59. évfolyam. 27. szám. Budapest, 1915 julius 4.

ORVOSI HETILAP

Alapitotta: 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.

Paunz Márk: Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházzal kapcsolatos egyet. gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., udv. tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) A gümős tracheobronchialis nyirokmirigyek áttöréséről a gyermekkorban. 361. lap.

Marschalkó Tamás: Közlés a kolozsvári tud.-egyetem bőrklinikájáról. Háború és venereás bántalmak. 365. lap.

Moravcsik Ernő Emil: A paranoiás elmekórformákról. 369. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Prof. Robert Bonnet*: Die Hand und ihr Ersatz. — *Wilhelm Wundt*: Die Nationen und ihre Philosophie. — *Lapszemle. Belorvostan Schmidt Adolf*: A gyomor-bélcsatornának a háborúban szerzett bajai s azok utókezelése. — *Sebészet. Kraske*: Haslövések esetei. — *Boerner*: Koponyalövések műtéti kezelése. — *Szülészet és nőorvostan. Langstein*: A koraszülöttek táplálása és növekedése. — *Bőrkórtan. Galewsky*: A fogolytáborokban szükséges tetűirtás. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Schütz*: A konyhasó használata hosszas lázas állapotokban. 370—372. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Budapesti orvosi ujság. 372. lap.

Vegyes hirek. 372. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházzal kapcsolatos egyet. gyermekklinikából. (Igazgató: Bókay János dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.)

A gümős tracheobronchialis nyirokmirigyek áttöréséről a légutakba a gyermekkorban.

Irta: ***Paunz Márk*** dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

A tracheobronchialis nyirokmirigyek gümős elfajulása a gyermekkorban rendkívül gyakori. Ha klinikailag nem is állapítható meg mindig könnyen ezen mirigyek gümős megbetegedése, sőt ez nagyon sokszor egyáltalában nem okoz feltünőbb klinikai tüneteket, mégis a tracheobronchialis nyirokmirigyek gümős elfajulása rendes kisérő tünete a tüdő összes gümős megbetegedéseinek és rendszerint fellelhető a gyermeki szervezet összes egyéb gümős megbetegedéseiben is (ú. m. tuberculosis miliaris-, meningitis tuberculosa basilaris-, csonttuberculosis-, béltuberculosisban és egyéb gümős megbetegedésekben). Ezt számos bonczolás eléggé bizonyítja.

A tracheobronchialis nyirokmirigyek gümős elfajulása gyermekekben — és kétségtelenül felnőttekben is — *majdnem mindig másodlagos*, azaz következménye a tüdő elsődleges gümős megbetegedésének. *G. Küss*[1] alapvető munkái a gümőkór betörési helyeiről a gyermeki szervezetben egészen világosan mutatják a tracheobronchialis nyirokmirigyek gümős elfajulásának keletkezése módját is. *G. Küss* állitásait újabban *H. Albrecht*[2] és *A. Ghon*,[3] legutóbb pedig *G. Hedrén*[4] vizsgálatai mindenben megerősítették.

Parrot[5] már 1876-ban a tüdő és a tracheobronchialis nyirokmirigyek kóros változásai között szabályszerű összefüggést mutatott ki. Ezen szabály szerint gyermekben, a kinek érintetlen szervei az ilyen vizsgálatokra sokkal alkalmasabbak, mint a felnőttekéi, nem található a tüdőnek semmiféle megbetegedése, a mely egyúttal a megfelelő tracheobronchialis nyirokmirigyekben ne okozna hasonló kóros változásokat; és viszont nem található kóros elfajulás a tracheobronchialis nyirokmirigyekben a tüdő hasonló változásai nélkül. Ezen törvény érvényes a gümőkórra is: *a tracheobronchialis nyirokmirigyek minden gümős elfajulása esetén a tüdő hasonló megbetegedése mindig fellelhető*; igaz, hogy a tüdő gümős megbetegedése néha nehezen mutatható ki és a gümős beszűrődési terület sokszor alig nagyobb gombostű fejénél, mindazonáltal *Parrot* számos bonczolása alkalmával azt mindig ki tudta mutatni.

G. Küss[6] és *H. Albrecht*, főként pedig *A. Ghon* beható vizsgálatai alapján a tracheobronchialis nyirokmirigyek gümős elfajulásának keletkezése módjáról a következő állapitható meg: *A gümős fertőzés* az esetek legtöbbjében *belégzés* által történik.

