr. $^2/_3$ tejlisztczukorkeverékből álló táplálékot is adagoltunk a csecsemőnek: mindez nagyon valószínűvé teszi azon feltevést, hogy ezen esetben — s hasonló esetek nem ritkaságok a gyakorlatban — kivételes, a normalisnál jóval nagyobb assimilálóképességgel bírt a csecsemő, mely körülmény okozta, hogy olyan caloriatartalmú táplálékon, melyen rendes körülmények között a csecsemő gyarapodása normalis szokott lenni, a gyarapodás csak igen minimalis volt s hogy *a súly intenzivebb emelkedése csak akkor következett be, midőn a felvett táplálék mennyisége a csecsemő kora szerint számítva kilogrammonként 145—150 caloriát tett ki.*

Felmerült a kérdés, vajjon ezen eset nem sorolható-e azok közé, melyekben qualitativ inanitiót kell szerepeltetnünk az emlőn táplált csecsemők hiányos gyarapodása oka gyanánt? (Ezen esetekről később lesz szó.) Ezen gyanut azonban el kellett ejtenünk akkor, midőn a póttáplálás megindítása előtt fehérjekészítmények, illetve szénhydrat-keverékek adagolásával a csecsemő súlynövekedésében lényegesebb változást nem tapasztaltunk. Ilyen csak akkor volt észlelhető, midőn a vegyes táplálás megindításával a csecsemőtáplálék caloriatartalmát számottevő mérvben fokoztuk. *Állandóan hiányosan gyarapodó, különben egészséges csecsemő esetének elbirálásakor az abnormisan magas táplálékassimilálóképesség lehetőségét tehát nem szabad szem elől tévesztenünk.*

Emlőn taplált csecsemőkön egyik leggyakoribb oka a hiányos gyarapodásnak, hogy a szoptató teje nem fedezi a csecsemő szükségletét, vagyis *a tej kevés.* A tejmennyiség hiányosságának azonban számos fokozata van. Lehet a tejmennyiség csak oly fokban csökkent, hogy a szükséges 100 caloria helyett csak 80–90 caloriát tud a csecsemő fedezni, vagy csak 60—70-et, esetleg csupán 20—30-at, vagyis a tejszükséglet a mérsékelt hiányos tápláltságtól a teljes inanitióig ingadozhat. A hiányos tápláltság tünetei természetesen a tejhiány arányában súlyosbodnak.

A hiányos tejelválasztástól okozott állapotot teljesebb meghatározással is szoktuk jelölni: *complet inanitiónak* vagy *éhezésnek* nevezzük azon állapotot, midőn a szervezet úgy quantitative, mint qualitative hiányt szenved a táplálékban annyira, hogy a táplálék a szükségletnek csupán $^1/_3$-át fedezi, míg *incomplet inanitióról, hiányos tápláltságról* akkor beszélünk, ha a táplálék mennyisége több mint a szükséglet $^1/_3$-a, de a fentartási szükségletet — kilogrammonként 60—70 caloria — lényegesen nem haladja túl. Lehet azonban a hiányos tápláltság *qualitativ* vagy *partialis* is. Ha ugyanis a szervezet, bár dúsan van ellátva táplálékkal, csupán egy, esetleg több táplálékalkotórészben, pl. czukorban, vagy zsírban, vagy fehérjében, vagy sókban szenved hiányt. Úgy az éhezés, mint a hiányos tápláltság előfordul mindkétfajta táplálási mód mellett, a partialis inanitio is elég megszokott kép a gyakorlatban mesterségesen táplált csecsemőkön, sőt mint a tapasztalat mutatja, vannak esetek, melyekben a qualitativ incomplet inanitiót az emlőn táplált csecsemőkön is fel kell tételeznünk.

A tapasztalat mégis azt mutatja, hogy inanitio, illetve hiányos tápláltság sokkal gyakrabban fordul elő emlőn, mint mesterségesen táplált csecsemőkön. Ennek az az oka, hogy az emlőn táplált csecsemők által bekebelezett tejmennyiséget mérleg hiányában laikus nem tudja hozzávetőleg sem ellenőrizni, míg az üvegből táplált csecsemők táplálékszükségletével még a kevésbé intelligens anya is körülbelül tisztában van.

A szoptató tejhiányából keletkezett éhezéstől, inanitio ex hypogalactia, *még egy sajátszerű okból keletkezett inanitiót is meg kell különböztetnünk* emlőn táplált csecsemőkön, a melyet valóságosan *„művi inanitiónak“* lehetne nevezni. A gyakorlatban nem kevés amaz esetek száma, melyekben nem a szoptató tejhiánya okozza az inanitiót, mert ámbár volna a szoptatónak elégséges, sőt bőséges teje: a csecsemő mégis éhezik vagy hiányosan tápláltatik azon okból, mert az orvosi rendelet a különben egészséges csecsemőnek csak igen rövid, alig néhány perczig tartó szoptatást írt elő. A csecsemő túltáplálásától való, sokszor indokolatlan félelem sok orvost arra bír, hogy tekintet nélkül arra, vajjon valamely csecsemő egészséges-e vagy abnormis constitutióval bír, normalisan gyarapszik-e vagy mélyen a normalis súly alatt marad, csak igen rövid ideig tartó szoptatásokat engedélyez, négy órai időközökben, teljesen figyelmen kívül hagyva azon körülményt, hogy ezen néhány percznyi táplálkozási idő alatt fedeztetik-e a csecsemő táplálékszükséglete vagy nem, úgy hogy valóságosan az inanitióba kergeti a csecsemőt. Igen számos esetet tudnék felhozni a gyakorlatból, melyekben az orvosilag előírt igen rövid ideig tartó szoptatások után az erősen lesorvadt csecsemőnek a hetek óta tartó erős nyugtalansága a bőven nyujtott táplálékra természetesen azonnal megszűnt s a hiányzó sok száz gramm súlyt is hihetetlen rövid idő alatt visszaszerezte, a nélkül, hogy az intenziv súlynövekedés a csecsemőn az abnormis constitutio jelenségeit előhívta volna, a mely körülmény is igazolja, hogy a táplálékmennyiségnek olyan jelentős megszorítása az illető csecsemőkön nem volt helyén. Pedig az ily módon létrehozott, mondhatnók *„arteficialis inanitio“* éppen olyan veszélyes lehet, különösen fiatal csecsemőre, mint ha a szoptató valóban kevés tejjel bír, mert leszámítva azt, hogy a csecsemő állandó nyugtalanságával a környezet nyugalmát feldúlja: a hosszas inanitio folytán szervezete ellenállóképessége is annyira csökkenhet, hogy intercurrens betegségnek könnyebben áldozatul

esik. Másrészt a tartósabb inanitio folytán a csecsemő táplálék iránti tolerantiája is erősen szenved s nem ritka észlelet zsengekorú csecsemőkön, hogy a végre bővebben bekebelezett táplálékot a szervezet többé vagy nem, vagy csupán hiányosan tudja assimilálni.

(Hasonló okból keletkezett inanitiót észlelhetünk mesterségesen táplált csecsemőkön is, ezekről később lesz szó.)

Egyébiránt egészséges csecsemő hiányos gyarapodása vagy súlyban való lényegesebb visszamaradása esetén okvetlen és elsősorban gondoljunk hiányos tápláltságra vagy inanitióra s azonnal vizsgáljuk a csecsemő által fogyasztani szokott táplálékmennyiséget, illetve az emlők tejtartalmát, vajjon a táplálékmennyiség fedezi-e a gyermek szükségletét. Bármilyen fontos támaszpont is azonban azon körülménynek megállapítása, hogy valamely szoptatónak nincs oly mennyiségű teje, mely a gyermek szükségletét fedezné, csupán ezen lelettel nem szabad megelégednünk, hanem arra is kell ügyelnünk, vajjon az inanitiónak vagy hiányos tápláltságnak klinikai tünetei egyeznek-e az általunk megállapított elégtelen táplálékkal.

Ha fiatal csecsemő esetében arról értesülünk, hogy obstipatióban szenved, vagy ellenkezőleg naponta többször is van ürülése, de a székletéte állandóan — a mióta a világon van — zöldes-barnás, kissé nyálkás, tartalomnélküli; azt a panaszt halljuk továbbá, hogy a gyermek nyugtalan, még a szoptatások után is, esetleg a szopás után megnyugszik rövid időre, de egy-két óra mulva ismét nyugtalankodni kezd, nem gyarapszik vagy csak nagyon hiányosan, esetleg eredeti súlyából is veszített néhány száz grammot; ha azt találjuk továbbá, hogy a hasfal feszes vagy besüppedt, a hőmérsék közel van a subnormalishoz, talán subnormalis, a csecsemő hajlamos pyodermiára: gyanunk a hiányos tápláltság iránt növekszik. Teljes bizonyosságot akkor nyer diagnosisunk, ha bővebb táplálásra, akár a szoptatási tartam meghosszabbításával, akár az eddigi egy emlő helyett két emlőből való szoptatással, akár dajkatejjel, vagy allaitement mixte útján mindezen tünetek elülnek, különösen pedig ha a súlygörbe lényegesen emelkedik.

Idősebb, néhány hónapos csecsemőkön a fentebb felsorolt tünetek mellett a jellegzetes tartalomnélküli gyakoribb székletétek nem szoktak mutatkozni, inkább az obstipatióra való hajlamosság lép előtérbe.

A felsorolt tünetekkel még nem merítettük ki az inanitióval járó tünetek sorozatát. Fiatal, emlőn táplált, inanitióban levő csecsemőkön elég gyakran mutatkozik még hányás is. Ezen tünet a gyakoribb híg székletéttel kapcsolatban alkalmas arra, hogy a helyes diagnosis mibenléte iránt tévedésbe ejtsen bennünket s esetleg hajlandók vagyunk ezen tünetet inkább a túltáplálás rovására írni. De ha a felsorolt tünetekkel kapcsolatban jelentkeznek a hányások, akkor ezen körülmény ne téveszszen meg bennünket kórjelzésünket illetőleg. Ezen észleletre már évekkel azelőtt rámutattam részint „A csecsemőkori inanitióról", részint „Az inanitio következményei egészséges és beteg csecsemőkön" című munkáimban és ezen tünetet a quantitative és valószínűleg qualitative is csökkent női tej gyenge savkötő tulajdonságából, illetve az ezáltal okozott gyomorneurosisból magyaráztam s példákkal illusztráltam, hogy ha ilyen esetekben a sokkal erősebb savkötő képességű tehéntejből már mérsékelt mennyiséget juttatunk a csecsemő tápcsatornájába vagy bővebb mennyiségű női tejjel pótoljuk a csecsemő hiányos táplálékát, a hányás csakhamar alábbhagy s rövid idő mulva teljesen megszűnik. Emlőn táplált, inanitióban levő fiatal csecsemőkön hányást, zöldes-barna, gyakori, de tartalomnélküli székletétet az eseteknek mégis kisebb részében látunk, az esetek nagyobb részében, valamint idősebb, hiányosan táplált csecsemőkön a hányások, valamint a kóros székletétek hiányoznak, s látszólagos obstipatio kiséri a folyamatot. A székletét tömött, száraz, az inanitio fokától függőleg egy vagy több napra is kimaradó. A súlyban azonban minden esetben találunk eltérést: kevesebb gyarapodást a normalisnál, ha a táplálékmennyiség a fentartási szükségletnél valamivel több, de lényeges a súlyban való visszamaradás, ha a csecsemő táplálékmennyisége kilogrammonként 30—40 caloria körül mozog.

Mesterségesen táplált csecsemőkön inanitiót ritkábban észlelünk, bár előfordulnak olyan esetek a gyakorlatban, midőn a túlerős mérvben higított tej folytán intenziv módon jelentkeznek az inanitio tünetei. Egy, vidékről felhozott esetemben pl. az öt hónapos csecsemő a születése óta $^1/_3$ higítású tejjel tápláltatott, melyből az utolsó hetekben naponta 1500 gr.-ot fogyasztott, mintegy 30 gr. czukorral, vagyis mintegy 400 caloriát. Súlya a bemutatáskor 4000 gr. körül volt, az inanitiónak összes tüneteivel. A csecsemő kora szerint a súlyának körülbelül 6500 gr.-nak kellett volna lenni, vagyis 600 caloria körül volt a szükséglete, de valóban 400 caloriát fogyasztott, tehát kilogrammonkint mintegy 60 caloriát. Természetes, hogy ilyen táplálás mellett csak éppen a fentartási szükséglet fedeztetett s a csecsemő súlyban lényegesen visszamaradt. Az elrendelt 1000 gr. $^2/_3$-ad higítású tej + lisztfőzet + 5% czukor adagolására a súly rapide emelkedett.

A fenti példából még egy szabály szűrhető le, még *pedig az, hogy a súlyában visszamaradt csecsemő táplálékmennyiség-szükségletének meghatározása alkalmával sohasem a csecsemő súlya, hanem a kora az irányadó,* vagyis, hogy az adott esetben a súlyban visszamaradt csecsemőnek *milyen súlylyal kellene bírnia abban a korban, melyben éppen van.* Mert, mint a fenti példa is mutatja, a 4000 gr. súlyú csecsemő a 400 caloriával valóban fogyasztott kilogrammonkint 100 caloriát, ha tehát súly szerint számítottuk volna a caloriaszükségletét, akkor ezen számítás szerint az elfogyasztott táplálék mennyisége egyezett volna a csecsemő súlya szerint számítani szokott táplálékmennyiséggel, ha tehát kilogrammonkint 100 caloria fedezte volna a súlyban visszamaradt csecsemő táplálékszükségletét, akkor ezen táplálékmennyiségen is kellett volna gyarapodnia, mert hiszen a második életnegyedben tulajdonképpen csak 90 caloria kilogrammonkint illeti meg a csecsemőt, azonban gyarapodásról szó sem volt, sőt a súlyveszteség fokozatosan haladt előre. A csecsemő súlyban erősen visszamaradt, mert öt hónapos egészséges csecsemő súlya legalább 6500 gramm, ezen számítás szerint tehát az elfogyasztott caloriák mennyisége a szükségleten alul maradt, minthogy nem volt több mint 60 caloria kilogrammonkint. Súlyban visszamaradt, különben egészséges csecsemő caloria-szükségletének kiszámításakor, kivéve az első két-három élethetet, sohasem a csecsemő súlyát vegyük útmutató gyanánt, hanem az vezessen bennünket, hogy abban a korban milyen súlylyal kellene bírnia a csecsemőnek, mert csupán ezen számítás alapján tudjuk elkerülni úgy az inanitio, mint a túltáplálás veszedelmét.

Hogy az orvos részéről a csecsemő táplálékszükségletének nemismerése az inanitiónak mily óriási fokát idézheti elő, s hogy ezzel karöltve a csecsemő milyen mérvű, majdnem hihetetlen súlyveszteséget bír el, erre nézve, azt hiszem a maga nemében ritka példát óhajtok felhozni, mely a fentebbi állításunkat még az előbbi esetnél is eklatansabbul bizonyítja. 4 hónapos csecsemő születésekor 3000 gramm volt. Három hónapig az anyja táplálta, mely idő alatt azonban, hypogalactia miatt, úgyszólván semmit sem gyarapodott; mivel azonban a gyermeknek a szoptatás idejében állandóan zöldes-nyálkás székletéte volt (éhezési székletét), az orvos a „bélhurutok" miatt póttáplálékot nem engedélyezett. A negyedik hónap elején az anya teje teljesen elapadt, a mikor is orvosa naponta háromszor 6 kávéskanál tehéntejből meg 3 kávéskanál teából álló keveréket czukor nélkül (!) és ugyancsak háromszor egy-egy kávéskanál *Kufeke*-lisztlevest tej és czukor nélkül (!) engedélyezett s ezen táplálékon élt a gyermek az egész negyedik hónapban. A csecsemő által elfogyasztott táplálék mennyisége a negyedik hónapban tehát naponta mintegy 125—130 összcaloriát tett ki. Súlya a bemutatáskor az 5. hónap elején 2400 gramm, vagyis súlya szerint fogyasztott 53 caloriát kilogrammonkint, tehát a fentartási szükségleten mélyen alóli táplálékmennyiséget; viszont ha kora szerint számítjuk, a csecsemő 6200 átlagsúly után igényelt volna

560 caloriát, vagyis a korának megfelelő súly szerint táplálékfogyasztása naponta mintegy 23 caloriának felelt meg. Ilyen táplálék mellett nem csodálkozunk a nagy súlyhiányon!

Ezen hallatlan súlyhiány nemcsak a csecsemő óriási alkalmazkodási képességét mutatja, hanem bizonyíték arra is, hogy egy különben egészséges csecsemőre a nagy súlyveszteség csak akkor jár életveszélylyel, ha az rövid idő alatt áll be. (Bár alig hiszem, hogy egészen fiatal csecsemő ilyen irányú súlyveszteséget elbírna.) *Quest* szerint ugyanis 30% súlyveszteség a legszélső határ, mely mellett inanitióban levő csecsemő még életben maradhat. *Liebermeister* beszámol esetekről, melyekben felnőttek súlyvesztesége az 50%-ot megközelítette. A fenti, általam észlelt esetben a súlyos inanitióban levő csecsemő súlya mintegy 61%-kal volt kevesebb, mint a mennyinek kellett volna lenni. Mindenesetre ezen rendkívüli súlyhiány elviselése csak úgy lehetséges, hogy a csecsemő ab ovo igen hiányosan tápláltatott s így súlya az idők folyamán egy állapotban maradt, minden gyarapodás nélkül, s csak az utolsó hónapban, a mikor még hiányosabban tápláltatott, veszített súlyából, s így valóban súlyveszteségről csak az élete negyedik hónapjában lehet szó, mert a már meglevő súlyból 61%-nak az elvesztése feltétlenül előidézte volna az életműködés felbomlását. Megfelelő összetételű táplálékra: fél tej + fél 3%-os lisztfőzet + 5% czukor, melyből — nehogy a hosszas éhezés folytán tolerantiájából veszített szervezetben alimentaris intoxicatiót okozzunk — eleinte négyóránkint csak 100 grammot, később fokozatosan 150, majd 200 grammot adagoltunk, a csecsemő súlya rapide emelkedni kezdett.

A mesterségesen táplált csecsemők oly mérvű silány táplálása, mint a minőt az első példában vázoltunk, mégis ritkábban fordul elő — a második eset pedig majdnem unikum —, s ha a táplálékmennyiség a csecsemő fentartási szükségletét (kilogrammonkint 60—70 caloria) többé-kevésbé fedezi, bár ezen állapot több hónapig tartott is, a csecsemőszervezet óriási alkalmazkodási képességét számítva, komolyabb s a csecsemő szervezetére kihatóbb elváltozást nem szokott létrehozni, a súly természetesen nem emelkedik, a reparatio azonban a bővebb táplálék adagolásával elég könnyen és gyorsan megtörténik.

Hibásabb s a szervezetre ártalmasabb azon táplálási mód, melyben *egyes táplálékalkotórészek vagy teljesen hiányoznak* a csecsemő táplálékából, vagy olyan minimalis mennyiségben vannak meg benne, hogy a szükségletet absolute nem fedezik. Ezen kategoriába tartoznak azon táplálási módok, melyek a qualitativ vagy partialis inanitiót szülik. Kétfajta ilyen eset szokott leggyakrabban előfordulni a gyakorlatban: az egyik a *kizárólagos lisztfőzettel történő táplálás*, a másik a *czukornak a csecsemő táplálékából való kihagyása* s annak saccharinnal való helyettesítése.

Az első táplálási mód — tejnélküli lisztfőzettel történő táplálás — azóta jött divatba, mióta a kellőleg el nem ítélhető reklámozása a gyermekliszteknek azt a biztató igéretet is magában foglalja, hogy a lisztfőzethez fölösleges tej adagolása, mert az azt teljesen helyettesíti. Természetes, hogy az igéret csak igéret marad, mert a kizárólagos liszttáplálás folytán már néhány hét mulva jelentkeznek a lisztártalom tünetei, mivel a csecsemő a fehérje- és sóéhséget, melylyel a kizárólagos liszttáplálás jár, hosszú időn át nem tűri, s ennek folytán a legkülönbözőbb typusú lisztártalomnak kifejlődése csak egyenes következménye ezen hibás táplálásmódnak. Pedig fiatal csecsemőkre már néhány heti kizárólagos liszttáplálás végzetes hatású lehet. De sok veszélyt rejt magában idősebb csecsemőkre is ezen táplálásmód, mert végeredményben nagyfokú súlycsökkenésekkel járó táplálkozási betegséghez vezet, melyből a reparálódás már nagyon nehéz. (Erről később bővebben.)

A másik igen hibás táplálásmód a czukornak a csecsemő táplálékából való kizárása s helyettesítése saccharinnal. A czukor a csecsemő táplálékában igen fontos tápszer, melyet a szervezet sem zsírral, sem fehérjével nem tud helyettesíteni, annál kevésbé saccharinnal. A czukor elvonásának egyik legfontosabb tünete a testsúly csökkenése, illetve visszamaradása, arányosan a czukorhiány intenzitásával. Mint fontos melegtermelő anyagnak hiánya, a hőmérsék csökkenésében jut kifejeződésre, melynek folytán a csecsemő normalis 36·8—37·1° C hőmérséke helyett a reggeli 35·6 és esti 36·5° C hőmérsékek egyáltalán nem ritkák. A csecsemő élénksége, a kezeknek és lábaknak játéka elvész, az agilitas helyett feltűnő a gyermek mozdulatainak vontatottsága, „mintha a gyermek a felesleges mozgást kerülné", a mi az intenziv dynamogen hatású czukorhiányból magyarázható. A czukortól megfosztott csecsemő sohasem mosolyog, de sőt arczán sajátszerű állandó szomorúság ül. A bélműködésben annyiban mutatkozik zavar, hogy hiányozván a czukor által létesített savanyú erjedés, túlsúlyra vergődik a fehérje által fentartott rothadás: obstipatio keletkezik. A czukor tehát semmiképpen sem helyettesíthető komolyabb anyagforgalmi zavarok nélkül saccharinnal.

A saccharin sokszor tévesen alkalmaztatik a gyakorlatban. A czukoradagok túllépésének diarrhoeákat okozó következménye, másrészről a szerzőknek azon ajánlata, hogy a diarrhoeák megszűntéig saccharinnal édesített teát adagoljunk a csecsemőnek — a mikor természetesen ismét vissza kell térnünk a czukorral édesített táplálékhoz —, sok orvost arra indított, hogy a czukrot teljesen kiküszöbölje a csecsemő táplálékából s azt saccharinnal helyettesítse. Valóban nem kisszámú czukor nélkül (!) táplált csecsemőre akadunk a gyakorlatban. Pedig a saccharin csupán ízjavító szer, melyet bizonyos esetekben használunk a víz vagy tea ízének javítására, tehát csupán adjuvans azon czélra, hogy a csecsemő a nyujtott indifferens s íznélküli folyadékot elfogadja, de a czukrot sohasem helyettesítheti. A czukor azonban fontos tápszer, melynek caloriaértéke grammonkint 4·1. A saccharinnak caloriaértéke nincs. Ha tehát czukor helyett állandóan saccharinnal édesítjük a csecsemő táplálékát, akkor a táplálékból nemcsak — a többi táplálékalkotórészszel nem helyettesíthető — fontos táplálékalkotórészt vontunk el a csecsemő táplálékából, hanem calorice is erősen megrövidítettük a csecsemőt, mely eljárásunknak végeredménye a testsúly stagnálása, illetve csökkenése.

A helyesen adagolt czukor egészséges, sőt még táplálkozási zavarban szenvedő csecsemőn sem vált ki sohasem diarrhoeát. Ugyanez nem állítható a helytelenül adagolt czukorfajtákról és mennyiségekről, mert a különböző használatos czukorféleségeknek a hatása különböző. E tekintetben is bizonyos tájékozatlanság észlelhető a gyakorlatban. A köztudatba átment azon nézet, hogy a tejczukor könnyen emészthetősége miatt leginkább felel meg a csecsemő tápláléka gyanánt. Pedig a dolog úgy áll, hogy a tejczukor assimilatiós határa az összes használatos czukorfajták között a legalacsonyabb. Sok csecsemő olyan mennyiségű tejczukortól már diarrhoeát kap, a milyen mennyiséget a konyha- vagy a koczkaczukorból még ártalom nélkül tud assimilálni, mert ez utóbbinak az assimilatiós határa jóval magasabb mint a tejczukoré, nem is szólva a *Soxhlet*-féle tápczukorról, melyből a csecsemő még a koczkaczukornál is jóval nagyobb mennyiséget tud assimilálni.

Ha szem előtt tartjuk azon szabályt, mely szerint mesterségesen táplált egészséges csecsemő táplálékának egy literébe olyan mennyiségű koczkaczukrot adhatunk, mely a tehéntej egy literében levő czukormennyiséget, tehát 30—40 gr.-ot, a női tejben levő czukormennyiségig, vagyis literenkint 70 gr.-ig egészíti ki, akkor ettől hátrányos következményeket sohasem fogunk tapasztalni. Ilyen mennyiséget a tejczukorból is minden hátrány nélkül lehet alkalmazni. Mivel azonban a tejczukor csak kevéssé édesít, gyakori tapasztalat, hogy a gyakorlatban nagyobb mennyiségben alkalmazzák a megengedettnél, ez az oka a tejczukor által okozott diarrhoeáknak. A tejczukor alkalmazása akkor van helyén, ha valamely csecsemő obstipatióra hajlamos, tehát kurativ szempontból, mivel könnyen megy át erjedésbe, a bélperistaltikát élénkítő hatása folytán az obstipatio eliminalásában segítségünkre lehet. Viszont ha valamely mesterségesen táplált csecsemőn a normalis mennyiségű konyhaczukor is diarrhoeákat vált ki, bár

ezen esetek elég ritkán mutatkoznak, ajánlatos a *Soxhlet*-féle tápczukor használata a csecsemő táplálékában állandó czukorpótlónak, mely magasabb assimilatiós határa, de különösen maltose- és dextrin-, valamint polysaccharid-tartalma folytán diarrhoeát gátló czukorféleség igen hasznosan alkalmazható. Minthogy úgy a tej, mint a tápczukor sokkal kevésbé édes mint a konyhaczukor, olykor megtörténik, hogy a csecsemő nem veszi szívesen a velük édesített táplálékot, ilyen esetekben saccharin hozzáadásával fokozhatjuk a táplálék ízét. Bármelyik czukorféleséget használjuk, fontos, hogy egészséges csecsemő normalis tejkeverékű táplálékába több czukrot ne adjunk, mint a mekkora az a különbség, mely a női tej és tehéntej czukortartalma között mutatkozik, vagyis 100 gr. tejkeverékbe maximaliter 4—5 gr. czukrot.

(Folytatása következik.)

Közlemény a cs. és kir. kenyérmezei tábor kórházából.

A foltos hagymáz epidemiologiája és prophylaxisa.

Irta: *Fonyó János* dr., főorvos (Budapest).

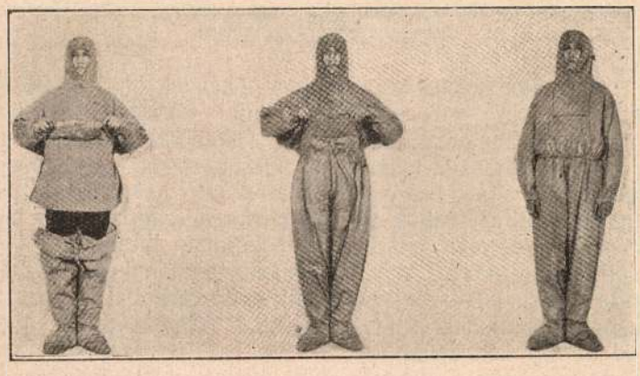
(Folytatás.)

Az eddig ajánlatba hozott tetűmentesítő és foltos hagymázellenes védekezési eljárások 3 főcsoportra oszlanak:

1. A kiütéssel bíró betegeknek és a gyanusaknak izolálása, a mely a lakóhelyek lezárásából, a gyanusaknak megfigyelő-barakkokba, helységekbe való elhelyezéséből, embercsoportoknak quarantainezéséből *(Jürgens, Fonyó)* áll.

2. Úgy az egészségeseknek, mint a betegeknek, valamint lakó- és fekvőhelyeiknek, szalmazsákjaiknak, takaróiknak tetűmentesítése, az emberek fürösztése, hajvágása és ruhadesinfectiója.

3. Az orvosoknak, az ápolószemélyzetnek vagy egyes személyeknek individualis prophylaxisa a karon, lábon zárt, tetvek által meg nem közelíthető védőöltözékek *(Grassberger)* és gummikeztyűk (l. a 16. és 17. képet), a nyakba akasztott naphthalinzacskók (10—30 gr. *Blaschko*), selyem vagy impregnált fehérnemű használata által (*Lobaczewski* szerint 30% ol. betulae alkohollal).



16. kép.

A tetvek ellen védő ruha részei. Használat után 2%-os cresolszappanoldattal bepermetezve desinficiálandó.

A tetűmentesítő methodusok maguk két főcsoportra oszlanak:

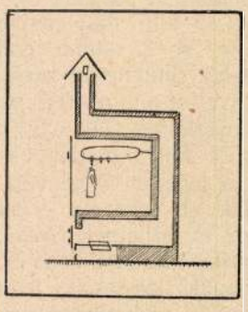
1. Physikai tetűmentesítő eljárások gőzzel, gőzdesinfectorral; forró, száraz, meleg levegővel, *Pick* szerint ládához cső közvetítésével alkalmazott spirituslámpával; sütőkemenczével (l. a 18. képet) és vasalóval.

2. Chemiai tetűmentesítő eljárások párolgó illó olajokkal, aetheres anyagokkal, gázokkal és gőzökkel, ú. m. ánizsolaj, bergamott-olaj, xylol, benzin, kéngőz, szénkéneg, chlorgáz, ammoniak, salfarkose, trichloraethylen; vizes oldatokkal, ú. m. cresolszappannak 2%-os oldatával, 40%-os eczetsavval és 10—25%-os ammoniak-oldattal; chemiai reactiós meleggel *(Baudisch*, mészporbedörzsölés + eczetsav).

Foltos hagymázos infectio gyanuja esetén nagy embertömegeknek egyszerre, egy időben, lehetőleg 24 órán belül keresztülvitt tetűmentesítése lényeges lévén, erre fel is kell szerelve lenni. 10.000 embert pl. a következőképpen lehet ellátni: 10 hordozható 2 m³-es desinfectorban 100° C gőzben 5 perczen át 24 órán belül 2000 embernek lazán behelyezett ruháját desinficiálhatjuk; a fürdés előtt petroleumolaj (1 : 2) bedörzsölést és hajnyírást végeztetünk, utána pedig bedörzsölést 10%-os ánizsolajvaselin-kenőcscsel. 10 sütőkemencze, 2 × 2 m. magas, olyképpen építve, hogy tetején a meleg előre húzód-

17. kép.

Tetűmentes védőruha egy darabból, teljes fejmaszkkal, kaucsukcsizmával és gummikeztyűvel.



18. kép.

Módosított kemencze ruhaneműeknek tetűmentesítésére, *Fonyó* dr. tervei szerint sémásan. A meleg a kemencze belsejét körülfutja. A kémény elől foglal helyet. A ruhák a kemenczében felfüggeszthetők. A ruhanemű 20 perczen át marad a kemenczében, 115° C melegben.

jék és felső falát is átmelegítse, kéménye előre legyen, benne a ruhák akaszthatók legyenek *(Rudolph)*, naponként 1000 ember ruháját tetűmentesítheti. A ruha $^1/_2$ órán át 70—115° C melegben desinficiálódjék; azon esetben, ha pyrometerünk nem volna, a hőmérsék megitélésére szolgálhat egy fehér papirdarabka, a melynek nem szabad a kemenczében megbarnulnia. Közben az emberek megfürödhetnek. 10 darab pléhvel bélelt 2 m³-es ládába *(Busson, Winter)* egyszerre 1000 ember ruháját rakhatjuk benzinnel vagy terpineol-thymollal *(Thaller)* és 40%-os eczetsavval befecskendezve; egyedüli hátránya az eljárásnak, hogy a ruhákra 2 × 24 óra hosszat kell várni s közben az embereknek kölcsönruhát kell adni. 150 darab szabóvasalóval naponként 1000 ember ruháját átdolgozhatjuk. A vasalót a ruhán a gyanus helyeken 10 perczen át rajta tartatjuk. 40%-os

eczetsav- és 2%-os cresolszappan-oldattal való bepermetezéssel és kikeféléssel naponkint 4000 ember ruháját lehet tetűmentesíteni. A legrégibb eljárás szerint 10 darab pléhvel bélelt kénkamrával, vagy erre szolgáló jól elzárható szobákban à 20 m³, kamránként 1½ kg. kénnek elégetésével 6 órán belül 1000 ember ruhája tetű- és tetűpetementesíthető.

Az említett eljárásokon kívül azelőtt is, de különösen most, az eljárásoknak és szereknek nagy számát kisérelték meg, a melyeket kisérletileg is alkalmazva, röviden a következőkben foglalhatok össze.

Az illó olajokból (ánizsolaj) készített kenőcsöktől, a leggyakrabban 1—30%-os kenőcs alakjában, fürdés után az egész testet bekenve velük, csak jó eredményeket láttam. A *Chrysospathes* által legjobbnak mondott bergamott-olajat drágasága folytán nem használhattuk. A *Kisskalt* által kisérletileg kipróbált szénkéneg-technikát oda módosítottam, hogy a szénkéneget széles pléhtálakból párologtattam el (1 m³-re 150 gr.); 12 óra mulva a tetveket és petéiket elhaltaknak találtam. *Eckert* 1 kg. szénkéneghez 150 gr. paprikát és 250 gr. flores sulfurist vesz és azt elégeti. A fagyasztástól, épp úgy mint *Brauer*, jó eredményeket nem láttam, ellenben a napnak hatásától igen.

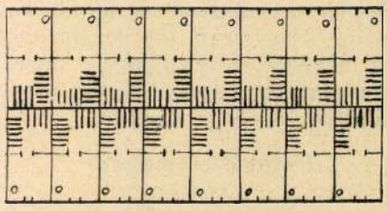
Selyemalsóruha használatával vagy az alsó ruha impregnálásával *(Lobaczewski, Pulay)*, varratoknak a gyertya lángján való áthúzásával *(Kisskalt)*, a ruhának lovakra való terítésével *(Kisskalt)*, törött borsópornak a ruhába való hintésével *(Rabe)*, 10—25%-os ammoniaknak *(Pregl)*, chlornak használatával *(Fränkel)* — minthogy az általam kipróbált és alkalmazott szerekkel és eszközökkel való eredményeim kielégítőek voltak — nem kisérleteztem. A selyemalsóruha használhatóságát illetőleg a vélemények ellentmondóak. Említésre méltó még *Baudisch* eljárása, a melyben ő a chemiai reactiós meleget (70—100° C) használja fel a parasiták és petéik elölésére. Magnesium- vagy mészporral hinti be a ruhákat, azt azokba bedörzsöli, majd eczetsavoldattal fecskendezi le s a közben fejlődő hő coagulálja az arthropodák fehérjéit.

A tetűpusztítási kisérletek különbözőképpen sikerülhetnek eprouvettában, emberen és jól záró ládákban *(Zupnik, Busson)*, úgy hogy az adatok alapján az eredmények néhol egybehangzók, néhol meg ellentmondók. Ennek az egyedüli oka az, hogy a kisérletre szánt ruhatetű a parasita-életet megszokván, az emberről eltávolítva 3—5 nap alatt életerejében gyengül, sőt magától is tönkremegy. A 2. napon erejéből már annyira veszít, hogy a kisérletek tetűellenes szerekkel különbözőképpen sikerülhetnek, a szerint a mint friss vagy több órás tetvek használtatnak fel a kisérlethez. De nagy a különbség még a frissek között is. A jól fejlett példányok például hamarabb mennek tönkre, mint a fejletlen kicsinyek. A vérrel jóllakottak könnyebben pusztulnak el, mint az éhesek, sőt az utóbbiak órák mulva magukhoz is térhetnek *(Busson)*.

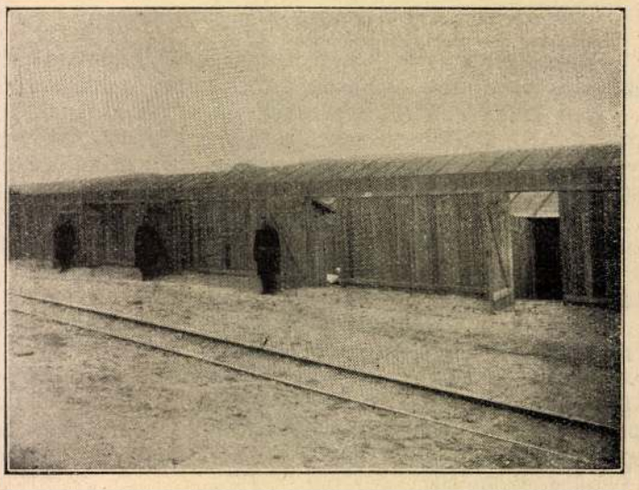
A mint a tapasztalás mutatja, a peték élete, mindamellett hogy igen ellentállónak látszanak lenni, mégis korlátolt. 14—21 napi szellőzés és szabadonhagyás után az eltetvesedettnek nyilvánított barakk megbízhatóan tetűmentessé válik. Úgy látszik, hogy a peték itt a barakk temperaturájában 5 napon belül kikelnek és a kikelt tetük élelem hiányában tönkremennek. A barakk tetűmentesítésének lényege azonban, hogy a tisztítás ideje alatt a barakkba ember ne jusson, nehogy a tetű életének folytathatására táplálékot kapjon. A barakk deszkáira és a szalmára vonatkozó fenti megjegyzések alapján, a régi felfogásból kifolyólag az eltetvesedett barakkot leégetni felesleges és idejét múlott eljárás (*Schattenfroh*). Mindamellett ezek csak tapasztalati tények, tudományosan beigazolva nincsenek.

Minthogy több tízezer embernek egyszerre való alapos tetűmentesítése és igen fertőzött transportoknak megszűrése nehéznek látszott, ajánlatomra az egyes csoportokat külön e czélra épült 10-egyénes rekeszekből álló izoláló barakkokba (l. a 19. és 20. képet) helyeztük el, a mi által kis csoportokat kaptam, a melyek könnyebben voltak fertőtleníthetők és 21 napon belül eldőlt a még esetlegesen inficiáltaknak a sorsa is. Hasonló czélt szolgált *Jürgens*-nek fentemlített 100-as quarantaine-barakkcsoportja. Kisebb rekesztékek használata és minden egyesnek izolálása tetszetős ugyan, de költséges, de meg foltos hagymáz esetében a tökéletes tetűmentesítés mellett felesleges is, minthogy a beteg maga nem inficiál.

Galewsky-nek a tetűmentesítéshez egy egész 300-as üres barakk állott a rendelkezésére, a mikor is a megtisztítottakat lezárta mindaddig, a míg a többi területrész is a többi emberrel együtt nem volt megtisztítva.



19. kép
Quarantaine-intézet egyik épületének alaprajza 10 emberenként izolálásra. *Fonyó* dr. tervei szerint épitve.



20. kép.
A quarantaine-épület képe kívülről, az egyes zárkák őrökkel jelezve, 10 emberenként izolálásra.

A tetűmentesítés csak akkor tökéletes, ha a desinfectiót úgy az ember ruháján, mint fekhelyén és lakhelyén egyidőben visszük keresztül. Fekhelyét desinficiálhatjuk szalmazsákjának, takarójának desinfectorba, sütőkemenczébe, benzinládába vagy kénkamrába való behelyezés által, lakhelyét desinficiálhatjuk előzetes kisöprés, szappannal és lúggal való súrolás után, minden megmozdítható darabnak 2%-os cresolszappan-oldattal való lemosása, a padlónak és mozgatható priccseknek 10-szeresen higított nyers carbollal való páczolása és a barakknak kikénezése által (*Galewsky*-nak 1350 m³-re 25 kg. kén kellett.)

Hat souverain eljárást, mint biztos methodusokat, ki kell emelnem a gőzdesinfectio és a kiforrázás mellett, még pedig a sütőkemenczék használatát, a benzingőzöknek, a kéngőzöknek, a szénkénegnek, a cresolszappan-oldatnak és a 40%-os eczetsav-oldatnak alkalmazását, mint a melyek absolute megbízhatók és a tetű petéinek elölésére is jól használhatók.

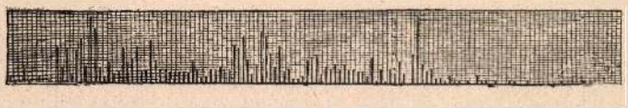
A sütőkemenczékről kezdetben eltérő volt a vélemény, a mig megtanultuk, hogy hogyan is kell azokat épiteni és használni (l. fennt). Kifűtött állapotban 70—115—150° C is elérhető bennük s a vasrostélyon vagy a függesztőkön elhelyezett ruhákban a tetűpeték 20—30 perczen belül életképtelenné válnak. A tapasztalás szerint bennük a fehérneműek a ruháktól különválasztandók, ily módon azokat a meleg jobban hatja át.

Vitás volt kezdetben az eczetsavnak használhatósága is, nehezebb diffundálóképessége folytán. Csakhogy én azt

nem az élő tetűnek, hanem főként petéinek elölésére használtam, minthogy az eczetsav a pete chitinburkát oldja. 40%-os eczetsav és 10%-os thymol keverékével való permetezés után a ruhadarabokat 10%-os terpentineolnak (*Thaller*) és thymolnak benzinoldatával permeteztem be s az említett pléhvel bélelt ládákba helyeztem; 24 óra mulva a petéket fakóknak és megrepedezetteknek találtam éppen úgy, mint a mikor az eczetsav (40%)-permetezés után 2%-os cresolszappan-oldattal permeteztem meg a ruhadarabokat és tettem ki a nap hatásának, vagy a mikor 2%-os cresolszappan-oldatba áztattuk a petével teli fehérneműeket.

Sok vita tárgya volt, hogy a bolha és a poloska is lehet-e a foltos hagymáz terjesztője. Tapasztalásaim szerint nem. Illetve megelégszem azzal a reservált kijelentéssel, hogy a tetűírtásra alkalmazott eljárások a bolhákat és a poloskákat is elpusztították a tetvekkel egyidejűleg s így az általuk való terjeszthetőség lehetőségét is kizártuk. Faalkotmányokban úgy a bolhák mint a poloskák ellen küzdeni nehéz. A poloska például csak éjjel keresi fel az embert, petéit pedig a fal hasadékaiba rakja, a hol nehezen hozzáférhetők. A bolha is, akárhányféle az (ember-, kutya-, macska- vagy egérbolha), tojásait a padló sarkaiba rakja, kibúvó, hernyószerű lárvái a padló hasadékaiban, a köpőcsészékben, poros szobasarkokban élnek, a hol begubódznak és belőlük 30 nap mulva bujik ki az érett rovar. A fenntemlített eljárásokon kívül a terpentin és petroleum, valamint az eczetsav is, poloskát és bolhát petéivel együtt biztosan elöl. A poloska csípése körül a bőr feldagad és viszkető csalánkiütést okoz, a mely salmiákszesszel való érintésre vagy carbolvaselinnal való bedörzsölésre eltűnik. A bolhának pontszerű, sötétvörös csípése köralakú, lencsenagyságú halványvörös udvar által környezett, rendesen nem dagad meg és csakhamar el is halványodik.

Tapasztalataim értelmében a foltos hagymázból felépült reconvalescensek közvetlenül a láztalan állapot bekövetkezésekor nem ártalmatlanok s általuk a járványtól már megtisztított területek és emberek tetvek közvetítésével ismét megfertőződhetnek. Akár saját, akár szomszédságának tetvei által, a foltos hagymáz ismét szétterjedhet, a miért is a reconvalescenseknek izolálása és ismételt tetűmentesítése 3 héten át feltétlenül szükséges. Jól felhasználhatók a reconvalescenseknek izolálására és folytatólagos desinfectiójára az általam ajánlott és fentemlített rekeszes barakkok. Számbelileg is kimutatható a reconvalescensekkel való kisérletezés eredménye. A mellékelt tabellán (l. a 21. képet) ugyanis fel vannak tüntetve



21. kép.

A foltos hagymázos megbetegedések számának naponkénti ábrázolása. Tökéletlen tetűmentesítés következtében a járvány elhúzódik.

az egy barakkban történt megbetegedések; a mint látható, a fertőzés törvényszerűen halad előre. A megbetegedések számának periodusos emelkedése a nyár bekövetkezéséig négy izben megközelítő pontossággal 21 nap mulva ismétlődik. A negyedik 21 nap után azonban, a midőn az embereknek tetűmentesítését a legalaposabban keresztülvittük, már csak egyes megbetegedések jelentkeztek és végül megszűnt a betegség. A foltos hagymázos infectio tehát mathematikai problema. Három hét az incubatiója és ha a tetűmentesítés előtt inficiáltak megbetegedtek, akkor, ha a tetűtlenítés és a tetűpetétől való mentesítés tökéletes volt, 6 hét elteltével újabb megbetegedésnek már nem szabad előfordulnia és az utolsó reconvalescensnek felgyógyulásával a fejlődésben levő járványnak meg kell szűnnie. A második incubatiós szak letelte után tehát a lezárt lakásegység emberei foltos hagymáz-mentesek, csakhogy, mint említettem, 3 héten belül veszély nélkül nem oldathatnak még fel a zár alól és nem vihetők egészséges emberek közé, minthogy vérükben a tetvek által átvihető virus még kering.

Tehát mások véleményével ellentétben, feltétlenül vannak virushordozók, a kik a járvány első kialvása után a behordott arthroprodának ismét megadhatják a módot a fertőzésre és így a területre új járvány veszedelmét hozhatják.

Régente, a mikor hadjáratokkal kapcsolatosan nagy járványok dühöngtek, az orvosoknak az volt a benyomásuk, hogy a járvány acute, váratlanul és hirtelen jelentkezik. Mert alig hogy egy epidemia gondolata bennük öntudatra ébredhetett volna, máris az események közepette találták magukat és a betegségnek hosszú incubatiója miatt nem tudták meggátolni a járvány kifejlődését.

Tanácstalanul állottak a járványnyal szemben és a legeredményesebb kisérleteknek és a jól végzett tetűmentesítésnek is a legjobb esetben csak az volt az eredménye, hogy az embereknek csak azt a részét menthették meg, a mely a foltos hagymáz virusától ment maradt. Ezen jelenségeknek magyarázatát különbözőképpen kisérelték meg. A szoros egymás mellett lakásnak, a fényszegény és elégtelenül szellőzött lakásoknak a legrégibb időben is jelentőséget tulajdonítottak (*Curschmann, Frisch*). Még ma is vannak, a kik azt állítják (*Frisch, Brauer*), hogy a fertőzés a stagnáló levegő, a betegnek kipárolgása, a légzési levegő és cseppfertőzés által is létrejöhet. Ez a terjedésmód talán leginkább az ápolószemélyzet között jöhetne tekintetbe (*Brauer*), főleg ha tartósan sűrűn befektetett helységekben tartózkodik. Mert különösen az első napokban a foltos hagymázos betegek heves köhögésingerben szenvednek s ezzel a cseppinfectio által való terjedésnek lényeges előmozdítói lehetnek. Ezzel ellentétben beigazolták, hogy rossz világítású, párával telt, rossz levegőjű, félig a föld szine alatt levő földkunyhókban, hiányos szellőzés mellett is foltos hagymázos és egyéb betegek egészségesekkel együtt fekhetnek a fertőzés minden veszedelme nélkül, ha a ruhatetveket elpusztítottuk (*Jürgens*). Az angoloknak és *Curschmann*-nak régi, valamint a mi új tapasztalataink a foltos hagymáznak a szabad levegőn és a napon való kezeléséről csak abban leli magyarázatát, hogy a tetvek a rossz levegőben és oly ruhákban, a melyeket az emberek heteken át nem vetettek le, életfeltételeiknek optimumát találják és hogy a tetvek mozgó levegő mellett meghúzódnak, nem mutatnak vándorlási hajlamosságot, nagy melegben, a napon pedig elpusztulnak s ennélfogva nem is inficiálhatnak. Levegő, nyári meleg, nap és világosság, tisztaság, nem kedvező a ruhatetveknek, a nem hygienés lakásviszonyok ellenben fokozzák a tetveknek elszaporodását.

Csakhogy a foltos typhust nem a tetvek, hanem az inficiált tetvek okozzák és nem egy tetűnek, hanem az inficiált tetvek egész seregének kellett actióba lépnie, hogy egy foltos hagymázos epidemia kifejlődhessék. Foltos typhusos epidemia pedig csak akkor jöhet létre, ha a betegség már sokkal előbb hurczoltatott be, úgy hogy ott a tetvek már hónapok óta szaporodhattak az inficiált embereken és hónapok óta inficiáltathattak a foltos hagymáz virusával. Ha pedig a foltos hagymáz egyidőben több helyen jelent meg egyszerre, ez csak annak volt a jele, hogy több helyen voltak inficiált tetvek. Ezek, bár legnagyobbrészt ugyanazon forrásból származtak, a folytonos érintkezés és vándorlás folytán több helyen több infectioforrást alkotó embert termeltek. Tehát minden foltos hagymázos járványnak kellett, hogy előzményei voltak légyen és nem egyes félreismert esetekből, hanem néhány betegségből származott sok megbetegedésnek kellett kifejlődnie, a mely átadva a virust ezer és ezer tetűnek, ezek az infectiót további nagyobb körbe vitték, a míg az epidemia ott, a hol kifejlődött, egy napon teljes nagyságában megjelenhetett. Ezen felvétel valószínűségét pedig még utólag is könnyen be lehet bizonyítani. Nem kell egyebet tekintetbe venni, mint az ismeretlen eredésű és negativ bonczoláslelettel biró haláleseteket és a hónapokkal előbb megjelent symmetriás gangraenákat (l. a 22., 23., 24. képet). A halálesetek (15%) és a gangraenás esetek (4%) száma mindig bizonyos határozott számú megbetegedésnek felel meg és így visszamenőleg a foltos hagymázos megbetegedések száma hozzávetőleg meg is állapítható. Epidemia kifejlődésének magyarázatára nem szükséges tehát az egyszerre való

22. kép.
Symmetriás gangraena foltos hagymáz után a lábujjakra kiterjedőleg. Az ujjak enucleatiója után gyógyult.

23. kép.
Symmetriás gangraena foltos hagymáz után a lábközépre kiterjedőleg. Lisfranc-műtét után gyógyult.

24. kép.
Symmetriás gangraena foltos hagymáz után az egész lábfejre kiterjedőleg Magas lábszáramputatio után gyógyult.

behurczolás eshetőségére gondolni vagy csírahordozókat felvenni, mert a foltos hagymázos epidemia eredése és magyarázata mindezekből kifolyólag sokkal egyszerűbb, még pedig az, hogy a betegség virusa hónapokkal azelőtt hozatott be egy-egy beteg révén vagy inficiált tetvek útján és részben az első megbetegedések annak idején nem ismertettek fel, részben pedig a tetűirtó felszerelés nem volt elegendő az összes virushordozó tetveknek egyszerre való elpusztítására.

(Folytatása következik.)

Megfigyelések és kisérletek a keloid aetiologiáját illetőleg.

Irta: *Justus Jakab* dr., a pesti izr. hitközség kórházának rendelő-főorvosa.

(Folytatás.)

II. csoport.

Keloidok hyperthyreosisos, illetve Basedow-kóros betegeken.

40/a. B. B.-né, 48 éves, hivatalnok neje. 1913 május 1.-én kisebb vaginalis műtéten esett át. Ugyanezen év október 10.-én hasmetszés végeztetett rajta jobboldali tumor miatt. Szívdobogása, szemprotrusiója 4 éve van. Fejfájás gyakori. Remegés gyakran fogja el.

Jelen állapot 1915 jan. 9.-én. Igen erős protrusio bulborum. A szemrés tátongó. Pislantás elég gyakori. Graefe erősen kifejezett. A pajzsmirigy háromszorosan megnagyobbodott mindkét oldalt; fölötte pulsatio és surranás érezhető. A szívtájon lüktetés látható. Szívcsúcslökés az V.—VI. borda között, jóval a bimbóvonalon kivül. A szívhatárok rendesek. A manubrium sterni felett tompulat van. Szívhangok: a csúcson első tompa, második ékelt. Pulsus 128. A tremor az ujjakon igen kifejezett. A köztakaró sima, nedves tapintatú. A kezeken és a hónalj alatt hyperhidrosis. A törzs elülső felülete pontnyi-borsónyi élénkpiros értágulatokkal van teleszórva; kevesebb a háton. Itt-ott ki is emelkedők. Számos pigmentosus naevus, különösen a karok feszítő oldalán, kevés az orron. Sok tüszőlobosodás a mellkason, továbbá pontszerű heges foltocskák.

A köldöktől a mons pubisig egy heg terjed, a melyet számos kereszthegecske keresztez. A heg behúzódott, hasonlóképpen a kereszthegek, csak a mons pubis felett 2 cm.-nyire van egy 2 cm. hosszú, dudoros, keloidos rész.

Az oltási helyeken semmi feltűnő. A jobb mell oldalán 4 cm. hosszú, sávos keloid, melynek különösen két vége barnás-vörös, kiemelkedő.

Február 6. A hasheg kiemelkedő része még kissé domborúbb lett.

Február 27. A hasheg keloidos része kissé domborúbb.

Márczius 19. A heg keloidos része még domborúbb. Subjectiv panaszok erősek. Therapia: Arsen.

Április 2. Pulsus 120, forrósági rohamok. A heg változatlan.

Április 8. A heg nem keloidos része határozottan simább és fehérebb, a keloidos ellenben rózsaszínű és szélesebb, jóval erősebben elődomborodó.

Június 25. A kiemelkedés még szembetünőbb.

Összefoglalás: Az 1913-ban végzett hasmetszés után maradt heg egy része keloidossá válik és még $1^1/_2$ évvel azután határozottan nő egy olyan asszonyon, kinek jól kifejezett Basedow-kórja van.

40/b. B. V., 20 éves leány. Mult nyár óta állandóan fogy. Azóta gyakrabban szenved szívdobogásban, hamar kipirosodik és kifárad. B. B.-nek, a 40/a számú betegnek leánya.

Jelen állapot 1915 ápr. 7.-én. Mérsékelt protrusio, insufficientia convergentiae; pislantás ritka; a pajzsmirigy mérsékelten megnagyobbodott. A szivtájon lüktetés, szívcsúcslökés a bimbóvonalban, a szívhatárok rendesek. Pulsus 74. A szívcsúcs felett a 2. hang ékelt.

A hát, a mell, a vállak és a karok felső része tele van acneval, az egyes acnecsomók picziny, gombostűfejnyi, rendetlenül elszórt papulák, a melyek között gombostűfejnyi-kölesnyi, fehér, éles határú, felületes keloidok vannak elszórva. Különösen nagy számmal vannak ezek a gerinczoszlop hosszában, a lapoczkákon, a sternum felett és a felsőkar felső harmadában. Az oltási helyek erősen behúzódottak, de nem keloidosak.

Összefoglalás: Basedow-kóros asszony leánya, kin hyperthyreosis tünetei észlelelhetők és kinek acnei keloidszerűen gyógyulnak.

41. W. S.-né, 27 éves, pinczér neje. 11 év óta van férjnél, gyermeke nincs, gravid nem volt. Nőgyógyászati lelet: méhelferdülés. 1914 febr. 12.-én kórházunkban vakbélműtét. Azóta erős genitalis és hónaljviszketés. Gyakori szívdobogás, különösen éjjel, forróságérzés miatt nem tud aludni. Csekély izgalom is szívdobogással jár. Gyakorta van vértódulása az arczába. Tavaly időről-időre erős, néha véres hasmenése is volt. Utóbbi időben 15 kilót fogyott.

Jelen állapot 1915 ápr. 3.-án. Mérsékelt protrusio és tátongás a szemrésen. Graefe positiv. Insufficientia convergentiae van. A pajzsmirigy mindkét lebenye mérsékelten megnagyobbodott, tömött, egyenletes tapintatú, nyomásra érzékeny. A szivhangok normalisak. Csúcslökés nem tapintható. Pulsus 120. Az ujjakon mérsékelt tremor. Kövér, széles vállú asszony, bár az utóbbi időben lefogyott. Az oltási helyek jól kifejezettek, nem keloidosak. A jobb mellbimbó felett körömnyi, kékes-fehér, laposan elődomborodó, tömött tapintatú keloid. A has oldalán, az ágyéktájon számos borsónyi és nagyobb, fehér, ránczos felületű, tömött tapintatú, kissé kiemelkedő keloid. A hason számos striae distentae, felülről lefelé vonulóan, egyik sem keloidos. A hason a műtéti metszés helyén 25 cm. hosszú, a jobb bordaívtől a symphysisig vonuló heg. Ennek felső, körülbelül 15 cm. hosszú része egy átlag 3 cm. széles, erősen kidomborodó keloiddá lett, mely középütt sugaras-heges. Számos oldalnyujtványa van a régi varratoknak megfelelően, melyek 4—6 cm. hosszúak. A keloid szine fehéres, rózsás, szélén pigmentált. A heg alsó fele minden keloidos elváltozástól ment, puha, ki nem emelkedő, vékony sáv.

A beteg előadása szerint a heg keloidos részén az operatio után 5 napra a varrást ki kellett bontani, mert elődomborodott és geny volt benne. A kinyitás után nem varrták be a sebet, hanem 6 hó alatt forrott össze.

A hónaljak, a szeméremtáj és végbél erős vakaródzás és másodlagos eczema képét mutatják. A jobb hónaljban hátul kicsiny keloid.

Therapia: Eczemára „Höhensonne" 6 perczig.

Aprilis 9. A besugárzott helyek erősen pigmentáltak, a viszketés nagyrészt csökkent. A végbélnyílás felett fissura.

Április 26. A hason papulosus eczema jelentkezett. Szédülés, fejgörcs a panasza.

Összefoglalás: Számos kisebb, régebbi időből származó keloidot viselő nőbeteg hasán a műtéti metszés helyén hatalmas keloid fejlődött. Csak a hosszú heg felső fele lett keloidossá. Ez a része az, melyen műtét után néhány nappal genyedés miatt a varrást ki kellett bontani és mely rész csak 6 hó alatt gyógyult össze.

Ez az eset Basedow-kóros tüneteket és keloidokat is mutat a praedispositio bizonyítékául, mégis csak ott válik a műtéti seb keloidossá, a hol a helyi izgalom jelentékeny erősségű és hosszú tartamú volt.

42. H. L., 60 éves kőművespallér. 2 év előtt gyomorfekély miatt operálták.

Jelen állapot 1915 február 15.-én: Erős protrusio, pislantás ritka, Graefe és insufficientia convergentiae. A pajzsmirigy alig nagyobb; felette pulsatio érezhető. A szív normalis. Pulsus 120. Tremor van. Az ujjak egy része trauma miatt hajlított állásban van.

A hason a processus xiphoideus alsó végétől a köldököt balfelé elkerülő, 15 cm. hosszú, fehér lapos keloid, a mely $^1/_2$ cm. széles, 2—3 mm. magas; rajta keresztbe vonulóan 15 darab régi, a varrásnak megfelelő, spárgavastagságú, 2—3 cm. hosszú, egymással párhuzamos keloid. Arcz 14 nap óta hirtelen kipirul. Most éleshatárú, barnásvörös infiltratio nélküli pir az egész arczon.

Összefoglalás: 60 éves Basedow-kóros tüneteket mutató férfiú két év előtt végzett hasmetszés-hegéből jelentős nagyságú keloid fejlődött.

43. Özv. K. A.-né, 45 éves fehérvarrónő. Az utóbbi 6 hónapban rohamosan gyengült és fogyott. (Epeköves rohamai $1^1/_2$ év óta vannak.) Gyakran hirtelen kipirul. Gyakori fejfájása van. 1914 november 13.-án epekő miatt operálták *Alapy* tanár osztályán.

Jelen állapot 1914 deczember 8.-án. A szemrés tátongó. Exophthalmus közepes. Pislantás ritka. Graefe negativ. A pajzsmirigy mindkét lebenye mérsékelten megnagyobbodott, tömött; felette pulsatio tapintható. A szívtájon pulsatio látható. A szívcsúcslökés az 5. bordán tapintható a bimbóvonalban. A szivtompulat határai rendesek. A szívhangok tompák. A nagy erek hangjai szintén. Pulsus 100—116. A kinyujtott ujjakon erős tremor.

A processus xiphoideustól a köldököt elkerülő, ki- és lefelé egészen a fantájig vonuló, félkör alakú hosszú heg. Ezen hegen keresztben számos 3—10 cm.-nyi kereszthegek ellapulnak.

Január 2. A heg határozottan jobban kiemelkedik, olykor szúrás, feszülés van benne. A vizeletben czukor nincs, geny van. Therapia: Meleg ülőfürdők, tejes diaeta.

Január 9. A heg határozottan jobban elődomborodó, míg a varrások révén támadt kereszthegek ellapulnak.

Január 16. A heg egész vonalán jobban elődomborodik; keresztvarrások majdnem teljesen elsimultak.

Január 22. A heg még jobban elődomborodik.

Február 6. Elődomborodás és szélesedés halad. A varratok keresztsávjai síma, vonalszerű, fehér pigmenthiányokká lettek, minden keloidos jelleg nélkül.

Február 19. Elődomborodás valamivel nagyobb.

Márczius 11. Elődomborodás halad, a hegben olykor szúró érzés.

Április 16. Keresztvarrások helyén csak fehér síma vonalak, ellenben a főheg erősebben elődomborodik. rózsás szinű és szélesebb is. Sokszor belenyilal. A beteg kövérebb, pulsus 90. Gyakori orrvérzés.

Összefoglalás: A 41. számú esethez hasonló, melyen különösen a lapiszolás után származó vonalszerű heg érdemel említést. A hasmetszés sebéből fejlődő keloid fokozatos elődomborodását igen jól figyelhettük meg.

44. B. A., 21 éves szakácsnő. 6 év óta van szívdobogása, különösen éjjel.

Jelen állapot: Mérsékelt protrusio, a szemrés kissé tág. Graefe negativ. Insufficientia nincs. Jobboldalt háromszorosan, baloldalt kétszeresen megnagyobbodott pajzsmirigy. Felette pulsatio érezhető. Szívcsúcslökés a bimbóvonalban az V.—VI. borda között, a második szívhang ékelt. Pulsus 100. Tremor erősen kifejezett. Éjszaka nem tud fekve aludni, torokban fulladás érzése, erős szívdobogása van.

5 hóval ezelőtt czombmirigyműtét baloldalt. Helyén 7 cm. hosszú, barnás-vörös, dudoros, erősen domború, erősen keloidos plaque. Ettől kifelé másik borsónyi, ovalis, barnás-vörös domború, keloidos plaque. Az oltási helyek jól kifejezettek, kissé keloidosak. A sternum felett és a jobb vállcsúcson borsónyi-félkörömnyi keloid.

Összefoglalás: Hyperthyreosisos nő öt hó előtt végzett czombmirigyműtét helyén két dudoros keloidot visel.

45. M. H., 31 éves nőbeteg. (Lásd a melléklet 2. számú ábráját.) Anyja szívtágulásban halt el, atyja és 11 testvére él, egészséges. Havibaja rendesen volt. Gyermekkora óta voltak görcsös rohamai.

Jelen betegsége 3 év előtt kezdődött. Rendkívül idegessé és nyugtalanná lett. Erős szívdobogása volt, sokat izzadt, lábai remegtek. Testében és kezében is azóta remegést érzett. Torka kiszárad, e miatt sok vizet iszik. Sokat fogyott.

Jelen állapot 1914 augusztus 15.-én (*Benedikt* docens): Közepesen fejlett nőbeteg, csontrendszere, izületei épek. A pajzsmirigyek dagadtak, bennük lüktetés és surranás érezhető. A lábfej kissé oedemás. Bőre mindenütt nedves tapintatú. A mellkas normalis. A tüdők felett normalis kopogtatási hang és érdes sejtes légzés. Légzés perczenként 40, kissé felületes. Szivlüktetés diffuse tapintható. Carotis lüktetése látszik. Relativ szivtompulat: harmadik borda felső széle, jobbra két ujjal a sternum mellett, balra a középső hónaljvonal. Absolut tompulat: negyedik borda felső széle, jobbra a sternum közepe, balra bimbóvonal. Hallgatózási lelet: a csúcson systolés zörej, systolés, diastolés hang, postdiastolés zörej. Pulsus 162, szabályos, könnyen elnyomható. Az emésztési szervek normalisak. A máj kissé megnagyobbodott, tapintásra fájdalmas. A lép és vese normalis. Vizelet fajsúlya 1010. Fehérje nyomokban, czukor nincs. Mikroskop alatt: sok fehér vérsejt és tripelphosphat-kristályok. Idegrendszer: ingadozó járás, rángások, felső testében remegés, kifejezett Graefe-tünet, kissé Moebius is. A reflexek fokozottak.

Augusztus 16. Egész éjjel hasmenése volt.

Augusztus 17. Nagyon ingerült.

Augusztus 18. A szívtájékra hideg borogatások. Műtét végett a sebészeti osztályra helyezzük át.

Augusztus 20. Műtét (*Alapy*). Chloraethyl. Azzal a szándékkal fogtunk a műtéthez, hogy nem reszekálunk, hanem csak a 4 eret kötjük le. *Kocher*-féle gallérmetszés. Igen vérbő struma, melynek mindkét lebenye egyenlően megnagyobbodott. A felső erek lekötése könnyen ment, az alsóké nehezen és nem biztos, hogy az alsók csakugyan le lettek-e kötve, mert igen vékonyak voltak. Ezért és a miatt, mert a kigördített struma visszahelyezése csak igen nehezen ment volna, reszekáltuk a jobb lebenyt, miközben erős, arteriás vérzés indult meg, mely azonban a csonkelvarrással megszűnt.

Augusztus 21. Nem hányt. Proctoklysis.

Augusztus 24. Szídobogása csökkent.

Augusztus 25. Felkel.

Augusztus 27. Varratkiszedés, prima gyógyulás. Tampon-eltávolítás.

Augusztus 28. Az exophthalmus csökkent.

Augusztus 29. Typusos hysteriás roham: szaggatott légvételek, jó pulsus, teljes öntudat. Megnyugtatásra lecsillapul.

Augusztus 31. A fenti roham háromszor megismétlődött, a leírthoz hasonlóan folyt le.

Szeptember 2. Belosztályra helyezzük vissza. Ugy subjective, mint objective jelentékenyen jobb állapotban van, mint a műtét előtt volt. Lélekzése könnyebb, szívdobogása ritkábban van, külseje jobb, sőt több észlelőnek az a benyomása, mintha a exophthalmus is kisebbedett volna.

Ujrafelvétel 1914 október 20.-án. Távozása után jobban érezte magát egy ideig. Két hét óta azonban ismét gyakori szívdobogása van, fulladozik, erősen izzad, kezei reszketnek, reggelenként heves főfájás jelentkezik. Ő úgy veszi észre, hogy golyvája növekedik. A hysteriás rohamok nem ismétlődtek meg (állandóan bromot szed). Négy hónap óta kimaradt a menstruatiója. (Tavaly 3 hónapig.)

Bellelet (*Benedikt* docens): Pulsus 112. Szivtompulat balfelé egy ujjal nagyobb, felfelé és jobbfelé normalis. Systolés zörej hallható, a melynek punctum maximuma a II. bordaközben a sternum bal szélén

van. Erős systolés surranás a carotisok és a struma felett. Szívcsúcslökés a medioclavicularis vonalon egy ujjal kívül, emelően tapintható. Szívlüktetés diffuse tapintható. Exophthalmus kisebb fokú, mint műtét előtt. Graefe positiv. Mérsékelt tremor. Dermographia. Naponkénti izzadás. A nagy görcsrohamok elmaradtak. Kisérő ideges tünetek gyengébbek. A nyak átmérője 34·5 cm. Vizelet borsárga, átlátszó, fajsúlya 1011, albumen, geny, czukor: negativ.

Október 27. Fulladozik, köhög, a mi hányásra ingerli. Nyálat ürít.

Október 30. A nyak körfogata a hegesedés felett 36 cm. A nyak legnagyobb domborulatán 14 cm. hosszú heg húzódik végig, a mely vöröses-barna, a niveau fölé kb. 2 mm.-nyire kiemelkedik. Szélessége 3—4 cm. között váltakozik. Ezzel keresztben 11, kb. 1 cm.-es keresztheg ecske vonul egymástól szabályos távolban, mint a varrások helyei. Úgy a hosszú heg, valamint a kereszthegek tömött tapintatúak, a bőrrel együtt mozgathatóak; itt-ott a huzalos szerkezet jól látszik rajtuk. A varratok után maradt kereszthegek 2—2 vége kiszélesedik és körülbelül kölesnyi, előálló, lapos dudort alkotnak. A keloidszerű elváltozás a nyak jobboldalán jobban kifejezett mint a balon, a hol csak a beszúrási pontokon maradt kicsiny keloid, sőt több helyütt még ez is hiányzik. Közvetlenül az incisura jugularis felett $1^1/_2$ cm. hosszú, 3—4 cm. széles és 1—2 mm. magas kisebb keloid, a mely egy vérerlekötés nyomán maradt. A beteg a keloidokban jelentkező spontan, szúró fájdalmakról panaszkodik, nyomásra is fájdalmasak.

Második műtét 1914 november 10.-én (*Alapy*). Helyi érzéstelenítés és pár csepp chloroform. Kocher-metszés a nyak baloldalán. A bal lebeny megkisérelt kiluxálása nem sikerült a heg miatt. Kis incisión át körülbelül diónyi strumatartalmat excochleáltunk. Novoform gazetampon. Drain, izom- és bőrvarrat.

November 11. Draint kivesszük, pulsus 124, legmagasabb hőmérsék 38·7° C.

November 12. Pulsus 112, tampon- és drain-eltávolítás.

November 28. A nyak közepétől a bal keloidszélig új heg látható, a mely a régitől 2—3 mm.-nyire vele párhuzamosan fut. Az új metszés helye már kidomborodik. A középvonaltól 3 cm.-nyire balfelé egy behúzódás van.

A régi keloid kissé lapult, különösen a varrások helyei majdnem eltűntek. Pulsus 126. Kéztremor alig van. Exophthalmus csökkent, Graefe erősen megvan, a nyak legnagyobb térfogata 39 cm. Az izzadás kissé csökkent; szívdobogás rohamokban van. A testi erő emelkedett. Menses öt hó óta elmaradtak.

Deczember 5. Pulsus 100. Kéztremor alig van. Exophthalmus kicsi. Graefe változatlan. Izzadás kevesebb. Szívdobogás is. Testi erő gyenge. Menses nem jelentkeztek. A nyak kerülete 39 cm. Keloid változatlan.

Deczember 12. A nyak közepén egy varrat genyed, helye kissé pörkös. Pulsus 140. Kéztremor erősebb. Szívdobogás egész éjszaka. Izzadás erősebb. A nyak körfogata 39 cm.

Deczember 19. Panaszai nem változtak. Pulsus 130. Struma nem kisebbedett, keloid emelkedik.

Deczember 31. Sok fejfájás, szívdobogás, sokat köhög. Oldalszúrás. Pulsus 120.

Struma és keloid változatlan. Therapia: codein.

Január 2. Alsó kis keloid az incisura jugularis felett domborúbb és nagyobb.

Január 13. Bromnatrium-rendelés.

Január 16. Az alsó keloid terjed.

Február 6. A heg jobboldala határozottan kiemelkedik, a lekötés feletti szintén nőtt.

Pulsus 160, éjjeli szívdobogás, protrusio igen nagy, Graefe positiv. Struma circumferentiája 37·5 cm. Menstruatio 7 hó után először erősen megvolt.

Február 15. Úgy az első, mint a második műtét metszése vékony, domború, czukorspárgánál vastagabb keloiddá lett, a mely jól előmborodik. A varratok egy része ellapul, más része keloidszerű, a varrások helye kisebb-nagyobb keloidos, lapos plaquek-okat alkot.

Az érlekötés helyén a keloidos huzal jobbfelé jelentékenyen terjed, úgy hogy most 2 cm. hosszú. Subjectiv állapot változatlan.

Összefoglalás: A Basedow-kór typusos képét mutató beteget 1914 augusztus 20.-án operálták. Műtét után a seb per primam gyógyult és kis időre a Basedow-kóros tünetek enyhülése volt konstatálható: a szívdobogás csökkent, talán az exophthalmus is engedett némiképpen, a hasmenések elmaradtak és az általános állapot is javult.

Azonban már október 20.-án felvétel végett újra jelentkezett a beteg, mivel a Basedow-tünetek hatalmasan kiújultak. A műtét óta jól kifejezett charakterisztikus keloid keletkezett a főmetszés hegéből és egy érlekötés végett megejtett kicsiny bőrmetszés helyén.

November első harmadában második műtétet végeztek, a mely után megint csak múlékony javulása a symptomáknak jelentkezett, viszont a második műtét metszésének helye ugyancsak keloidossá vált.

A második műtét alkalmával kimetszett darabot histologice is megvizsgáltam. Az acinusok egyenlőtlen nagyságúak, sejtjeik annyira megszaporodtak, hogy legtöbbnyire az egész üreget kitöltik. A sejtek egy része lehámlott, a keloid majdnem teljesen hiányzik, csak itt-ott található halvány nyomokban. Az acinusok közti capillarisok és erek sokszorosan tágabbak, vérrel telvék. Számos metszetben erősen megnagyobbodott, sejtszaporodást mutató nyirok-follicolusok láthatók.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Totentanz 1914/15. Aus dem Skizzenbuch eines Feldarztes. Von Dr. *Gerhard Hahn*. J. A. Barth, Leipzig, 1915. 94 lap. Ára 1 márka.

Szíve melegével írt vázlatokban *Hahn* képet ad a háborúról, az egyes emberek, a névtelen hősök szenvedéseiről, azokról, a kikről a történelem majdnem megfeledkezik. *Hohlbein* finom rajzaihoz — ezekkel van illusztrálva a füzet — jól illik ez a keret. —*r*—

Stekel: Der Wille zum Schlaf! Altes und Neues über Schlaf und Schlaflosigkeit. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1915. 54 lap. 1.40 márka.

Stekel theoriája az alvásról az, hogy az ember azért alszik el, mert álmodni akar. Éjjel az öntudatlan vágyak és törekvések letaszítják trónusáról a tudatos életet. A kulturember így eltűnik, a kulturától elnyomott vágyak és ösztönök kitörnek. Szerinte a hysteriás rohamban nemi vágyak, a pseudoepilepsiásban bűntettes vágyak tombolják ki magukat. Az álmatlanság is a fönt említett két tényező konfliktusából származik. *Stekel* gazdag phantasiája ebben a füzetben éppoly kevéssé tagadja meg magát, mint egyéb munkáiban.

—*ll*—

Lapszemle.

Belorvostan.

A phosphaturiáról tartott nemrégiben előadást *Dünner*. Nem vette tekintetbe azokat az eseteket, a melyekben bakteriumok hatására a húgyanyag bomolván, ammoniák válik szabaddá, a mi tripelphosphatok képződésére vezet. Csak az u. n. asepsises phosphaturiáról szólt. Bizonyos mennyiségű mész mindig távozik a vizelettel; ha kellő mennyiségű phosphorsav van a vizeletben, a mész vízben oldódó kettedsavas só alakjában távozik a szervezetből; ha ellenben csekély a vizelet phosphorsavtartalma, egyszerűen savas és közömbös calciumsók képződnek, a melyek nem oldódnak. A phosphaturia, vagyis nem oldódó mészphosphatoknak megjelenése a vizeletben, tehát két okból eredhet: vagy a vizelet aciditása csekély, vagy a mészsó nagyon sok. Az első ok szerepel az alimentaris phosphaturiában (vegetarianusok phosphaturiája; phosphaturia nagy lakomák után, a mikor a gyomornak nagymennyiségű sósavat kellett termelnie), továbbá a *Klemperer*-féle gastrogen phosphaturiában, a mikor az állandó gyomor-hyperchlorhydria miatt nem elég savi a vizelet. Tudjuk, hogy a gyomorfekély sokszor hyperaciditással jár együtt, a mi viszont phosphaturiát vonhat maga után az elmondottak értelmében; így megérthetők azok az esetek, a melyekben gyomorfekély műtéte után a phosphaturia is megszünik. Lehetséges végül az is, hogy — a mint *Minkowski* fölveszi — bizonyos idegrendszerbeli befolyás folytán hiányos a vizelet savtartalma. A mi a phosphaturia másik okát: a vizelet nagy mésztartalmát illeti, erre vonatkozólag még nagyon hiányosak az ismereteink; az bizonyos, hogy colitis kapcsán már többször észleltek phosphaturiát, a mi olyan módon magyarázható, hogy normalisan a mész nagyobb részét a bél választja ki; colitis esetében a bél kóros

állapota miatt csökkenvén a mészkiválasztás a bélen át, a veséknek kell vikariálólag a mészkiválasztás ezen részét is elvégezni; az is lehetséges, hogy bizonyos idegbefolyások folytán választatik ki több mész a vesék útján. Az előadó két esetben polyneuritis kapcsán látott phosphaturiát. Az bizonyos, hogy a phosphaturia többnyire neurastheniás panaszokkal kapcsolatban jelentkezik. A tapasztalás azt mutatja, hogy ha sikerül a neurastheniás panaszokat megszüntetni, a phosphaturia is javul. Az idegrendszer kellő befolyásolása tehát elsőrendű fontosságú a phosphaturia kezelésében. Gyomorhyperaciditas fennforgásakor zsírban dús diaetát ajánlunk; az ilyenkor egyébként használatos alkáliákat kerülnünk kell, mert a vizeletet alkálissá tehetnék; kisérletet tehetünk a bismuttal, bolus albával és állati szénnel, valamint atropinnal (naponként 3-szor 1 milligramm), melynek használata után *Umber* a gyomor-hyperaciditas csökkenését és a vizeletaciditas fokozódását észlelte. Savak adását is megkisérelték; a sósavat mellőznünk kell, mert a mészsók oldhatóságát fokozván, még több mész jut a keringésbe s ezzel a vizeletbe; czélszerűbb a salicylsav, benzoësav vagy phosphorsav; ez utóbbinak 20-szoros higításából 20 csepp adható naponként 3-szor. A vesék útján kiválasztott mész mennyiségének csökkentésére oxalsav és kéneső kis mennyiségének használatát ajánlották; e szerek ugyanis állítólag elvonják a veséktől a meszet, a mi azonban nagyon kérdéses. Mindenesetre mész-szegény diaetát kell rendelnünk (tej, tojás stb. eltiltandó; a táplálék főleg húsból, kenyérből és hüvelyesekből álljon). A phosphaturiást leginkább fenyegető veszély, a veseképződés ellen bizonyos fokban védekezhetünk azzal, hogy lehetőleg sok folyadékot fogyasztatunk (mész-szegény savanyúvizek); azt a hátrányt, hogy a bőséges folyadékfelvétel következtében a vizelet aciditása csökken, nagyon ellensúlyozza az egyébként való jó hatás. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 33. szám.)

Sebészet.

A lábszárvédő-okozta fájdalomra (Gamaschenschmerzen) mint ujabb harcztéri megbetegedésre hívja fel a figyelmet *Schüller* tanár. E baj kiváltképpen tiszteken fordul elő. A szerzőnek feltünt, hogy a lábszáraikon rheumás panaszokkal jelentkező betegek közül néhánynak mindkét lábaszárán húzó és szaggató fájdalmai voltak, melyek nyugalomban is fennállottak, azonban járáskor annyira fokozódtak, hogy némelyek alig tudtak a lábukon állani. A betegeken semminemű objectiv tünet nem volt felfedezhető, azonban minden esetben kiderült, hogy előzőleg súlyos fáradalmakon estek át és hogy nicotint és alkoholt többnyire a rendesnél bőségesebben élveztek; továbbá, hogy sokszor heteken át megszakítás nélkül jártak bőrkamásniban esőben-hóban, s hogy a kamásni a gyakori átázás folytán megkeményedett.

A gyógykezelés ágynyugalomból, aspirin és elektromos fényfürdők használatából állott; a fájdalmak néhány hét mulva minden esetben megszüntek. (Wiener Med. Wochenschrift, 1915, 35. sz.)

Gyermekorvostan.

Koraszülöttek és debilis gyermekek vérének elváltozásait vizsgálta *Kunckel* (Finkelstein berlini intézetében). A csecsemőkorban jelentkező anaemiák különböző alakjai közt kiváló helyet töltenek be azok, a melyek keletkezésében világra hozott okok szerepelnek. Ide tartoznak azon elváltozások is, a melyeket koraszülötteken, ikreken és debilis gyermekeken észlelhetünk. Általánosan ismeretes, hogy ezen gyermekeken nagyon gyakori az anaemiás állapot, pontos és hosszabb megfigyelések azonban csak igen csekély számban állanak rendelkezésre. A szerző ezért megvizsgált 60 koraszülöttet, 7 ikret és 7 debilis gyermeket, különösen a vér elváltozásai szempontjából. Azt találta, hogy ezen gyermekeken igen korán jelentkezik nagy haemoglobin-elszegényedés, a mely a legnagyobb fokot kb. a 3.—4. hóban éri el, a vörös vérsejtek száma csak kevéssé sülyed a normalis alá, s így az egyes vörös vérsejtek haomoglobin-tartalma jóval kisebb, mint normalis viszonyok közt. A fehér vérsejtek száma is jelentékenyen kevesebb, morphologiai eltérést azonban nem lehet megállapítani rajtuk. A vörös vérsejteken egészséges koraszülöttekben is gyakori az anisocytosis, poikilocytosis.

A klinikai tünetek közül első helyen a sápadtságot kell említeni, a mely rendszerint már korán mutatkozik, nem ritkán az első hónapban. Egyes esetekben anaemiás zörejt lehetett hallani a szív felett és kisebb fokú lép- és mirigymegnagyobbodást lehetett megállapítani. Ezen klinikai kép a vérelváltozással együtt megfelel a francziák által „*anémie à type chlorotique*“ névvel jelzett állapotnak, a melyet tehát oligosideraemia, a vér sejtes elemeinek csekély megfogyatkozása és erősebb fokú lép- és mirigymegnagyobbodás hiánya jellemez. Ki kell emelni ezen anaemiának rendkívül korai (már a harmadik élethóban) és szabályszerű jelentkezését. A koraszülöttek ezen anaemiájának kórlényegét illetőleg általában az a fölvétel, hogy keletkezésében világrahozott vashiány szerepel előidéző ok gyanánt. Kimutatták, hogy az a vasmennyiség, melyet a foetus a terhesség utolsó harmadában felhalmoz, kétszer akkora, mint az, a melyet a két első harmadban raktároz le. Ha egy gyermek korábban születik, vaskészlete így természetesen csekélyebb és a vasszegény táplálás alkalmával már az első és második élethóban felhasználja azt a szervezet, míg különben az az egész szoptatási időtartamra elegendő. Ezen elmélet ellen szól azonban, hogy javulás következhetik be nemcsak vasban dús táplálék vagy vasas gyógyszer adagolása után, hanem vas nyújtása nélkül is szabad levegő-kezelésre. A szerző kivett ilyen vérszegény koraszülötteket a couveuseből, szabad levegőn tartotta őket, gondoskodott e mellett melegen tartásukról és a vérszegénység szépen javult, a haemoglobin-tartalom is növekedett. Valószínű azért, hogy koraszülötteken a haemoglobin-anyagcserének insufficientiája forog fenn, s hogy az egész szervezet erősödésével kedvező külső feltételek mellett ezen alkati gyengeség is javul. (Zeitschr. für Kinderhk., 1915, 13. kötet, 101. l.) *Flesch.*

Bőrkórtan.