„*Küss* szerint a gümőbacillus belégzése gyermekekben a gümőkór egy sajátlagos alakját idézi elő, mely klinikailag ugyan nem állapitható meg, azonban tüzetes vizsgálattal a hullában mindig kimutatható. A gümőkór ezen alakjára jellegzetes, hogy kezdetben kicsiny, subpleuralisan fekvő gümős csomó támad, mely a tüdő környező egészséges szövetétől élesen elüt. Ezen állapotában évekig megmaradhat, miközben mindama visszafejlődési változásokon, a melyek a gümőkórban észlelhetők, áteshetik, avagy kifekélyesedik: a gümős csomó akkor ellágyul és tartalma valamely bronchuson át kiürülhet."

„A tüdőgócznak megfelelő nyirokmirigyek majdnem mindig gümősen elfajulnak és az elsődleges tüdőgócz és az elfajult nyirokmirigyek közti összefüggés nyilvánvaló."

„Az elsődleges tüdőgócz és a megfelelő táji nyirokmirigy közötti nyirokpályák azonban majdnem mindig egészségesek maradnak."

„*Küss* összes észleleteiből feltünően kiviláglik amaz aránytalanság, a mely az elsődleges tüdőgócz kicsisége és a nyirokmirigyek gümős elfajulásának nagy foka között fennáll."

Az elsődleges tüdőgócz kicsiny volta okozza, hogy sokszor állapitjuk meg a tracheobronchialis nyirokmirigyek elsődleges gümős megbetegedését oly esetekben, a melyekben az nem felel meg a valóságnak.

Bizonyára lehetséges, hogy a legfinomabb hörgőkbe bejutott gümőbacillus bekerülhet a nyirokáramba a nélkül, hogy magában a tüdő szövetében elsődleges gócz fejlődését megindítaná és csak a nyirokmirigyekben fennakadó bacillusok okozzák ezeknek gümős elfajulását. Ezen esetekben a nyirokmirigy elsődleges megbetegedésével van dolgunk, de meg kell jegyeznünk, hogy ezen esetekben is belégzés útján

[1] *G. Küss:* De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine. Paris, 1898, cit. *Ghon*-nál.

[2] *H. Albrecht*: Über Tuberkulose des Kindesalters. Wiener klin. Woch., 1909, 10. sz.

[3] *A. Ghon:* Der primäre Lungenherd bei der Tuberkulose der Kinder. Berlin und Wien, 1912. Urban u. Schwarzenberg.

[4] *G. Hedrén*: Path. Anatomie u. Infektionsweise der Tuberkulose etc. Zeitschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh., 1913, 73. köt.

[5] *Parrot*: Société de Biologie. Paris. Cit. *Ghon*-nál.

[6] *L. Ghon:* 2. és 3. old.

jön létre a fertőzés. De ezek ritka kivételek. *Ghon*[7] a tracheobronchialis nyirokmirigyek gümős megbetegedésének 184 esete között csak 14 olyan esetet talált, a melyben elsődleges tüdőgócz nem volt kimutatható. És ezen 14 eset között is csak 3 olyan akadt, a melyben a tracheobronchialis nyirokmirigyek gümős megbetegedése mellett sem a tüdőben, sem valamely más szervben semmiféle gümős gócz sem volt fellelhető. Azonban ezen három eset mindegyikében *Ghon* pleura-összenövéseket talált a gümős nyirokmirigyeknek megfelelő oldalon — az egyik esetben a tüdőszövetben gyanus heg is volt észlelhető — és így ezen esetekben is kétségtelenül a tüdő volt a fertőzés forrása.

Ugyane nézetet vallja 1060 gümőkóros gyermekhulla bonczolása alapján *H. Albrecht*, a ki azt hiszi, hogy az elsődleges gümős góczok a bronchusok legkisebb nyirokcsomóiban keletkeznek. Ezen nyirokcsomók a bronchiolusban, annak rostos szövetében ülnek és így a belégzés útján való fertőzésre szinte teremtve vannak.

Ha mindezek szerint a tracheobronchialis nyirokmirigyek gümős elfajulása nagyon gyakori, mindenesetre gyakoribb, mint azt általában hiszik, mégis ezen megbetegedés a klinikus figyelmét rendesen csak akkor kelti fel, ha feltünőbb jelenségeket okoz.

Nem lehet czélja ezen fejtegetéseknek a tracheobronchialis nyirokmirigyek gümős megbetegedésének általános kórtünettanát és kórjelzését tüzetesebben tárgyalni. Ez alkalommal csak azon tapasztalatokról akarok beszámolni, a melyeket a Stefánia-gyermekkórházban ezen mirigyeknek a légutakba való áttörésekor szerezhettünk.

Mielőtt ezt tenném, nem lesz egészen felesleges ezen mirigyek tájbonczolástani viszonyait röviden összefoglalni. A tájbonczolástani viszonyok ismerete a legfontosabb klinikai tünetek értelmezésére, nemkülönben a légutakba áttörő elsajtosodott mirigyek sebészi és bronchoskopiás kezelésére nélkülözhetetlen.