A typhus abdominalis kapcsán mutatkozó bőrtünetekről ír *Fr. Fischl.* A szerző a rzeszowi tartalék-kórházban mintegy 400 typhus-esetet észlelt, melyeknek lefolyása közben nagy figyelemmel volt az esetlegesen jelentkező bőrjelenségekre is. A betegség lefolyása közben a leggyakrabban mutatkozó roseola az eseteknek kb. 50—60%-ában jelentkezett. A szerző figyelmeztet arra a néhány esetére, a melyben a syphilises *Herxheimer*-féle reactióhoz hasonló bőrreactio volt észlelhető. Ez a már múlóban levő exanthemának erősebb föllobbanásában nyilvánult, ha a betegek therapiás typhusoltásokban (*Besredka*) részesültek. Tapasztalása szerint ez a tünet a hevesebben reagáló esetekben fordul elő s általában kedvezőbb lefolyást igér. Egyébként előfordultak más bőrtünetek is. A miliaria crystallina-t csak néhány esetben észlelte. Scarlatiniform exanthemát egy ízben látott a szerző. Föltünő, hogy 8 esetben hólyagos kiütés mutatkozott a typhus folyamán. A hólyagok rendesen borsónagyságúak voltak s rendszerint a törzsön mutatkoztak erythemás alapon. A hólyagok később hol véres, hol genyes tartalmúak lettek. Tenyésztési kisérletekkel (*Drigalski-Conradi*-féle táptalaj) typhusbacillust sohasem sikerült kimutatni, hanem csak staphylococcus pyog. aureust. Sajátságos, hogy a hólyagok körüli beszűrődés is rendszerint haemorrhagiás volt. A szerző ezt a hólyagos kiütést secundaer infectióból magyarázza, mely az erősen leromlott szervezetben könnyen lábrakap. Mindenesetre igen föltünő, hogy ez a ritka tünet a szerző eseteiben aránylag oly gyakran (2%) mutatkozott. A szerző végül egy esetben genyedő thrombophlebitissel találkozott a térdaljban. A punctióval eltávolított genyben a typhusbacillusnak tiszta tenyészetét sikerült kimutatnia. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1915, 34. szám.) *Guszman.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Tetanus-csirákkal fertőzöttségre gyanus sebek desinficiálására *Brunner* állatkisérletek alapján a következő eljárást ajánlja: jodtinctura becsepegtetése a sebbe, néhány óra mulva hydrogensuperoxyd alkalmazása és utána újból jodtinctura becseppentése. (Zentralblatt für Chirurgie, 1915, 32. szám.)

Kemény hegeket, a melyek súlyos contracturákat okoznak, *Reimann* sóvas-pepsin-oldattal ken be (0·2%-os sósavból 1000 rész, pepsinum-germanicumból 50 rész). Ezen kezelésre a hegek megpuhulnak, tágulékonnyá válnak, úgy hogy nemsokára fájdalom nélkül végezhető a massage és tágitás. (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien 1915 május 7.-én tartott ülése.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1915, 36. szám. *Szécsy Jenő* és *Johan Béla:* Tarkómerevséggel járó typhus abdominalis esete. *Porosz Mór:* A hadi venerologia köréből.

Budapesti orvosi ujság, 1915, 36. szám. *Sándor János:* A cholera utóbetegségeiről.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Borha Jenő* dr.-t a vaskóhi (Biharm.), *Osváth Jenő* dr.-t pedig a szobi (Hontmegye) járásorvosává nevezték ki. — Fejérmegye főispánja *Lauschmann László* dr.-t a székesfehérvári szent György-kórház alorvosává nevezte ki.

Meghalt. *Schöntag Lajos* dr., a kassai járványkórház orvosa, typhusban. — *J. Tereg* dr. az élettan tanára a hannoveri állatorvosi főiskolán.

A cholera állása hazánkban. Magyarország területéről augusztus 16.-ától 22.-éig 287 cholerabetegedést jelentettek 166 halálozással. Az esetek következőképpen oszlanak meg: *Törvényhatósági városok*: Budapest 3, Kassa 1, Miskolcz 3, Szatmár-Németi 3. *Vármegyék*: Abauj-Torna vármegye: Vilmány 3, Szentistvánbaksa 1, Eresztvény 3, Füzér 3; Alsó-Fehér vármegye: Fugad 6, Felsőváradja 1, Táté 2, Marosújvár 1, Marosgerse 1, Maroskáptalan 1, Marosnagylak 1; Bács-Bodrog vármegye: Dávod 4, Gombos 2, Bácsgyulafalva 1; Baranya vármegye: Dunaszekcső 1; Békés vármegye: Kőrösladány 1; Bereg vármegye: Munkács 1, Beregszász 1, Hársfalva 2, Szolyva 1, Szászóka 2, Bene 1, Vári 5, Nagybereg 2, Vásárosnamény 2, Szernye 8, Csonkapapi 1; Beszterce-Naszód vármegye: Óradna 1, Major 2, Óláhszentgyörgy 1, Naszód 5, Kisrebra 1, Szálva 1, Hordó 2, Entrádám 1, Jád 1, Alsóborgó 4, Beszterce 3; Bihar vármegye: Sárrétudvari 3, Berettyóújfalu 4; Borsod vármegye: Tiszapálkonya 1; Esztergom vármegye: Nyergesújfalú 1, Süttő 1; Heves vármegye: Gyöngyös 1, Gyöngyöstarján 2, Gyöngyöshalász 1, Szücsi 1, Hatvan 4; Jász-Nagykún-Szolnok vármegye: Jászalsószentgyörgy 3, Jánoshida 1, Jászladány 7; Kisküküllő vármegye: Maroscsapó 2, Marosugra 2; Kolozs vármegye: Almástamási 1, Bonczhida 3, Apahida 1, Válaszút 1, Kolozs 1; Máramaros vármegye: Máramarossziget 6, Tiszaborkút 1; Nyitra vármegye: Vágsellye 1; Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye: Zagyvarékás 2, Ujszász 1; Szabolcs vármegye: Nyirtass 1, Gáva 2, Nyiregyháza 3; Szatmár vármegye: Nagysikárló 4, Szamosborhid 1, Panyola 5, Nábrád 1, Kisar 2, Olcsvaapáti 2, Szamoskrassó 6; Szeben vármegye: Nagyszeben 1, Popláka 5; Szepes vármegye: Szepestamásfalva 1; Szilágy vármegye: Gyümölcsénes 1, Varsolcz 3; Szolnok-Doboka vármegye: Szék 2, Magyarlápos 1, Szamosujvár-Németi 1, Nyires 1, Kendilóna 3, Nagyiklód 2, Szeszárma 1, Dögmező 9, Désakna 1, Kohópatak 4. Szamoskócs 3, Alsószőcs 8, Domokos 1, Felsőszőcs 2, Füzesmikola 1 Szamosújvár 1, Girolt 1, Sajóudvarhely 1; Tolna vármegye: Báta 8, Bátaszék 1, Dunaföldvár 1; Torda-Aranyos vármegye: Aranyosegerbegy 1; Ugocsa vármegye: Salánk 3, Alsókaraszló 1, Magyarkomját 5; Ung vármegye: Határszög 1, Ungtölgyes 4, Horlyó 3, Ungcsertész 2, Egreshát 1, Ujszemere 3, Turjaremete 1, Perecseny 1, Magyarkelecsény 3, Nagyszeretva 5, Nagykapos 8; Zemplén vármegye: Monok 3, Bekecs 1, Zetény 1, Nagyczigányd 2, Butka 1, Kuruczfalva 1, Nagygereblyés 5. A 287 megbetegedés közül 13 a katonaságra esik, 5 megbetegedés hadifoglyok között történt, 1 megbetegedés idegen helyről való polgárl egyének közt, a többi 268 megbetegedés pedig helybeli polgári lakosok között fordult elő. Utólagosan érkezett, illetve helyesbitő jelentések szerint augusztus 2.-ától 8.-áig Budapesten a helybeli polgárság körében 2, vidékről való polgári egyének között 3, összesen 5, Bereg vármegyében Munkácson a már jelentett polgári eseteken kivül katonák között 5 choleramegbetegedés, augusztus 9.-étől 15.-éig Selmeczbányán a polgárság körében 1, Trencsén vármegyében Zsolnán katonák között 2 choleramegbetegedés történt. — Az augusztus 23.-ától 29.-éig terjedő héten 212 betegedést jelentettek 123 halálozással. Az esetek a következőképpen oszlanak meg: *Törvényhatósági városok:* Debreczen (Ondódpuszta) 1, Kolozsvár 1, Szatmárnémeti 2. *Vármegyék:* Abauj-Torna vármegye: Göncz 1, Füzér 2; Alsó-Fehér vármegye: Marosgezse 1, Maroskáptalan 1, Istvánháza 2, Fugad 9; Bács-Bodrog vármegye: Dávod 6, Ujszivácz 1, Ószivácz 2; Békés vármegye: Endrőd 1, Kőrösladány 1; Bereg vármegye: Munkács 1, Beregszász 1, Ódávidháza 2, Orosztelek 1, Zugó 7, Hársfalva 1, Szászóka 2, Vári 1, Torpa 1; Beszterce-Naszód vármegye: Major 8, Naszód 2, Kisrebra 1; Bihar vármegye: Sárrétudvari 6; Esztergom vármegye: Esztergom 1, Nyergesújfalu 4, Piszke 4, Bény 1; Hajdu vármegye: Mikepércs 2; Hunyad vármegye: Tordos 1; Jásznagykúnszolnok vármegye: Jászalsószentgyörgy 3, Jászladány 21, Karczag 1, Szolnok 1; Kisküküllő vármegye: Maroscsapó 1, Radnót 4; Kolozs vármegye: Bonczhida 1, Teke 3; Máramaros vármegye: Máramarossziget 4, Felsővisó 1; Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye: Zagyvarékás 1; Szatmár vármegye: Nagysikárló 7, Szamosborhid 1, Komlódtótfalu 1, Szamoskrassó 5, Szamosszeg 4, Miszbánya 1; Szeben vármegye: Nagydisznód 1; Szepes vármegye: Arnótfalva 1, Pálmafalva 1, Csütörtökhely 1; Szolnok-Doboka vármegye: Kendilóna 1, Dögmező 1, Désakna 2, Szamoskócs 2, Szamosmagasmart 1, Sajószentandrás 2, Dés 2, Árpástó 1, Mikeháza 1; Tolna vármegye: Bátaszék 1; Torda-Aranyos vármegye: Marosludas 2, Maroskecze 2; Ugocsa vármegye: Magyarkomját 5, Salánk 1; Ung vármegye: Határszög 1, Ungtölgyes 4, Horlyó 3, Ungcsertész 2, Egreshát 1, Újszemere 3, Turjaremete 1, Perecseny 1, Magyarkelecsény 3, Nagyszeretva 5, Nagykapos 8; Zemplén vármegye: Zetény 1, Nagyczigánd 1, Nagymihály 3, Nagygereblyés 7, Kistölgyes 1. A megbetegedések közül 4 katonák között történt, 7 hadifoglyok között fordult elő, a többi 201 helybeli polgári lakosokra esik.

Hirek külföldről. A német parlament budget-bizottságának tárgyalásai alkalmával a hadügyminister kijelentette, hogy a hadvezetőség ezentúl el fog tekinteni női orvosok alkalmazásától a hadi kórházakban, tekintve, hogy úgy is elég férfi-orvos áll rendelkezésre s a női orvosokra szükség van a társadalomban a nők és gyermekek gyógyításához; azonfelül több kellemetlenség is fordult elő a hadi kórházakban a női orvosok alkalmazása következtében.

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

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos **bőrgyógyitó és kosmetikai intezete**
Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyitás. Röntgen. Aniontherapia, forrólégkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

István úti 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. Dolecsko János, főorvos.
Nőgyógyászati osztály vezetője: Dr. Schmidlechner Károly, egyet. magántanár.

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

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

MATTONI-FÉLE LÁPKIVONATOK fürdőkhöz.
:: LÁPSÓ :: száraz kivonat ládákban à 1 kiló
LÁPLÚG folyékony kivonat üvegekben à 2 kiló

PÁLYÁZATOK.

2906/1915. kórh. szám.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye I. Ferencz József-közkórházában katonai szolgálat folytán megürült egy, s közelebbről megürülendő egy, összesen **két segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalom: 133 korona havi fizetés, teljes ellátás. Alkalmazás egyelőre ideiglenes.

Kötelező kórházi gyakorlat itt teljesithető, illetve az itteni szolgálat beszámittatik. Pályázhat orvosnövendék is.

A kérvényt lehetőleg **szeptember hó 15.-éig** kell hozzám küldeni, de korábban érkező esetleg már előbb figyelembe vétetik.

Szolnok, 1915. évi augusztus hó 28.-án.

Papp Gábor dr., igazgató-főorvos.

59. évfolyam. 38. szám. Budapest, 1915 szeptember 19.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR

FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Gergő Imre: Közlemény a máramarossziget cs. és kir. tartalék-kórház I. sz. sebészeti osztályáról. Uj szerkezetű sín czombtörések rögzítésére. 503. lap.

Bauer Lajos: Közlemény a székesfővárosi Szent Margit-közkórházból. A csecsemők hiányos gyarapodásának gyakoribb okairól. 504. lap.

Fonyó János: Közlemény a cs. és kir. kenyérmezei tábor kórházából. A foltos hagymáz epidemiologiája és prophylaxisa. 506. lap.

Justus Jakab: Megfigyelések és kisérletek a keloid aetiologiáját illetőleg. 510. lap.

Tárcza. A csonkított, béna és beteg katonák ügye. 512 lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Künsberg*: Einarm-Fibel. — Uj könyvek. — *Lapszemle. Belorvostan. Link*: Az izzadás mérséklése. — *Dietsch*: Kiütéses typhus. — *Sebészet. Kolb*: A Knoll-féle sarjasztó ásványolaj hatása. — *Gyermekorvostan. Koch*: Tuberculin-kezelés a gyermekkorban. — *Venereás betegségek. Blaschho*: Minő feladatok merülnek fel a háború következtében a nemi betegségek elleni küzdelem terén? — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Drucker*: Amphotropin. — *Tuch*: Diogenal. 514—515. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi ujság. 515. lap.

Vegyes hirek. 515. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a máramarossziget cs. és kir. tartalék-kórház I. sz. sebészeti osztályáról.

Uj szerkezetű sín czombtörések rögzítésére.*

Irta: *Gergő Imre* dr., egyetemi magántanár, ezredorvos.

Az elülső egészségügyi intézetek legfontosabb feladata: a sebeknek jó ellátása és a csontok meg az izületek sérülésekor a jó rögzítés. A rögzítés elégtelen volta szállításkor nagy fájdalmakkal jár, kedvezőtlen befolyása pedig a további gyógyulásra közismert.

Jóllehet az elülső egészségügyi intézetek a legmostohább és legsúlyosabb viszonyok között dolgoznak, általában kitünő munkát végeznek; ha egyik-másik irányban tökéletesítésről volna szó, akkor elsősorban a czombtörések sínezésének kérdése jöhetne tekintetbe.

A *hadtápkörletben működő orvosok* bizonyára mind tapasztalhatták azon nehézségeket, melyekkel csonttörés eseteiben a pléhsínnel való rögzítés jár. Ezen sínek vagy csak a törés helyéig érnek, vagy azok magasságán alig valamivel túl, a czomb felső harmadának törése esetén pedig majdnem mindig a törés helye alatt végződnek. Sokan a pléhsínek hiányosságain úgy segítenek, hogy keményítőkötéssel vagy gipszkötéssel toldják meg és úgy rögzítik a medenczén.

Az egyéb anyagból — papirmaséból, fából, aluminiumból, drótszövetből stb. — készült különböző czombsínek hasonló elbirálás alá esnek; javarészt túlrövidek, a hol pedig a csípőre érnek, azt nem rögzítik teljesen.

A legtökéletesebb *rögzítő kötés* mindenesetre a *gipszkötés*, a szállításra ez a legjobb. De viszont való, hogy a külső egészségügyi formációkban gipszkötések adására nincs meg mindig az alkalom, a segélyhelyen pedig — annak lázas tömegmunkája mellett — ilyenre gondolni sem lehet. Ne felejtsük továbbá, hogy a gipszkötések adása, főleg czombtörés eseteiben, különös jártasságot, illetőleg szakismeretet kiván.

Azon tapasztalatok, melyeket magam is a fentemlített pléhsínnel ellátott sebesülteken tettem, arra ösztökélt, hogy a czombtörések sínezésének egyszerű módját keressem, oly eszközzel, melyet szükség esetén laikus is könnyen alkalmazhat. Félreértések elkerülésére mindjárt e helyen megjegyzem, hogy csak az ideiglenes rögzítés czélja lebegett szemem előtt, addig, míg a beteg szakszerű sebészi kezelésbe jut.

Ezen czélnak csak oly sín felelhet meg, mely a végtagon kívül a csípőizületet is rögzíti, melynek tehát a gipszkötéshez hasonlóan medenczerésze is van. A sín, melyet e czélból szerkesztettem és a mely rozsdásodás elkerülésére ónozott pléhből készült, két részből áll: *1. a medenczerészből és 2. a czombrészből.*

1. A medenczerész (lásd az 1. sz. ábrát) körülbelül 20—22 centimeter széles és 72—74 centimeter hosszú, a medencze kerületének megfelelőleg hajlított pléhsín, a melyet a medenczére két kapcsos szalag segélyével elől rögzítünk. A sín egyik szára hátul két lemezből áll, ezen szár nyitásakor hasadék keletkezik, a melybe *a czombsín* felső laposan homorú vége betolható és szabadon mozgatható; a medenczesín ezen szárának zárásakor (lásd a 2. számú ábrát) a két lemez egymáshoz szorul, a hasadék megszűnik, miáltal a czombsín felső végét a körülfogó lemezek teljesen rögzítik.

Az említett két lemez nyitáskor és záráskor 3—3 sarnir körül forog; a sarniroknak két sorát előre meghosszabbított 14—16 cm. hosszú lemez köti össze, a melynek széléhez a két kapcsos szalag van erősítve.

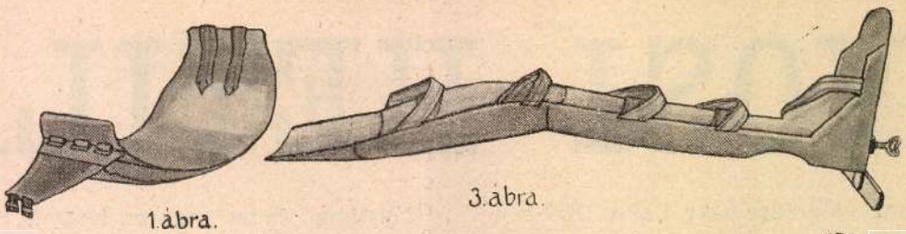
2. A sín czombrésze (lásd a 3. sz. ábrát) nagyjában a rendesen használt pléh czombsín formájának felel meg: a térdben mérsékelt semiflexio czéljából kissé hajlított, a sarok számára kivágással.

Annyiban azonban eltér tőle, hogy a kétoldalt a sín visszahajlított szélébe erősített dróthuzal ellentállóvá teszi, a mely dróthuzal egyúttal a sínbe készített keskeny nyilások folytán rögzítő szalagok megerősítésére alkalmas; a sínnek fent a medencze felé 24—28 cm. hosszú, 16—18 cm. széles laposabb homorú toldaléka van, mely a medencze-résznek fentebb említett két lemeze közé kerül; végül ezen sínnek a czomb- és a lábszár-részén 2—2, a láb-részén pedig a végtag rögzítésére szolgáló szalagja van.

A *czombsín* talpvégére a láb jobb rögzítésére fordított T-alakú vassín is alkalmazható, a mely csavar segélyével magasabban és mélyebben rögzíthető; előnye, hogy a sarok szabadabban fekszik és a végtag rotatiója teljesen gátolt.

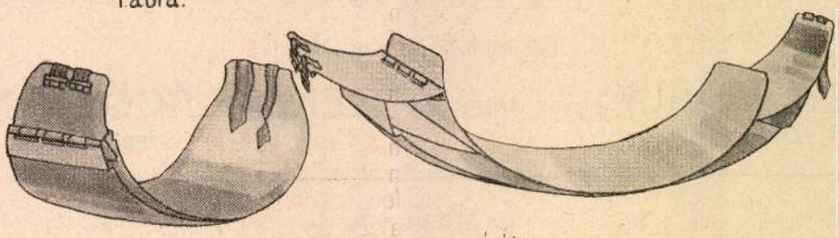
A medenczerész egyszerű megfordítással úgy a jobb, mint a bal végtag törése eseteiben használható, hátoldali törés esetén pedig oly módosításban készül (lásd a 4. sz. áb-

* A felettes katonai hatóság jóváhagyásával.



1.ábra.

3.ábra.



2.ábra.

4.ábra.

rát), hogy a medencze mindkét szára sarnirral nyitható, illetve csukható két lemezből áll. Ez esetben tehát a medenczerész két czomb-sínt rögzít.*

A sín feladása és levétele magyarázatra alig szorul. A végtagot zárt töréskor és szükség esetén ruhástól is rögzíthetjük, a levetkőztetett végtagot pedig vagy az előre vattával kipárnázott sínbe fektetjük, vagy előzőleg, hasonlóképpen mint a gipszkötések feladása előtt, a medenczével együtt vattapólyamenetekkel borítjuk. A vattaréteget egy sor calicot- vagy mullpólya-réteggel rögzítjük és a sínek szalagjait először a czombrészen, majd némi extensio után a medenczerészen összekapcsoljuk fölötte.

Az alápárnázáskor különösen a sarokra ügyeljünk; a sarok fölé, az Achilles-ín tájára széles és vastag vattahengert alkalmazunk. Némi jártasság mellett az alsó törés-vég a czombsín talprésze körül vezetett ragtapasz-csíkokkal is nyújtható.

Végül nehány szót ezen *sín javallatairól*, melyet, mint fentebb említettem, csak ideiglenes rögzítésre szántam a végleges szakszerű ellátás időpontjáig. Ezen szempontok mellett a sín alkalmazása javallt elsősorban czombtörés eseteiben; a térdizület és csipőizület sérülésekor és gyuladásakor; továbbá a csípő, czomb és térdtájék súlyosabb lágyrészsérülései esetén, részben a nagy fájdalmak, de főleg a szövődmények (vérzés, infectio) elkerülésére szállításkor. A kiterjedtebb lágyrészsérülések sínezésének szükségét az elülső egészségügyi intézetekben a hadsebészek újabban mind nyomatékosabban hangsúlyozzák.

Közlemény a székesfővárosi Szent Margit-közkórházból.

A csecsemők hiányos gyarapodásának gyakoribb okairól.

Irta: ***Bauer Lajos*** dr., gyermekorvos, kórházi rendelőorvos.

(Folytatás.)

Egy további okát a csecsemők hiányos gyarapodásának a táplálás mikéntjében, módjában lelhetjük fel. Az ezen alapon mutatkozó gyarapodáshiány bő táplálékmennyiséggel függ össze, mely körülményből kifolyólag a csecsemő több táplálékot fogyaszt, mint a mennyi az assimiláló képességének megfelelne: *túltáplálás s ezzel kapcsolatos gyarapodáshiány áll elő.*

A túltáplálásból eredő gyarapodáshiány úgy emlőn, mint mesterségesen táplált csecsemőkön is előfordul, ha a bekebelezett táplálék egészben sok, illetve több mint a csecsemő assimiláló képessége; de nem ismeretlenek oly esetek sem a mesterséges táplálás kapcsán, melyekben a táplálék egyes részei okozzák a túltáplálást, ha azok a szervezet tolerantiáját meghaladó mértékben vitettek be az organismusba.

* Ezen új szerkezetű sínt *Garai és Társa* műszerész-czég (Budapest, IV., Kossuth Lajos-utcza 15) árúsítja.

Emlőn táplált csecsemőkön túltáplálást okozhat, ha a gyermek *bő tej mellett*, rendszertelenül, gyakori időközökben — 2—3 óránként — tétetik emlőre vagy az egyes táplálások tartama túlhosszú ideig, 25—30 perczig, sőt még tovább tart. Az egészséges csecsemő nagy alkalmazkodási képessége folytán rövidebb-hosszabb ideig még az intenziv túltáplálást is tűri, hovatovább mutatkoznak azonban a dyspepsia tünetei, gyakori hányással, nyugtalansággal, meteorismussal, zsírszappan- vagy hígas gyakoribb székletétekkel, mérsékelt hőemelkedésekkel, megszakított álommal, anorexiával, hiányos gyarapodással vagy súlystagnálással, esetleg súlycsökkenéssel. Ha a táplálkozás kellő időben nem rendeztetik, illetve a dyspepsia hosszú időn át tart, a fentjelzett tünetek állandósulnak s a súlycsökkenés kifejezettebbé válik, bár igen jelentékeny súlycsökkenést még hosszú ideig tartó dyspepsiák után sem szoktunk találni emlőn táplált csecsemőkön; 500—800 gr. súlyhiány körülbelül az a maximum, melyet hosszú időn, egy-két hónapon át tartó dyspepsia után észlelni szoktunk. Az esetek nagy részében azonban az ezen bántalomból eredő gyarapodáshiány a 200—300 gr.-ot nem szokta túlhaladni, a mely veszteség is a táplálkozás rendezésével elég gyorsan megtérül s a csecsemő súlygörbéje eléri a normalist.

Túltáplálásból eredő gyarapodáshiányt csak akkor vehetünk fel, ha a fentebb említett tünetek mellett a csecsemő székletéte bőséges, ha a naponta benedvesített pelenkák száma (tea nélkül) legalább 15—18, ha az emlővizsgálatból arról győződünk meg, hogy a szoptatónak bőséges teje van s különösen ha a táplálékmennyiség-redukálásra a csecsemő nyugtalansága, valamint a többi beteges tünet szűnik. A legfontosabb bizonyíték pedig a túltáplálásból eredő hiányos gyarapodásra, ha táplálékreductióra a csecsemő gyarapodása ismét megindul s a súlygörbe emelkedik.

Kifejezett anorexia esetén helyesen járunk el, ha 10—12 óráig teljesen elvonjuk a táplálékot a csecsemőtől (mialatt saccharinnal édesített teát bőségesen adunk); enyhébb esetekben elegendő lesz, ha 24 óráig csupán hat órai időközökben tétetjük emlőre a csecsemőt, a következő napon az öt órai, míg a harmadik napon a négyórai időközökben való táplálásra térünk át és ezen táplálásmód mellett maradunk meg továbbra is.

Mesterségesen táplált csecsemőkön a túltáplálásból eredő hiányos gyarapodás mellett már sokkal bonyolultabb jelenségek és állapotok is mutatkozhatnak, a melyek természetesen attól függnek, hogy vajjon a táplálék egészével vagy annak egyes alkotórészeivel követtünk-e el a csecsemő táplálásában hibát. Természetes, hogy itt is jelentkezhetnek a dyspepsia tünetei, éppen olyan alakban, mint azt az emlőn táplált csecsemőkön láttuk, ha a csecsemő korának és assimilálóképességének nem megfelelő tejkeveréket adagolunk, vagy bár megfelelő higítású tejkeveréket, de túlnagy adagokban vagy rövid időközökben történik a táplálás, vagy esetleg romlott, bacteriumokkal fertőzött tejet adagoltunk. Utóbbi esetekben a

dyspepsia tünetei mellett nem szokott jelentékeny lenni a súlycsökkenés: 100—200 gr. súlyveszteség csak huzamosabb idő óta fennálló dyspepsiák után észlelhető, heveny jellegű dyspepsiában inkább csak a súlynak megállapodását vagy igen mérsékelt súlycsökkenést szoktunk tapasztalni. *Lényegesebb a gyarapodáshiány*, ha a csecsemő táplálásában *a táplálék egyes alkotórészeivel követünk el visszaélést* vagy a dyspepsia kezelésében olyan hibát, melynek folytán a dyspepsiából a táplálkozási bántalomnak súlyosabb stadiumai sarjadzanak ki. A táplálék alkotórészei közül elsősorban a *zsír és a szénhydrat* alkalmas a táplálkozási bántalmak és az ezekből eredő gyarapodáshiány keletkezésére. A zsírtöbblettel — kivéve a veleszületett kisértékűségben szenvedőket — a normalis assimilálóképességű csecsemő kezdetben még megbirkózik, alkalmazkodván szervezete a nagyobb mennyiségű zsírhoz, a minek az a jele, hogy kezdetben a gyarapodás intenzivebb szokott lenni. Hovatovább azonban a csecsemő zsírassimiláló képessége kezd kimerülni, mivel tolerantiáját a hosszabb időn át bekebelezett, bár kifogástalan minőségű táplálék (zsír) meghaladta: a táplálékot a szervezet kihasználni nem tudja, sőt annak ellenére, hogy bőségesen el van látva táplálékkal, a súlygörbe megállapodik, esetleg súlycsökkenés mutatkozik, vagyis beáll azon állapot, melyet *Czerny-féle tejártalomnak* vagy *Finkelstein-féle egyensúlyzavarnak* nevezünk. Az egyensúlyzavar tehát a mesterségesen táplált csecsemőnek a beteges állapota, okoztatva a tehéntej zsírjától, mely olyan mennyiségben vitetett be a szervezetbe, hogy annak zsírassimiláló képességét meghaladta s anyagforgalmi zavarokat okozott. A súlyveszteséget megelőzőleg mutatkoznak már az egyensúlyzavar tünetei: a nyugtalanság, puffadt has, 3—8 tized fokú hőemelkedések, különösen pedig a száraz, szürkés, vagy egészen fehér, obstipatióra hajló zsírszappanszékletétek már jól előre jelzik a szervezet működésében beállott zavart; ezeket csakhamar követi a turgor csökkenése vagy elveszése a súlygörbe megállapodásával, vagy a súlynak kisebb-nagyobb mérvű leszállásával. Ha az egyensúlyzavar heteken, esetleg hónapokon át nem reparáltatik, a csecsemő súlyhiánya sok száz grammra rúghat.

Minthogy az egyensúlyzavart a túlnagy mennyiségben bekebelezett zsír idézi elő, mely az alkaliás vegyhatású bélnedvek erős secretióját okozza, ez igen jó alkalom zsirszappanszékletétek képződésére s így fontos sóknak elvesztésére, a melyek éppen a súlycsökkenést szülik. A therapiának tehát oda kell irányulnia, hogy az erős alkaliás hatású bélnedvek ellensúlyoztassanak, illetve a bélnedv intenziv elválasztódása csökkentessék. Ezt úgy érjük el, hogy elsősorban redukáljuk a csecsemő táplálékában az alkaliás nedveket nagymérvben elválasztó közeget, a zsírt, s másodszor, ha ez egyedül nem vezetne czélhoz, olyan táplálékot viszünk be a tápcsatornába, mely savanyú erjedésével a zsiroknak az alkaliás bélnedvek erős kiválasztó hatását ellensúlyozza s így a zsírszappanszékletétek képződésének útját vágja. A táplálék zsírmennyiségének csökkentésével (pl. $^2/_3$ higitású tej helyett $^1/_2$ higitású) sokszor sikerül a bélnedvek secretiójának redukálása, a mit a székletéteknek nedvesebb, pépesebb összeállása bizonyít, melylyel együtt a súlygörbe is emelkedik. Ha azonban kizárólag a zsírok csökkentésével ezt nem tudnók elérni: liszteknek, illetve még egy második szénhydratnak a táplálékhoz való adásával érünk czélt (malátaleves, maltosucco stb.). A malátának megvan azon kedvező hatása is, hogy a szervezetben fontos sókat, mint meszet és magnesiát, visszatart, melyek az egyensúlyzavar fennállása idején nagy mennyiségben üríttettek ki a szervezetből (saját vizsgálataim azt mutatták, hogy egyensúlyzavarban a szervezet NaCl mérlege is negativ), s a melyeknek visszatartódásával a csecsemő gyarapodása ismét megindul.

A második táplálékalkotórész, mely alkalmas arra, hogy vele táplálkozási bántalmat s nagymérvű gyarapodáshiányt váltsunk ki, a *szénhydrat*, még pedig úgy a zárt (liszt), mint a nyitott szénhydrat (czukor). Utóbbi eset akkor áll elő, ha a csecsemő táplálékában *fölös mennyiségű czukrot* adagolunk olyan mennyiségben, mely a csecsemő czukor iránti tolerantiáját meghaladja. A csecsemő czukortolerantiája annak korával változik. Míg a néhány hetes csecsemő czukorassimilatiós határa már elég magas, addig az újszülötté igen minimalis. Helyesen járunk el azért, ha az élet első napjaiban levő csecsemőknek czukrot nem is adagolunk, hanem a teát saccharinnal édesítjük. A második héttől a negyedikig az egész napi táplálékába mintegy 20 gramm czukrot adunk, tehát 4—5 darab koczkaczukrot, a második hónaptól a napi czukormennyiség mintegy 30 gramm, a harmadik-hatodik hónapban az összczukormennyiség 30—40 grammnál több ne legyen, míg a hetedik hónaptól kezdve a napi czukorhasználat 40—50 gramm között ingadozhat. Ha ezen czukormennyiségekhez hozzáadjuk a táplálékkeverékben (tejben) levő czukormennyiséget, a kettő együttesen még valamivel alatta mozog azon határnak, mely a csecsemők czukorassimilatiós határát jelzi.

A czukoradagolással való visszaélés nem szokatlan tapasztalat a gyakorlatban. Azon hitben, hogy a czukor indifferens tápszer, tekintet nélkül a csecsemő korára, túlnagy mennyiségben adagolják, a minek az a következménye, hogy a belekben keletkezett intenziv savanyú erjedés folytán diarrhoeák jelentkeznek nyugtalansággal, meteorismussal, flatulentiával, mérsékelt hőemelkedéssel s kisebb vagy nagyobb súlycsökkenéssel, vagyis kifejlődik azon kép, melyet *czukordyspepsiának* nevezünk. A therapia kézenfekvő: a czukoradagoknak egy-két napig tartó elvonása s a tápláléknak saccharinnal való édesítése, a hőemelkedések megszüntével pedig a czukoradagoknak kisebb mennyiségben való alkalmazása.

Természetes, hogy rövid ideig tartó túlhajtása a czukortúltáplálásnak a csecsemő súlyában sokkal kisebb mérvben jut kifejeződésre, mint olyan esetekben, melyekben a szénhydrattúltáplálás hosszú ideig, heteken-hónapokon át tart, pl. kizárólagos liszttáplálás eseteiben. A milyen szép eredményeket lehet különben elérni a helyesen alkalmazott liszttáplálással, éppen olyan veszedelmes és súlyos következményeket okoz, ha a liszteket nem a megfelelő módon alkalmazzuk a csecsemő táplálékában. Különösen a szegényebb s kis intelligentiával bíró nép osztály gyermekein látunk az egyoldalú liszttáplálás folytán keletkezett elrettentő példákat, és pedig azóta, a mióta egyes gyermekliszteknek túlontúl való reklámozása azt a kellőleg el nem itélhető igéretet is magában foglalja, hogy azok tej hozzáadása nélkül adagolhatók már fiatal csecsemőknek is s így a csecsemő táplálékába tej egyáltalában nem is szükséges. Már most meg kell jegyeznünk, hogy hosszabb időre elvonni a tej alkotórészeit a csecsemő táplálékából semmi körülmények között sem szabad, mert az súlyos következményeket vonhat maga után, vagyis a tejet semmiféle tápliszt sem helyettesítheti. Mert még azon táplisztek is, melyek tartalmaznak némi fehérjét, zsírt és sókat, semmiképpen sem helyettesíthetik a tejet. Valóság, hogy a kizárólagos liszttáplálás mellett kezdetben súlygyarapodás tapasztalható a szénhydratok vízvisszatartó hatása folytán, a gyarapodás azonban csak laza vízkötésen alapszik, a kellő mennyiségű sók, fehérje s zsír hiányában a lazán kötött vizet a szervezet ismét csakhamar elveszíti, sőt ha a kizárólagos liszttáplálás hosszabb időn át folytattatik, nagymérvű lesoványodás mutatkozik az összes izomzatnak sajátszerű rigiditásával s beáll azon állapot, melyet *szénhydrattártalomnak nevezünk*. A belekben keletkezett állandó s nagymérvű savanyú erjedés eredményeképp a csecsemő állandóan a dyspepsia tüneteit mutatja nyálkás, sötéten színezett, csirízes, büzös, gyakoribb székletétekkel, mérsékelt hőemelkedésekkel, nyugtalansággal, kisebb-nagyobbfokú flatulentiával, súlycsökkenéssel, mely oly mérvet ölthet, hogy pár hónapi kizárólagos liszttáplálás után a súlyhiány több kilogrammot is kitehet.

Mivel a bántalom nem egyéb, mint chronikus szénhydratdyspepsia, a gyógykezelés is ennek megfelelőleg intézendő. A lisztfőzetet azonnal elhagyjuk, 12—24 óráig tartó tea-diaetát iktatunk be, gondoskodunk a beleknek alapos kiürítéséről, mely után a gyermek kora szerint $^1/_2$—$^2/_3$ higitású

tejet adagolunk saccharinnal édesítve — minthogy ilyen körülmények között úgy a nyitott, mint a zárt szénhydrat adagolására ismét fellobbanna a már szűnő dyspepsia —, de szénhydratot emelkedő adagokban, és pedig kezdetben *Soxhlet*-féle tápczukrot, majd később liszteket is, csak akkor kezdünk a tejvíz-keverékbe adagolni, a mikor a hőemelkedés teljesen megszűnt, illetve a székletét zsírszappanjelleget vesz fel. A súlygyarapodás a szénhydrat adagolásával kezd megindulni, a melyből eleinte 1%-ot, majd successive 5—6%-ot keverünk a csecsemő táplálékába.

Bármely okból keletkezett dyspepsia rövidebb-hosszabb időre csökkenti a csecsemőszervezet assimiláló képességét, még pedig annál inkább, minél fiatalabb a csecsemő. A therapiában tehát ügyeljünk arra, hogy az teljesen s jól vitessék keresztül, mert recidivák jelentkezése után az assimilatiós határ még lejebb szállásával mindközelebb jutunk a decompositio veszélyéhez.

Egyébiránt is *a dyspepsia az a kedvező talaj, melyből helytelen kezelés mellett különböző súlyos táplálkozási betegségek virágozhatnak ki.* Hogy milyen természetű az ezen alapból kinövő bántalom, az attól függ, milyen irányban követtük el a hibát. Ha pl. dyspepsiában levő csecsemőnek az éheztetési szünet után *a helyett, hogy az erősen redukált táplálékmennyiséget fokozatosan emelnénk, ismét bőven juttatunk szénhydratdús táplálékot* (pl. higított tejet sok czukorral), könnyen fejlődhet intoxicatio alimentaris annak összes tüneteivel, mersékeltebb vagy erősebb súlycsökkenéssel. Ha viszont a fenti körülmények között *zsirdús táplálékot adagolunk* a csecsemőnek, midőn a dyspepsia által csökkentett tolerantiája a szervezetnek még nem reparálódott: közel fekszik a dyspepsia recidiválása, a szervezet tolerantiájának még erősebb csökkenése, mely végeredményében decompositióhoz vezethet.

De ellentétes irányban is követhetünk el hibát a dyspepsia gyógykezelése alkalmával. Ha ugyanis a therapiás okokból csupán átmenetileg elrendelt *éheztetést*, illetve az erősen redukált mennyiségű vagy összetételű táplálék adagolását a visszaeséstől való félelem miatt *túlhosszú ideig fentartjuk.* Erre nézve leginkább okot szolgáltat — a mint a gyakorlatban azt gyakran tapasztalhatjuk — a csecsemő székletétének minősége. Dyspepsia kapcsán — mint tudjuk — a székletét gyakoribbá, zöldesnyálkássá válik s ezen pathologiás székletét gyakran megmarad azon időben is, midőn a hőemelkedések megszűntével, sőt az étvágy javultával, tehát a tolerantia emelkedésével már a táplálkozási zavar megszüntnek tekinthető s a csecsemő már a dyspepsia előtti táplálékmennyiséget is jól tudná assimilálni. Azonban a székletét még kóros. Ezen lelet sok orvost visszatart a táplálékmennyiség fokozásától s a fentartási szükséglet körüli, vagy mélyen azon alóli táplálékmennyiségre szorítja a csecsemőt azon hiedelemben, hogy a dyspepsia még nem javult, s a táplálék fokozásától tartózkodik mindaddig, míg a székletétek normalis külsőt öltenek. *Pedig csupán a székletét minősége a dyspepsia folyamán sohasem lehet mérvadó a csecsemő táplálékmennyiségének megállapításában*, mert ha a dyspepsiának egyéb jelenségei megszűntek, tekintet nélkül a székletét minőségére, bátran fokozhatjuk a táplálékmennyiséget, annál is inkább, *mert igen sokszor a szükséglet fokozásával érjük csak el, hogy az eddig makacsul tartó kóros székletét hirtelen megjavul* s a táplálék indokolatlan megvonásával quasi művileg előidézett stagnáló vagy folyton csökkenő súly ismét emelkedik. A hiányos tápláltság, illetve az inanitio, melyet ily módon magunk idézünk elő, szintén igen alkalmas arra, hogy a gyarapodást hosszabb időn át megállítsa, valamint a fiatal csecsemő tolerantiáját lefokozza annyira, hogy ha ennek kellő időben nem vetünk véget, a csecsemő a szükséges táplálékmennyiséget nem tudja assimilálni s a decompositio végszakaszaiban tapasztalni szokott tünetekhez hasonló jelenségek között pusztul el.

(Vége következik.)

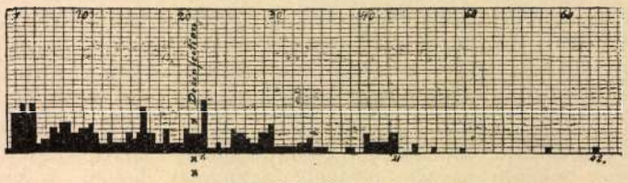
Közlemény a cs. és kir. kenyérmezei tábor kórházából.

A foltos hagymáz epidemiologiája és prophylaxisa.

Irta: *Fonyó János* dr., főorvos (Budapest).

(Vége.)

A foltos hagymáz továbbterjedésének számadatait meghatározni nehéz, minthogy ezeket külső körülmények már erősen befolyásolhatják. Már némi intézkedések életbeléptetésével is változhatnak a fertőzés forrásai. A napi megbetegedések kimutatása szerint 21-naponként újabb megbetegedési csoportok várhatók, az első eset után 1 hó mulva naponként 1—12 eset, s ha ezek is kiemeltettek, a megbetegedések száma leszáll, majd az újabb incubatio lejártáig a megbetegedési szám ismét növekedni fog. A megbetegedési számok csökkenése kizárólag a fertőzés útjainak elzárásától függ és csak a fertőző tetveknek elpusztításától lesz remélhető, a miért is más fertőző bajok analogiájára a virus erejének spontan csökkenésére foltos hagymáz esetében számítani nem lehet. Ha pl. 1000 ember megbetegedési tabelláját nézzük (l. a 25. képet), a hol a tetűmentesítés azonnal megkezdetett, az első napokban a megbetegedések száma még nő, nem csökken azonnal, mert a fertőzések, a melyek még a tetűmentesítés előtt történtek, napvilágra kerülnek, de a befejezett desinfectio után az infectio mind kevesebb lesz és a hatodik hét elteltével újabb megbetegedés már nem észlelhető.



17. kép.

1000 emberes csoport megbetegedési tabellája. A 21. napon befejezett tetűmentesítés után a 6. hét elteltével újabb megbetegedés nem fordult elő.

Sajátossága a foltos typhusos infectiónak még az is, hogy az inficiált tömegeknek helyzetváltozása a járvány terjedését gátolja. Ha pl. kisérletképpen a betegek közül az egészségeseket kivonjuk és belőlük új lakásközösséget alakítunk, bár tetvesség tekintetében változatlanok, egynehány megbetegedés észlelhető lesz még, de az epidemia nem tör ki újra elementaris erővel, hanem feltartóztathatlanul annak végéhez közeledik. A helyzetváltozás tehát foltos hagymáz esetében a járvány kitörésének lehetőségét gátolja. Igy láthattuk a foltos hagymázos járványt egyes helyeken lezajlani ott, a hol ellene különösebb óvintézkedések nem is foganatosíttattak, de csak nyáron, a nap hevében, a hol a fertőzött tetvek életfeltételei nem lévén meg annyira, azok maguktól kipusztultak.

A foltos hagymáz ugyanis kifejezett télibetegség (*Kisskalt*). Nyáron sohasem jelentkezett, ellenben télen és őszszel mindig halmozódtak az esetek. Az első epidemiát például a 19. században irták le, 1805-ben, az austerlitzi csata után, a mikor az a legmagasabb fokát deczember hónapban érte el. Az 1806/1807-es hadjáratban február és márczius hónapban érte el a járvány csúcspontját. A spanyol hadjáratban az 1808/1809-es téli hónapokban terjedt szét a járvány a legjobban. A krimi háborúban a foltos hagymáz az 1854. év deczemberében kezdődött, legmagasabb fokát 1855 februárhavában érte el, majd fokozatosan szűnt meg egészen. Mindezekből látható, hogy a foltos hagymáz mint háborús járvány kifejezett téli betegség.

Még a mikor a betegségnek a tetvek által való terjedése nem volt annyira általánosan elismert, már észlelték, hogy a járvány a polgári lakosság között nem mutatja a betegségnek ezen fentemlített évszaki elosztását, vagy ha igen, csak igen jelentéktelen arányban. 1838—1842-ig pl. Angolországban a foltos typhusos halálesetek aránya télen és nyáron 24:18 volt, úgy hogy *Hirsch* odanyilatkozott, hogy

a foltos hagymáz az évszakoktól és az időjárástól teljesen független. A mint azonban az előbbiekből láthatjuk, ez szorosan egymás mellett lakó embertömegeken, ideiglenes lakásokban egészen másként alakul. És bátran felvehetjük, hogy a legalsóbb néposztály, a melyet egyedül látogat meg a betegség, még békeidőben és nyáron is a tetvekkel szemben olyan indolens, hogy úgy nyáron, mint télen egyaránt tetves, míg a katona, részben saját initiativájából kiindulólag, részben magasabb parancsra, iparkodik ezen kellemetlen vendégétől szabadulni (*Kisskalt*).

Minden kétséget kizáró valóság, hogy a nyár a foltos hagymázt gyógyítja, minthogy a tetű a nyári nap hevét nem tűri, 30—35°-ban elpusztul, mégis ha a tetűirtáson nem dolgozunk, a járvány még nyáron sem fog megszűnni. Igy volt ez például az orosz-török háborúban 1877-ben, a mikor a járvány novemberben kezdődött, a tél folyamán hirtelen emelkedett, de a nyár folyamán a naponkénti megbetegedések nem szűntek meg, csak kevesbedtek. A tetűnek és petéinek irtása nyáron könnyebb s ha az operáló hadseregben napok és órák állanak rendelkezésre, közben mindenki keresni fogja az alkalmat, hogy a tűrhetetlen és álmot rabló viszketegségtől megszabadulhasson, hogy ruháját egy időre levethesse, a mi azonban csak nyáron lehetséges.

A betegségnek rendkívüli fertőzőképességére már utaltam. Előfordult, hogy orvosok minden óvintézkedés daczára csakhamar megbetegedtek, mindamellett, hogy védőöltözéket és gummikeztyüt öltöttek s az öltözéken csak az arcz számára volt szabadon hagyott hely. Voltak, kik a levegő és a légzés útján való fertőzésben hittek és maszkot is hordottak, mindamellett 3 héten belül mégis megbetegedtek. A fertőzés veszedelmét illetőleg kórházakban mégis a legellentmondóbbakat észlelhettem. Ápolók, a kik több hónapon át számos foltos hagymázos beteget szolgáltak ki, de minden különösebb óvintézkedés nélkül, nem betegedtek meg. Galicziában tapasztalták több ízben, hogy foltos hagymázban szenvedő betegek napokon át éltek családjukkal egy lakásközösségben és egyetlenegy fertőzés sem jött létre. Ezen ismétlődő megfigyelések csak azt bizonyítják, hogy a beteg maga nem fertőző, hanem hogy az átvitel közbeeső gazdák által jön létre. Tehát a ruhatetvek által való átvitel practikusan beigazolt tény, ennélfogva a fertőzés veszedelmének a ruhatetvek elpusztítása útján való elkerülése és a foltos hagymáz átterjedésének és átvihetőségének kérdése elvileg meg van oldva. Legfeljebb még arról lehet szó, hogy a tetvek által való fertőzés tulajképpen hogyan is jön létre?

Néha a magyarázat egyszerű, és pedig az, hogy a hol tetű van, ott beteg ember is lehet. A mely foltos hagymázos betegnek pedig tetűje nincs, vagy ha volt is neki, de jól tetűtleníttetett, az a járványt nem viheti tovább. A fertőző betegségnek intelligens emberek által való széthordása fertőző tetvek hiányában nem történhet meg.

Azt kérdezhetjük azonban, hogy ha ezeknek az embereknek tetűik nincsenek, hogyan betegedhettek meg egyáltalában? A felelet az, hogy ezek a fertőző tetveket nem hozták magukkal, hanem a fertőzés helyén vagy visszahagyták, vagy kirázták azokat. Az eseteknek legnagyobb részében mindenki emlékezik egy-egy tetűcsípésre és igen sokszor találtak is a fehérneműben egy-két tetűt. Jelenleg, a tetűmentesítő eljárások eredménye által, minden kétséget kizárólag meg van állapítva, hogy a foltos hagymáz a tetvek által terjed, és legfeljebb csak azt mondhatjuk, hogy a tetvek által történő átvitel mechanismusát teljes egészében ma még nem ismerjük. Az sincs minden kétséget kizáró módon bebizonyítva, hogy az infectio előidézéséhez feltétlenül tetűcsípés szükséges-e. Talán eltetvesedett betegek között való tartózkodás, vagy tetves tárgyaiknak, ruháiknak érintése is elegendő a fertőzés létrejöveteléhez. Az sem beigazolt valóság, hogy a foltos hagymáz virusa a tetű testében átalakul, és hogy annak az arthropoda testében 7 napig kell benne lennie, hogy fertőzőképessé válhassék. Minthogy a parasitát magát nem ismerjük, ismeretlen előttünk annak fejlődési skálája is s ezért nem tudhatjuk, hogy ez a tetűcsípéstől válik-e fertőzőképes formájúvá, hogy az a tetűből közvetlenül infectioképes formában jut-e a vérbe, vagy csak egyszerűen a testfelületre, a ruhákra, az érintett tárgyakra, hogy a fertőzést előidézhesse. De elképzelhetjük, hogy ha az utóbbi módokat is felveszszük, akkor még csak könnyebben jöhet létre infectio a tetves betegek, ezeknek ruhái és lakásai által, mintha csak egyedül a tetűcsípés volna szükséges annak előidézéséhez. Mindezekre csak az experimentalis vizsgálatok fognak világosságot deríteni.

A legújabb megfigyelések lényege tehát az, hogy nem a foltos hagymázos beteg, hanem az inficiált tetű hozza létre a fertőzést, és hogy ezen folyamat mechanismusa nincs az eddig általunk ismert parasitologiai principiumok szerint berendezve, hanem egyedül saját szükségleteihez van alkalmazva, és megvan a maga sajátos törvénye. Igaz, hogy a tetűcsípés a lehető legegyszerűbb módja az átvitelnek, de korai volna minden infectiót, a melyben tetűcsípés nem mutatható ki, a hagymáztetű által való átviteli mód principiumából kizárni (*Jürgens*).

A határokat, a melyek a mi tudásunknak és megfigyeléseinknek kijelöltettek, természetesen nem szabad figyelmen kívül hagyni. Egy járvány leküzdése viszont mindig csak epidemiologiai alaptételekre fog támaszkodni. Viszont egyes járványok sajátosságaiból nem lehet azonnal az illető járvány leküzdésének tételeit levonni, mert az utak, a melyek a természet szolgálatában állanak, nem lesznek mindig az ember által megközelíthetők. És noha a foltos hagymáz epidemiologiájának alaptételére rábukkantunk, ezzel még nincsen megadva a legbiztosabb mód a járvány czélszerű leküzdésére. Nekünk orvosoknak semmiesetre sem szabad egyedül azon törekvéssel megelégednünk, hogy minden erőnkkel egyedül *csak* a ruhatetvek elpusztításán fáradozzunk és hogy csak egyedül abban bízzunk (*Fasal*), és nem szabad kétségbe esnünk, ha külső körülmények folytán az nem lesz azonnal keresztülvihető, ellenben szükséges, hogy minden foltos hagymázos járvány elleni küzdelem magva orvosi feladat legyen, még pedig: az első megbetegedési eseteknek korai és biztos megismerése (*Jürgens*).

Az incubatio ideje 4—14—21 nap. De minthogy emberen az átvitel, a csípés, a szúrás ideje nem állapítható meg, az adatok ezidőszerint még bizonytalanok, a 21 nap azonban biztos. Prodromalis tünetek sokszor hiányzanak, vagy csekélyek. 1—2—14 napi rosszullétből, főfájásból, levertségből, szomjúság és melegség érzetéből, hányásingerből, étvágytalanságból és keresztcsonti fájdalmakból állanak. A betegségnek tulajdonképpeni kezdete az esetek felében hirtelen hőemelkedéssel, tűrhetetlen főfájással és nagyfokú elesettséggel indul meg. *Wenckebach* rázóhideggel való kezdetet sohasem látott. A rövid prodromák és a betegségnek azonnali súlyos kitörése differentialdiagnostikailag a hastyphussal szemben fontos. Állítólag a kezdeti keresztcsonttájék-fájdalmak foltos hagymáz esetében nem oly hevesek, mint himlő és pestis esetében. A hirtelen kitörés után magas continua következik és influenzaszerű initialis stadium (*Brauer*), heves köhögésinger, a légutaknak catarrhusa, nátha, főjájás és tagfájdalmak által charakterizálva. Ezzel ellentétben *Paltauf* az influenzaszerű jelenségeket csak complicatiónak, de nem a betegséghez tartozónak tartja. A lép nagyobb. A gyomor és béltractus részéről panaszokat nem találunk. Exanthema és herpes labialis hiányzik. Az exanthema megjelenésével a betegség második stadiumába jön. Bár az exanthema nem adja mindig a lehetőségét annak, hogy a foltos hagymáz teljes biztonsággal diagnoskáltathassék, mégis olyan különleges, hogy a legtöbb esetben, különösen a többi klinikai jelenséggel kapcsolatban, a diagnosis megtételét megengedi.

A kiütés rendszerint roseola formájában jelenik meg és igen hasonlít a typhus abdominalishoz (l. a 9. képet). A foltos hagymáz roseolája is mint gyuladásos productum az első órákban vöröses, de csakhamar livid és kifejezett kékes színárnyalatot ölt. Laposabb mint a hastyphusé, különböző nagyságú lehet, szélei nem határozottak, néha ovalis alakú és nagysága

gombostűfej- és lencsenagyság között váltakozhat. Gyakran egyes feltünő nagyságú folt több kisebb roseola összefolyásából származott. Néhány nap mulva sokszor figyelhetünk meg a roseola körül kékes-szürke udvart. Ezen jelenség folytán sokszor mélyebben fekvő, halvány-kékes, lencsenagyságú exanthemák keletkeznek. A bőr ilyenkor a zúzódás képét utánozza, sokszor annak sajátos márványozott külseje keletkezik. A roseolák legnagyobb része hyperaemiás és cyanosisos állapotban marad 5—10 napon át, majd elhalványodnak, részben nyomtalanul eltűnnek. Sokszor a bőrnek piszkos kékesbarnás pigmentálódottsága, márványszerűsége marad vissza. Az esetek egy részében a roseolafoltok petechiális átalakulást szenvednek. Ezen petechiák gömbölyű foltocskák alakjában részben a háton, részben a nyomásnak kitett területeken jelennek meg. A bőr különben is subcutan vérzésekre hajlamos. Néha a petechiák rendkívüli nagyságot érnek el és rendetlen alakú haemorrhagiás foltok keletkeznek, a bőr olyan, mintha forró borogatás által elsőfokú égést szenvedett volna (*Brauer*). A kiütés elül és hátul a törzs felső részén kezdődik és 2—3 napon belül kiterjed az egész testre, elég gyakran a tenyérre is. Bár a kiütések száma és terjedelme igen különböző, belőlük az eset súlyosságára következtetni nem lehet. Néha nehéz azt a hastyphus kiütésétől megkülönböztetni, mert van foltos hagymáz, a melyben kevés, és hasi hagymáz, a melyben sok a kiütés. Ilyen esetekben a vérvizsgálat és a Widal-reactio feltétlenül megkisérlendő, mindamellett, hogy az utóbbi a typhusellenі védőoltásokból kifolyólag bizonyító erejéből veszít (*Weil* és *Spät*). Míg hastyphus esetében csak 15—20 roseolafolt és csak a 8.—10. napon jelenik meg, typhus exanthematicusban az a 3. napon sokkal kiterjedtebb, más alakú, más színű és más localisatiójú. A hasi hagymáz roseolája élesebb szélű és inkább papulosus és petechialis átalakulása csak a legritkább esetben fordul csak elő.

Fontos a jelen körülmények között a foltos hagymáznak megkülönböztetése azon hastyphusformától, a mely újabban a keleten ütötte fel a fejét. Utóbbi esetben a beteg testén súlyos typhusos állapot közepette foltoknak rendkívüli sokasága és formája támad, a melyeket jól meg kell különböztetnünk a bolhacsípésektől, a melyekhez ezen kiütések igen hasonlítanak. A friss bolhacsípés ugyanis hasonlít a roseolához, a régi pedig kis petechiához.

A bolhacsípés maga két részből áll, ú. m. egy sötétebb, igen kis vérömlésből származó középpontból és egy szélesebb hyperaemiás udvarból, a mely ujjnyomásra eltűnik. Ez a roseolaszerű udvar néhány óra mulva elhalványodik és csak az el nem nyomható centrum marad vissza, a mely azután néha kis purpura-ponthoz hasonlít. A friss bolhacsípés a roseolától a középső el nem szorítható centruma, a bolhacsípés centruma pedig a petechiától csekély terjedelme, éles határa és piszkos színezete által különböztethető meg.

A roseolák az említett súlyos hastyphusformában rendkívüli kiterjedést érhetnek el. Egy tenyérnagyságú területre 10—20 roseola eshet és a tenyeret és a talpat kivéve az egész testre kiterjedhetnek (*Brauer*). Természetes, hogy az ilyen abdominalis esetek sokszor hibás diagnosisra vezethetnek, csakhogy a különbség úgy klinikailag, mint bakteriologiailag minden egyes esetben meg lesz állapítható. Az abdominalis roseola kifejezettebb, egyenlő nagyságú, kerek alakú, a bőr felső rétegeiben elhelyezett csomócska élénkpiros (a míg a szívműködés jó), néha csoportosan szaporodik.

A foltos hagymáz roseolájára jellemző a csakhamar bekövetkező kékes udvar és egyáltalában véve a livid színárnyalat. A roseolák különböző nagyságúak, hosszúkásak vagy szabálytalan alakúak. Jellemzők foltos typhusra a már említett, a mélyből áttünő *Murchison*-féle foltok. Különben pathologiai-anatomiai alapon nem is nehéz a két roseolafajnak klinikai megitélése, mert hastyphusban a bőrcapillarisoknak egy kis bacillaris emboliájával van dolgunk, ereknek elzáródása pedig nem jön létre. Ezen hely körül tehát egy vöröses gyuladásos udvar keletkezik. Foltos hagymáz eseteiben ellenben, bár az érmegbetegedést kezdetben szintén friss vöröses gyuladásos hyperaemia követi, a megbetegedett ereknek elzáródásából kifolyólag csakhamar venosus pangás és ezzel együtt kékes színeződés jön létre. Ezenkívül a foltos typhusos roseoláknak alapját alkotó érmegbetegedés az oka úgy a roseolák nagysági különbségének és rendetlen alakjának, mint a mélységből áttünő halványkékes foltoknak is. És ha typhus abdominalis esetén elvétve elő is fordul a roseoláknak petechialis átalakulása, *Brauer* mégis azt állítja, hogy a petechiáknak bőséges jelentkezése foltos hagymáz mellett szól.

Fränkel úgy a typhus abdominalis, mint a typhus exanthematicus roseoláját histologiai vizsgálata tárgyává tette. Excindált bőrrészleteket alkoholban fixált, 24 óra mulva fagyasztó mikrotommal felmetszett és haematoxylin-eosinnal megfestett. A typhusbacillusoknak a roseolában való szaporítása és a könnyebb diagnosis lehetősége czéljából a bőrdarabokat fixálás előtt 18 órára tenyésztemperatura felhasználásával szőllőczukorbouillonba helyezte. Ilyen módon a hastyphusroseolában a papillaris vagy reticularis rétegben typhusbacillusok lesznek kimutathatók. Ezen roseolafaj histologiai képéhez fog tartozni a papilláknak megduzzadása és kötőszövetének szaporodása. A roseola összes erei a foltos typhus roseolájának ereivel ellentétben teljesen épek, rajtuk histologiai változás nem észlelhető.

A foltos hagymáz roseolájának histologiai képe emlékeztet a periarteriitis nodosára, a mennyiben itt az ereknek többszörös csomószerű megvastagodása látható, igaz, hogy foltos hagymáz eseteiben csak a legkisebb ereken. Ezen erekben sajátos proliferatio jön létre, a mely tömege és csomószerű megvastagodása által a kis ereknek elzáródását hozza létre. *Fränkel* szerint ezen histologiai elváltozás specifikus. A foltos hagymáz kiütése *Virchow* óta többszörösen hasonlíttatott össze a kanyaró kiütésével. *Brauer* szerint azonban az összehasonlítás nem szerencsés, mert a bőrnek éppen a kanyaróra characteristikus elváltozása, az egyes efflorescentiáknak nagyobbfokú összefolyása foltos hagymáz esetében hiányzik. És különben is a két betegségnek lefolyása olyan különböző, hogy összetévesztésük alig lehetséges. Ugyanez áll más exanthemákra vonatkozólag is. A peliosis rheumatica sem téveszthető össze a foltos hagymáz kiütésével.

A hőmérsék az exanthema megjelenése után is változatlan marad. Legtöbbször magas continua van 39—40, sőt magasabb C-fok körül, 140-ig szaporodó pulsussal (*Wenckebach*). Sokszor még a súlyos esetekben is a láz menete nem szabályos, és a láz nem is oly magas. Szabálytalan ingadozások mindig megjelenhetnek. Typusos esetekben a magas continua 10—12 napig áll fenn, hogy 2—4 nap alatt typusosan essék le. Itt-ott rázóhidegtől kisért pseudokrisiseket láthatunk (*Wunderlich*).

A közérzés az első hét folyamán rosszabbodni szokott. A sensorium mind zavartabb lesz és súlyos typhosus állapot jön létre. Deliriumok izgalmi állapotokkal és nagyfokú nyugtalansággal párosulhatnak. Az arcz nagy fokban kivörösödik, a nyelv bevonttá és sokszor érdessé válik. Ezen excitatiós állapotot a második hét kezdetével súlyos apathia követi. A közérzésnek említett rendkívül súlyos zavarai, azoknak minden egyéb kisérő tünetével, a betegségre nézve valamelyest charakteristikusak. A legsúlyosabb esetekben ezen tünetek fokozódása közben a betegek az általános infectio súlyosságából kifolyólag tönkremennek (10—15%). Mély coma közepette szívgyengeség, filiformis pulsus s a végtagoknak kihülése áll elő. Néha az agoniában hyperpyrexiát észlelhetünk. Ritka esetben a halál coma közepette már az első napokban bekövetkezhet (typhus exanthematicus siderans). Néha könnyebb megbetegedésekben a láz nem oly magas és rövidebb tartamú, és *Jürgens* állitásával ellentétben a súlyos cerebralis tünetek is hiányozhatnak (*Brauer*). Súlyos főfájásokról mindig panaszkodhatnak a betegek és ezek még a láztalan állapotban is igen soká megmaradhatnak. A lumbalis punctiótól *Brauer* a fejfájások enyhülését vagy lényegesebb javulását nem látta. Nagyon kinzóak szoktak lenni már a

kezdeti szakban is a végtagokban az izom- és idegfájdalmak. A hastyphussal ellentétben a pulsus száma a hőmérsék emelkedésével párhuzamosan szaporodik, néha 100—140-ig perczenkint (*Wenckebach*). A leukocyták száma szaporodik, csak néha és csak az első napokban kevesbedik. Kifejezett leukopenia (*Coca, Rabinovitsch* 1913) ritka. Az eosinophil leukocyták majdnem mind eltűnnek, a polymorphmagvas neutrophilek pedig jelentékenyen megszaporodnak. A mint említettük, *Provazek* bennük sajátságos sejtzárványokat talált, a melyek azonban még bővebb tanulmányra szorulnak.

A vizelet, épp úgy mint más súlyos fertőző betegségekben, rendesen mérsékes albuminuriát és cylindruriát mutat. Egyesek a néha észlelhető fokozottabb albuminuriát a hastyphussal szemben differentialdiagnostikailag fontosnak tartják. A diazoreactio rendszerint erősen positiv. Urobilinuriát nem észleltek. A néha megjelenő haematuria a súlyos acut nephritis következménye.

A tüdők felett rendszerint már kezdetben mérsékes bronchitis lesz észlelhető. Elvétve már korán bronchopneumoniás góczok keletkeznek, a melyek az első napokban a centralis pneumonia téves diagnosisára vezethetnek. A későbbi lefolyásban hypostasisos folyamatok és súlyos önkívületben aspiratiós pneumoniák észleltettek, néha tüdőgangraenával kapcsolatban. Nagyobb fokú laryngitis rekedtséggel kapcsolatban gyakori. Ulcerosus processusok az aryporczokon olyan formában, mint hasi hagymázban, ritkák.

A lysis-szerű hőcsökkenéssel és a kábultságnak gyors javulásával a betegség a harmadik, a reconvalescentiába vezető stadiumához közeledik. Epidemiologiai szempontból én az összes vizsgálókkal ellentétben ezt az időszakot tartom a legfontosabbnak, minthogy ebben az időszakban a beteg vére még mindig tartalmaz virulens virust, s ha a betegeket nem különítjük el, vagy nem óvjuk attól, hogy ismételten eltetvesedjenek, a betegség ismét tovább lesz vihető s új epidemia állhat elő; ha a beteget beosztásába ismét visszabocsájtjuk, a betegségtől már megtisztított területen új epidemia kitörése fenyeget, illetőleg az epidemia észrevétlenül folytatólagosan fenmarad. Ilyen módon 4 eset jutott észlelésem alá, a melyekről kiderült, hogy közvetlen szomszédai voltak 1—1 reconvalescensnek. Igaz, hogy ezek nem voltak oly súlyos esetek, mint a milyenek a járvány elején voltak észlelhetők, a sensorium majdnem egészen tiszta, a kiütés halvány volt és a láz néhány nap mulva megszünt, mégis az ilyeneket ú. n. bacillushordozóknak lehet nevezni, a kikkel egy lakásegységen belül az infectio sokszor hónapokon át fentartható. Hogy meddig fertőző a reconvalescens vére, azt nem tudom pontosan megmondani, de nekem úgy tűnt fel, hogy a 3. hét elteltével a beteg, a vére, illetőleg az ismételten szerzett tetűje már nem volt infectióképes s az ember a zár alól fel volt oldható. Ezen felvételemet a járvány megszűnése be is igazolta.

Súlyos recidivák, mint a hogy azok hasi hagymáz eseteiben észlelhetők, a foltos hagymázban nem ismeretesek. Könnyebb recrudescentiákat ismételt többnapos kisebb-nagyobb hőemelkedésekkel és fejfájásokkal *Brauer, Curschmann, Wunderlich* többször észlelt. Heves fejfájások gyakran kínozzák még hetek mulva is a reconvalescenseket s ilyen esetekben a lumbalis punctio jó hatású lehet (*Brauer*).

A bőrnek korpaszerű hámlása gyakran észlelt tünet s *Brauer* egy ízben a legfelsőbb epidermisrétegeknek az egész testre kiterjedő leválását látta. A reconvalescentiában a halványbarna pigmentmaradványokból és a bőrnek korpaszerű hámlásából visszamenőleg a foltos hagymáz diagnosisára következtethetünk. A hámlás ugyanis a 12.—15. napon szokott bekövetkezni. Már ezt megelőzőleg a 8.—10. napon a bőr oldalról tekintve szürkés-fehér, fémszerűen csillámló fényt mutat. Ha ezen phasisban ujjunkkal a bőrt mérsékelten megdörzsöljük, a felső epidermisréteg finom pikkelyszerű hám alakjában le fog válni és alatta a bőr gyengén hyperaemiásnak fog feltűnni. Ez a jelenség néhány nappal meg szokta előzni a bőrnek spontan hámlását és radirgummi-phaenomen-nek nevezhető (*Brauer*).

Elég gyakran észlelhető jelenség a végtagoknak symmetriás spontan gangraenája (4%) az arteriák intimájának specifises gyuladása és következményes thrombosisa folytán és elég gyakran látni felületes gangraenákat a nyomás alatt álló testtájakon, akár a lábujjakon, az orr hegyén, a füleken vagy a scrotumon.

Mint utóbetegségről helylyel-közzel polyneuritisen alapuló többszörös bénulásokról tesznek említést. *Steinmaurer* egy esetben oculomotorius-bénulást, *Gold* pedig egy esetben paraphasiát kifejlődni látott foltos hagymáz után.

A kezelés csak symptomás lehet. A betegeket csak ápolnunk kell és a complicatiók ellen megvédenünk épp úgy, mint más lázas és elborult elméjű beteget. A chinin- és kénesőkészítmények hatástalanok, épp úgy a salicylpraeparatumok is. Eredménytelennek látszanak a kisérletek ezidő szerint a reconvalescens-serummal is, a mennyiben az azzal kezeltek hőmenete és általános állapota nem árult el semmiféle módosító hatást. Valószínűnek tartom azonban, hogy nem a láztalan 10. napon vett vérserum lesz a hatásos, hanem az, a melyet az infectióra már képtelen vérből fogunk nyerni s ebben lesznek talán majd az igazi védőanyagok.

A közérzetre a langyos fürdők, hideg lemosások, hűvös bepakkolások, vagy a törzsnek Priessnitz-be való helyezése jó hatással voltak. *Brauer* és *Müller* a lumbalis punctiótól jó eredményeket, a sensorium zavarában könnyebbülést láttak. *Wenckebach* a kámfor-olajnak, a coffeinnak, a digitalisnak és a pyramidonnak, *Tobeitz* az urotropinnak alkalmazásáról és kiváló jó hatásairól tesz említést. *Rubitschek* normalis lóserum 1—3 cm³-ének subcutan alkalmazásától jó eredményeket látott.

A kórházból és a quarantaineből való kibocsájtáskor számításba jön a fennálló bronchitis és a hámlás befejeződése, nemkülönben az a körülmény, hogy a reconvalescens vére tetvek közvetítésével még 3 héten belül fertőzhet.

A betegség átélése megvédi az embert az újabb infectiótól. Emberek, a kik olyan vidékről származnak, a hol a betegség endemiás, jelentékenyen csekélyebb mortalitást (2—5%) mutatnak azokkal szemben, a kik foltos hagymázmentes vidékről valók. A hiányos táplálkozás és más kedvezőtlen külső körülmény minden más infectiosus betegség iránt való fogékonyságot is növeli. A foltos typhusnak éhinség és háború alkalmával való terjedése azonban elsősorban nem a resistentiát csökkentő momentumokból, hanem a népnek a szorult helyzetből származó elhanyagoltságából és eltetvesedéséből származik. Ne gondoljuk tehát, hogy egy hatalmas és jól ellátott csapat a foltos hagymáz járványának relative kevésbé van kitéve, mint egy satnya és rosszul ellátott.

A betegségnek jelenleg ismert átviteli módja mellett nem látszik szükségesnek a foltos typhusban elhaltaknak eltemetésekor különös óvintézkedéseket életbeléptetni, csak nem szabad elfelednünk, hogy a magas lázban szenvedők vagy elhaltak parasitái az elhaltnak testét elhagyni iparkodnak, a iértm is annak környékét fertőzőképessé tehetik.

Mindezekután tapasztalataimat a foltos hagymázról a következőkben foglalhatom össze:

1. a ki a tetvek ellen küzd, és azoknak, valamint petéiknek elpusztításán fáradozik, az biztos alapon dolgozik és kilátásai a foltos hagymáz járványának elfojtása tekintetében csak eredménynyel kecsegtethetnek;

2. reconvalescensek által, ha azok akár tetvesen, akár tetvek nélkül, de ismételten tetvesek közé jutottak, a járvány folytatólagosan fentartható, a reconvalescensek vére tehát a tetvek útján még fertőző, tapasztalásaim szerint 3 héten innen;

3. a foltos hagymáz-járvány ellen nagy tömegeknek egyszerre való és alapos tetűmentesítésére kell, hogy jól fel legyünk szerelve, hogy a tetű petéi is egy csapásra elpusztíttathassanak, minthogy a pete a fertőző anyagot még a második generatióban is örökölheti; a jó felszereléshez tartozik kellő számú helységnek bírása is;

4. a foltos hagymázra gyanus betegeknek felismerése és kiemelése által még a teljes tetűmentesség előtt is meg-

gátolható az esetleg kitörésben levő járvány, megfigyelő- és quarantaine-barakkok felállítása útján;

5. jól foganatosított tetűmentesítés után a kitörésben levő járványnak 6 héten belül meg kell szűnnie, minthogy az incubatiónak 3 hetes leforgása után csak azoknak szabad még megbetegedniök, a kik a tetűmentesítés előtt hagymáztetvek által megfertőztettek; biztosítja az eredményt a reconvalescenseknek tetűmentessége és quarantainezése;

6. fertőzöttségre gyanus új, embercsoport 21 napon át megfigyelés alatt egy csomóban tartandó, szét nem bocsájtandó, alaposan tetűmentesítendő, a gyanusak kiemelendők, a mi által a betegség esetleges széthordása és járványnak kitörése kizárt; de természetes, hogy foltos hagymázra gyanus ujabb megbetegedés esetén a lezárásnak újabb 21 napot kell igénybe vennie.

Irodalom. *H. Curschmann*: Das Fleckfieber (Wien, 1900). — *F. Curschmann:* Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 30. sz. — *Kulka*: Münchener med. Wochenschrift, 1915, 18. sz. — *Pick:* Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 22. sz. — *E. Fraenkel*: Münchener med. Wochenschrift, 1915, 24. sz. — *Wenckebach*: Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 20. sz. — *Tobeitz:* Wiener klinische Wochenschrift, 1915, 20. sz. — *Gränz:* Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 20. sz. — *Schürer* v. *Waldheim*: Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 20. sz. — *A. Müller*: Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 22. sz. — *Stoerk*: Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 22. sz. — *Baudisch:* Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 22. sz. — *H. Salomon:* Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 22. sz. — *Landsteiner*: Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 22. sz. — *Skutetzky*: Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 22. sz. — *Teleky*: Wiener klinische Wochenschrift, 1915, 22. szám. — *Weil* és *Spät:* Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 8. sz. — *Fasal*: Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 8. sz. — *Eckert:* Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 16. sz. — *Fuchs:* Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 16. sz. — *Busson*: Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 25. sz. — *Wertheimer:* Wiener klinische Wochenschrift, 1915, 25. szám. — *Rossberger:* Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 25. szám. — *Kisskalt* és *Friedmann:* Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 14. sz. — *Kisskalt*: Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 6. és 20. sz. — *Prowazek*: Münchener med. Wochenschrift, 1915, 2. sz. — *Galewsky*: Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 10. és 22. sz. — *Borul*: Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 24. sz. — *Fiebiger:* Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 24. sz. — *Felix*: Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 24. sz. — *F. Müller*: Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 11. sz. — *Meltzer*: Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 18. sz. — *Rubitschek:* Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 26. sz. — *Knaffl-Lenz*: Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 26. sz. — *Klemperer:* Therapie der Gegenwart, 1915. — *Brauer*: Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 19. sz. — *Brauer* és *Moldovan*: Die Erkennung und Verhütung des Flecktyphus. Würzburg, 1915. — *Rabe*: Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 12. sz. — *Fränkel:* Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 14. sz. — *Zupnik*: Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 14. és 21. sz. — *Lobaczewski:* Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 14. sz. — *Frisch*: Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 14. sz. — *Kraus*: Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 17. sz. — *Grassberger*: Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 9. sz. — *Kossel*: Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 15. sz. — *Blaschko*: Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 8. sz. — *Weidenfeld* és *Pulay:* Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 6. sz. — *Petruschky*: Zentralblatt für Bakteriologie, 75. sz., 497. old. — *Rudolph:* Deutsche med. Wochenschrift, 20. sz. — *E Fraenkel:* Münchener med. Wochenschrift, 1915, 24. sz. — *Jürgens:* Berliner klin. Wochenschrift, 1915, 25. sz.

Megfigyelések és kisérletek a keloid aetiologiáját illetőleg.

Irta: ***Justus Jakab*** dr., a pesti izr. hitközség kórházának rendelő-főorvosa.

(Folytatás.)

A következő 45/b számú kórtörténetet azért irom ide, hogy demonstrálhassam: olyan műtét után, a mely a Basedow-tünetek tartós csökkenését, sőt elmulását eredményezte, a heg nem vált keloidossá.

S. Pálné, 44 éves, szivarszopóka-készitő neje. Jelentkezett 1915 február 3.-án. Strumája 17 évvel ezelőtt, szülés után kezdődött és 14 évig nőtt térfogatban, azonban thyreosis tüneteit nem okozta.

5 évvel ezelőtt a struma ellen rövid ideig jodot szedett és akkor kezdődtek ideges tünetei: a szivdobogás, a bágyadtság érzése. Nyakának kerülete, mely azelőtt 30 cm. volt 36 cm.-nyire nőtt. A szivdobogás és a lefogyás annyira erőt vett rajta, hogy 16 hóval ezelőtt *Hültl Hümér* osztályán megoperálták. A seb 8 nap alatt begyógyult, a műtét után közvetlenül néhány hétig erősen gyengélkedett, különösen szivdobogás kinozta nagyon. Ezek a tünetek azonban lassankint elmultak, úgy hogy mostanig erősödött, jobban érezte magát. Az utóbbi két hóban újra jelentkeztek a kihevülések és gyorsabb mozgáskor a szivdobogás.

A tünetek közül ma alig észlelhető protrusio és kissé tátongó szemrés van meg, Graefe és Moebius nincsen. Kicsiny struma, mely fölött pulsatio észlelhető. Szívcsúcslökés kihelyezett, pulsus 110, tremor jól kifejezett.

A nyakon galléralakú heg, a mely teljesen síma, a bőr szintje fölé ki nem emelkedik. A hegen számos, vékony, síma keresztvonás látható, melyek a varratokat jelzik. Az incisura jugularis fölött 3 cm. hosszú vonalas heg (lekötés helye).

A beteget július 2.-án láttuk utoljára. A pulsus száma időközben leszállt 78-ra. Jól alszik, szivdobogása nincs, fejfájása alig van; hasmenések nincsenek, testi ereje gyarapodott, kinyujtott kezeken tremor nincs, szemeken alig észlelhető protrusio. A heg egészen síma, fehér, inkább kissé behúzódott.

Összefoglalás: Sikeres Basedow-műtét után a 16. hónaptól a 21. hónapig terjedő időközben megfigyelt beteg állapota a tünetek csekély fokú egyszeri kiújulását leszámítva folytonosan javul. A metszés hege semmiféle keloidos jelleget nem mutat.

46. B. Ö.-né, 31 éves, gépszerelő neje. Hat gyermeke volt, kik közül három zsenge korban halt meg; kettő egészséges, egy angolkóros.

Négy hónap óta erősen gyengül, bár étvágya jó, lesoványodik. Már csekély testi munka is szivdobogást okoz.

Jelen állapot 1915 márczius 22.-én: A szemrés tátongó, protrusio mérsékelt, pislantás ritka. Moebius-tünet. A pajzsmirigy oldallebenyei mérsékelten nagyobbodottak; az isthmus kisalmányi duzzanattá nőtt, a mely felett pulsatio látható és érezhető és a mely nyomásra kissé érzékeny; egyenletesen rugalmas tapintatú.

Szívtájon lüktetés; csúcslökés az ötödik bordaközben a bimbóvonalban. A szivhatárok rendesek, a hangok tiszták. Pulsus 120. Kéztremor alig van.

A homlokon és a hajzatos fejbőr szélén sűrű acne necrotica. A köztakaró síma, nedves tapintatú. A bal lapoczka felett körömnyi, tágult erektől környezett, dudoros felületű, tömött piros heg, mely állitólag két hó előtt lefolyt furunculus maradéka.

Május 15. Acne necrotica majdnem teljesen elmult. Helye síma.

Június 18. A lapoczka felett székelő heg jól előddomborodó, tágult ereket viselő, huzalos nyúlványokat bocsájtó, vöröses-fehér színű, koronánál nagyobb terjedelmű, tömött tapintatú keloiddá lett. A beteg panaszai szerint szúrásokat érez benne. Az acne necrotica részben kiújult.

Összefoglalás: Hyperthyreosis tüneteit mutató betegen két hóval furunculus lezajlása után, ennek helyén csak piros tömött heget találunk. Azonban újabb két hónap leforgásával belőle characteristikus keloid lett. Ugyanezen idő alatt az acne necrotica számos felületesen székelő, apró szövetelhalásai egyikének helyén sem támadt keloidos hegesedés. Nyilván az ezen betegség okozta izgalom nem volt elegendő a praedisponált egyénen a keloidos folyamat kiváltására, a mit a furunculus ugyanezen megfigyelési idő alatt megindított.

A második csoportba megfigyeléseim közül 7 kóresetet soroztam. Valamennyin kétségtelenül megállapitottuk a hyperthyreosisnak, sőt a Basedow-kór klasszikus képének tüneteit. Ezek közül már az előző időkből való kisebb-nagyobb keloidokat viselt a 40., 41. és 44. számú beteg. Nem volt előző keloidos elváltozás található a 42., 43., 45. és 46. számú betegen. Különböző indicatiókból műtéti beavatkozást végeztek az ebbe a csoportba tartozó betegeken és a műtéti heg valamennyin keloidossá vált. Volt több, a kin egész terjedelmében lett ilyenné, másokon csak részben. A mint a kórtörténetek végére függesztett rövid összefoglalásokból is kitűnik (lásd különösen a 41. számút), leginkább az a hegrész vált keloidossá, mely hosszas izgalomnak, pl. genyedéses per secundam való egyesülésnek volt székhelye. Ugyancsak az eléggé jelentős izgalom szerepe mellett tanuskodik a 46. számú beteg, a kin hosszas furunculusból keloid támadt, az acne necrotica helyén pedig nem keletkezett.

Különösen tanulságos a 45. számú kórtörténet, mely Basedow-kóros betegen végzett kétszeri, de a kórtüneteket illetőleg sikertelen pajzsmirigyműtét után két keloid képződéséről referál. Ellenben a 45/a számú beteg sikeres pajzsmirigyműtét után síma heget visel.

Ennek a csoportnak kórtörténeteiből is tisztára kiderül: keloid és hyperthyreosis nem véletlenül kerülnek össze a betegen. Kell hogy okozati összefüggésben legyenek egymással. Az operált betegek sorsából is nyilvánvaló, hogy a hyperthyreosis adja a praedispositiót a sérülés után bekövetkező keloidképződésre.

Ugyancsak ez a praedispositio volt megállapítható a furunculus után beállott keloidra vonatkozólag.

A praedispositiót adó hyperthyreosis csak egyik feltétele az új képződés létrejöttének. A másik: a megfelelő intenzitású és tartamú, talán localisatiójú, helyi izgalom.

Ezen második feltételt kisérletileg is létesíthetjük. A harmadik csoportban oly kisérletekről kívánok beszámolni, melyeket a mi felfogásunk szerint praedisponált egyéneken ejtettünk meg keloid előidézése czéljából.

III. csoport:

Experimentalis keloidok.

47. A. M.-né, 53 éves, czukorkereskedő neje. Erősen soványodik körülbelül egy év óta. Gyakori szívdobogása van. Az éjszakái nyugtalanok. Hirtelen kipirulás és izzadásra való hajlamosság. Igen heves viszketés a genitalis tájon, mely különösen éjszakai rohamokban jelentkezik.

Jelen állapot 1914 október 31.-én: A szemrés tátong, a szemek erősen fényesek, lefelé mozgáskor a sclera $1^1/_2$ mm.-es csíkja szabad. A pajzsmirigy mindkét lebenye közepesen megnagyobbodott, felette pulsatio és surranás. Szívcsúcslökés a bimbóvonalon kívül, absolut szívtompulat a szegycsont közepéig, relativ 2 ujjnyira a jobb szegyszélen túl terjed. Szívhangok: systolés fúvózörej a csúcson, az aorta II. hangja ékelt. Finom tremor karkinyújtáskor. Pruritus regionis genitalis et capillitii.

November 2. *Sternum felett étetés 1 perczig acidum nitricum concentratum purummal.*

November 5. Lapos, vörös, pörkös heg, környéke lobos tünet nélkül.

November 18. Az étetés helye fényes, piros, síma, kissé elődomborodó. Környéke normalis.