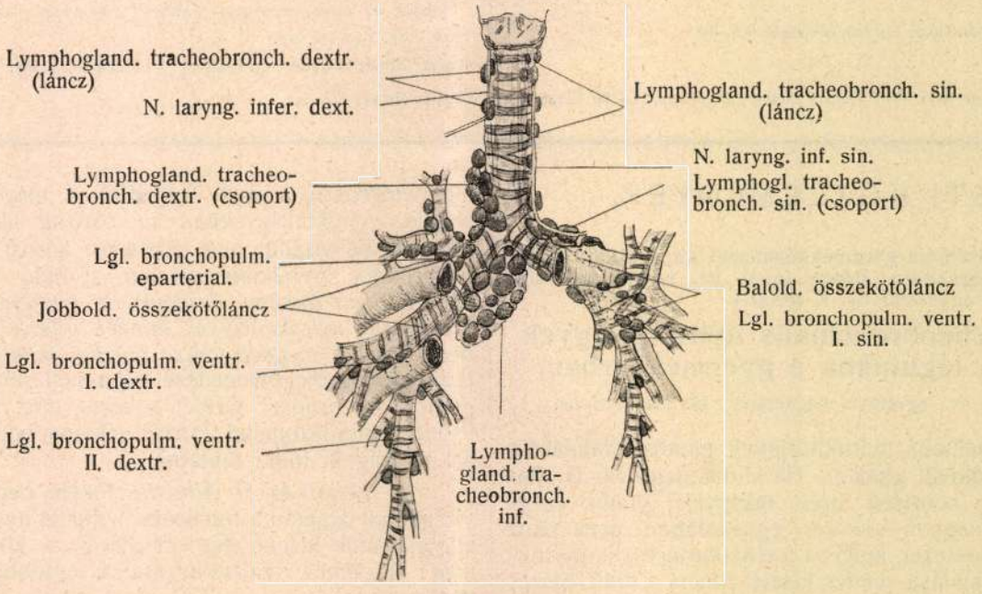
A következőkben *Sukiennikow*[8] nyomán ismertetem a tracheobronchialis nyirokmirigyek tájbonczolástani viszonyait.

Sukiennikow szerint *bronchialis és trachealis nyirokmirigyek* alatt ama nyirokmirigyeket értjük, *a melyek a mellkasi légzőszervek (tüdő, hörgők és légcső) nyirokereit közvetetlenül összegyűjtik, és a melyek a légcsövön, a hörgőkön és azok elágadozásain rajta fekszenek.*

A légcső oszlása és a hörgők mellékágainak szabályszerű elágazodása folytán *a szegleteknek egész rendszere* keletkezik. Ezen szegletekben találjuk a bronchialis és trachealis nyirokmirigyeket, és ezen szegletekhez van kötve majdnem valamennyi tracheobronchialis nyirokmirigy.

Sukiennikow a két külső tracheobronchialis szegletet angulus tracheobronchialis dexter et sinister, a trachea belső oszlási szegletét angulus tracheobronchialis inferior s. bifurcationis névvel nevezi meg. *Ezen három szegletben találjuk a bronchialis és trachealis nyirokmirigyek főcsoportját* és *Sukiennikow* ezeket *lymphoglandulae tracheobronchiales dextrae, sinistrae et inferiores s. bifurcationis* névvel jelöli meg.

A *tüdő hilusában* és a *tüdőszövetben* részben *extra-*, részben *intrapulmonalisan* fekvő nyirokmirigy-csoportokat *Sukiennikow lymphoglandulae bronchopulmonales* neve alatt foglalja össze, minthogy ezek lymphájukat úgy a tüdőből, mint a hörgőkből és ezek elágazodásaiból kapják és ezek közül az egyes csoportokat *lymphoglandulae bronchopulmonales eparteriales* (a ramus eparterialis által alkotott szegletben fekvő nyirokmirigy-csoport részére), *lymphoglandulae bronchopulmonales ventrales I., II.* stb. *dextrae et sinistrae* (ama csoportok számára, a melyek a jobb és bal I. ventralis, illetőleg a jobb és bal II. ventralis stb. ág eloszlása által keletkezett szegletekben találhatók) névvel különbözteti meg. (L. az 1. ábrát.)



1. ábra.
Az összes tracheobronchialis és bronchopulmonalis nyirokmirigyek elülről *W. Sukiennikow* szerint. A kipontozott nyirokmirigyek elülről nem láthatók.