November 25. Az étetés helye fényes, halványpiros, kissé egyenlőtlen, nem domborodik elő.

Deczember 14. Az étetés helyén alig látható halvány piros folt. *Ujólag étetés erősen füstölgő légenysavval,* az első hely alatt 3 cm. hosszú, $^1/_2$ cm. széles sávon.

Deczember 19. Sárgás hólyag, középen bemélyedt, erős lobgát.

Deczember 25. Az első étetés helyén értágulatos piros folt. A második étetés helyén barnás-feketés, tapadós, bemélyedt pörk, erős lobgát. Therapia: Pil. asiat.

1915 január 2. Az étetés helye mint egy hét előtt.

Január 10. A lobgát laposabb, a pörk leválóban.

Január 23. Lapos barnás-vörös, élesen körülirt infiltrált folt, melyen finom ránczokba szedhető az epidermis.

Január 29. Jelentősen elődomborodó, barnás-vörös fényes keloid.

Február 5. Az állapot változatlan.

Márczius 5. Keloid hossza 3 cm., legnagyobb szélessége 1 cm. Barnás-vörös alapon középütt előálló, huzalos háromszöget alkot.

Márczius 11. Jobban elődomborodik, középütt fényes, fehér, környezete vörös.

Április 9. A keloid rózsásabb vörös, az udvara széles, a közepe jól előredomborodik. Viszketés erős, karokban húzó fájdalmak, alvás nyugtalan, vértólulás gyakori.

Április 30. A keloid változatlan.

Június 24. A keloid közepe domború, terjedelme jóval nagyobb. Legszélső részein csipkés terjedő rajzolat mutatkozik.

Összefoglalás: Basedow-kóros tüneteket mutató asszonyon az első igen felületes étetés helye 12 nap alatt nyom nélkül gyógyul. A második, kissé intenzivebb étetés helyén az eredeti sérülési helynél hosszabb és szélesebb, rózsás színű, elődomborodó, huzalos felületű keloid ül a kisérlet megejtése után hat hóval.

48. A. A.-né, 30 éves, czipész neje. 4 gyermeke él. 1 abortus. Könnyen ijed meg, szívdobogása hamar támad, különösen ha fekszik. Melegben nem érzi jól magát; a bőre igen érzékeny, sokszor viszket.

Jelen állapot 1915 márczius 7.-én: Mérsékelt protrusio, pislantás ritka, Graefe- és Moebius-tünet, mérsékelt struma kétoldalt. Szívtáji lüktetés; a szívhangok tiszták, pulsus 168. Tremor csekély. A törzs felső részén sok vakarási nyom, bal álszögletben gyermekkorból származó hegek, körülbelül ötkoronányi terjedelműek, melyek középütt és széltül erősen keloidosak. Hasonló a sternocleidomastoideus belső szélén, de nem keloidos, hanem behúzódásos. A hason számos stria graviditatis, a melyek vékony ránczba szedhetők, nem keloidosak.

Az orrcsontok vastagodottak, a száj körül atrophiás foltok. A kemény szájpadon, továbbá az utolsó molaris mögött mindkétoldalt részben sugaras hegesedések. Uvula elő- és balfelé görbült, felülete részben heges, a mandulák hegesek, kisebbedettek. A fogakon nincsen jellegzetes eltérés.

1915 márczius 8. *A gerincz mellett, a bal lapoczka felett 8 cm. átmérőjű kerek folton fagyasztás szénsavhóval 8 másodperczig enyhe nyomással.*

Márczius 9. A fagyasztás helyén 3 cm. hosszú, 22 mm. széles halványvörös exsudativ, egészen lapos hólyag, mely alig emelkedik ki.

Márczius 11. Csekély, éles határú, barnás-vörös folt.

Márczius 19. Status idem.

Márczius 26. Lapos, halványvörös folt, barnás keskeny szegélylyel.

Subjectiv panaszok: fájdalmas érzések fejben, nyakban, gyomorban. Szívdobogás, belső remegés.

Április 30. A fagyasztás helyén barnás szegélyű, halványvörös, síma folt; elődomborodás, beszüremkedés nincs. Pulsus 100, tremor alig kifejezett. Graefe positiv. Insufficientia convergentiae.

Május 31. Igen gyakori fejfájás. Menstruatiós vérzés 1—1 heti időközben háromszor jelentkezik.

A fagyasztás helyén éles határú, barnás folt, mely egészen síma. Pulsus 116, Graefe jól kifejezett.

Június 28. Ugyanaz a lelet a fagyasztás helyén.

Összefoglalás: Basedow-kóros asszony, ki congenitalis lues tüneteit mutatja és a kin gyermekkorból való, részben keloidos hegek láthatók. Szénsavhóval való 8 másodperczig tartott fagyasztás nem eredményez keloidképződést.

49. B. M., 32 éves lakatos. Induratio laminae int. praeputii miatt kezelésünkben állott és 20 injectiót à 0·02 $HgCl_2$-t kapott. Két héten át 2 üveg jodnatriumot szedett (10:200).

Nejét ugyancsak 20 sublimat-injectióval kezeltük.

Jelen állapot 1914 deczember 11.-én: Közepes fokú exophthalmus, tátongó szemrés, a pislantás ritka, Graefe positiv. A pajzsmirigy mérsékelten megnagyobbodott, pulsatio jól érezhető, szívcsúcslökés az V.—VI. borda között a bimbóvonalban; a szívhatárok jobbfelé rendesek. A szívcsúcs felett a II. hang ékelt, a csúcson és az aorta felett fúvó zörej. Pulsus 104, az ujjakon tremor.

A köztakaró síma, kissé viaszszerű, a törzs felső részén számos tágult vena, a védőoltási helyek kissé keloidszerűek, az utolsó oltás 16 éves korban történt. A törzsön és a végtagokon 1—1 fehéres, borsónyi vagy valamivel nagyobb, kissé kiemelkedő heg. *A jobb felsőkar középső harmadában 2 cm. hosszú, $^1/_2$ cm. széles csikon étetés acid. nitric. fumans-szal.*

1914 deczember 16. Az étetés helyén petyhüdt falú hólyag, mely középütt sárga, tapadó csíkot visel, és a mely körül keskeny, élénkvörös udvar látható.

1914 deczember 22. Sárga, vékony pörkké változott a hólyag.

1915 január 7. Az étetés helyén tapadós, sárgás-barna pörk, keskeny, barnás lobgáttal. A tremor jól kifejezett. Lefekvéskor szívdobogás. Eddig 50 gramm jodnatriumot fogyasztott.

Február 1. Az étetés helyén piros folt, alatta körülirt beszüremkedés, felülete erodált.

Február 18. Az étetés helyén középen értágulatos, vörös, széltül barnássárga, reczés felületű, laposan elődomborodó plaque, a mely éles határú beszüremkedés gyanánt ül a bőrben.

Márczius 11. Az étetés helyén 20 mm. hosszú, 7 mm. széles, barnás udvartól környezett, barnás-vörös, kissé elődomborodó csík, melynek felületén vékony ránczokba szedhető a bőr, alatta mérsékelten tömött infiltratio.

A penisen papulosus kiütés. Kenőkúra 3·0 gr. ungu. hydr. cin.-mal.

Április 9. Eddig 20 kenés. A penisen a papulák eltűntek. Az étetés helyén 20 mm. hosszú, 8 mm. széles, laposan elődomborodó, barnás-vörös, ovalis folt, mely kissé fényes, huzalos felületű, ránczos tapintatú, gyengén elődomborodó. Érzés benne nincsen.

Május 1. Az étetés helyén 20 mm. hosszú, 9 mm. széles, barnás-vörös, hosszúkás, éles határú folt, mely középütt 5 mm. széles, 20 mm. hosszú sávban elődomborodó. E sávon számos értágulat van, felülete huzalos, ránczba szedhető, tapintatra beszüremkedett, tömött.

Összefoglalás: 31 éves, antilueses kura alatt álló férfiú, ki erős hyperthyreosis tüneteit mutatja. A jobb felsőkarján acid. nitricum fumans-szal vékony csíkon étetést szenved. Öt hóval ezután az étetés helyén jól elődomborodó keloid ül.

50. Özv. B. B.-né, 61 éves, varrónő. 13 év óta vértolulásban és kipirulási rohamokban szenved, melyek naponta többször jelentkeznek. Rheumaszerű fájdalmai gyakran vannak. Néhány hét óta az arcza állandóan piros. Fejfájása gyakran van, éjszaka is felkölti. Szívdobogást a legcsekélyebb izommunka is előidéz. Munkaképessége és izomereje nagyon csökkent. Néhány hét óta ujjai időről-időre elkékülnek, kissé feszessé és hideggé válnak.

Jelen állapot 1914 okt. 12.-én. Alacsony termetű, közepesen táplált nőbeteg. Csontrendszer: csekély kyphoscoliosis. A szemeken eltérés nincs. A pajzsmirigy mindkét lebenye mérsékelten megnagyobbodott, felette pulsatio látható és tapintható. Szívcsúcslökés az V.—VI. bordaközben a bimbóvonalon kívül. A szívtompulat jobb- és balfelé megnagyobbodott. A szívhangok és nagyerek hangjai tiszták. Pulsus 72—78. A kinyujtott kézujjakon remegés alig van. Az arcz két oldala, a homlok és az áll kékes-vöröses. Az arcz két oldalán és az orron számos értágulat. Az elmosódott határú pirosság területén a bőr fényes, kissé viaszkszerűen sima, az állon a környék fölé kevéssé elődomborodó. Mindkét térdtájon, az elülső és az oldalsó felületen, kékes-vörös, fényes, viaszkos a köztakaró. Diffuse ilyen a lábszárak elülső felületén, lefelé a lábhátra terjedőn. A bal térdtájon a bőr finom atrophiás ránczokba emelhető, itt-ott már kissé besüppedt. A kézujjak és a kézhát bőre erősen cyanosisos, fényes, itt-ott feszes. Ez az elváltozás az alsókarok középső harmadáig felterjed. A lábujjak kékes-fehérek, hidegek, sima tapintatúak.

Az oltási helyek, úgy a gyermekkoriak, mint a későbbiek, jól kifejezettek.

A jobb mellen tenyérnyi, részben behúzódott, részben finom, köteges huzalokat mutató felületes heg, mely gyermekkori leforrázásból származik.

1914 november 12. *A sternum teste felett a harmadik borda magasságában 8 perczig szénsavhóval való fagyasztás enyhe nyomással 5 cm. átmérőjű körben.*

1914 november 13. A fagyasztás helyén pontosan köralakú, nagyobb részben lefoszlott falú hólyag, melynek alapja éles határú, finom átlátszó lepedékkel fedett, keskeny, kékes-vörös lobos udvartól környezett. A hólyagos bőr átmérője 23 mm.

November 16. A pörk közepén behúzódott, barnás, kemény. Széle kissé kiemelkedő, sima, fényes.

November 24. Vastag zöldes pörk, körülötte 3—4 mm.-nyi lobos udvar. Therapia: zinkkenőcs.

November 25. Az eredeti nagyságú területen a vaskos pörk leválasztása után behámosodott, halványvörös, sűrű, finom értágulatoktól áthúzódott fényes felületet látunk, a mely középen és jobb szélén dudorosan kiemelkedő. Tapintáskor a dudoros kiemelkedések tömöttebbnek mutatkoznak.

November 28. A dudoros kiemelkedések lelapultak.

Deczember 17. *Uj étetés a mellen és a bal felsőkaron felületes érintés formájában ac. nitric. conc. purummal.*

Deczember 25. Vaskos pörkök lobgáttal.

1915 január 9. A pörkök még tapadnak, vaskos lobgát környezi őket.

Január 29. A fagyasztás helyén a behúzódott vékony heg alsó széle kissé kiemelkedik és huzalos szerkezetet mutat. Az étetés helye a mellen körömnyi vörös, kerek keloiddá lett, alatta gombostűfejnyi hasonló. A karon 15×11 mm.-nyi, jól előmborodó, barnás-vörös, tömött, fényes keloid, melynek közepe még kissé erodált.

Február 13. A karon és a mellen is sötét barnavörös, fényes, éles határú, jelentékenyen előmborodó a keloid. A mellen egy kisebb van. A nagyobb alatt lecsöppent ac. nitricum nyoma. A fagyasztás helyének alsó-belső széle huzalos, kiemelkedő. A légenysavas étetés helyén keletkezett keloidok spontan fájdalmasak, szúrás érzése van bennök időnként.

Összefoglalás: Hyperthyreosisos 61 éves nőbeteg bőre már sclerodermiás elváltozásokat mutat. Fagyasztás szénsavhóval a fagyasztott területek szélén keloidos kiemelkedéseket ad. Légenysavval való étetések spontan fájdalmas, jól kifejezett keloidokat eredményeznek körülbelül egy hónap leforgása alatt.

(Folytatása következik.)

A csonkított, béna és beteg katonák ügye.

A ministerelnök az utóbbi napokban két rendeletet bocsátott ki, a melyeket — a tisztán administrativ és az orvosi köröket nem érdeklő részek elhagyásával — a következőkben adunk.

Az egyik a háború folyamán megsérült katonai személyek orvosi utókezelése, mesterséges testrészekkel való ellátása és gyakorlati oktatása ügyében egyelőre a következőket rendeli:

1. §. A fegyveres erőhöz tartozó személyek, ideértve a hadiszolgáltatásról szóló 1912: LXVIII. t.-cz. alapján személyes szolgálatra bevont egyéneket is, ha a jelenlegi háború tartama alatt csonkulás, bénulás, izületi merevség vagy valamely sérülés más utóhatása következtében keresetképességükben szenvedtek s ha remény van arra, hogy ezek a személyek megfelelő orvosi utókezelés vagy gyakorlati oktatás által polgári keresetképességüket egészben vagy részben visszanyerhetik, intézetekben orvosi utókezelés (chirurgikus vagy orthopaedikus kezelés, gyógyfürdők használata, gyógy- és üdülőhelyeken való elhelyezés és kezelés) alá kerülnek és gyakorlati oktatás által korábbi foglalkozásuk folytatására vagy más foglalkozás üzésére képessé tétetnek.

Hogy ezek a rendelkezések mennyiben nyernek alkalmazást azokra a személyekre, kiknek egészsége hadi fáradalmak következtében más módon szenvedett és más olyan egyénekre, a kik a fegyveres erő kötelékében szolgálatot teljesítettek, külön rendelet fogja szabályozni.

2. §. Az intézeti orvosi utókezelés és gyakorlati oktatás történhetik elsősorban a m. kir. Rokkantügyi Hivatal által állított állami intézetekben, továbbá a katonai igazgatás és a Magyar Vöröskereszt Egyesület intézeteiben, valamint olyan intézetekben, melyeknek ilyen czélra való felhasználását a m. kir. ministerelnök a m. kir. belügy- és honvédelmi ministerrel, valamint a cs. és kir. hadügyministerrel egyetértőleg megengedi.

A m. kir. Rokkantügyi Hivatal és az ezen hivatal fennhatósága alatt álló utókezelő gyógyintézetek, mesterséges testrészeket előállító műhelyek, rokkant iskolák és egyéb intézmények szervezetét külön rendelet állapítja meg.

Horvát-Szlavonországokban az orvosi utókezelés és gyakorlati oktatás a „Horvát-Szlavon hadirokkantak gyógykezelésére és oktatására alakított országos Bizottság“ (Zemaljski odbor za liječenje i naobrazbu hrvatsko-slavonskih ratnih invalida) által felállított intézetekben, továbbá az ottani és Vörökereszt egyleti intézetekben történik.

3. §. Azok a betegek, kiknek mesterséges testrészekre vagy más orthopaediás segédeszközökre szükségük van, az orvosi utókezelés, illetőleg oktatás keretében ezeket ingyen megkapják.

A mesterséges testrészek és egyéb orthopaediás segédeszközök beszerzését és az azokkal való ellátást külön rendelet fogja szabályozni.

4. §. A legénységi állományhoz tartozó személyeket, kik az intézettől (2. §) szükségesnek talált orvosi utókezelésnek, mesterséges testrész alkalmazásának vagy gyakorlati oktatásnak magukat nem vetik alá, felülbírálati bizottság elé kell állítani.

Azoktól, a kik a felülbírálati bizottság által szükségesnek talált orvosi utókezelésnek, mesterséges testrész alkalmazásának vagy gyakorlati oktatásnak magukat nem vetik alá, vagy annak sikerét szándékosan késleltetik vagy meghiusítják, a rokkantsági ellátásra való igényük egészben vagy részben, avagy az igény a rokkantházak ellátási állományába való felvételre megvonható, ha nincs legalább 10 évi beszámítható tényleges katonai szolgálati idejük.

5. §. A 4. §-ban említett felülbírálati bizottságok Budapesten, Pozsonyban és Kolozsvárott állíttatnak fel. Elnökét és tagjait orvosok és gazdasági (mezőgazdasági, ipari, kereskedelmi) szakemberek sorából a m. kir. ministerelnök nevezi ki az érdekelt szakminister meghallgatásával. A felülbírálati bizottság hármas szaktanácsokban jár el, mely tanácsokat a bizottsági elnök alakítja meg. Ha a bizottság gyakorlati oktatás kérdésében határoz, a szaktanács egyik tagjának gazdasági szakembernek kell lennie.

Horvát-Szlavonországokban hasonló bizottság Zagrebben állíttatik fel, melynek felállítása iránt a m. kir. ministerelnök a honvédelmi ministerrel és a bánnal egyetértőleg intézkedik.

6. §. A közös hadsereg (haditengerészet) költségén történő orvosi utókezelés és gyakorlati oktatás tartama egy esztendőt nem haladhat meg. Ezen időn belül az egyesek kezelésének és oktatásának tartamát a betegségek és foglalkozási ágak szerint esetről-esetre kell megállapítani.

Intézeti kezelésre vagy gyakorlati oktatásra való felvétel a leszerelés befejeztével megszűnik, a hadifoglyok kivételével, kikre nézve külön rendelkezés történik.

Ha az orvosi utókezelés vagy gyakorlati oktatás nem a katonai igazgatás intézetében történik, akkor a közös költségekből megtérítendő ápolási díj fejenkint napi 3 korona.

Az első bekezdésben említett időpontig a mesterséges testrészek és egyéb orthopaediás segédeszközök beszerzésének a köz- vagy a magánjótékonyság által nem fedezett költségeit is a közös hadsereg (haditengerészet) költségvetése viseli. Hogy a közös költségek terhére mely mesterséges testrészek és más orthopaediás segédeszközök szerezhetők be s azok egyes nemeiért mennyi fizethető, külön rendelet szabályozza.

* * *

A második rendelet a *rokkant katonákat gondozó szervezetről* szól.

1. §. A m. kir. Rokkantügyi Hivatal.

A csonkított, béna és belbeteg katonák ügyének egységes irányítása, szervezése és igazgatása czéljából a m. kir. Rokkantügyi Hivatal állíttatik fel.

A „Hivatal“ megjelölés e rendeletben a m. kir. Rokkantügyi Hivatalt jelenti.

2. §. A Hivatal szervezete.

A Hivatal a m. kir. miniszterelnökség fennhatósága alatt áll.

Elnöke a m. kir. miniszterelnök, ki egyszersmind az alelnököt is megbízza.

A Hivatal személyzete áll:

1. a miniszterek által kirendeltekből,
2. A katonai hatóságok által kivezényeltekből,
3. A Hivatal által alkalmazottakból.

Az 1. és 2. pont alatt említettek kirendelése, illetőleg kivezénylése a Hivatal megkeresése alapján történik.

3. §. A Hivatal hatásköre.

A Hivatal hatáskörébe tartozik:

1. a csonkított, béna és belbetegségben szenvedő katonákat orvosi utókezelésben és gyakorlati oktatásban részesítő intézetek, mesterséges testrészeket előállító műhelyek, valamint mezőgazdasági és ipari kereseti telepek és műhelyek állítása, fentartása és igazgatása;

2. a csonkított, béna és belbeteg katonák részére egyesek és jogi személyek által állítandó intézetek kezdeményezése, irányítása, támogatása és felügyelete;

3. a csonkított és béna katonák intézetei, telepei és műhelyei beruházási, felszerelési és fentartási alapjának, a mesterséges testrészek beszerzésére szolgáló alapnak és a mozgósítási hitel terhére adott esetleges más alapnak kezelése;

4. csonkított, béna és belbeteg katonák érdekében gyüjtések kezdeményezése és ellenőrzése;

5. a csonkított, béna és belbeteg katonák nyilvántartása, személyi és vagyoni viszonyaikról hivatalos adatok beszerzése és bizonyítványok kiállítása, az orvosi utókezelést, mesterséges testrész alkalmazását és gyakorlati oktatást igénylő katonák kiszemeltetése, gyüjtő és szétosztó központokba, a fenti intézetekbe, telepekre és műhelyekbe a cs. és kir. katonai parancsnokságokkal egyetértőleg való beutalása, szabadságolások és elbocsátások iránt a katonai hatóságoknak való javaslattétel;

6. a rokkantak munkájának közvetítése;

7. az elhelyezett rokkantak társadalmi gyámolításának (patronage) szervezése és irányítása;

8. jogügyletek kötése, a fennhatósága alatt álló intézetek számára utasítások kibocsátása, a rokkant iskolák részére tantervek kiadása és nyilvánossági, illetőleg képesítő jog kieszközlése;

9. saját költségelőirányzatának megtervezése, zárszámadásának elkészítése, a fennhatósága alá tartozó intézetek költségvetésének jóváhagyása és zárszámadásának megvizsgálása, valamint az utalványozási jog gyakorlása;

10. a csonkított, béna és belbeteg katonák egyéb olyan ügyei, melyeket a m. kir. miniszterelnökség a Hivatal hatáskörébe utal.

4. §. Rokkantügyi Szakfelügyelők.

Az orvosi utókezelést nyujtó intézetek és mesterséges testrészeket gyártó műhelyek felett az orvosi felügyeletet, a gyakorlati oktatást nyujtó intézetek felett az oktatási felügyeletet, a mezőgazdasági és ipari kereseti telepek és műhelyek felett pedig a gazdasági felügyeletet a szakfelügyelők gyakorolják, kiket a Hivatal bíz meg.

5. §. A Rokkantügyi Tanács.

A csonkított, béna és belbeteg katonák ügyében a társadalmi és gazdasági körökkel való állandó érintkezés és együttműködés biztosítása céljából legalább 18 és legfeljebb 36 tagú tanács alakíttatik, melynek elnöke a m. kir. miniszterelnök és melynek tagjait ugyanő hívja meg.

6. §. Az intézetek beosztása.

A csonkított és béna katonák intézetei a következők:

1. utókezelő gyógyintézetek;
2. mesterséges testrészeket előállító műhelyek;
3. rokkantak iskolái.

A hol a gyógyítottak és oktatottak csekélyebb száma, az elhelyezési viszonyok vagy más ok czélszerűvé teszi, ott a felsorolt intézetek szervezetileg egyesíthetők vagy legalább egymással szorosabb vagy lazább összeköttetésbe hozhatók. Az összevonás módját és mértékét a Hivatal esetről-esetre állapítja meg. Összevonás esetén igazgatótanács alakítható, melynek elnökét a m. kir. miniszterelnök nevezi ki, tagjait pedig az egyes intézetek személyzetéből, valamint a szakkörökből és a társadalomból a Hivatal hívja meg. Az igazgatótanács hatáskörét és ügyrendjét a Hivatal szabályozza, mely az igazgatótanácsra a 3. §-ban felsorolt ügykörnek egy részét is átruházhatja.

7. §. Az intézetek czélja.

Az utókezelő gyógyintézeteknek az a czélja, hogy azoknak a hadisérülteknek egészségét, kik a rendes kórházi kezelés után bénák maradtak, javító műtétekkel, orthopaediával, massage-zsal, mozgatással, villamozással, meleggel és fürdőkkel, továbbá odontoorthopaediás kezeléssel helyreállítsák és őket újból keresetképessé tegyék. A mesterséges testrészeket előállító műhelyek azokat, kik a háborúban szenvedett sebesülés következtében vagy hadiszolgálatban más módon valamelyik testrészüket elvesztették, mesterséges testrészszel látják el. A rokkant-iskolák a sérült katonákat csonkulásukra, illetőleg bénulásukra való tekintettel korábbi foglalkozásukra újból begyakorolják, a mennyiben pedig ez lehető nem lenne, új foglalkozásra tanítják.

8. §. Az intézetek főhatósága és felügyelete.

Az intézetek a Hivatal fennhatósága és igazgatása alatt állanak. Felügyeletüket szakszempontból szakfelügyelők, katonai szempontból pedig a cs. és kir. katonai parancsnokságok végzik, kik az intézeteket bármikor megvizsgálhatják. A cs. és kir. katonai parancsnokság a Hivatallal egyetértőleg biztosítja, hogy a meggyógyultak csapattestükhöz haladéktalanul bevonuljanak, azok pedig, kiknek kezelése, illetőleg tanítása befejezést nyert és a kik mesterséges testrészszel elláttattak, nyomban katonai felülvizsgálati bizottság elé állíttassanak.

9. §. Az intézetek személyzete.

Az intézetek személyzete:

1. orvosi személyzet;
2. a mesterséges testészeket előállító műhelyek személyzete;
3. a rokkant-iskolák személyzete;
4. gazdasági és számvevő segédszemélyzet;
5. felügyelő parancsnok;
6. felügyelő személyzet;
7. őrszemélyzet.

Az 1—4. pont alatt felsorolt személyzet a Hivatal kezdeményezésére odavezényelt katonai személyekből, a más állami hatóságok, hivatalok és intézetek által rendelkezésre bocsátott, valamint a Hivatal által alkalmazott polgári személyekből áll.

Az 5—7. alatt említett katonai személyek jogait s ügykörét a 29.600/1915. sz. a. kiadott cs. és kir. hadügyministeri utasítás szabályozza.

Az alább részletesen felsorolt ügykörök a szükséghez képest összevonhatók s több ügykör egy személyre bízható. (6. §. utolsó bekezdése.)

10. §. Az utókezelő gyógyintézetek orvosi személyzete.

Az orvosok:

1. az igazgatók;
2. osztályvezető főorvosok;
3. másodorvosok.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Künsberg: Einarm-Fibel. Karlsruhe, G. Braun, 1915.

A rokkantság megelőzésének, valamint absolut és relativ gyógyításának óriás irodalma ismét értékes munkával gazdagodott. Abból az elvből kiindulva, hogy „Ein rechter Schütze hilft sich selbst" építi fel szellemes fejtegetéseit, s ehhez második, felette megszívlelendő mottó gyanánt fűzi ezt: „Wer etwas Rechtes schaffen will, muss auf das beste Werkzeug achten." 64 jól sikerült képben mutatja be az egykarú ember mindennapi egyéni, társadalmi és hivatásos életének mozzanatait. Végezetül néhány érdekes egykarútól származó czikkel kedveskedik, melyek közül kiemelem *Götz von Berlichingen* és *Zichy Géza gróf* elmélkedéseit. (Örömmel állapíthatjuk meg, hogy hatalmas szövetségesünk munkájával párhuzamosan mi sem maradunk el: *Klebelsberg Kunó gróf* államtitkár, mint az országos rokkanthivatal vezetője, oly tágkeretű és magas színvonalú szociális programmal, *Dollinger Gyula* vezértörzsorvos és hűséges segítő társai, *Dollinger Béla dr.*, valamint *Karlovicz* és *Ráth* mérnökök a közelmultban oly kitünő és teljesen önálló conceptiójú művégtagokkal léptek a nagy nyilvánosság elé, hogy ez irányban is nyugodtan nézhetünk a jövő elé.) *Deutsch Ernő.*

Új könyvek.

H. Krause: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Hirnsyphilis und zur Klinik der Geistesstörungen bei syphilitischen Hirnerkrankungen. Jena, G. Fischer. 24 m. — *H. Spitzy* und *A. Hartwich*: Orthopädische Behandlung Kriegsverwundeter. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. 8.40 kor. — *D. Wagner:* Wundheilung mit ätherischen Ölen. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. 3 kor. — *Hackenbruch* und *Berger:* Vademekum für die Verwendung der Röntgenstrahlen und des Distraktionsklammerverfahrens in und nach dem Kriege. Leipzig, O. Nemnich. 6 m. — *Dessauer* und *Wiesner*: Kompendium der Röntgenaufnahme und Röntgendurchleuchtung. 2. Auflage. Leipzig, O. Nemnich. 34 m. — *W. H. Dreuw*: Haut- und Geschlechtskrankheiten im Kriege und im Frieden. Berlin, H. Kornfeld. 4 m. — *Reh* und *Henck*: Tafeln zum Unterricht der Mannschaften bezüglich des Geschlechtsverkehrs. München, J. F. Lehmann. 1 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az izzadás mérséklésére *Link* a konyhasót ajánlja. A szerző erős éjjeli izzadásban szenvedő tüdővészes betegeknek konyhasót adott, hogy ily módon pótolja a szervezetnek az erős izzadás okozta konyhasóveszteségét. E közben azt az érdekes tapasztalatot tette, hogy az illetőknek éjjeli izzadása tetemesen csökkent, sőt sok esetben meg is szűnt. Azóta a vezetése alatt álló kórháznak több mint 100 izzadó tüdővészes betegén használta a konyhasót jó eredménynyel. Lecsapott kávéskanálnyi sót vétet be fél pohár hideg vízben feloldva este az alvás előtt. Felbátorítva ezen eredmény által, kisérletet tett a szerző egészségeseken is, vajjon nem lehetne-e konyhasó adásával a fárasztó munka avagy nagy meleg okozta izzadást csökkenteni. Eredményei e téren is biztatók voltak. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 36. szám.)

Kiütéses typhusban az exanthema *Dietsch* szerint mesterséges pangás alkalmazása után bizonyos változásokon megy át, a melyek következtében egyfelől sokkal jobban feltünővé válik (a foltok száma is szaporodik az előbb nem látszott foltoknak láthatóvá válása folytán), másfelől más eredetű kiütéstől is könnyebben megkülönböztethető. A mint ismeretes, a kiütéses typhus lezajlása után az exanthema helyén barnás foltok maradnak vissza egy időre, a melyek más eredetű pigmentfoltoktól nehezen különböztethetők meg, ellenben mesterséges pangás alkalmazása után kékes színt öltenek, így tehát a gyógyult kiütéses typhus felismerésére is felhasználható ez az egyszerű eljárás. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 36. szám.)

Sebészet.

A Knoll-féle sarjasztó ásványolaj hatásáról szerzett tapasztalatait ismerteti *Kolb*. Ha az olajból a roncsolt felszínű friss sebek felületére pár cseppet öntünk, a kötésváltások alkalmával pár nap mulva látjuk, hogy a beolajozott helyen a sarjadzás erőteljesebb, tömöttebb mint máshol. A tasakok és a nagyobb anyaghiányok gyorsan kitelődnek s a seb behámosodása kifogástalanul megy végbe. E kedvező hatás nemcsak friss, hanem erősen genyes vagy lepedékes sebeken is létrejön. A genyképződes pár nap mulva csökken és csakhamar megkezdődik a sarjképződés. Az olaj ezenkívül a kötszernek a sebhez való hozzáragadását is megakadályozza a nélkül, hogy annak nedvszívóképességét csökkentené.

A készítmény a sebészi gyakorlatban főleg a genyes sipoly-járatok gyógykezelésében bír nagy fontossággal. A kezelésre azonban csak oly sipolyok alkalmasak, a melyek nem idegen test, sequester vagy ehhez hasonló ok folytán keletkeztek. Nagyobb empyemás és osteomyelitises üregek, továbbá gránát okozta csontüregek szintén alkalmasak a kezelésre. A szerző a Knoll-féle olajat igen ajánlja minden oly esetben, a hol gyors és erőteljes sarjszövetképződést akarunk elérni. (Württ. mediz. Corr.-Blatt, 1915, VIII.) *M.*

Gyermekorvostan.

A tuberculin-kezelésről a gyermekkorban ír *Koch* Pirquet tanár klinikájáról. A tuberculin-kezelés történetének és az eddig elért eredményeknek összefoglalása után áttér saját módszerének ismertetésére. A szerző a tuberculint nagyobb folyadékmennyiségben (20—10 cm^3-ben) fecskendezi be, változtatja folyton a befecskendezés helyét és *Pirquet* szerint geometriai arányban növeli az adagot. A nagyobb folyadékmennyiség megkönnyíti a felszívódást és lehetővé teszi, hogy a tuberculin a szervezetben egyenletesen oszoljék el. Befecskendezési helyül a hátat és a törzs oldalsó részeit választotta. A kezdeti adag 1 μg ($^1/_{1000}$ mg.) régi tuberculin vagy 10 μg fehérjementes tuberculin, a végső adag 1000 μg AT vagy 10.000 μg ATF. Hogy a végső adaghoz juthasson, gyors növelésnél 7, középgyorsnál 13, lassúnál 25 adag volt szükséges. Átlagban a kezelés 9—11 hétig tartott. 19 esetben észlelt lázas reactiót, a láz legtöbbnyire 1—2 napig tartott. A láz leghosszabb tartama 14 nap volt és 3 ízben 1000 μg ATF váltotta ki. A láz magassága változó volt, de akadt 40^0-os hőemelkedés is, bár többnyire csak alacsony hőemelkedések fordultak elő. A helybeli reactiók közül kétszer észlelt gyuladásos elváltozásokat gümős bőrterületeken, két ízben mellhártyalobot látott fejlődni és egy ízben a szörtyzörejek megszaporodását állapíthatta meg beszűrődött tüdőfolyamat felett. Gyuladásos elváltozásokat a fecskendezés helyén 17-szer észlelt, de ezek gyorsan eltűntek.

Az eredményeket illetőleg 7 esetben félbe kellett szakítani a kezelést. Ezek közül 3 súlyosabb esetben magasabb lázak jelentkeztek, kettőben súlyosabb helybeli reactio volt és két esetben a betegséget a kezelés nem befolyásolta. A megmaradt 38 esetben kedvező eredményeket látott. Az általános állapot gyorsan javult. A gyermekek súlyban gyarapodtak, jól néztek ki. A depressiv hangulat gyorsan eltűnt. A lázas hőemelkedések vagy megszűntek, vagy csökkentek és sokkal ritkábban mutatkoztak. A gümős folyamatokat a kezelés kedvezően befolyásolta. A tüdőben részben a gyuladásos folyamatoknak visszafejlődését, a gümőbacillusoknak a köpetből való eltűnését észlelte, részben csak a köhögésnek és a váladéknak megszűnését. Lappangó gümőkór esetében főleg az általános tüneteket (láz, éjjeli izzadás stb.) befolyásolta a kezelés. Négy csontgümőkór-esetben teljes gyógyulás állott be a végtag működésképességének teljes helyreállásával. Két nyirokmirigygümőkóros esetben a sipolyváladék eltűnt és a mirigyek gyorsan megkisebbedtek.

A gyermekek kora 3—9 év között volt. Véleménye szerint a specifikus kezelés a gyermekkorban nagyon sok haszonnal járhat és csak kevés az olyan gümőkóros eset, melyben e kezelés ellenjavalt. Ilyenek a tüdők súlyos

szövetroncsolással járó folyamatai, a parenchymás szervek amyloidosisa, a tuberculinra igen erősen reagáló esetek, a miliaris gümőkór és a gümős agyhártyalob. (Zeitschrift f. Kinderheilk., 1915, XIII. köt., 1. old. *Flesch.*

Venereás betegségek.

„Minő feladatok merülnek fel a háború következtében a nemi betegségek elleni küzdelem terén?" címen közli nézeteit *Blaschko*, a kinek nagy szakavatottsága e téren általánosan elismert. A röpiratszerűen megírt füzetben (Verlag von J. Ambr. Barth, Leipzig, 1915) megtaláljuk mindazokat az irányelveket, melyek segítségével sikerrel kecsegtet a nemi bajok elleni küzdelem a háború alatti és utáni időkben. A *háború idejére* való tennivalókat *Blaschko* a következőkben foglalja össze: A katonákat szóban, írásban, valamint szemléltető módon fel kell világosítanunk a nemi bajok veszedelmeire vonatkozólag. Ide tartozik az is, hogy a katonák megismerjék azokat a módokat, a melyek segítségével a bajok elkerülhetők. Lehetőleg korlátoznunk kell a katonák magánlakásban való tartózkodását, szintúgy az esti kimenőjét. Korlátozni kell továbbá az alkoholfogyasztást s ezzel szemben módot kell nyújtani alkoholmentes italok élvezéséhez. Sokat segíthet az ú. n. „Animierkneipe"-k bezárása és a rendőri záróra megrövidítése. Fontos feladat, hogy a katonáknak a helyőrségeikben és a megszállott területeken otthonok álljanak rendelkezésükre olvasó, író, étkező és szórakoztató helyiségekkel. Kiválóan fontos, hogy a prostitutiót szigorúan kezeljék, a nemi beteg prostituáltak pedig sokáig maradjanak internálva. Égetően szükséges, hogy úgy az anyaországban, mint a megszállott területeken a munkanélküli női lakosság gazdasági és socialis gondozásban részesüljön. A védőszerek (főként condomok) nagy mértékben álljanak a katonák rendelkezésére, és pedig úgy, hogy azok könnyen jussanak hozzájuk. *Blaschko* erre különösen nagy súlyt helyez s egyben azt is követeli, hogy a katonák köteleztessenek a nemi közlekedés utáni óvóeljárások végrehajtására. Nem maradhat el továbbá a legénységnek gyakori egészségügyi revisiója sem. A szabadságra menő katonát meg kell vizsgálni, nemi betegség esetén a szabadságot meg kell tagadni. A nemi bajos katonák hadikórházak nemi bajos osztályára valók, a hol azonfelül e szakmában járatos orvosok gyógyítsanak. Kívánatos lenne az is, hogy helyenkint dermatologusokat, illetőleg syphilidologusokat mint tanácsadókat vonjanak be. A kórházból távozó nemi bajos katonát még később is ismételten kell megvizsgálni. A kuruzslók kezéből ki kell ragadnunk a nemi bajosok kezelését. Azok hirdetéseit szintén be kell tiltani. A *háború utáni* teendők a következők volnának: Megvizsgálandók mindazok a katonák, a kik a háború folyamán nemi baj ellen kezelve voltak, s a kiket fertőzőképes állapotban találunk, azokat gyógyulásukig vissza kell tartani. A többi, annakelőtte kezelt katonát pedig az országos biztosító intézetekbe, illetőleg a betegsegélyző pénztárakhoz kellene utasítani, hogy még további kezelésben, illetőleg ellenőrzésben részesüljenek. A prostitutio ellenőrzésének alapos reformja fölötte szükséges volna. *Guszman.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az amphotropin nem más, mint kámforsavas hexamethylentetramin. Előnye a hexamethylentetraminnal (urotropinnal) szemben, hogy egyrészt a vizeletet erősen savivá teszi, úgy hogy erősen alkális és ammoniákos erjedésben levő vizeletben is elegendő formaldehyd-hatást fejthet ki; másrészt pedig a kámforsavnak is vannak kedvező hatásai: bomlásmérséklés, bakteriumölő, lobcsökkentő és hámregeneráló hatás. *Drucker* igen jó eredménynyel használta az amphotropint a húgyszervek fertőző bajaiban. A húgyutak fertőtlenítése czéljából többnyire elegendőnek bizonyult naponként 3—4 félgrammos tabletta bevétele, $^1/_3$ pohár vízben oldva, az étkezések után. De adható sokkal nagyobb dosisban is (5 grammig pro die) minden káros következmény nélkül. (Die Therapie der Gegenwart, 1915, 7. füzet.)

A diogenal kedvező hatását észlelte *Tuch* a harcztérről visszakerült, álmatlanságban szenvedő, illetve igen nyugtalanul alvó katonákon, a kiknek a morphium és a veronal nem használt, a kiken ellenben a diogenal (dibrompropylveronal) 1 grammos adagban kivétel nélkül hatásosnak bizonyult. Mély, álomképek nélküli alvás után teljesen felfrissülve ébredtek fel az illetők; a kellemetlen fáradságérzés, a mely más altatószerek után csaknem mindig észlelhető a felébredés után, sohasem mutatkozott. Mint sedativum szintén jó hatásúnak bizonyult a diogenal, főleg ideges szívzavar esetén. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 22. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1915, 37. szám. *Preis Károly*: Az ulcus molleról.

Budapesti orvosi ujság, 1915, 37. szám. *Dalmady Zoltán*: A sanatoriumok helyének megválasztása a klimatotherapia szempontjából Magyarországon.

Vegyes hirek.

Személyi hirek a budapesti egyetem orvosi karából. *Kenyeres Balázs* dr. kolozsvári egyetemi tanárt a budapesti egyetemen a törvényszéki orvostan rendes tanárává nevezték ki. — *Hári Pál* dr., budapesti tudományegyetemi orvoskari czímzetes rendkívüli tanár, az élettani intézet adjunctusa, az élet- és kórvegytan ülésjog nélküli nyilvános rendkívüli tanára lett. — A király *Hültl Hümér* dr. és *Winternitz Arnold* dr. budapesti tudományegyetemi magántanároknak az egyetemi nyilvános rendkívüli tanári czímet adományozta. — A vallás- és közoktatásügyi minister *Neuber Ede* dr. egyetemi tanársegédnek „a bőr- és nemi betegségek pathologiája és kórszövettana" czímű tárgykörből és *Frey Ernő* dr.-nak, a székesfővárosi Erzsébet-szegényház kórházi főorvosának „az agybántalmak kórtana és kórboncztana" czímű tárgykörből egyetemi magántanárrá történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és őket ezen minőségükben megerősítette.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület júliusban 1155 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 929 szállítást végzett, 59-szer mint mozgóőrség szerepelt és 16-szor vaklárma és téves jelentés folytán vonult ki. A július havi működés főösszege tehát 2159.

Meghalt. *Tóth László* dr., ezredorvos 30 éves korában augusztus 30.-án a doberdói fennsíkon hősi halált halt.

Személyi hirek külföldről. A berlini egyetemi orthopaediai intézet igazgatójává *H. Gocht* dr. hallei cz. rendk. tanárt nevezték ki rendk. tanári minőségben. — Valóságos rendk. tanárok lettek a következő cz. rendk. tanárok: *W. Scholz* dr. (Grácz, belorvostan), *Fr. Nowotny* (Krakó, oto-rhino-laryngologia), *R. Nitsch* (Krakó, közegészségtan), *G. Bayer* (Innsbruck, általános kórtan).

A cholera állása hazánkban. Magyarország területéről augusztus 30.-ától szeptember 5.-éig 209 betegedést jelentettek 111 halálozással. Az esetek következőképpen oszlanak meg: *Törvényhatósági városok*: Kolozsvár 2, Maros-Vásárhely 1, Miskolcz 1, Nagyvárad 1. *Vármegyék*: Abauj-Torna vármegye: Füzér 1; Alsó-Fehér vármegye: Maroskáptalan 1, Marosszentjakab 3, Fugad 1; Bács-Bodrog vármegye: Kiszács 11, Bácsujfalu 3; Békés vármegye: Kőrösladány 7; Bereg vármegye: Alsóvereczke 1, Bányafalu 1, Tarpa 1, Munkács 19; Besztercze-Naszód vármegye: Óradna 1, Major 6, Naszód 2, Kisrebra 2, Gledény 1; Bihar vármegye: Sárrétudvari 8, Kőrösszegapáti 1; Csanád vármegye: Apátfalva 2; Heves vármegye: Eger 1; Jász-Nagykún-Szolnok vármegye: Jászladány 22; Kisküküllő vármegye: Radnót 2, Marosugra 1; Kolozs vármegye: Válaszút 1, Magyargyerőmonostor 4, Teke 6; Máramaros vármegye: Máramarossziget 1, Faluszlatina 7; Maros-Torda vármegye: Nyárádtó 11, Backamadaras 1, Nyárádszereda 2, Nyárádszentmárton 1, Nyárádandrásfalva 1, Jobbágyfalva 2; Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye: Bajaszentistván 4; Szabolcs vármegye: Nyiregyháza 2, Vencsellő 1, Rakamaz 1, Tiszatordas 1; Szatmár vármegye: Nagysikárló 1, Szamosszeg 12, Miszbánya 2, Szamoslippó 3, Berend 3; Szepes vármegye: Pálmafalva 1; Szolnok-Doboka vármegye: Árpástő 1, Csicsókeresztúr 1, Felsőoroszfalu 2, Nagykaján 7; Tolna vármegye: Szakály 5; Torda-Aranyos vármegye: Maroskecze 1; Trencsén vármegye: Zsolna 1; Ugocsa vármegye: Királyháza 1; Ung vármegye: Ungtölgyes 2, Horlyó 1, Ungcsertész 1, Szerednye 4, Nagykapos 4; Zemplén vármegye: Nagymihály 3, Kisczigányd 1, Végardó 2, Olaszliszka 1. A megbetegedések közül 23 katonákra esik, 1 megbetegedés hadifoglyok között történt, a többi 185 megbetegedés pedig a polgári lakosság körében fordult elő. Utólagosan érkezett jelentések szerint augusztus hó 8.-ától 15.-éig Selmeczbányán 1, augusztus 16.-ától 22.-éig Hunyad vármegyében Tordoson a már jelentett eseten kivül még 1, augusztus 23.-ától 29.-éig Tordoson 1, Maros-Torda vármegyében Sárpatakon 1, Maroskeresztúr 3, Nyárádtőn 4, Nyárádszeredán 1, Nyárádszentmártonban 3, Nyárádszentannán 1, Nyárádandrásfalván 1, Csikfalván 1, Jobbágyfalván 3, Szolnok-Doboka vármegyében Csicsómihályfalván 2 megbetegedés történt.

Mai számunkhoz a *„Chinoin" gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t. (Dr. Kereszty és Dr. Wolf) Ujpest-Budapest* **„Arsotonin", „Cadogel"** és **„Sulfotin"** készítményeinek prospectusa van mellékelve.

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.
Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. *Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis, bénulások, rheumás bajok, arteriosklerosis* stb. ellen.

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Mária-utcza 34.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos **bőrgyógyitó és kosmetikai intézete**
Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete VII., Nyár-utcza 22. szám.

Dr. Apáthy Gyuláné „Gondviselő-Otthon"
(I., Városmajor-utcza 45. Telefon: 88—44) sanatoriumába betegeket felvesz családi ápolásra. Állandó orvosi felügyelet és gyógykezelés.

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

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

PÁLYÁZATOK.

127/1915 eln. sz.

Az igazgatásom alatt álló pozsonyi állami kórház szemészeti osztályán üresedésben levő évi 1600 K fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezéssel javadalmazott **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom ennélfogva az érdekelt orvostudor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 K-s bélyeggel ellátott s szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényeiket hozzám **folyó évi október hó 4.-én délelőtt 11 óráig** annyival is inkább nyujtsák be, mert a később érkezett vagy kellően fel nem szerelt pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

Pozsony, 1915 szeptember 16.

Velits Dezső dr. s. k.,
udv. tan., tud. egy. ny. r. tanár,
igazgató.

6695/1915. szám.

Békés vármegye szarvasi járásához tartozó Békésszentandrás községben nyugdíjazás következtében megüresedvén a **községi orvosi állás**, arra ezennel nyilvános pályázatot hirdetek s felhívom mindazon érdeklődőket, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi október hó 2.-án délutáni 5 óráig** annál inkább benyujtsák, mert később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogok.

Az említett községi orvosi állás javadalmazása évi 1600 korona törzsfizetés, évi 500 korona lakbér és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben biztosított korpótlék, valamint a szabályrendeletileg szedhető beteglátogatási díjak.

A megválasztandó községi orvos köteles az érvényben lévő községi szabályrendelet szerint a községi szegényeket díjtalanul gyógykezelni. Egyéb teendőit pedig a vonatkozatos törvény és szabályrendelet irják elő. A választás életfogytiglan fog megejtetni az elnökletem mellett tartandó képviseleti közgyülésen, melyet később tűzök ki.

Szarvas, 1915. évi szeptember hó 5.-én.

Wieland dr., főszolgabiró.

UNIV. MED. Dr. PÉCSI DANI nyilvános tehénhimlő- :: termelő intézete ::
A magy. kir. állami serum-termelő intézet szétküldő osztálya.
Budapest, II. ker., Margit-körút 45. szám.

Járásorvosi állás

Magyarország legszebb helyén, dúsgazdag vidéken, grófi uradalmi orvosi állással kapcsolatosan, 18.000 korona praxissal sürgősen átadó. Tiszti-orvosi képesítéssel bíró orvos urak érdeklődjenek. Feltételek kedvezőek. Szíves érdeklődések kéretnek küldetni a „Petőfi irodalmi vállalat" címére, Budapest, VII., Kertész-utcza 16. szám „Járási tisztiorvos" alatt.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

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

Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szivesen szolgál:
Dr. EGGER LEÓ és EGGER J.
Gyógyszerészeti és vegyészeti czikkek gyára
BUDAPEST, VI., Révay-utcza 12. szám.

Tabl. Ferri Protoxal.
Dr. Deér
sine et cum arseno
készítmény — megbízható vérképző és tonicum — alkalmazása még a természetes agensek mellett is **szerencsés gondolat.** Klinikusok, **nőorvosok** előszeretettel rendelik. 100 darab tabletta üvegben **2** korona. Kapható a gyógyszertárakban.
4437

A Zoltán-féle csukamájolaj

Ára K 2.— **kapható minden gyógyszertárban.** **Ára K 2.—**

A magyar királyi bakteriologiai intézet vizsgálatai alapján megállapitást nyert, hogy az egyetlen biztosan és gyorsan fertőtelenitő szappanfaj

Brázay „Antiparasit"

pipereszappana, mely még a typhus- és colibacillust és a staphilococcust is már egy percz leforgása alatt megöli.

Kapható mindenütt!

Készíti: **Brázay Kálmán szappangyára.** Budapesti raktár: **VIII., Baross-utcza 43. sz.**

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

59. évfolyam. 39. szám. Budapest, 1915 szeptember 26.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY EGYET. TANÁR ÉS SZÉKELY ÁGOSTON EGYET. TANÁR

FŐSZERKESZTŐ. SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Detre László: A kiütéses typhusról. 517. lap.

Bauer Lajos: Közlemény a székesfővárosi Szent Margit-közkórházból. A csecsemők hiányos gyarapodásának gyakoribb okairól. 520. lap.

Justus Jakab: Megfigyelések és kisérletek a keloid aetiologiáját illetőleg. 523. lap.

Tárcza. A csonkitott, béna és beteg katonák ügye. 526 lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Karl Sudhoff*; J. L. Pagel's Einführung in die Geschichte der Medizin. — *Lapszemle. Belorvostan. Wolfsohn:* Appendicitis és typhus — *Gerhartz:* Vörös fénynyel kezelt súlyos tüdőgümőkór-esetek. — *Matko:* Typhusellenes védőoltások utáni kóros állapotok. — *Sebészet. Fischel:* Törött végtagok rögzitése és nyújtása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Schmidt:* Mekonal. — *Savini:* Epekőbetegség. — *Collischonn:* Thyangol. — *Wirgler:* Dispargen. — *Kaminer:* Csunya hegek és keloidok. — *Jonasz:* Heveny izületcsúz. — *Selfert:* Szénaláz. 527—529. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi ujság. 529. lap.

Vegyes hirek. 529. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A kiütéses typhusról.*

Irta: *Detre László* dr., egyet magántanár, ezrodorvos, fogolytábori járványkórház parancsnoka.

Jelen előadásomban vázlatos képét akarom adni azon tapasztalatoknak és észleleteknek, melyeket mint a . . . fogolytábor járványkórházának parancsnoka az ott kitört kiütéses typhusjárvány alatt szereztem.

A kiütéses typhus kórokozójának morphologiája mind a mai napig ismeretlen; ismeretes azonban az utolsó évek kutatásainak eredményeképp a fertőzés módja, annak mechanismusa és törvényszerűsége. Ismeretes, hogy *Nicolle* a tuniszi Pasteur-intézetben végzett kisérletekkel mutatta ki először, hogy a kiütéses typhusnak terjesztője a ruhatetű. Kisérletei szerint a beteg már 1—2 nappal lázának megjelenése előtt, továbbá lázának egész tartama alatt és reconvalescentiájának első 48 órájában tartalmazza vérében a ragályozó anyagot, a melyet a ruhatetű magába felvesz és átvisz más egyének testébe. *Nicolle*-nek csimpanzokon és alsóbb majomfajokon (macacus) tett tapasztalatai szerint a virusnak a tetű testében bizonyos fejlődési („érési") processuson kell keresztülmennie, a mely folyamat körülbelül 5 napot vesz igénybe; csakis ezen 5 nap elteltével válik a fertőzött vért magába vett tetűnek csípése ragályozóvá. Ez a körülmény valószínűvé teszi, hogy a kiütéses typhus virusa a protozoonok osztályába tartozó élősdi.

As újabb kutatások *Nicolle* észleleteit tökéletesen megerősitették, úgy hogy a tetűtheoria ellen manapság kifogás *nem* emelhető; ám egyes, főleg német kutatók tagadják a tetű által való átvitel kizárólagosságát. Szerintük direct fertőzés is előfordul, a melynek vivője gyanánt talán az orr- és torokváladék szerepel, esetleg — a vörheny és kanyaró analogiájaként — a reconvalescensek lehámló bőrpikkelyei. A leghatározottabban kell állást foglalnom ezen tan ellen; nemcsak azért, mivel könnyen arra vezethet, hogy nem fordítanak kellő gondot kitört járvány esetén a prophylaxisnak arra a kipróbált módjára, a melyet a tetűtheoria előír, a beteg és környezete tetűmentesitésére, de mivel egyetlen egy helytálló, biztos érvvel nem támogatták eddig. Azon közel 300 kiütéses typhusesetre kiterjedő járványnak, a melyet észlelni alkalmam volt, tapasztalatai azt a meggyőződést érlelték meg bennem, hogy *a betegséget kizárólagosan a tetű terjeszti.*

A tetűtheoria világításában a prophylaxis elég egyszerű. Egyes pontjai: *a*) a betegnek környezetéből való izolálása, *b*) a betegnek és ruháinak tetűmentesítése, *c*) a beteg környezetének tetűmentesítése. *A teljesen tetűmentesített beteg tetűmentes környezetére nézve teljesen veszélytelen:* ez az alaptétel vezetett bennünket mindvégig. Az izolálás azért szükséges, hogy megakadályoztassék az inficiált tetveknek elszéledése más emberekre; a beteg tetűmentesítése azért indokolt, hogy az inficiált tetvek, valamint petéik, a melyekből kikelt fiatal tetvek az újabb kutatások szerint szintén fertőzők, elpusztittassanak; a környezet mentesitése pedig azért szükséges, mert csakis ily módon akadályozható meg, hogy a környezetből új tetvek vándoroljanak a betegre, a melyek aztán az ismert 5 napi tartam elteltével maguk fertőzővé válnak másokra nézve. Már *Nicolle* kiemeli, hogy az általa vezetett kórházban, a melyben a betegek hajuktól, szőrzetüktől megfosztva, megfürösztve, tetűmentesen kórházi ruhákban feküdtek, egyetlen egy kórházi fertőzést sem észlelt, míg azon egyének között, a kik a hajnyirást és a desinfectiót végezték, több infectio-eset fordult elő. Éppen ez az észlelet vezette őt kutatásainak irányításában: mert nyilvánvaló volt, hogy a fertőzményt okvetlen valami olyannak kell tovább vinnie, a mi a beteg hajában, ruhájában rejlik, míg a beteg maga nem fertőző. Saját észlelésem teljesen támogatja *Nicolle* felvételét. A vezetésem alatt álló 400 ágyas fertőző kórházban 1—2 ú. n. megfigyelő-barakk állandóan oly lázas betegekkel volt telve, a kiknek kórjelzése csak a néhány nap alatt véghezvitt bakteriologiai, serologiai és klinikai megfigyelések alapján volt felismerhető. Ezen betegeknek csakis egy része bizonyult a megfigyelés nyomán kiütéses typhusnak, a többi recurrens, malaria, influenza, tüdőgyuladás, hastyphus stb. diagnosissal tétetett át — napok után — az ilyen betegek részére fentartott helyiségekbe. Biztos tehát, hogy napokon át egyazon kórteremben feküdtek kiütéses typhusos és egyéb lázas betegek egymás mellett, szomszédos ágyakon. Ha elgondoljuk, hogy az exanthemások éppen abban a kezdeti stadiumban voltak, a melyben az egyes szerzők által inkriminált anginák fölöttébb gyakoriak, feltétlenül kellett volna kórházi fertőzéseknek jelentkezniök, ha a tetű mellett a fertőzés más úton is terjedne. Hiszen ismeretes, micsoda kórházi járványokat okoz pl. egyetlen egy idejekorán fel nem ismert vörhenyes vagy kanyarós beteg. Ám azon 3 hónap

* A hadsebészeti értekezleten 1915 június 17.-én tartott előadás.

alatt, a mely alatt a kórházi praeventiv intézkedéseket magam az emberileg elérhető legnagyobb szigorral végrehajtottam, azon sok száz beteg között, a mely a megfigyelő osztályon végigment, *egyetlen egy* kórházi fertőzést észleltem (egy malariás egyénen, a kin kórházi tartózkodásának 14. napján ütött ki az exanthemás typhus). *A többi a fertőzéstől mentes maradt.* Ez az észlelet, véleményem szerint, döntő erejű: mert nem magyarázható másként, mint a kizárólagos tetűátvitel felvételével.

A fertőzöttség és a tetűk száma között direct arányosság áll fenn. A tetűmentesítésnek a fogolytáborban való általánosulása után több ízben észleltük, hogy a betegség azokban a helyiségekben maradt fenn legtovább, a melyekben — bizonyos okokból — a tetűmentesítés nem sikerült teljesen. A mikor azután ezek a barakkok is újra meg újra szorgosan desinficiáltattak, csakis akkor sikerült a járványnak teljes elnyomása.

A mondottakon kívül egy indirect érv is támogatja a tetűtheoriát. A kiütéses typhus lappangásideje kb. 10—14 nap. Pontosabban nem írható körül, mivel semmi adatunk sem lehet arra nézve, hogy mikor történt a fertőzőképes tetű által való szúrás.

Egyedül *Nicolle*-nál találunk szabatosabb adatokat; szerinte azokban az általa észlelt esetekben, a melyekben meg volt határozható a tetűcsípés ideje, a betegség 10 nap mulva tört ki. Hacsak az egyes fertőzött egyének lappangásidejétől függne a typhusjárvány görbéje, akkor a járványnak hullámhegyei körülbelül 2 heti időközökben követnék egymást; ám feltűnt nekem, hogy a járvány hullámhegyeit 18—20 nap, tehát közel 3 hetes hullámvölgyek választják el egymástól. Érthetővé válik ez a különbség, ha elgondoljuk, miszerint a *járványnak* két incubatiója van; az egyik — körülbelül 5 nap — a tetű testében lefolyó érési processusnak felel meg; a másik az egyéni incubatio 2 hetének. A két számadat összege megközelíti az észlelt 3 hetes időtartamot.

Áttérve az észlelt esetek kórtüneteire és lefolyására, összesen *298* eset került észlelés alá; ezek közül az utolsó 102 esetben pontosabb sero- és bakteriologiai próbákat ejtettem meg, a melyek főleg a differentialis diagnosis megállapítását célozták, úgy hogy e 102 esetről külön számolok be. Az elkülönítő kórjelzés megejtésére a rázóhideggel kezdődő esetekben a vért recurrens és malaria tekintetében, a rázóhideg nélküli esetekben *Widal*-reactio tekintetében és az epecsőpróbával vizsgáltam meg, megjegyezvén, hogy a tábor összes lakosai előzetesen typhus ellen be lévén oltva, az agglutinatio csakis nagyobb higítás (pl.100—120) mellett volt positivnak felvehető. Kiütéses typhusra gyanusnak tekintettem a beteget, ha negativ agglutinatio és epecső-próba mellett a vérben sem recurrens, sem malaria nem volt kimutatható és e mellett a klinikai kép megfelelt a kiütéses typhus képének. A kiütéses typhus az esetek túlnyomó többségében hirtelen kezdődik, rázó hideggel vagy a nélkül; jelleges ez utóbbi esetben is, hogy a láz lépcsőfok nélkül, úgyszólván egyenes vonalban emelkedik a felvételkor észlelt 39—40° magasságig. E mellett igen intenziv fejfájás, czomb-, lábszár- és karfájdalom, hátfájás jelentkezik (recurrens esetében a fájdalom inkább a horpasz-tájon székel — lép- és rekesztünet!) elesettség, étvágytalanság és gyakran zavart sensorium mellett. Elég jellemző tünet a kezdeti kötőhártyagyuladás és fényiszony: a támolygó, hunyorgató, arczában erősen piros beteg már távolról is elárulja a kiütéses typhus kórjelzést. A kezdeti anginát és bronchitist én nem találtam oly gyakorinak, mint mások (talán mivel eseteimet a márczius 13.-ától május közepéig terjedő meleg időben észleltem; lásd alább); a bél részéről is hiányoztak tünetek. A lép az első napokban vagy 2 ujjal magasabban kezdődik, de nem palpabilis. A kisfokú léptumor már az első napokban visszafejlődhet.

Biztossá válik a kórjelzés a jellegzetes kiütés megjelenésével. Legtöbbnyire a mell oldalsó részén láttam megjelenni, a csecsbimbótól kifelé, innen terjed a test oldalára, a felsőkarokra, a vállra, a hasra, a czombok belső felületére. Ha kevés a kiütés, akkor csakis a mell oldalán találja meg az ember a jelleges, kissé ibolyásvöröses vagy rézvörös, gyakran központi vérzés körül elhelyezkedő, részben a bőr szövetében, részben a bőr alatt ülő, elszórtan vagy csoportosan jelentkező foltokat. A kiütés rendesen a láz 4.—5. napján jelentkezik; könnyű esetekben a deferveskálás napján. Az egyes foltok az ujj simítására elhalványulnak ugyan, de egy galambszürke, palakékes vagy halványibolyás folt mindig visszamarad, jeléül annak, hogy a pirosság nem hyperaemiás természetű, hanem abban capillaris thrombosis, illetve — később — kilépett és elszínesedő haemoglobin is szerepel. Az egyes foltok némely esetben 2 hétig is megmaradnak, palaszürke vagy kékes elmosódott alakjukban; a foltok összeolvadása ilyenkor palás márványozottságot ad, a mely a bőrön keresztül jól szembetűnik. Azokban az esetekben, a mikor a vérzések nagyobb számúak, ezen elmosódott régi foltok közepén sokáig marad meg a vérzésnek megfelelő barnás-kékes sötétebb szín.

A *lázmenet* a rendes, complicatiomentes esetekben olyan jelleges, hogy annak alapján a lefolyt kiütéses typhust retrospective fel lehet ismerni. Kezdődik rázóhideggel, vagy igen gyors emelkedéssel, a mely $1-1^1/_2$ nap alatt megyen végbe. Ezen idő alatt a láz eléri a 39—40°-ot és néhány napig e magasságon marad continua-jelleggel. A napi ingadozások az első napokban 1°-ot rendesen *nem* haladnak meg. A pontosabban észlelt 102 eset közül: 44-ben a láz elérte, illetve magasabb volt 40°-nál, 46 esetben a maximumok 39—40° közt ingadoztak, 2 esetben 39°-ot nem értek el. A láz különböző ideig tart; a legenyhébb esetekben a 4.—5. napon beáll a deferveskálás, máskor a láz elhúzódik 10—14 napig is, sőt ezen túl. A 102 eset közül a láz tartamát a következő táblázat mutatja be:

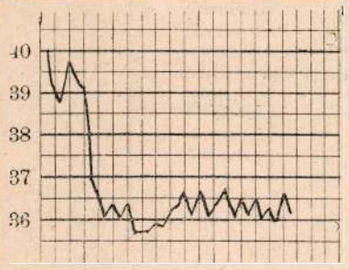
A láz tartama	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	több
Eset	3	9	9	9	14	17	17	7	8	5	1	12
		30			38			21				12

Az esetek 37%-ában tehát a 8.—10. nap között, 26%-ában a 4.—7. nap között állott be a láztalanság, vagyis az esetek $^2/_3$-a 10 napon belül gyógyult. A deferveskálásra vonatkozólag 286 esetre állnak adatok rendelkezésemre. 49 esetben (17%) kritikusan, a többiben lytikusan esett le a láz. A lysis is azonban igen meredek görbét mutat; az elég gyakori pseudokrizisektől eltekintve, a melyekben a szívgyöngeség némelykor igen aggasztó mérveket ölt, a lysises hőleesés is rendesen 3—4 nap alatt megyen végbe, a mely időn belül egyes napok alatt a görbe majdnem a krizis jellegével bir. Észleltem pl. a lysisek közepette egy napon $2^1/_2$°-os, 3°-os, 2·3°-os, 2°-os, 2 napon belül többször 3° os hőeséseket. Ezek az igen gyorsan, néhány nap alatt beállott deferveskálások igen jellegzetesekké teszik a kiütéses typhus hőgörbéjét, úgy hogy ez alapon sikerült 10 esetben a betegségnek *abortiv* alakjait is felismerni. Ez esetekben a vérvizsgálat és klinikai megfigyelés egyéb betegségekre nézve negativ maradt, az exanthema pedig vagy kimaradt, vagy talán fel nem ismertetett, csakis a hőgörbe formája egyezett meg a fent körvonalazottal. A kórjelzést fölöttébb valószínűvé tette az a körülmény, hogy a jelzett 10 egyénnek vagy közvetlen, vagy második szomszédja egyidejűleg került a megfigyelő-barakkba azonos tünetekkel, de rajtuk a jelleges kiütés rendes formában jelentkezett. Ezen 10 abortiv eset közül a láz tartott 5—6 napig 7 esetben, 7 napig 1 esetben, 8 napig 2 esetben.

A kiütéses typhus cyklusos betegség: nem komplikált, tiszta eseteiben a leírt módon, gyógyulással végződik. Valahányszor a lázgörbe a sémától eltért: complicatiók voltak kimutathatók. 27 pontosan észlelt complicatio közül parotitis 6, bronchitis és bronchopneumonia 5, otitis media és keratitis 4—4, decubitus 3, mély izomtályog 2, pleuritis, tuberculosis és dysenteriás bélfolyamat 1—1 esete került megfigyelésre. A lázgörbe pontos nyilvántartása természetesen a vegyes

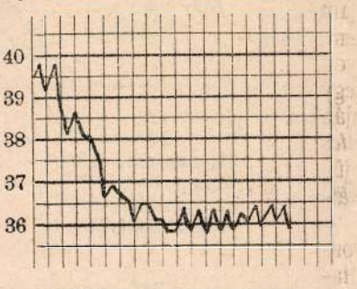
Néhány jelleges hőgörbe ábrázolása.

Apr. 18. Trofimov I. Typh. exanth.



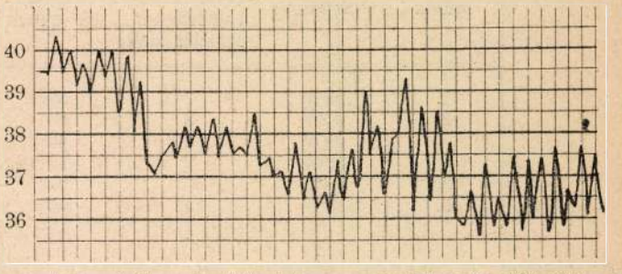
1. (49. sz.) Kritikus hőleesés. A 4. napon 2·1°, az 5. napon további 1° (folytonos) hőcsökkenés.

Ápr. 11. Podukov D. Typh. exanth.



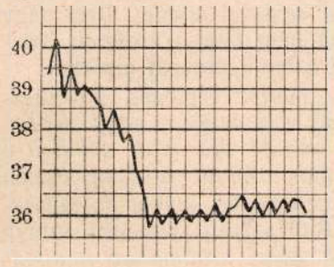
2. (2. sz.) „Meredek" lysis.

Március 26. Finagin Nikolaj. Typh. exanth.



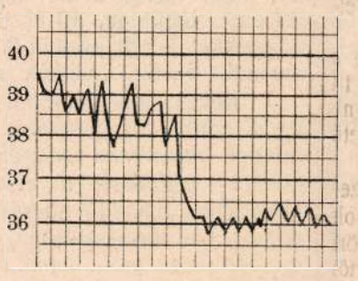
9. (77. sz.) Complicatiók. Jelleges meredek esés után ujra emelkedik a hőgörbe. Otitis, lymphadenitis, parotitis, nephritis.

Ápr. 9. Zsilkin S. Typh. exanth.



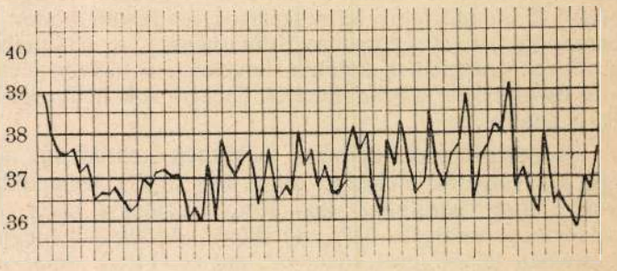
3. (64. sz.) „Meredek" lysis.

Ápr. 10. Timofejev N. Typh. exanth.



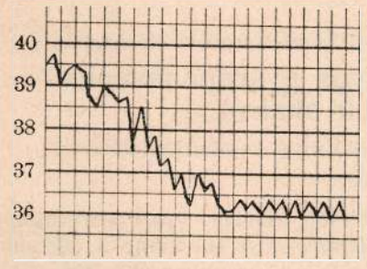
4. (52. sz.) Az 5. napon pseudokrisis (1·5°); a 10. és 11. napon összesen 2·4° hőesés.

Március 1. Schubin Dimitrij. Typhus exanthematicus.



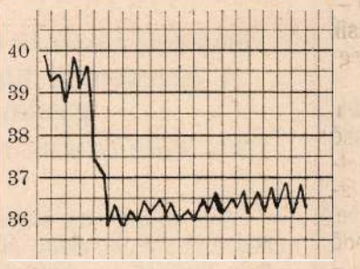
10. (69. sz.) Complicatiók. Keratitis ulcerosa, bronchitis.

Ápr. 12. Buchov S. Typh. exanth.



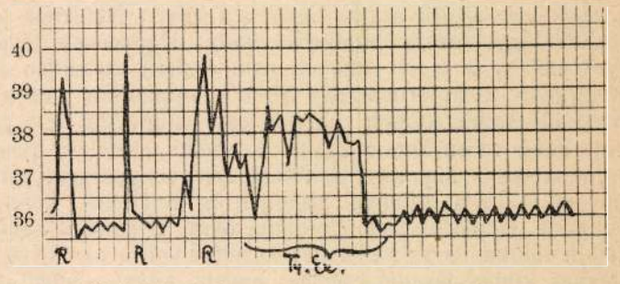
5. (30. sz.) Lysis.

Május 5. Handarin N. Naponta többször fejfájás. Bronchitis.



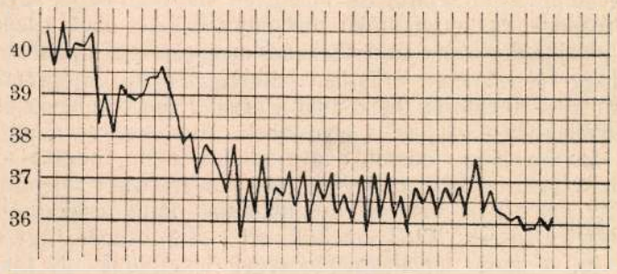
8. (89. sz.) Diagnosis ex juvantibus. Abortiv eset. Jelleges meredek esés.

Február 20. Elbert Eliás.



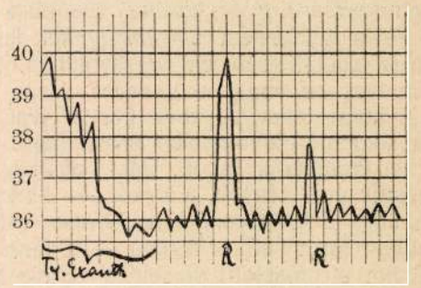
11. Kórházi fertőzés: recurrens + typhus exanthematicus. A kiütéses typhus a III. lázrohamhoz csatlakozik.

Március 28. Razumov Artim. Typhus exanthematicus.



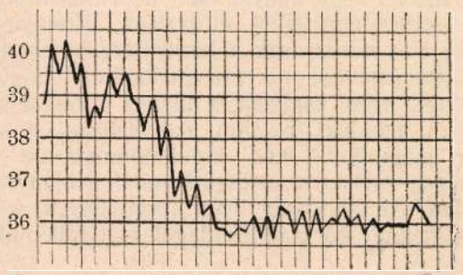
6. (37. sz.) A 4. napon pseudokrisis. Lysis a 9. napon.

Április 10. Jefremov Vasily.



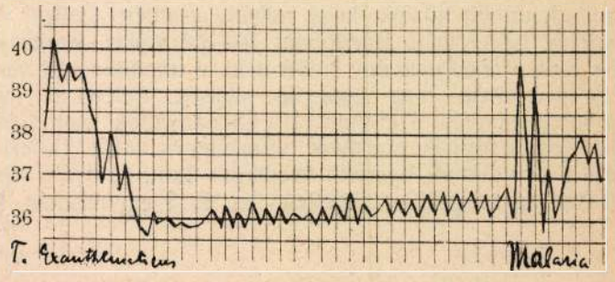
12. Kettős fertőzés: exanthematicus + recurrens.

Április 10. Bielakov Vasilij. Typhus exanthematicus.



7. (38. sz.) A 4. napon pseudokrisis; a lysis a 7. nap kezdődik. Meredek esések a 9. és 10. napon.

Március 19. Zulpan Wasilij.



13. Kettős fertőzés: exanthematicus után malaria.

Az eset száma	A láz maximuma	Hány nap óta volt a beteg a serumozáskor észlelés alatt	A serum adagja cm³-ekben	Mennyi idő mulva állott be a hőesés	Mily fokú volt a hőesés	Hány nap alatt állott be a teljes láztalanság	Eredmény
1.	39·3°	2	50	10 óra	2°	3	gyógyult
2.	40·0°	3	60	24 „	2·5°	3	„
3.	39·3°	2	40	8 „	1½ nap alatt 2·3°	2	„
4.	39·8°	2	50	10 „	2 nap alatt 2·4°	3	„
5.	39·5°	5	50	24 „	1½ nap alatt 2·1°	3	„
6.	39·5°	4	40	24 „	2 nap alatt 2·3°	3	„

fertőzéseket is azonnal elárulja; így észleltem 3 esetben recurrenst, 1 esetben malariát mint másodlagos fertőzést. Ide tartozik a fentemlített malariás eset is, a hol a 14. napon kiütéses typhus társult az elsődleges betegséghez. (A régebbi táblák között is találtam egy idetartozót, a melyben a recurrens II. attakjához társult a kiütéses typhusra jelleges hőgörbe.) E complicatiók természetesen rendkívüli módon meghosszabíthatják a gyógyulás időtartamát; e tekintetben a parotitisek érdemelnek különös figyelmet, a melyek mély feltárás és erőteljes sebészi kezelés daczára sok hétig sorvasztják a beteget.

A betegségnek lefolyása különben rendkívüli módon függ az évszaktól. Feltűnő, hogy míg a téli hónapokban a járvány átlag körülbelül 20—30% halálozást okoz, addig tavaszszal a halálozás 10% alá sülyed. Az általam megfigyelt járványban is 297 eset közül 32 halt el (11%), de az utolsó 102 (áprilisi és májusi) eset közül csak 3, és ezek közül is 1 hetek mulva (gümőkórban) pusztult el. Valószínűnek tartom, hogy a nyári kiütéses typhusnak ezt az enyhe lefolyását talán a tüdőbeli complicatiók ritka volta magyarázza; a halálozások legnagyobb száma ugyanis a súlyos esetekben jelentkező tüdőgyuladásra vezethető vissza. Ugyancsak feltünően gyakoribb volt a téli (általam nem észlelt) esetekben a *lábgangraena*, a mely nem egy ízben amputatióra vezetett; a márczius-júniusi időben egyetlen egy gangraenát sem észleltem. Több ízben láttam ugyan kezdődő eseteket, rendesen pseudokrisisek kapcsán jelentkező szívgyöngeséggel párosultan; de ezek a szívnek erőteljes és folytonos kezelésére, valamint Goulard-vizes borogatásokra lassankint eltűntek. Vajjon valóban a szív erőteljes kezelése volt-e az oka a gangraenák kimaradásának, avagy egyéb, talán a külső levegő hőfokával összefüggő körülmények okozták, nem tudom.

A következőkben néhány kisérletsorozatomról számolok még be, a melyek egyrészt a *serologiai diagnosis* megejtését czélozták, részben pedig hivatva voltak útját egyengetni a kiütéses typhus *vérsavós gyógyításának*. Elsőbben a *complementlekötés* módjával igyekeztem *ellenanyagokat* kimutatni a kiütéses typhust kiállott betegek vérsavójában. Azok a kisérletek, a melyekben antigen gyanánt lázas betegek vérsavóját, szervkivonatokat, egyebek közt a Wassermann-reactióhoz való alkoholos kivonatokat használtam, változó, többnyire negativ eredményt adtak. Már némileg állandóbbak voltak a positiv eredmények, a mikor — kiindulva abból a föltevésből, hogy a kiütéses typhus virusa esetleg endoglobularis alakban fordul elő a vérben — a lázas betegek mosott (vérsavótól megfosztott) vérsejtjeit vettem antigennek.

Határozott *positiv complementkötést* kaptam végül néhány esetben, a mikor *antigen gyanánt* a lázas betegek defibrinált *vérének destillált vízben való oldatát* próbáltam meg.

E kisérletekről más helyen részletesen fogok beszámolni, itt csak annyit közlök, hogy néhány esetben „teljes“ kötést kaptam. Legerősebb reactióimat *10—12 napos reconvalescensek vérsavójával* nyertem, miért is az e napokon vett vérsavónak kisérlettem meg gyógyító hatását, föltéve azt, hogy a complementkötéssel kimutatható ellenanyagok más egyénnek testében is fognak bizonyos virusellenes hatást kifejteni. A vért a gyüjtőérből nyertem asepsises úton, a kiváló vérsavót 20 cm³-es üvegekben fejlettem le, és 3 egymásután következő napon 58°-ra való hevítéssel fractionáltan sterileztem. Egyazon egyéntől könnyű szerrel kaptam 120—150 cm³ vérsavót.

E vérsavónak eleinte kis adagaival (3·5—6—7—10) kisérleteztem; a serumot mindig a gyüjtőérbe fecskendezvén be. Majd látván a kis adagok ártalmatlanságát, felmentem 20 cm³, végül 40, 50 és 60 cm³ egyszeri adagig. Ilyes nagy adagokkal kezelt esetem (a többit nem tartom közlésre érdemesnek) 6 volt. Ezeknek adatait a fenti táblázat mutatja.

Kevés kisérletemből nem merek végleges következtetést vonni. Mindenesetre feltünő volt, hogy *a nagy serumadagok intravenás adagolására 8—24 óra alatt mind a 6 esetben megindult a deferveskálás*, ám az általam észlelt járványban hasonló hőeséseket serumozás nélkül is tapasztaltam, bár természetesen nem 100%-ban (l. fentebb). Annyit mindenesetre mondhatni, hogy *a serum ártalmatlan és alkalmazásba vétele ellen semmi kifogás sem emelhető*. Végleges itéletet értéke felől súlyosabb járvány jelentkezésekor — például, ha addig el nem tünik hazánkból, a jövő télen — lehet majd mondani, egyelőre csakis „biztatónak“ szabad a vérsavóval elért eredményeket nyilvánítani.

Közlemény a székesfővárosi Szent Margit-közkórházból.

A csecsemők hiányos gyarapodásának gyakoribb okairól.

Irta: *Bauer Lajos* dr., gyermekorvos, kórházi rendelőorvos.

(Vége.)

Igen nagyfokú súlyveszteség, illetve *gyarapodáshiány mutatkozik decompositio következtében*. A súlyhiány a decompositio fokával és tartamával egyenes arányban áll. Míg elsőfokú decompositio (táplálékreductióra a súlycsökkenés megszűnik, a székletét vizes jellegét elveszti, a táplálléknak lassú fokozására a fentartási szükségleten túl is súlygyarapodás) folyamán a csecsemő csak mérsékelt súlyveszteséget szenved, a másod- és harmadfokú decompositióban levő csecsemő (táplálékreductióra a súlycsökkenés megszűnik, a táplálékmennyiség fokozására a fentartási szükségleten túl, kilogrammonkint 60—70 caloria, illetve már azon alól ismét súlycsökkenés) súlyának 25—30%-át is elveszítheti. Mindenesetre addig, míg a decompositio fennáll, a gyarapodás nem indulhat meg, törekvésünk tehát az legyen, hogy a szervezet tolerantiáját, mely különösen zsír és szénhydratok iránt csökkent vagy jórészt elveszett, ismét emeljük, ezt pedig csupán úgy érjük el, ha a napi táplálékmennyiséget leszállítjuk oly fokra, a melylyel szemben a szervezet assimiláló képessége még jó, tehát a fentartási szükségleten alul. Hogy tulajdonképpen mennyit vesztett a decompositióban levő csecsemő tolerantiájából, illetve hogy hanyadfokú decompositióban szenved, azt sok esetben alig lehet előzetesen bizonyossággal meghatározni, erre nézve csak a környezettől szerezhetünk valamelyes támaszpontot, ha azt puhatoljuk, hogy milyen és mennyi volt azon táplálék, a melyet a csecsemő már nem tűrt el. Ez azonban nagyon megbízhatatlan s azért legtöbbször magunknak kell kipuhatolnunk azt a táplálékmennyiséget, melyet a csecsemő minden hiány nélkül assimilálni tud. Az óvatósság ilyen körülmények között mindig ajánlatos, nehogy bő táplálékadagolással túllépjük a tolerantia

határát: újólagos diarrhoeát okozzunk s így magunk protraháljuk és súlyosbítsuk a folyamatot; ezért az első napon a legminimalisabbra szabjuk a nyujtandó zsír- és szénhydratszegény táplálékot, pl. erősen higított tejből óránkint vagy kétóránkint 2—3 kávéskanálnyit 1—2% tápczukorral, e mellett saccharinnal édesített teát (decompositióban levő csecsemőt semmi körülmények között sem szabad éheztetnünk, mert rapid súlyveszteséggel reagál), ha ezt a táplálékmennyiséget a csecsemő jól tűri (nem hány, nem nyugtalan, a székletek száma csökken), a következő napokban az adagokat fokozhatjuk a czukormennyiség lassú emelésével mindaddig, míg körülbelül 10—14 nap mulva a korának megfelelő mennyiségű és összetételű táplálékot is jól tudja a csecsemő assimilálni, a mit a székletétnek normalis összeállása és a súlynak emelkedése bizonyít. Az adagok fokozásában óvatosan kell eljárni, mert gyors előmenetel esetén újólagos diarrhoeák jelentkeznek, súly- valamint tolerantiacsökkenéssel, a mely körülmények között sürgősen ajánlatos a csecsemőt emlőre helyezni. Az élet első hónapjaiban levő, decompositióban szenvedő csecsemő emlőre helyezése feltétlenül javalt, valamint idősebb csecsemőké is, ha a táplálék intenziv redukálására a hígas székletétek nem javulnak, a súlycsökkenés nem állapodik meg, illetve a gyarapodás nem indul meg, valamint ha a fentartási szükségleten aluli mennyiség elfogyasztására a csecsemő hányással reagál.

Bár a decompositio kevésbé előhaladt eseteiben az óvatosan adagolt tejkeverékkel is czélt érhetünk, mivel azonban a visszaesés veszélyének mégis ki vagyunk téve ezen táplálási mód mellett, de különösen mert a decompositióban levő csecsemő tolerantiája, éppen úgy mint intoxicatio alimentaris eseteiben, különösen a zsírral és szénhydrattal szemben csökkent, míg fehérjével szemben nem, ha női tej nem állana rendelkezésünkre, a tejkeverékek helyett ajánlatos fehérjedús táplálékot adagolni a csecsemőnek, a melyben a czukormennyiséget fokozatosan emeljük. Többféle fehérjedús táplálék áll rendelkezésünkre, a melyeket egyformán jó eredménynyel használhatunk a decompositio leküzdésére, mint a *fehérjéstej*, a *larosantej* és a *túróstej*.* Ezen tejkészítményeknek azon óriási előnyük van a tejkeverékekkel szemben, hogy mindjárt kezdetben nagyobb dosist, 100—150 grammot lehet egyszerre adni, miáltal a súlyveszteséget azonnal fel tudjuk tartóztatni, míg az tejkeverékek, de női tej adagolásával is legjobb esetben csak napok mulva sikerül. A fehérjedús tej hatása alatt az eddigi hígas székletétek csakhamar zsírszappanszék jellegét veszik fel, ugyanekkor már megkezdhetjük a fehérjedús tejhez adagolandó tápczukor fokozását 1%-on kezdve successive egészen 5—7%-ig, melylyel a csecsemő súlygörbéjének emelkedéséhez lényegesen hozzájárulunk. A jól készített fehérjedús tej még igen nagyfokú súlyveszteségekkel járó, tehát másod-, sőt harmadfokú decompositio eseteiben is, elég kedvező kilátással alkalmazható, s női tej hiányában jó szolgálatokat tesz, mert dús fehérjetartalmánál fogva intenziv erjedésgátló, calciumtartalma pedig elősegíti a zsírszappanszékletétek képződését, s így erélyesen ellensúlyozza a különben nehezen csillapítható diarrhoeát; tekintve továbbá, hogy azonnal elég nagy adagokban lehet bevinni a csecsemő szervezetébe: elkerülhetjük vele a hiányos tápláltságot, mely másfajta táplálás-mód mellett a decompositio gyógykezelésének kezdeti stadiumában azt szükségszerűleg kiséri, a mely állapot pedig az úgyis elgyengült szervezetű csecsemőnek egyáltalán nem szolgál javára.

Ismeretes az intoxicatio alimentarist kisérni szokott súlycsökkenés, mely oly mérvet ölthet, hogy néhány nap alatt az 500, sőt 1000 grammot is meghaladja. Az ezen bántalommal összefüggő, hirtelen bekövetkezett súlycsökkenés a folyamat helyes gyógykezelése után csakhamar ismét reparálódik, úgy hogy ezen esetekben súlyvisszamaradásról nem beszélhetünk. Van azonban ezen megbetegedésnek egy alakja, melyet *Finkelstein subchronikus intoxicatiónak* nevez, melylyel kapcsolatban a csecsemő súlya a kezdeti erős súlycsökkenés után heteken, sőt hónapokon át nemcsak egy állapotban marad, hanem még jelentékeny visszaesést is mutat. A mint tudjuk, intoxicatio alimentaris eseteiben a kellő időben és módon alkalmazott méregtelenítés után a súlycsökkenés csakhamar megállapodik s a táplálléknak újra történő adagolásával a csecsemő súlygörbéje ismét emelkedni kezd. Ha azonban a csecsemő huzamosabb időn — napokon — keresztül volt intoxikált állapotban, vagyis későn indítjuk meg a szokásos méregtelenítési eljárást, vagy pedig kellő időben vontuk el a táplálékot, de az újratápláláskor nem redukáljuk kellőleg annak a mennyiségét, hanem, habár redukálva, még aránylag nagy adagokban juttatjuk a táplálékot a csecsemő szervezetébe: akkor a kisebb-nagyobbmérvű állandó lázak mellett még azt is tapasztalhatjuk, hogy a súlygörbe nem emelkedik, sőt lefelé menő tendentiát mutat, mely állapot heteken, sőt néhány hónapon keresztül is megmaradhat. Fiatal csecsemő nem is bírja sokáig ezen állapotot, mert elpusztul, idősebb csecsemőn pedig kifejlődhet egy sokáig elhúzódó, subchronikus jellegű intoxicatiós állapot, az intoxicatiónak legtöbb manifest vagy rudimentaer tünetével, a mely állapot toxikus marasmushoz, vagy typhosus megbetegedéshez hasonlatos kórképet idéz elő. A csecsemő súlya az egész folyamat alatt vagy egyállapotban marad, esetleg nagyobbfokú sülyedéseket mutat, míg végre terminalis hyperpyrexia jelentkezése után a gyermek tönkremegy.

Javulást subchronikus intoxicatio esetén csak úgy remélhetünk, ha egy éheztetési napot iktatunk be (saccharinos teával), mely után igen óvatosan kezdjük a táplálást, vagyis azt az eljárást követjük, mely az intoxicatio alimentaris alkalmával szokásos, azzal a különbséggel, hogy az adagok fokozásakor még óvatosabban járunk el. De még ilyen eljárás mellett is, ha a hosszú intoxicatiós állapot a csecsemő erejét nagy részben kimerítette, eredményt alig várhatunk.

A csecsemő hiányos gyarapodásának okát végre az esetek egy bizonyos hányadában magában a csecsemőben kell keresnünk. Emlőn táplált csecsemők között van egy bizonyos százalék, melyben a csecsemő fejlődése, illetve gyarapodása semmiképpen sem megy előre. Nem azon okból, mert a szoptatónak nincs elegendő teje, nem is azon okból, mert a csecsemő nem szopik eleget (tehát nem tartozik az úgynevezett „trinkfaul“ csecsemők közé), hiszen a mint a táplálékmérések mutatják, az elfogyasztott táplálékmennyiség kilogrammonkint megüti a 80—100 caloriát; mégis a csecsemő nyugtalansága állandó, a székletétek zöldesek, nyálkásak, számuk naponta több a normalisnál, a csecsemő többé-kevésbé meteorismusos, az étvágy majdnem minden esetben csökkent, a nyujtott emlőt még 4—5 órai szünet után is kelletlenül fogadja, *különösképpen pedig igen rosszul gyarapszik*, vagy a súly egyállapotban marad heteken keresztül. A hiányos súlygyarapodás eleinte nem is tűnik fel a környezetnek, később azonban, hetek, hónapok múltával a gyarapodás hiánya oly mérvet ölt, hogy az ilyen csecsemő és a normalisan fejlett csecsemő közötti súlykülönbség esetleg több kilogrammot tehet ki. Hajlandók vagyunk eleinte a fentjelzett tüneteket átmenetinek tartani s dyspepsiára gondolunk, bár hőemelkedés a csecsemőn nem mutatható ki, s redukáljuk a táplálékmennyiséget. Ezen intézkedés azonban nem segít, a csecsemő nyugtalansága nem szűnik, *sőt a táplálékreductio arányában fokozódik*, az álom tovább is felületes, megszaggatott, az étvágy nem javul, a székletét minősége nem változik, a testsúly állandóan s makacsul megmarad heteken keresztül egyállapotban, vagy csupán gyér gyarapodás mutatkozik. De nem hoz változást a gyermek állapotában az sem, ha az eddiginél többször tesszük emlőre, vagyis a táplálékmennyiségnek fokozása sem, mert ha a csecsemő az állandó anorexia miatt el is fogadja a gyakrabban nyújtott emlőt s valamivel több táplálékot fogyaszt is az eddiginél, a gyarapodás jelen-

* A larosantej készítése azon alapszik, hogy a tej czukor- és zsírtartalmát csökkentjük, ugyanakkor a caseincalciumot tartalmazó larosanpor hozzáadásával a fehérjetartalmát fokozzuk, míg a fehérjés és túrós tej fehérjetartalmát pegninnel, vagy *Simon*-féle oltóessentiával bizonyos mennyiségű nyers tehéntejből kicsapott caseinnal növeljük, a zsír- és czukortartalom egyidejűleges csökkentése mellett.

tékenyebben csak nem akar megindulni. A szoptatónak megváltoztatása olykor segít, a csecsemő nyugtalansága szűnik, a súly kissé emelkedik, az esetek nagyobb részében azonban ez sem használ, a gyarapodás ismét csak nagyon vontatott. Ilyen körülmények között más módhoz kell folyamodnunk, annyival is inkább, mert a szoptatónak gyakori változtatására sok helyen alkalom sem nyílik, másrészről az sem tekinthető olyan panaceának, mely ezen kétségbeejtő állapotot megjavítaná.

Hasonló esetekben okvetlen kísérletet kell tennünk a női tej mellett adagolandó idegen, szénhydratot, fehérjéket s sókat tartalmazó táplálékkal s csodálkozással fogjuk tapasztalni, hogy a súly, mely a kizárólagos női tejtáplálékon makacsul egyállapotban maradt, az allaitement mixtre-re hirtelen emelkedni kezd, valamint a többi tünet, a nyugtalanság, anorexia, székletét stb. is javul.

A tárgyalás alatt levő eseteknek az alapoka még homályos, de minthogy semmi olyan támaszpontot nem lelünk hasonló esetekben, melyből akár hiányos tápláltságra, akár túltáplálásra, akár rendszertelen táplálásra stb. lehetne a hiányos gyarapodást és a jelzett tüneteket visszavezetni: más téren kell ezen eseteknek magyarázatát keresni. *Finkelstein* ilyen körülmények között abnormis constitutión alapuló dyspepsiát tételez fel, melynek alapokát tehát vagy neuropathia, vagy diathesis exsudativa alkotná. Igaz, hogy az e bántalomban szenvedő csecsemők között találhatunk feltűnően halvány, angiospasmusos jelenségekre hajló, valamint minden erősebb zajra hirtelen összerezzenő, sőt fokozott reflexingerlékenységet mutató csecsemőket. Az sem tagadható, hogy ezen csecsemők egyike-másika az exsudativ diathesis nyílvánvaló tüneteit viseli magán. De nem mindegyik. Mert viszont találunk csecsemőket, a kiken sem a neuropathiának, sem az exsudativ diathesisnek semmi manifest tünete nem lelhető fel és a mellett az említett tünetekkel járó igen hitvány gyarapodást mutatják. Ezért nem ok nélkül lehet kételkedni abban, hogy vajjon az idevonatkozó eseteket lehet-e kizárólag az abnormis constitutio rovására írni, avagy más momentumok is szerepet játszanak ezen állapot létrehozásában? Azon körülmény, hogy a női tejen igen gyengén gyarapodó csecsemő nagyobb mennyiségű fehérjének, szénhydratnak és sóknak a szervezetbe juttatásával intenziv gyarapodással reagál, előtérbe tolja azon gondolatot, *vajjon hasonló esetekben nem szenved-e a csecsemő szervezete qualitativ inanitióban*, akár azon okból, mert a rendelkezésre álló női tejben hiányzik, illetve nem elegendő mennyiségben van meg valamely táplálékalkotórész, akár pedig amiatt, mert a csecsemő valamely táplálékalkotórészből nagyobb mennyiséget igényel, mint a mennyi azon alkotórészből vagy alkotórészekből a női tejben foglaltatik. Hogy melyik azon alkotórész, azt csak feltevéssel tudjuk megállapítani, mert a női tejnek pontos vizsgálata fehérjére, czukorra s sókra igen körülményes meghatározások alapján lenne csak eszközölhető, a mi a gyakorlatban alig vihető keresztül. Tudjuk azonban, hogy a csecsemő a zsírt leginkább tudja nélkülözni, azáltal, hogy zsírszegény tej esetén azt bővebb táplálékmennyiség felvételével egyenlíti ki, másrészről a hiányzó zsírmennyiséget isodynamiás mennyiségű szénhydráttal pótolni tudja, úgy hogy a szervezet zsírszükséglete zsírszegény tej esetén is kellőképpen fedeztetik. Zsírszegény táplálékról jelen esetekben különben is alig lehet szó, mert vizsgálataim minden esetemben zsírdús tejet mutattak. Szó lehet tehát bizonyos mérvű szénhydrat-, különösen pedig fehérje- s sóhiányról.

Nagyfokú s huzamosabb időn át tartó gyarapodáshiány esetén ennélfogva, ha sem a hiányos tápláltságra, sem pedig a túltáplálásból eredő dyspepsiára támaszpontot nem lelünk, sem pedig valamely momentumot nem fedezhetünk fel, mely a szánalmas gyarapodást magyarázná: *okvetlen kísérletet kell tennünk az általunk feltételezett hiányos táplálékalkotórészek pótlására, melyek tehát lehetnek vagy szénhydratok, vagy fehérjék, vagy sók, vagy ezek közül egyszerre több alkotórész is.* Hogy adott esetben melyik táplálékalkotórészt szükségeli a csecsemő, azt határozottan megállapítani ezidőszerint alig lehet. Erre nézve csupán a székletét minőségében találunk némi irányítást. Eljárásom erre nézve az, ha a csecsemő székletéte bizonyos mérvű összeállást mutat, kissé szárazabb, mint a normalis, de semmiesetre sem vizes, akkor inkább szénhydratokat tartalmazó táplálékpótlást alkalmazok, pl. lefölözött vagy higított tejet, esetleg írót lisztfőzettel és czukorral, három hónapnál fiatalabb csecsemőnek nyálkafőzettel, s czukorral készült tejkeveréket. A póttáplálékkal való táplálás vagy úgy történik, hogy minden szoptatás után adunk a csecsemőnek kanalankint vagy üvegből 20—30 grammot, vagy pedig naponta 1—2 szoptatás helyett a megfelelő tejlisztczukor-keverékből teljes dosist. Ha viszont a székletétek inkább vizesek, gyakoribbak, zöldes-nyálkásak, szóval dyspepsiás jellegűek, akkor valamely fehérjekészítmény adagolása van helyén, édes savóban, vagy valamely felmelegített ásványvízben oldva. *Finkelstein* igen jónak tartja a nutrose-t kávéskanálnyi mennyiségben, 25—30 gramm felmelegített ásványvízben, saccharinnal édesítve, szopóüvegből naponta 3—4-szer a szoptatás előtt. Hasonló jó hatású azonban a plasmon, vagy bármely fehérjekészítmény is; körülbelül hasonló hatást tapasztalunk jól lezsírozott bouillon adagolása után is.

Az eredmény a fehérjét, szénhydratokat és sókat tartalmazó surrogatumokra sok esetben meglepő, a súly egy-két nap alatt emelkedik, még pedig úgy a szénhydrátok, mint a fehérje s sók adagolása után, a nyugtalanság teljesen megszűnik, a székletét normalis jelleget ölt, az étvágy növekszik. *A súlygörbének állandó emelkedése mindaddig tart, míg a női tej mellett a szénhydratdús táplálékot, illetve a fehérjét és a sókat adagoljuk; amint ezt elhagyjuk, a súlygörbe ismét leszáll*, illetve az azelőtti állapot áll be, s fehérje és sók újólagos adagolása után a súly ismét emelkedik.

Hogy vajjon hasonló esetekben a női tejnek fehérjében és sókban, illetve szénhydratokban való szegénysége az oka a csecsemők hiányos gyarapodásának, vagyis valóban qualitativ inanitio az alap-ok, vagy pedig a csecsemő szervezetében keresendő a hiba, mely szerint a női tej zsírját csak nagyobb mennyiségű szénhydrat, illetve fehérje jelenlétében tudja helyesen assimilálni, eldönteni alig lehet. Azon tapasztalat, hogy ha a hasonló gyengén fejlődő csecsemőket az emlőtől elválasztjuk és mesterséges táplálásra fogjuk, a koruknak megfelelő tejkeveréken jól gyarapszanak, inkább a mellett szól, hogy a *zsírassimiláló képesség csak fokozott fehérjemennyiség mellett lép inkább előtérbe*, minthogy a tehéntejkeverék még higított állapotban is több fehérjét — de egyenlő szénhydrattartalom mellett kevesebb zsírt — tartalmaz, mint a higítatlan női tej. Fontos, hogy ha ilyen körülmények között a csecsemőt emlőn hagyjuk, *a fehérjével, illetve szénhydrattal való vegyes táplálást legalább 8—10 héten át folytassuk, mely idő után a póttáplálékot fokozatosan elhagyhatjuk.*

Hogy ilyen körülmények között mégis inkább ragaszkodunk a vegyes, mint a kizárólagos mesterséges tápláláshoz, a melyen, mint említettük, a gyarapodás hasonlóképpen normalisan megy előre, annak az oka az infectióktól való félelem, melyek a mesterségesen táplált csecsemőt mégis sokkal inkább fenyegetik, mint a vegyesen tápláltat.

* * *

A tárgyaltakon kívül még számos olyan betegséget ismerünk, melyek a csecsemők gyarapodását erősebben akadályozzák; ilyen, hogy egyebet ne említsünk, a pylorus-stenosis, cardiospasmus, pylorospasmus stb. Ezek mellett azonban nem a gyarapodás hiánya, hanem egyéb tünetek dominálnak a kórképen s ezért már ez okból sem lehetnek értekezésünk tárgya. Az előadottakban rá akartunk mutatni a gyakorlatban előforduló azon okokra és bántalmakra, melyek leggyakrabban akadályozzák a csecsemő gyarapodását és okozzák a rövidebb vagy hosszabb ideig tartó mérsékeltebb vagy intenzivebb súlycsökkenést.

Megfigyelések és kisérletek a keloid aetiologiáját illetőleg.

Irta: *Justus Jakab* dr., a pesti izr. hitközség kórházának rendelő-főorvosa.

(Vége.)

51. F. D.-né, 53 éves, ügynök neje. 30 éve van férjnél, háromszor abortált az 5. hónapban. A 4. graviditás végén ikreket szült; 6 és 7 hétig éltek; 5. és 6. gyermek él; a 7. lábfekvésben volt, a magzat meghalt. Ezen nehéz szülés óta (26 éve) gyengélkedik és fájnak a lábai, testileg erősen elgyengült, igen sokszor éjszaka is van szívdobogása. Gyakori izzadás és csekély hirtelen kipirulás. Étvágya jó, sok morphint szed czukorral.

Jelen állapot 1914 decz. 27.-én. Mérsékelt protrusio bulborum, a szemrések jelentékenyen tágultak, Graefe igen jól kifejezett, pislantás ritka. A pajzsmirigy mindkét lebenye mérsékelten megnagyobbodott, tömött Felette pulsatio érezhető. A sternum teste felett tompulat, a mely a nyakra felfolytatódik. Szívcsúcslökés az V.—VI. bordaközben a bimbóvonalban. A szívtompulat jobbfelé kissé megnagyobbodott.

A szívhangok tiszták. Az aorta II. hangja ékelt. Pulsus 135. A kinyujtott ujjakon tremor.

Mindkét patellaris reflex hiányzik. A pupillák szűkek, fényre merevek, alkalmazkodásra alig reagálnak, Brach-Romberg-tünet megvan. Az alsó végtagban nyilaló fájdalmak. Belgyógyászati diagnosis: tabes dorsalis.

Köztakaró: a végtagok feszítő oldala, a törzs hátulsó része erősen márványozott, kékes-vörös körszerű sávokkal ellátott, a melyek a bőr szintjében fekszenek. A végtagok bőre viaszszerűen sima, a kézujjaké feszes, kékes-vörös, alapjához rögzitett. A lábujjak bőre feszes, kékes-vörös, viaszszerű. Ez a mineműség a lábszárakra folytatódik fel egészen a czombokra és éles határ nélkül szűnik meg. A tibiák nyomásra igen érzékenyek. A homlokon a normalis bőr alatt baloldalt koronányi, lapos, lágy, jól elhatárolt, a bőrtől szabadon mozgatható kis tumor. A sternum teste felett körömnyi, halvány, fehér, a bőrrel együtt mozgatható, tömött, éles határú, lapos, kissé előálló heg, a beteg gyermekkorában szenvedett sérülésből. A bal emlőben ökölnyi, tömött intumescentia. A jobb lábszáron két forintnyi vérzéses, éles határú, finom hámló, eczemás folt. A bal lábszáron hasonló eredetű barnás pigmentfoltok.

Étetés a manubrium sterni felett acid. sulfur. conc. purummal 26 mm. hosszú és 6 mm. széles sávban.

Deczember 28. Az étetés helyén sárgás-zöldes pörk, jól kifejezett lobos udvarral. A lábszáron az eczemás foltok elhalványodtak. A czombokon itt-ott bőrvérzések.

1915 január 2. Vaskosan kiemelkedő lobgát, tapadós, barnássárga, vaskos pörk.

Január 16. A pörk keskenyebb, lobgát barnás-vörös, tömött. Viszketés ellen kenőcs.

Január 22. A lobgát barnás-vörös, tömött, elődomborodó, középütt kis pörk.

Február 2. Halványvörös, kissé elődomborodik, néha viszket.

Február 5. A széle jelentősen kiemelkedik, vöröses-barna, tömött; olykor szúró, fájdalmas érzései vannak.

Február 19. Itt-ott szúrás a képződő keloidban.

Február 26. Erős szúrások a keloidban.

Márczius 5. Az étetés helyének felülete finom vékony ránczokba szedhető; közepe alatt tömött beszüremkedés.

Márczius 19. A keloid fehérebb, domborúbb, benne nyilaló érzések.

Április 2. Erős szívdobogás, hirtelen kipirulások. A keloid változatlan, benne nyilaló érzés. A mell bőre általában feszes, fényesebb; rajta eczemás foltok. A jobb nagy lábujj talpiszén körülírt tylosis.

Április 9. A tylosisos rész közepe a tapasz alatt leválik, éles szélü, fillérnyi, indolens, barnás sarjakkal telt fekély van alatta; a szonda előre 2—3 cm.-nyire halad a bőr alatt.

Április 16. A fekély kezd kitöltődni. A viszketés a lábszárakon és a nemi tájon igen erős.

A keloid most egész szélességében van elődomborodva. Hossza 20 mm., szélessége 9 mm.

Április 23. A keloid még domborúbb, halványvörös, értágulatos, huzalos, spontan nyilal. Hossza 24 mm., legnagyobb szélessége 11 mm.

Május 7. A keloid még jobban domborodik, 24×10 mm. nagy. Sokszor nyilalás volt benne a mult héten.

A nagyujj alatti fekély feketés sarjakkal van kitöltve, kevésbé fáj, szondával behatolni a sarjak közé nem lehet.

Május 19. A keloid 24×10 mm. Két végén finom vörös nyúlványokat bocsát. Benne nyomási érzés.

Június 4. A keloid jóval vaskosabban előáll. Benne erős nyilaló érzések.

A malum perforans fájdalmas.

Június 18. A keloid még domborúbb, 24×12 mm.

Összefoglalás: Régi tabes mellett erős Basedow-kóros tünetek. Az ac. nitric. conc. fumans-szal való étetés hat hónap alatt egy még növekedő, typusos keloidot eredményez. A megfigyelés ideje alatt malum perforans pedis is keletkezett.

52. H. M., 36 éves muzsikus. Szívdobogása olykor jelentékeny, nem izzad.

Jelen állapot: A szemrés tágabb, a protrusio közepes, a bal pupilla szükebb, a jobb középtág. Graefe positiv. A pajzsmirigy mérsékelten megnagyobbodott. Pulsus: 72.

5 évvel ezelőtt oltották, az oltási hegek jól kifejezettek, kissé keloidszerűek. A köztakaró rendes tapintatú, nem fényes, nem izzadásos.

Jan. 16. A manubrium sterni felett borsónyi területen étetés acid. sulfuric. conc.-mal.

Az étetés helyén igen felületes, zöldes pörk, keskeny lobgáttal.

Febr. 20. Az étetés helyén borsónyi, ovális alakú, ½ mm.-nyire kiemelkedő, halvány, fehéres-vörös, szabálytalan határú, éles szegélyü heg. Felülete huzalos szerkezetű, viaszos fényü. Érzés nincs benne.

Márcz. 6. A kiemelkedés egészen lelapult, halvány barnás-vörös. Helyén a bőr finom ránczokba szedhető, alatta alig érezhető beszüremkedés.

Összefoglalás. Mérsékelt hyperthyreosis tüneteit mutató 36 éves férfi. Acid. sulfur. concentr.-mal való étetés a sternum markolatát fedő bőrön. Múló lobos heg származott, a mely két hó alatt lelapult. Utána kissé atrophiás hely maradt.

53. R. Zs., 47 éves, kárpitos neje. (Lásd a melléklet 3. számú ábráját.) 7 évvel ezelőtt jobboldali petefészeklobosodása volt, a mely két év előtt kiújult. Ezen a nyáron Szovátára ment fürdőkúra végett és ott diagnoskálta kezelő orvosa a jól kifejezett morbus Basedowit. Subjectiv tünetek közül a beteg gyors elfáradásról, erős szívdobogásról panaszkodik. Nyaka megvastagodása kb. 2 hó óta válik feltünővé. Menstruatiója 10 hónapja elmaradt. Pruritus aniban ez év eleje óta szenved.

Jelen állapot 1914 október 2.-án: Középtermetü, jól táplált, ép csontrendszerü nőbeteg. A nyálkahártyák halványak. Mindkét szemrés jóval tágabb. Szemefénye fokozott. Mérsékelt protrusio. A pupillák középtágak, egyenlőek, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Graefe- és Moebuis-féle tünet.

A pajzsmirigy mindkét lebenye ½-almányi nagyságra megnagyobbodott; tapintatuk egyenletes, rugalmasan tömött. Fölöttük pulsatio érezhető.

A szivtájon lüktetés. Szívcsúcslökés a bimbóvonalon belül. A szivhatárok rendesek. A szívcsúcs felett tompa systolés és diastolés hang. A pulmonalis és az aorta második hangja ékelt. Pulsus: 108. Mindkét kéz kinyujtott ujjain finom ütemü szapora tremor.

Okt. 3. Szilárd szénsavhóval a sternum felett 8 másodperczig enyhe nyomással körömnyi területen fagyasztást végzek.

Okt. 5. A fagyasztás helyén körömnyi, hólyag után maradt erosio. Ennek még hólyagos a legszéle, melyet keskeny piros csik szegélyez.

Okt. 7. A fagyasztás helye körömnél nagyobb, barnássárgás, középütt kissé bemélyedt pörkkel van fedve, a melyet centimeter széles piros lobos udvar környez. A lobos udvaron számos gombostűfejnyi és pontnyi szétszórt, felületesen ülő, részben genyes, apró hólyagocska. Therapia: Burowos kenőcs.

Okt. 9. Körömnyi, sárgásbarnás, erősen tapadó pörk körül centimeter széles, eleven piros, eléggé éles határú, lobos udvar. A környéki apró mélyedések múlóban vannak.

Okt. 12. A pörk területe valamivel kisebb. A szélét alkotó lobos udvar kiemelkedő, halványabb vörös színü, számos finom tágult eret visel; kissé fényes, tömött tapintatú.

Okt. 14. A lobos udvar köralakú, centimeter széles, kissé tömött tapintatú csikká változott. Középütt a pörk leválóban van.

Okt. 17. A pörknek már csak egy kis része tapad. Az alóla felszabaduló terület alacsony, halvány sarjakat visel. A környező vörös csik szélesedik. Patiens orrvérzésről panaszkodik.

Okt. 26. A felemelkedő szél lelapult, de még pirosas, fényes és tömött. A pörk helyén még sárgás-zöldes folt, melynek területén erősen tágult sok tüszőnyilás látható. A fagyasztott hely és környéke spontan erősen fájdalmas.

Okt. 31. Az egész terület lelapult, fényes, vörös. Fájó szúrások jelentkeznek benne.

Nov. 7. A fagyasztás helye síma, vörös, fényes, kissé elődom borodó.

Nov. 16. Rózsáspiros, síma, kissé jobban elődomborodó. Spontan, de érintésre még inkább fájdalmas.

Nov. 17. A fehéres helyek a vöröses, kissé elődomborodó alapon némi finoman huzalos rajzolatot mutatnak. Időnként szúrásérzés.

Decz. 7. A huzalos rajzolat jóval kifejezettebb. A folt elődomborodik, rajta számos tágult elágazó ér vonul át.

Decz. 19. A rajzolat kifejezettebb. Az elődomborodás szintén.

Decz. 28. A keloid balfelé két kis nyúlványt bocsájt.

1915 jan. 16. A keloid terjed, átmérője: 13 × 12 mm., domborúbb.

Jan. 22. Átmérője: 14 × 12 mm.

Febr. 5. 15 × 13 mm. Széle csipkés.

Febr. 16. 16 × 13 mm.

Márcz. 19. A keloid változatlan.

Apr. 2. A keloid kissé domborúbb. Átmérők nem nőttek. Hasmenések. Erős szívdobogás.

Ápr. 16. A keloid huzalos-recés felületü, éles határú, tömött tapintatú, jól elődomborodó sávot alkot, melyben gyakorta szúró érzések jelentkeznek.

Összefoglalás. 47 éves, Basedow-kóros asszony. A sternuma táján 8 másodperczig, enyhe nyomással, szilárd szénsavhóval fagyasztást végeztem. Hat hóig tartó megfigyelés alatt typusos külsejű, lassan növekedő, spontan fájdalmas keloid származott a fagyasztás helyén, mely ennek területét jóval meghaladta.

54. K. J., 30 éves szabósegéd. 1902-ben volt ulcusa, 1904-ben kiütése. Akkorlban 120 kenést végzett. 1906-ban a glutaeusokban lues ulcerosa: 80 kenés. Még ugyanazon évben a torkában plaque-ok támadtak, melyek ecsetelésre gyógyultak. 1908-ban condylomák a bélvég körül: 40 kenés. 1909-ben ulcerosus syphiliddel jelentkezett a glutaeusokon. Akkor kenőkúrát és jodnatriumot kapott. 1910-ben újra széles condylomák, ellenük 30 kenés és jodnatrium. Ugyanazon év végén újra jelentkezett általános mirigyduzzanattal, a homlokcsonton és egyik bordán periostitissel, a scrotumon és az anus körül székelő lues ulcerosával és mindkét tibia diffus megvastagodásával.

Therapia: 0·45 salvarsan a bőr alá. A tünetek egy hónap leforgása alatt elmultak.

1914 végén a beteg újra jelentkezett és elmondotta, hogy $^1/_2$ év óta a jobb sartoriusban ökölnyi beszüremkedése van, mely hosszas jodadagolásra és localis szürke kenőcsre sem mult el, sőt nagyobbodott.

0·60 salvarsan bőr alá fecskendezése után a duzzanat csakhamar kisebbedett, kifakadt, belőle nyúlós-sárgás folyadék bőven ürült. Végül majdnem egészen elmult.

Jelen állapot 1914 november 30.-án: A magasabb termetű, jól táplált, ép izomzatú férfibeteg köztakaróján számos acne és ilyenek után maradt nyom, különösen a mellen és háton. Semmiféle keloidszerű elváltozás. A védoltási helyek inkább behúzódottak. A szemrések jóval tágabbak. Mérsékelt protrusio, Graefe-tünet jól kifejezett. Struma nem tapintható. Szívcsúcslökés a bimbóvonalban. A szívtompulat rendes határú, pulsus 120. A szívcsúcs felett systolés fúvózörej, az aorta második hangja kissé ékelt.

Subjectiv panaszok nagyok. Szívdobogás különösen éjjel. Erős izgékonyságról panaszkodik. Reszketés olykor nagymértékű. Hirtelen kipirulás és izzadás gyakori. Munkabirása erősen csökkent. A scrotumon és a végbél körül erős viszketés.

A első kisérlet Rigollol-féle mustártapaszszal történt, melyet egy órára a sternumtájra ragasztottunk. A foltnak nyoma még egy hóval később is észrevehető volt, de semmiféle keloidos elváltozás a papir helyén nem keletkezett.

1914 deczember 2.-án étetés acid. nitr. fumans-szal. Összegöngyölített vattát mártok a savba és gyengéd reányomással a bal lapoczka feletti tájon 3 cm. hosszú és $^1/_2$ cm. széles csíkot húzok vele.

Decz. 7. Az étetés helyén bemélyedt, barnás, erősen tapadó pörk keskeny lobos udvarral.

Decz. 19. Vaskos, fekete, erősen tapadó pörk, keskeny lobgát.

1915 január 2. Lobgát múlóban.

Január 16. A pörk leesett, helyén sima vörös folt, melynek közepén vörös huzal.

Február 5. Az étetés helyén sötétvörös, éles határú folt, melynek területén a fényes bőr finom ránczokba szedhető.

Február 12. A folt külső harmada kissé előmdomborodik.

Február 19. A belső harmad is előmdomborodik.

Márczius 19. Az egész terület domborúbb, sugaras rajzolatú.

Április 30. A terület halvány barnás-vörös, ránczos. Középütt jól előmdomborodó, dudoros, huzalos, keloidos csík vonul át rajta.

Összefoglalás. Sokszor recidivált, ulcerosus és gummás luesben szenvedő férfibeteg erős hyperthyreosis jeleit mutatja.

Az első kisérlet, mely *Rigollot*-féle mustártapaszszal izgatta a sternum-táj bőrét, nem eredményezett keloidot, bár az izgatás helye még egy hóval később jól látható.

A második kisérlet: étetés ac. nitr. fumans-szal a bal lapoczka felett 5 hó alatt keloidot létesített.

55. K. S.-né, 28 éves, kávés neje. 7 éve férjes, 2 élő gyermeke van. Egy 9 hónapos korában halt meg, 1 abortus. 6 év előtt kenőkúrát végzett szájbeli tünetek miatt. Azután a következő két terhesség alatt kenőkúrát végzett. Tavaly erősen positiv Wassermann.

Két év óta van szívdobogása, már mérsékelt mozgáskor, de éjjel ágyban is. Hirtelen vértódulása a fejbe és arczba is ezen idő óta van. Globus-érzés. A megfigyelési idő alatt több ízben voltak ok nélkül jelentkezett rohamos hasmenései.

Jelen állapot 1914 deczember 2.-án: Mérsékelt exophthalmus. A szemrés erősen tátong. Pislantás ritka. Graefe nincs.

A pajzsmirigy közepes nagyságú, mindkét lebenye tömött, rugalmas, pulzáló. A szívtájon lüktetés. Szívcsúcslökés a bimbóvonalon kívül. A szívtompulat jobbfelé nagyobb. A szívhangok tompák, tiszták. Pulsus 114. A kezeken tremor.

A köztakaró sima, nedves, keloid nincsen rajta. Az oltási helyek jól kifejezettek, de nem keloidosak.

Étetés a bal lapoczka 5×7 mm. átmérőjű területén acid. nitricum fumans-szal.

Deczember 5. Keskeny, vörös csík környez besüppedt, fehér falú hólyagot, melynek közepe bemélyedt, barnás pörkké lett.

Deczember 12. A lobgát jól kiemelkedik, a középső rész erősen bemélyedt.

1915 január 2. A lobgát lelapult. A piros felületen középütt tapadós, sárga pörk.

A beteg panaszolja, hogy a nyaka vastagodik és a gallérja szűkké vált.

Január 16. A pörk lehullott; vörös, lapos folt, a mely alatt infiltratio.

Január 22. A vörös felület finoman ránczos, alatta meglehetősen vaskos, éles határú beszüremkedés.

Február 19. A sima reczés felület közepén határozottan kiemelkedik, viszket.

Márczius 5. A középrész még jobban kiemelkedik.

Márczius 27. A középrész még domborúbb.

Április 16. A keloid 14×15 mm. átmérőjű kerek, barna plaqueot alkot, mely középütt jól kiemelkedik, huzalos rajzolatú, tágult ereket visel, tömött tapintatú.

Június 4. Középütt jól előmdomborodó, szélén kissé besüppedt.

Június 25. A közepe is kevéssé domborult, a szélén pedig vékonyan ránczos, atrophiássá lett.

Összefoglalás. 28 éves Basedow-kóros asszony, ki luesen esett át, a bal lapoczkatáj légenysavval történt felületes étetése után még öt hóval is növekedő keloidot kap az étetés helyén.

56. S. E., 24 éves artistanő. Egy gyermeke 7 éves, egészséges. A nyaka körülbelül 10 éve vastagabb. Három évvel ezelőtt nagyon idegessé lett, a miért foglalkozását — oroszlán- és lóidomitást — abba kellett hagynia. Könnyen és erősen izzad járkáláskor, de alvás közben is. Szívdobogása igen gyakori és nagyfokú, különösen éjjel. Nyugtalanul alszik. Három év óta igen erősen reszketnek a kezei. Étvágya jó, mégis az utóbbi két év alatt 15 kilót fogyott.

Két év előtt lövés érte a bal mellkasfélen; a seb gyorsan gyógyult, azonban bal karjának hűdése csak egy év alatt mult el.

Két hét óta a lábszáraiban jelentkező éjszakai osteokopiás fájdalmak ellen jodnatriumot szed.

Jelen állapot 1914 deczember 7.-én. Magastermetű, sovány beteg, csontrendszere ép. Jelentős tátongás és protrusio; pislantás ritka; Graefe változó. Nagy struma, pulsatio és surranás. A nyak kerülete 37·5 cm.

A szívtáj erősen lüktet; csúcslökés a bal bimbóvonalon kívül. A határok jobbfelé rendesek, a hangok tiszták. Pulsus 134. A kezeken igen erős tremor.

Mindkét tibia diffuse erősen megvastagodott. Palatum goticum. A fogakon nincs jellegzetes elváltozás.

A köztakaró sima, nedves; dermographia. A bal emlőn babnyi fehér keloid jelzi a belövés helyét.

Étetés: érintés egy pillanatra füstölgő légenysavval a jobb lapoczkatájon 12 mm. hosszú, 5 mm. széles sávon.

Deczember 12. Bemélyedt barnás pörk, keskeny lobos udvar.

1915 január 9. Lapos, finoman ránczos vörös folt. Alatta éles határú beszüremkedés érezhető.

Január 16. Körömnyi vörös folt. Közepén kicsiny pörk. Alatta éles határú beszüremkedés.

Február 3. Éles határú, sima, sötétvörös, ovális folt, melynek alsó fele kissé előemelkedik. Felülete finom ránczokba szedhető.

Február 12. Az egész terület határozottan előmdomborodik, leginkább középen. Tapintata tömöttebb, felülete sima.

Márczius 11. Az előmdomborodás nagyobb.

Márczius 26. A domborodás halad.

Április 2. Még kissé domborúbb, halványvörös.

Januárban a beteg 30 kenést végzett, a mire a csontfájdalmak engedtek.

Összefoglalás: 3 év óta Basedow-kóros nőbeteg a jobb lapoczkatájon étetést szenved ac. nitr. fumans-szal. Két hó alatt keloidossá lesz az étetés helye.

57. Sz. I.-né, 32 éves gyári munkásnő. 6 szülése és 1 abortusa volt. A magzatok közül csak egy élt hosszabb ideig, a többi egész zsenge korban halt meg. Sokszor van fejfájása, szívdobogása, utóbbi időben erősen fogyott.

Jelen állapot 1914 deczember 8.-án. Mérsékelt protrusio; Graefe- és Moebius-tünet. Közepes struma, mely fölött pulsatio. Stenosis ostii venosi sinistri. Erős reszketés.

A jobb garativen hegesedés.

Deczember 9. *A sternum markolata fölött $1^1/_2$ cm. hosszú, $^1/_2$ cm. széles étetési csík acid. nitr. fumans-szal.*

Deczember 12. Keskeny, éles, piros csíktól környezett, besüppedt, fehér falú hólyag, mely középütt barnás-sárga pörkké száradt be.

Deczember 19. Kiemelkedő lobgáttól környezett 3 cm. hosszú, $^1/_2$ cm. széles, sárgás-barna, erősen tapadó pörk, mely középen besüppedt.

Deczember 29. A kiemelkedő vastag lobgát barnás tapadó pörköt visel centrumában.

1915 január 2. A lobgát lelapult, középen még tapad a pörk.

Január 9. A vaskosan kiálló lobgát közepén a pörk helyén lapos sarjadzások látszanak.

Márczius 6. Az étetés helyén hosszúdad, kb. ezüstforintnyi, vaskos plaque, melyen értágulatok láthatók.

Június 15. A folt középütt jelentősen kidomborodik, felülete finom ránczokba szedhető, tapintáskor tömöttnek mutatkozik.

Összefoglalás: 6 hóval a sternum-tájon végzett étetés után kidomborodó keloid képződött.

* * *

A harmadik — kisérletes — csoportban 11 betegről számoltam be. Mindannyia hyperthyreosis, illetve jól kifejezett Basedow-kór tüneteit viseli. A kisérletek czélja volt: keloidképződést megindítani ezeken a praedisponált egyéneken. E végből helyi traumát okoztunk többféle testrészen. Több ízben a sternum-tájat, a lapoczka-tájat, másszor a felsőkart választottuk a trauma székhelyének. Izgató szernek az acid. nitr. conc. purum és fumans, az acid. sulf. conc., a *Rigollot*-féle mustárpapiros és a szénsavhóval való fagyasztás szolgált. A savval való étetések úgy történtek, hogy szondára csavart vattát mártottunk a savba és ezzel érintettük a kiválasztott helyet vagy húztunk rajta sávot. A szénsavhót mérsékelt nyomással szorítottuk a bőrre 8—10 másodperczig. A *Rigollot*-féle mustárpapirost egy óra hosszat hagytuk a helyén.

A 11 betegen összesen 15 kisérletet végeztem. Ezek közül a megfigyelés ideje alatt keloidot eredményezett 12. Nem kaptam keloidot: egyszer szénsavhóval való fagyasztás után, egyszer kénsavétetés után és egyszer *Rigollot*-féle mustárpapiros alkalmazása után.

A hol negativ volt az eredmény, megkisérlettem egy újólagos beavatkozást. Az 54. számú betegen a Rigollot sikertelen volt, a légenysav ellenben okozott keloidot. A két másik negativ eredményű betegen nem volt még módom a kisérlet megismétlésére.

Mennyi időre az izgatás után keletkezik a keloid? E kérdésre nehéz pontosan felelni, mert mindenkor kissé a megfigyelőtől is függ, hogy egy elődomborodó heget már keloidnak mond-e. Azonban van e kisérleti leírásokban egy többékevésbé szembeötlő körülmény, mely a meghatározást megkönnyíti. Ez a következő.

A kisérlet megejtése után erős lobos tünetek időszaka következik be. Az étetőszer mineműsége szerint hólyagos, pörkös folyamatok, melyeket kisebb-nagyobb lobgát környékez. Ez a környező lobos folyamat bizonyos idő mulva csökken, a lobgát élénkpiros színe halványabbá, majd barnássá lesz, a pörk leválik, a pörk alatti beszüremkedés felszívódik. Egy szóval vagy teljes, vagy megközelítőleg teljes nyugalom áll be. Az étetés helye visszasimul a bőr szintjébe, tömöttsége múlik. Ez a megnyugvás olyan is lehet, hogy a folt ránczos felületűvé, szinte atrophiássá lesz. Azonban lassanként megindul egy új elődomborodás, kiemelkedés, melyet nem kisérnek (mint az elsőt) acut lobos tünetek. Az elődomborodás lassanként fokozódik, a kiálló folt felülete reczéssé és huzalossá válik, széléről pedig finom nyúlványokat bocsát. Körülbelül ugyanezen időben panaszkodott a betegek egy része húzó és szúró fájdalmakról a kisérleti helyeken.

Véleményem szerint ezen, a megnyugvási stadiumot követő újólagos kiemelkedést kellene a tulajdonképpeni keloidos folyamat kezdetének tekinteni.

Természetesen az egyes stadiumokat nem minden esetben tudtam ily pontosan megkülönböztetni, mert az elsődleges lobos tünetek olykor sokkal tovább húzódtak el.

Fontosnak azért tartom, mert a trauma és a keloidképződés között fekvő nyugalmi állapot a spontan keloidok ok nélkül való látszólagos keletkezését jobban tudná megértetni. Régebben történt kicsiny trauma a beteg emlékezetéből annál inkább kieshetik, mert közte és a keloid kezdete között a localis tünetek egy ideig hiányzottak.

A harmadik csoportba helyezett kórtörténetek alapján felállíthatjuk ezt a tételt: a *hyperthyreosisos betegeknek keloidra való praedisponált voltát kisérletileg is be lehet bizonyítani.*

* * *

A pajzsmirigyet tekintik általában azoknak a tüneteknek alapjául, melyeket föntebb hyperthyreosis és Basedow-kór czímen emlegettünk. Nem érzem magam illetékesnek abba a vitába avatkozni, mely azon kérdés körül forog: vajjon a thyreoidea fokozott működése megmagyarázza-e kellőképpen a tüneteket, vagy pedig megváltozott mineműségű működést is fel kell tételezni e czélból? A hyper- és dysthyreosis még el nem döntött vitája ez. Tárgyunkra nézve nem elsőrangú fontosságú.

Ellenben fontosnak tartom a minket foglalkoztató főkérdés szempontjából annak megvizsgálását, vajjon nevezett kóros állapotokban a köztakarón mily más kóros tüneteket figyeltek meg és írtak le eddigelé.

A köztakarónak Basedow-kór eseteiben szereplő változásairól *Sattler* munkája (*Die Basedow'sche Krankheit.* Leipzig, Engelmann, 1909) ad igen tökéletes összefoglalást. A mondandókban teljesen őt követem.

A bőrön jelentkező vasomotoros tünetek (hirtelen kipirulás) igen gyakoriak. Ugyszintén a múló erythemák, melyek olykor localis temperatura-emelkedéssel vannak egybekötve. Igen ritkák a bőrvérzések, ellenben mindennapos a dermographismus s az urticaria factitia.

A Basedow-kór legközönségesebb tünetei közül való a hyperidrosis, mely olykor féloldali. Valószínűleg ezzel van összefüggésben a bőr elektromos ellenállásának csökkenése.

Ritkábbnak mondott — a mi tapasztalásunk szerint eléggé gyakori — az urticaria. Egyszeri, futólagos rohamtól az esztendőkön át mindig ismétlődő alakig, körülírt, kis helyen megjelenőtől az egész testfelületet elborítóig mindennemű változatban figyelték meg.

A pruritust *Sattler* ritka tünetnek mondja. A mi kórtörténeteinkben ellenben gyakori. Ő maga is feltünőnek tartja, hogy Basedow-kóros viszketés eseteiről keleti Németországból és Ausztriából sokszor kapott adatokat, míg nyugatról jóformán soha. Ugy látom, nálunk még gyakoribb, mint közvetlen nyugati szomszédjainknál.

A Basedow-kórban megfigyelt ritkább bőrelváltozások közül felemlítendők a multiplex teleangiectasiák, az erythema nodosum és a herpes zoster. Ezekkel ellentétben igen gyakori a vitiligo. A szerzők adatai szerint körülbelül minden ötödik esetben találhatók. Igen gyakoriak az abnormalis pigmentatiók is. *Sattler* a szerzők adatainak összegezéséből a Basedow-kóros betegeknek 18%-ára becsüli ezt a bőrelváltozást. Még többször látni defluvium capillorumot: az eseteknek 23%-ában. Van az idetartozó alopeciák között egy olyan, mely *Walsh* megfigyelései szerint veleszületett.

Ritkák a trophiás zavarok a körmökön meg a fogakon. Leirattak multiplex neurofibromák, továbbá valóságos kisebb fibromák a bőr alatti kötőszövetben. Megemlítendők a *Quincke*-féle oedemák, továbbá más futólagos oedemák és tömött duzzanatok a bőr szövetében és végül az alsó testfélre szorítkozó lipomatosis, a melynek egy példáját fentebb a 3. sz. kórtörténetben mutattuk be. A *Dercum*-féle betegséggel való combinatio szintén leiratott. Sokkal közelebbi viszonyban áll a Basedow-kórral a sclerodermia. A szerzők egy része a pajzsmirigyelváltozással hozza okozati összefüggésbe. Más részük pluriglandularis megbetegedésnek mondja. Eseteink közül a 38. sz. mutatja a két bajnak a combinatióját és számos más esetben írhattuk le a köztakaró kisebb-nagyobb részének feltűnő simaságát, viaszszerű voltát, kékes-vöröses elszínesedését, mely tünetek a sclerodermia kórképének is lényeges alkotórészei.

Látnivaló, hogy a Basedow-kór a köztakarónak többféle elváltozásával járhat. Ezek közül némely kóralak gyakorisága kizárja a véletlen egybeesés lehetőségét.

Saját megfigyeléseink alapján a basedowos, illetve hyperthyreosisos kórformák még egy bántalommal szoktak szövődni: a keloiddal. Az irodalomban a bevezetésben említetten kívül csak két idevágó megfigyelésre találtam: *Rosenthal* (Berlin) „Striae distensae et keloideae" czím alatt (Ikonographia Dermatologica, Fasc. VII.) veleszületett keloidszerű heges kötegekről szól, melyek a homlokon és a haj-

zatos fejbőrön székelnek. A szerző a foetalis életből származottnak mondja. A betegnek Basedow-kórja is van. A szerző azt hiszi, hogy a méhen belüli életben talán myxoedemája volt a betegnek, ennek nyomán fejlődött ki a feszített bőrön az elváltozás.

Sattler (l. c. 280. old.) egyik Basedow-kóros betegéről írja, hogy herpes zoster után tömött, erősen előálló, élénkpiros keloidszerű hegek támadtak a hólyagok helyén.

Saját megfigyeléseink szerint az első és második csoportban összesen 46 hyperthyreosisos betegen találtunk keloidokat, illetve tudtuk ilyennek képződését megfigyelni s 13 esetben sikerült hyperthyreosisos egyéneken keloidot kisérletileg előidézni. Ezen jelentős számú megfigyelés alapossá teszi a tételt: *a hyperthyreosis és keloidképződés között okozati összefüggés forog fenn.* Harmadik csoportbeli kisérleteink pedig alapjául szolgálnak annak a tételnek, hogy: *a hyperthyreosis alkotja a keloidra való praedispositiót.*

Irodalom. [1] *Heinrich Trawinski*: Archiv für Dermatologie, 96. kötet. — [2] *Schütz*: Archiv für Dermatologie, 29. kötet. — [3] *Warren*: Archiv f. Dermatologie, 1. kötet. — [4] *Thorn*: Archiv f. klin. Chirurgie, 51. kötet. — [5] *Wilms*: Beiträge z. klin. Chir., 51. kötet. — [6] *Joseph*: Handbuch der Hautkrankheiten von Mražek. — [7] *Schramek*: Archiv f. Derm., 99. kötet. — [8] *Perrin*: Annales de Derm., 1903. — [9] *Lenglet*: Annales de Derm., 1903. — [10] *Beurmann* és *Gougerot*: Annales de Derm., 1905. — [11] *James Newins Hyde*: Journ. of Cut. Diseases, 1897. — [12] *Hallopeau* és *Francois-Dainville*: Société de Derm., 1909. — [13] *Trimble*: Journ. of Cut. Diseases, 1911. — [14] *Krzystalovicz*: Monatshefte für prakt. Derm., 49. kötet. — [15] *Pusey*: Principles and practice of Derm., 1911.

A csonkított, béna és beteg katonák ügye.

(Folytatás.)

11. §. Az utókezelő gyógyintézet igazgatója.

Az igazgató az egész intézetet vezeti, működését irányítja. Az igazgatónak van alárendelve az egész polgári személyzet s ha a katonai hatóság az intézet parancsnokává nevezi ki az igazgatót, úgy a kirendelt katonai felügyelőszemélyzetnek is ő a parancsnoka.

Az igazgató határozza meg minden alkalmazott hatáskörét, ellenőrzi őket és felelős az egész intézet működéséért. Ő alakítja meg az utókezelő gyógyintézet (chirurgikus, orthopaediai, odontoorthopaediai, thermotherapiai, electrotherapiai stb.) osztályait, megállapítja az intézeti házirendet, napirendet és munkarendet, ellenőrzi az orvosi és ápolószemélyzetet. Időnkint megjelenik az osztályvezető-főorvosok beteglátogatásain.

Az igazgató őrködik az intézet hygienés viszonyai felett. Gyakran és váratlanul meggyőződést szerez az intézetbe felvettek mikénti elhelyezéséről és ápolásáról s különösen a tisztaságról, a fűtés és világítás szabályszerűségéről és a házirend megtartásáról. Ellenőrzi az intézeti élelmezést, időnkint meggyőződést szerez az ételek és italok minőségéről, a használt edények állapotáról és az ételek mikénti elkészítéséről. A kötszerek és egyéb gyógyanyagok felhasználását ellenőrzi. Járványos betegségek előfordulása esetén erről a Hivatalnak és az illetékes polgári hatóságnak jelentést tesz. Felveszi a Hivatal által az intézetbe utalt katonákat, sürgős esetben pedig utókezelésre szorulókat maga is befogadhat.

Az igazgató elnöke az intézeti felvevő és kibocsátó bizottságnak és ennek javaslata alapján dönt saját felelősségére.

Figyelemmel kíséri az intézetbe felvettek ápolásának időtartamát s felelős azért, hogy a sérültek ne maradjanak tovább az intézetben, mint szükséges és hogy a gyógyíthatók addig ne távozzanak, míg minden lehető meg nem történt javulásuk érdekében. Ha az ápolási idő 11 hónapot meghalad, erről a Hivatalnak esetről-esetre jelentést tesz.

Az igazgató állapítja meg a tűz esetén követendő eljárást.

Utalványoz és ellenőrzi a pénz, vagyon és az értékposta kezelését, de a tennivalókat az utalványozás kivételével másra is bízhatja.

Az igazgató vezetője az intézet irodájának, beosztja oda a személyzetet, felelős a beadványok pontos elintézéséért és az egész irodai ügymenetért.

Az igazgató a hivatalnak jelentést tesz és pedig:

1. naponkint a kezelés alatt állók és az üres ágyak számáról;
2. hetenkint a közel-jövőben előreláthatólag megüresedő ágyak számáról;
3. havonkint az osztályokról, az azokba beosztott orvosi személyzet számáról és minden egyesnek munkaköréről, továbbá az intézetbe felvett és onnan távozó katonák számáról és az elért gyógyulási eredményekről.

12. §. Az osztályvezető főorvos.

Az osztályvezető főorvos gondoskodik az osztályában elhelyezett betegek ápolásáról és kezeléséről. Megállapítja az alája rendelt másodorvosok munkakörét, felosztja köztük a betegeket, vezeti a betegek gyógykezelését. A betegkezelést illetőleg saját felelősségére önállóan intézkedik, egyébként a kórházigazgatónak van alárendelve.

Tagja az intézet felvevő és kibocsátó bizottságának, a hol a kezelésre nézve, elbocsátáskor pedig a kiállítandó bizonyítvány orvosi részének szövegezésére nézve javaslatot tesz.

Az osztályvezető főorvost a Hivatal az utókezelést és tanítást igénylő sebesült katonák kiválasztására kórházakba, lábbadozó osztagokhoz, üdülő otthonokba stb. küldheti ki.

Az osztályvezető főorvos esetleges további teendőit az intézet igazgatója állapítja meg.

13. §. A másodorvos.

A másodorvos a betegeket az osztályvezető főorvos utasításai szerint kezeli. A főorvos reggeli látogatása előtt megvizsgálja a súlyosabb betegeket, hogy állapotukról jelentést tehessen s ezeket a betegeket délután is felkeresi. Az osztályvezető főorvost távollétében az ezzel megbízott másodorvos helyettesíti. Az intézeti igazgató által megállapított sorrendben a másodorvosok ügyeletes orvosi szolgálatot teljesítenek.

A másodorvos egyéb teendőit az intézet igazgatója állapítja meg.

14. §. A mesterséges testrészeket előállító műhely személyzete

A műhely személyzete a következő:

1. irányító főorvos;
2. mintázó főorvos;
3. administrativ és technikai igazgató;
4. műhely-osztályvezető;
5. munkások.

15. §. Az irányító főorvos.

Az irányító főorvos a Hivatal jóváhagyásával megállapítja a gyártandó mesterséges testrészek szerkezetének rendszerét és a mintázó főorvosnak és segédeinek, valamint a műhelynek tevékenységét orvosi szakszempontból irányítja. Figyelemmel az egyesek csonkjának állapotára, az irányító főorvos állapítja meg, hogy a gipszminták milyen sorrendben készíttessenek és ezen minták alapján milyen egymásutánban állíttassanak elő az ideiglenes és végleges mesterséges testrészek. Rendszerint jelen van a mesterséges testrészek feladásakor is.

16. §. A mintázó főorvos.

A mintázó főorvos a hozzá küldött amputáltnak csonkjáról gipszmintát készít s egyszersmind azt, a kiről mintát készít, beiratja a mintázottak törzskönyvébe. A törzskönyvben minden mintázott külön számot nyer, mely egyszersmind az elkészült mesterséges testrész száma is. Erről a számról a mintázottak czédulát kapnak, hogy ennek alapján a mesterséges testrészszel kapcsolatos minden ügyben a mintázottak törzskönyvének megfelelő számára hivatkozhassanak.

Az elkészült mesterséges testrész a mintázó főorvoshoz szállítólevéllel küldetik, a ki azt az amputáltra feladatja, az

esetleg szükséges módosítást elrendeli, a megfelelőt pedig átadja, az átadás megtörténtét a szállítólevélen igazolja s ugyanott az átvételt a csonkítottal is elismerteti. Ha később merülne fel módosítás szüksége, akkor az amputált a mintázó főorvoshoz fordul, ki abban az esetben, ha a javítást szintén indokoltnak tartja, erről igazolványt ad, melynek alapján a műhely a módosítást elkészíti.

20. §. Fogtechnikai laboratorium vezetője és tagjai.

Az utókezelő gyógyintézet odonto-orthopaediai osztályával kapcsolatban fogtechnikai laboratorium szervezhető, melynek czélja az állkapocs-sérüléseknél előforduló állkapocs- és foghiány-pótlás, valamint az állkapocs-sérülések kezeléséhez szükséges készülékek előállítása. Vezetője a laboratorium-vezető főorvos vagy fogtechnikus, ki alatt a technikai segédszemélyzet működik.

21. §. A rokkant-iskolai személyzet.

A rokkant-iskolai személyzet a következő:

1. a rokkant-iskolai igazgató;
2. az elemi és polgári iskolai, és az általános ismeretekre oktató tanfolyamok vezetője;
3. elemi, polgári iskolai és gyógypaedagogiai tanítók;
4. a műhelyfőnök;
5. a művezetőmester;
6. más szaktanfolyamok vezetője;
7. rokkant-iskolai orvos.

28. §. A rokkant-iskola orvosa.

A rokkant-iskola orvosa az iskola egészségügyi viszonyai felett őrködik, a rokkantak elhelyezését, élelmezését hygienikus szempontból ellenőrzi, járványos betegség előfordulta esetén erről a rokkant-iskola igazgatójának azonnal jelentést tesz és a sürgős orvosi intézkedéseket saját hatáskörében foganatosítja.

Naponkint beteglátogatást végez, a gyengélkedőket kezeli, a súlyosabb betegeknek megfelelő gyógyintézetbe való szállítása iránt javaslatot tesz. A rokkant-iskola tanítószemélyzetét támogatja abban, hogy a csonkítottakat a mesterséges testrészekhez idomuló szerszámok és egyéb orthopaediás segédeszközök használatára megtanítsák, a bénák számára pedig a bénult testrészhez idomuló szerszámokat készítsenek s őket azok használatára begyakorolják.

A rokkant-iskola orvosa valamely közeli utókezelési gyógyintézet fő- vagy alorvosa is lehet.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

J. L. Pagel's Einführung in die Geschichte der Medizin in 25 akademischen Vorlesungen. II. Auflage. Durchgesehen, teilweise umgearbeitet und auf den heutigen Stand gebracht von *Karl Sudhoff* in Leipzig. Berlin, 1915. S. Karger. XVI + 616 lap. Ára 22 márka.

17 év előtt látott napvilágot *Pagel*-nek, az orvostörténelem berlini tanárának tankönyve. Megjelenését nyomon követte a szakemberek elismerése és dicsérete s a könyv gyors elterjedése. Egy második kiadás megjelentetésének szüksége már mintegy tíz év előtt merült fel. Ebbeli terveivel *Pagel* halálsejtelmekkel telt utolsó életéveiben csakugyan foglalkozott is; de, fájdalmunkra, 1912-ben meghalt, a nélkül, hogy terveit beválthatta, a nélkül, hogy óhajunkat megvalósíthatta volna. Az új kiadás létrehozását az orvostörténelem nagymestere: *Sudhoff* vette a kezébe. Nevének jelentősége az új kiadás czímlapján nemcsak külsőségesség; mert ha szemügyre veszszük a munkát és összehasonlítjuk az első kiadással, csakhamar rájövünk, hogy *Sudhoff* sorról-sorra haladt a munka alapos revisiójában. *Pagel* könyve 17 év előtt a kor magas színvonalán álló könyv volt. Ennyi idő alatt azonban sok mindennek lett más a formája az orvostörténelemben. Csak az, a ki maga is végigélte és nézte mindazt, a mi e tudomány mezején az utóbbi 15—20 év alatt történt, csakis az fogja méltányolva látni, mi mindennel lett az gazdagabb. És csodálattal kell hogy lássa, hogy a gazdagításban mennyi része van *egy* embernek: *Sudhoff*-nak. Alig van az orvostörténelemnek egy olyan területe is, melybe ő ne vetett volna be új magokat. És hány oly terület van, a melyben gyomlált s a melyet megtisztított közkeletű, inveterált igazságoknak tartott tévedésektől. *Sudhoff* előtt az orvostörténelmet úgyszólván kizárólag irodalmi alapon művelték és fejlesztették; egyedül a philologia volt az, a melyet az orvostörténelem itt-ott tanácsadásra és közreműködésre szólított fel. *Sudhoff* azonban belevonta az archeologiát, a praehistoriát, az anthropologiát, a papyruskutatást, a folkloristikát stb. s ezzel mérhetlenül kiszélesítette a teendők birodalmát. A munkaczélt, munkálkodási módszert, munkarendet — mindezt ő állapította meg; s ő rendezte be a vezetése alatt álló és fejedelmileg dotált lipcsei egyetemi orvostörténelmi intézetben azt a nagyszabású tudományos üzemet, melyben orvostanhallgatók és orvosok, köztük még nem régen külföldiek is, valamint a gyakorlati évükből három hónapot ezen intézetben eltölteni feljogosított fiatal orvosok az általa szitott lelkesedéssel, a tőle megkivánt komoly exaktsággal vesznek részt.

Mindezen elmondottak szolgáljanak illusztrálásául annak a bővítésnek és javításnak, a melyet *Sudhoff* kezének köszön *Pagel* tankönyve. Mert *Sudhoff* e könyv javára kiadta hosszú évekre visszanyúló munkásságának legértékesebb eredményeit, bőkezű módon a még közzé sem tett eredményeket is. A klasszikus kor előtti időszak teljességgel át van dolgozva és kibővítve. A középkorban egész fejezetek újra íródtak, úgyszintén a renaissance-ban is. Bővítésben is volt része a könyvnek, a mennyiben *Sudhoff* sok helyütt a XX. századba is átcsap. Uj része a munkának az orvostörténelmi kutatás fejlődésének a vázlata. S a mi bennünket magyarokat közelről érdekel: gondoskodás történt róla, hogy a hazai adatok, főleg az utolsó száz esztendőről, szintén beilleszttettek a tárgyalás menetébe.

A kiadó Karger-czég a munkát gondos és szép kiállításban jelentette meg. *Győry.*

Lapszemle.

Belorvostan.

Appendicitis és typhus. *Wolfsohn* az utóbbi hónapokban nagyobb számmal észlelt a vezetése alatt álló tábori kórházban olyan appendicitis-eseteket, a melyekben a kórkép több tekintetben eltért az appendicitis megszokott kórképétől. A beteg külseje feltünően jó, csaknem viruló; a pulsus jó, szaporasága a hőmérséknek megfelelő; a hasfalizomzat feszessége hiányzik, még a vakbél táján is; egyéb „peritonealis“ tünetek sincsenek, makacs hasmenés áll azonban fenn és a lefolyás elhúzódó, lázas. 12 ilyen esetben a szerző várakozó álláspontot fogtak el, közülök 10-ben azonban később mégis műtétre határozta el magát, mert a vakbéltáji fájdalom és a lázas hasmenés nem akart megszűnni. A műtét alkalmával a féregnyújtvány nyálkahártyáján talált elváltozások csekélyek voltak. Kis vérzésekből és felületes erosiókból állottak; 3 esetben a serosa kissé megvastagodott és injiciált volt. A műtét után a tünetek valamennyi esetben eltűntek: a láz, a hasmenés, a meteorismus megszűnt, az általános állapot javult; a betegek 10—14 nap alatt teljesen meggyógyultak. Minthogy e tünetek alapján typhus fennforgására is lehetett gondolni, ismételten megvizsgálták a betegek bélsarát, vizeletét és vérét, de mindannyiszor negativ volt az eredmény. Később azután 5 esetben a féregnyújtvány belső falazatán typhus-bacillusokat sikerült kimutatni, daczára annak, hogy az illető esetekben a bélsár, a vizelet és a vér nem tartalmazott typhus-bacillusokat. Ennélfogva a jelzett eseteket úgy

értelmezi a szerző, hogy tulajdonképpen enyhe typhusinfectióról van itt szó, a typhus-bacillusok azonban csak a féregnyújtványban telepedtek meg, létrehozva az appendicitis tüneteit. A typhus-infectio enyhe voltának magyarázatára két felvétel lehetséges: az egyik az, hogy a bacillusok virulentiája valami okból csökkent volt, ezt azonban a mostani viszonyok közepette nem lehetett még eléggé megvizsgálni; a másik felvétel pedig az, hogy valamennyi esetben katonáról, tehát typhus ellen védoltott egyénről volt szó, s ezért volt ilyen enyhe a typhus-infectio. (Berliner klin. Wochenschrift, 1915, 33. szám.)

Vörös fénynyel kezelt súlyos tüdőgümőkór-esetekről számol be a bonni belklinikáról *Gerhartz* tanár. Ugy a tüdőbeli folyamat, mint az általános állapot a legtöbb esetben javult, de maga a szerző is megjegyzi, hogy ez a véletlen műve is lehet. Az állatkisérletek eredményei mindenesetre arra utalnak, hogy a vörös fénynek lehet valamilyen hatása a gümőkóros folyamatra. (Münchener med. Wochenschrift, 1915, 35. sz.)

A typhus-ellenes védőoltások utáni kóros állapotokról ir *Matko* a bécsi 1. sz. helyőrségi kórházban tett tapasztalatai alapján. Ismeretes, hogy typhus-ellenes védőoltások kapcsán beállott kóros állapotokat már többen leirtak. Igy észlelték tüdő- és pleuraaffectiók, vesegyuladások újból fellobanását, izületi gyuladások, neuralgiák, venathrombosis jelentkezését, meglevő betegségek (főleg szivneurosisok) rosszabbodását. A némely esetben észlelt, többnyire lázzal, fejfájással és elesettséggel járt kórképet *Schlesinger* abortiv typhusnak tartja. A bőr részéről is láttak tüneteket: urticariát, erythemát. A szerző anyaga 61 esetet ölel fel, a melyek kb. 3000 védoltott közül rekrutálódtak. Valamennyi esetben többé-kevésbé erős általános reactio volt jelen az oltások után; e reactio lázban és fej-, tag-, izület-, kereszt- meg mellfájdalmakban nyilvánult. 9 esetben izületcsúzt észlelt, a mely egy eset kivételével jóindulatúnak bizonyult és átlag hét nap alatt megszűnt; a csúz salicyl- és elektrargol-kezeléssel nem igen volt befolyásolható, de nagyon jól reagált forrólevegő-kezelésre. 4 esetben nephritis tünetei mutatkoztak. 3 esetben a latens tüdőcsúcsfolyamat múlólag fellobbant, 1 esetben pedig tartós rosszabbodásba (miliaris tuberculosis fejlődése) ment át az oltás után fellobbant folyamat. Egyébként rövid ideig tartó bronchitis diffusa csaknem minden esetben volt. 35 esetben erős hasmenés állott be, 2 esetben pedig a latens dysenteria fellobbant. Feltűnően sok esetben fordult elő az egész felső hastájék erős fájdalmassága; a máj nyomásra nagyon érzékeny volt, 4 esetben a lép megnagyobbodott, 5 esetben roseola volt észlelhető, a mely a mily gyorsan jött, oly gyorsan el is tűnt. Scarlatinaszerű kiütést 3 esetben észlelt a szerző, mindannyiszor 24 órával a második oltás után; 24 óra mulva nyomtalanul, hámlás nélkül eltűnt; e három esetben meglehetősen súlyos volt a kórkép, az elég magas, 39°-ig terjedő láz csak a 4. napon szűnt meg. 1—1 esetben kanyaróhoz, illetve erythema nodosumhoz hasonló exanthema fordult elő. 2 esetben az indolens lágyékmirigyduzzanatok fájdalmasan megnagyobbodtak hosszabb ideig elhúzódó láz kiséretében. 11 esetben typhushoz hasonló, elég súlyos kórkép fejlődött, a melyet toxinmérgezésre vezet vissza a szerző és typhotoxicosisnak nevez. A Fickerreactio 8 eset kivételével erősen positiv lett az oltás után, még pedig hosszabb időre; csak két esetben, a melyekben súlyos szövődmények voltak, vált az előzőleg erősen positiv Ficker-reactio negativvá már 4 nappal a második befecskendezés után. Némely esetben a védőoltás után erős *Ehrlich*-féle diazoreactiót észlelt a szerző, a ki azon a véleményen van, hogy a typhus-ellenes védőoltás folytán nem csupán bacteriumölő és antitoxikus anyagok jelennek meg a vérben, hanem a nyirokapparatusban, főleg a bél nyirokrendszerében is sajátságos változások mennek végbe, úgy hogy ezek eredményeképpen gyorsabban és erősebben tud reagálni a typhusbacillusok, illetve toxinjaik ellenében. Tekintve a typhusellenes védőoltások fényes eredményeit, a jelzett kellemetlen mellékhatások nem szabad hogy visszatartsanak az igénybevételüktől. A magángyakorlatban azonban jó lesz esetleges kellemetlenségek megelőzésére felhívni a figyelmet az esetleges káros mellékhatásokra. A szövődmények beálltának lehetősége miatt pedig az oltások után néhány napra pihenést kell ajánlanunk. Még megjegyezzük, hogy a szerző eseteiben a védőoltás a *Besredka* anyagával történt. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1915, 34. és 35. sz.)

Sebészet.

A törött vágtagok rögzítésére és nyújtására szolgáló új eljárását irja le *Fischel*. A rögzítésre szabályosan perforált, könnyű, lágy czinkbádogot használ, melylyel a végtagot kézelő módjára veszi körül és azt dróttal erősíti össze. A kötés lényege abban áll, hogy nemcsak a törés helye felett és alatt helyez el egy-egy manchettát a végtagon, hanem a két szomszédos izületen túl is egyet-egyet s e négy manchettának egy megfelelő hosszú bothoz — esetleg fegyverhez — való hozzádrótozásával teljes nyugalomba hozza a végtagot. A manchettákat az ép oldali végtagról vett mérték szerint megfelelő hosszú darabokra vágjuk, akár egy egyszerű kötszerollóval, és a perforált nyilásokba befűzött drót összecsavarásával szorítjuk össze; a rögzítő sín odaerősítése szintén igy történik.

Fedett törés esetén nem szükséges levetni a sérült ruháját, mert ez lesimítva vatta gyanánt szolgál.

A helyesen feltett manchetta pontosan alkalmazkodik a végtaghoz, nem tolható el, de nem is strangulál. A kúpalakú czombra a trapézalakú, míg a lábszárra két keskeny manchetta a legalkalmasabb; ez utóbbiak közül az egyik a lábikra, a másik a boka fölött van. Ügyelni kell arra, hogy a manchetták szélei ne a tibia éle fölött találkozzanak, továbbá, hogy a bokák jól ki legyenek párnázva.

A nyújtást úgy eszközöljük, hogy a rögzítő fasinbe megfelelő helyen bemetszéseket ejtünk és ezekbe illeszkednek a rögzítő sodronyok. Nyújtáskor mindig distalis irányból kell kezdeni a rögzítést.

Czombcsonttörés esetében a medencze rögzítésére 25 cm. széles, 1 m. hosszú perforált lemez szolgál, ezenkívül egy széles manchetta jön a czombra és 2 kb. 10 cm. szélességű a lábszárra; ez esetben a nyújtást igen jól lehet a fegyver felhasználásával eszközölni.

Ez eljárás jóval egyszerűbb az eddigieknél, továbbá sem segédletet, sem szakértelmet nem igényel, a drága kötszerek megtakaríthatók és biztos, fájdalomnélküli nyugalmat szerez a sebesültnek. Elvégzése 10—12 percznél többet nem igényel, miért is az első segélynyújtás czéljainak kitünően megfelel. Midőn a szerző a hadügyministerium megbízásából eljárását bemutatta, a bemutatás napjának reggeli óráiban egy tisztiszolga segélyével 19 rögzítő és nyújtókötést tett fel, melyek közül 13 czomb-, 3 lábszár- és 3 térd-lövés okozta törés volt. (Der Militärarzt, 1915, 19. sz.) *M.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Mekonal néven egy új altatószert ajánl *Schmidt*. Nem más, mint a morphium, a veronal és az aspirin összetétele. Tabletták alakjában kerül forgalomba; minden egyes tabletta 3 milligramm morphium hydrochloricumot, 15 centigramm natrium diaethylbarbituricumot és 30 centigramm acidum acetylosalicylicumot tartalmaz. Nőknek és gyengébb férfiaknak elegendő 1 tabletta, erősebb férfiaknak 2 adható. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 30. szám.)

Epekőbetegség több esetében *Savini* docens jó eredménynyel használta az *aphloin*-t (extractum aphloiae toeformis fluidum), a melyből 4-szer adott naponként eleinte 10—10 cseppet s azután lassan fokozta az adagot 15—15 cseppig. Ha a tünetek már elmúltak, prophylactice adta a szert kisebb adagban (30—40 cseppet naponként) havonként 15—20 napon át. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1915, 30. szám.)

Thyangol néven pastillák jöttek újabban forgalomba, a melyek *Collischonn* szerint főleg fertőzéses torokbajokban igen jó szolgálatot tesznek. Összetételük a következő: anaesthesin 0·03, phenacetin 0·08, thymol, menthol, ol. eucalypti aa 0·0015, gummi arabicum qu. s. (Medizinische Klinik, 1915, 30. szám.)

A dispargen új ezüstcolloid *Wirgler* szerint nagyon jól helyettesíti a Clin-féle electrargolt. 30% fémezüstöt tartalmaz. 2%-os oldatából 2—5 cm^3 fecskendezendő be. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 25. szám.)

Csunya hegek és keloidok ellen *Kaminer* nagyszámú esetben igen jó eredménynyel használta a radiumkezelést. (Berliner klin. Wochenschrift, 1915, 18. szám.)

Heveny izületcsúz 25 súlyos esetében *Jonasz* kalmopyrin-klysmákkal tett kisérletet, feltünő jó eredménynyel. A kalmopyrin — a melyet a *Richter* budapesti czég állit elő — az acetylsalicylsav calciumsója. A szerző úgy járt el, hogy kétnaponként adott egy klysmát (8 gramm kalmopyrin 200 gramm langyos vízben oldva), előzetes tisztító klysma után. Többnyire 6—7 ilyen klysma elegendő volt a betegség lekűzdésére. Ha 6—7 klysma után némi láz még fennáll, még néhány klysma adható 4 gramm kalmopyrinnel. Opiumot nem kell a klysmához adni, mert a kalmopyrin calcium-componense némileg úgy hat, mint az opium. Kellemetlen mellékhatások sohasem mutatkoztak, még fülzúgás sem (két esetben 5 gramm natrium salicylicumnak klysma alakjában adása után erős fülzúgás jelentkezett). Szövődmény a szív részéről eddig még egy esetben sem fordult elő. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1915, 20. szám.)

A szénaláz ellen már többek által ajánlott chlorcalcium-kezelésnek (Rp. Calcii chlorati crist. 100·0; Aquae destill. 500·0. M. D. S. Naponként 3-szor kávéskanálnyit étkezéskor) *Seifert* szerint az a hátránya, hogy a legtöbb esetben nem lehet elég hosszú ideig folytatni a beteg megundorodása és a fejlődő gyomorzavarok miatt. A Merck-gyár ezért újabban chlorcalcium-kompretteket gyárt, a melyek kellemes ízűek, a betegek nagyobb mennyiségben (naponként 8—10 darab) is szívesen veszik és gyomorzavarok sem mutatkoznak a használatuk nyomán. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 27. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1915, 38. szám. *Hajdu Lili*: Az organotherapia alkalmazása a dementia praecox kezelésében. *Porosz Mór*: A hadi venerologia köréből.

Budapesti orvosi ujság, 1915, 38. szám. *Höncz Kálmán*: Az arczfájdalmak stomatologiai szempontból.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Kaiser József* dr. kistapolcsányi körorvost tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

Választás. *Máthé Ernő Pál* dr.-t Gindlicsaládon körorvossá választották.

Meghalt. *Nemes Károly* dr., székesfővárosi fogorvos 53 éves korában. — *Friedmann Adolf* dr., tokaji járásorvos f. hó 16.-án. — *A. Oppel*, czímzetes tanár és első tanársegéd a hallei anatomiai intézeten, 53 éves korában.

Személyi hirek külföldről. Valóságos rendk. tanárok lettek: *W. Scholz* (Grácz, belorvostan), *G. Bayer* (Innsbruck, általános kórtan), *Fr. Nowotny* (Krakó, oto-rhino-laryngologia), *R. Nitsch* (Krakó, közegészségtan).

Hirek külföldről. A német bevitel megszünte miatt Olaszországban — éppúgy mint Angolországban — igen felszöktek az orvosságok árai. A karbolsav és a salicylkészítmények ára 1200%-kal, a brómkálié 800-zal, a phenacetiné 600-zal emelkedett. A sebészeti anyagok, kötőszerek, hőmérők, fecskendők is 50—200%-kal megdrágultak. — Az *Edinger* tanár vezetése alatt álló frankfurti neurologiai intézetet, mely eddig a *Senckenberg*-féle alapítvány keretében működött, az új frankfurti egyetemhez csatolták.

A budapesti orvosi kör országos segélyegyletébe befizettek: Deutsch Hugó, Kenyeres Balázs, Perlesz Ede, Kaczander József, Ponyiczky Elek, Frankl Áron, Kraemer Lipót, Schulek Alfréd, Strausz Adolf, Neustädter Frigyes, Patak Károly, Fejér Dávid, Hecht Adolf, Sternberg Géza, Csiky Ferencz, Szahlender Ferencz, Faller Gusztáv, Hertskó Adolf, Katona Gyula, Torday Béla, Gerő Mór, Fialovszky Béla, Gunsztler Mór, Hanke József, Schilling Árpád, Köhler János, Csermák Béla, Taub Ferencz, Szmik Gyula, Klein Mór, Karsay Zoltán, Grimm Ferencz, Boskovitz Mór, Balla Sándor, Szelessényi Zsigmond, Ángyán Béla, Biró Mór, Révész Vilmos, Braun Sándor, Darvas Sándor, Sebestyén Ödön, Feleki Sándor, Fried Samu, Fuchs Dávid, Scholtz Kornél, ifj. Glass Izor, Glass Rezső, Goldstein Adolf, Göbel József, Grassmann Arthur, Herczog Arnold, Welwart Simon, Pollák Mór, Walkó Rezső, Varga Géza, Váradi László, Moskovitz Ignácz, Thomka István, Maros Mór, Mann Mór, László Mór, Kovács Soma, Kerekes Ödön, Kincs Miksa, Iritz Samu, Kemény Salamon, Breuer Mór, Rosenauer Gusztáv, Nádor Henrik, Horváth Mihály, Viola Ignácz, Dadai Vilmos, Sóbányai Pál, Klein Arthur, Schimpl János, Gellért Kálmán, Heller József, Kiss Gyula, Ormos Béla, Breuer József, Weisz Mór, Wassermann Simon, Remenár Ede, Karosch Adolf, Horváth József, Feldmann Ignácz, Stark Miksa, Kelemen Mihály, László Izor, Kövesi Fülöp, Fodor Ignácz, Lefkovits Mór, Brünauer Ámbró, Szepessi Zsigmond, Csiki Mihály, Márkus Miksa, Baumhorn Ármin, Reichenfeld Márk, Bodon Károly, Dalnoki Viktor, Demkó Béla, Detre László, Deutsch Adolf, Rosenberg Jenő, Farkas Elemér, Fejér Gyula, Fuksz Dávid, Goldner Adolf, Groák Ernő, Weiszhaus Samu, Weisz Jakab, Planer József, Vizteleky Frigyes, Neuwirth Gusztáv, Nádas Lipót, Minich Károly, Márkus Jenő, Szász Hugó, Komlósi Béla, Kauffer Móricz, Zöller Dávid, Müller Samu, Rüll János, Weltmann Sándor, Kovács Péter, Weiner Dávid, Vincze Jenő, Pécsváradi József, Reisz Miksa, Róth László, Stein Oszkár, Lamberger Emánuel, Simkovics György, Pauncz Lipót, Kaldrovics Andor, Gobbi Gyula, Gyikos Béla, Firiczky János, Donáth József, Balogh Dezső, Stein Ferencz, Melcher Károly, Iritz Ignácz, Dávid Zsigmond, Szatmáry István, Wirtzfeld Béla, Nusser Lajos, Tamási Géza, Wettenstein Noe, Putz Jakab, Diamant László, Róth Márk, Kregczi Ottó, Láng József, Serédi Jenő, Kohn László, Stojakovits Jefta, Solt Lipót, Fodor Leó 4—4 kor. Adomány és tagdíjként befizettek még: Arday Károly 5, Kemény Gyula 6, Gottlieb Ede 2, Máté Dénes 3, Schöntag Samu 2, Weber Ignácz 6, Tripus-Pozsony 1, Khoór Dezső 5, Doktor Sándor 20, Pattantyús Ábrahám 5, Csatkay Ignácz 5, Löwensohn Izsó 12, Bácskay Béla 8, Vajda Géza 5, Szécsi Samu 3, Kovács Jenő 5, Thebusz Béla 10 koronát.

Katona József dr. pénztáros.

Mai számunkhoz a „*Chinoin*“ *gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t. (Dr. Kereszty és Dr. Wolf) Ujpest-Budapest* „**Arsotonin**“, „**Cadogel**“ és „**Sulfotin**“ készítményeinek prospectusa van mellékelve.

Lapunk mai számához *F. Hoffmann-La Roche & Co., Grenzach*, „**Sedobrol**“ czímű prospectusa van csatolva.

Lapunk mai számához **A „corrosol Egger“ antilueses hatásáról** szóló különlenyomat van mellékelve.

Mai számunkhoz *Richter Gedeon* budapesti vegyészeti gyárának prospectusa van csatolva.

„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.** — Kívánatra prospektus.

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyitó és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forrólégkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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

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

PÁLYÁZATOK.

127/1915 eln. sz.

Az igazgatásom alatt álló pozsonyi állami kórház szemészeti osztályán üresedésben levő, évi 1600 K fizetés, természetbeni lakás, fűtés, világítás és I. osztályú élelmezéssel javadalmazott **másodorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom ennélfogva az érdekelt orvostudor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 K-s bélyeggel ellátott s szabályszerüen okmányolt pályázati kérvényeiket hozzám **folyó évi október hó 4.-én délelőtt 11 óráig** annyival is inkább nyujtsák be, mert a később érkezett vagy kellően fel nem szerelt pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

Pozsony, 1915 szeptember 16.

Velits Dezső dr. s. k.,
udv. tan., tud. egy. ny. r. tanár,
igazgató.

291/1915. eln. sz.

Bihar vármegye közkórházánál **négy**, egyenként 1200 korona évi fizetés, élelmezés és teljes ellátással, valamint ennek elmebetegosztályán **két**, egyenként 1400 korona évi fizetés és teljes ellátással javadalmazott **segédorvosi állás** üresedett meg.

Felkérem a pályázni óhajtó orvos, esetleg orvosnövendék urakat, hogy Bihar vármegye főispánja, méltóságos *Miskolczy Ferencz* dr. úrhoz intézendő kérvényüket okmányaikkal felszerelve hozzám **folyó évi szeptember hó 28.-áig** adják be.

Az állás október hó 1.-én elfoglalandó.

Nagyvárad, 1915 szeptember 16.

Fráter Imre, igazgató-főorvos.

Orvosdoktor

több évi praxissal, keresztény, nőtlen, elvállal **azonnalra** orvosi helyettesítést vagy orvosi alkalmazást privatpraxisban, hadikórházban v. sanatoriumban. Megkeresések kéretnek: „Petőfi irodalmi vállalat“ Budapest, VII., Kertész-u. 16 czimén **„Dr. Z. Z.“** alatt.

A magyar királyi bakteriologiai intézet vizsgálatai alapján megállapitást nyert, hogy az egyetlen biztosan és gyorsan fertőtelenitő szappanfaj

Brázay „Antiparasit“

pipereszappana, mely még a typhus- és colibacillust és a staphilococcust is már egy percz leforgása alatt megöli.

Kapható mindenütt!

Készíti: **Brázay Kálmán szappangyára.** Budapesti raktár: **VIII., Baross-utcza 43. sz.**

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

Syrupus Colae comp. „Hell“

Csakis az eredeti készítménynyel, melyek teljesen átlátszó syrupvastagságú folyadékot képez, érhető el a kivánt 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 dijmentesen rendelkezésre áll.

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

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