A szabályszerű csoportokban elhelyeződött és a tracheobronchialis és bronchialis elágazodási szegletekhez kötött nyirokmirigyeken kívül, a melyeknek főként gyüjtő szerepük van, még *egyes* és *láncszerűen elrendeződött nyirokmirigyek* is találhatók, a melyek a hörgők bármely részére támaszkodhatnak, és a melyek mint *összekötő tagok* szerepelnek a fent leírt főcsoportok között. Ezen főcsoportok közötti összeköttetés szabályszerű és állandó, de nem állapítható meg ily szabályszerűség az összeköttetést létesítő nyirokmirigyek számát illetőleg, kivéve *két állandó lánczot*, mely a főbronchusok mentén halad felfelé és a bronchopneumonalis csoportokat összeköti a tracheobronchialis csoportokkal.

Ezen tracheobronchialis és bronchopulmonalis nyirokmirigyek mellett a teljesség okából még megemlítendők az *elülső és hátulsó mediastinum nyirokmirigyei.* (*Lymphoglandulae mediastinales ant. et post.*)

Két feltünő jelenség figyelemreméltó: a nyirokmirigy-csoportok túlnyomóan *antero-lateralis helyzete* a légcsőhöz és a hörgőkhöz viszonyítva, és a nyirokmirigyek *nagyobb tömege jobboldalt.* Mindkét jelenség főként az anatomiai viszonyokban találja magyarázatát. A második jelenségben egyéb okok is tekintetbe jöhetnek: a mellkasi szervek általános asym-

[7] *L. Ghon:* 132—134. old.
[8] *Wl. Sukiennikow:* Topographische Anatomie der bronchialen und trachealen Lymphdrüsen. Berliner klin. Wochenschr., 1903, 14., 15. és 16. sz.

metriája, főként a jobb tüdő nagyobb volta és talán a jobb tüdőnek — a mint a tapasztalat is mutatja — nagyobbfokú érzékenysége kóros folyamatokkal szemben.

Ghon[9] a tracheobronchialis szegletekben (angulus tracheobronchialis dexter et sinister) fekvő nyirokmirigycsoportokat *lymphoglandulae tracheobronchiales superiores* vagy *felső tracheobronchialis nyirokcsomók* nevével jelöli meg és *Sukiennikow* „tracheobronchialis nyirokmirigyeinek" felső, lánczszerűen elrendeződött részét *Most*-tal és *Bartels*-szel egyetértőleg *paratrachealis nyirokcsomók* neve alatt különválasztja. Klinikai szempontból ezen megkülönböztetés mindenesetre czélszerű.

A trachea oszlási szegletében fekvő nyirokmirigycsoportot *Ghon alsó tracheobronchialis nyirokcsomók* vagy *lymphoglandulae tracheobronchiales inferiores* névvel jelöli meg és a *bronchopulmonalis nyirokcsomók* neve alatt *Sukiennikow* beosztásához hasonlóan nemcsak a *hilus körül fekvő, hanem a tüdő szövetében a hörgők oszlási szegletei körül elhelyeződött összes nyirokcsomókat* foglalja össze.

A tracheobronchialis és bronchopulmonalis nyirokmirigyek elhelyeződése okozza, hogy ezen mirigyek elsajtosodása vagy ellágyulása a tracheán és a bronchusokon gyakran idéz elő változásokat, a melyek úgy *bonczolástanilag*, mint *klinikailag* nagy jelentőségűek, t. i. *öszenyomják a légcsövet és bronchusokat* avagy *azokba betörnek*.

A légutaknak elsajtosodott nyirokmirigyek által okozott *összenyomatása* avagy *átfúródása* már régen ismeretes és régibb szerzők szerint sem ritka dolog.

Igy *Barthez* és *Rilliet*[10] a gyermekbetegségekről irott kézikönyvében a bronchialis mirigyek tuberculosisának még ma is elolvasásra érdemes leírását találjuk, a melyben nemcsak kitünő bonczolástani leletek vannak leszögezve, hanem a legfontosabb klinikai tünetek is teljes és anatomiailag jól megokolt méltánylásban részesülnek. Igy nemcsak a légcsőnek és a hörgőknek, úgyszintén más szerveknek a megnagyobbodott nyirokmirigyek által okozott összenyomatásáról számolnak be, hanem 27 esetben — összesen 249 bronchialis nyirokmirigytuberculosis-eset között — a bronchusok átfúródását is észlelték, még pedig 15 esetben jobboldalt, 12 esetben baloldalt. Gyakran csak egy perforatiót találtak, néha kettőt, ritkábban hármat.

Ugy látszik, hogy *Leblond*[11] volt az első, a ki a bronchialis mirigyek áttörését pontosabban figyelte meg. Egy esetében „rendellenes közlekedést észlelt a jobb bronchus és az ellágyult bronchialis mirigy között", másik esetében „a jobb bronchus és az oesophagus közötti közlekedést bronchialis nyirokmirigy közvetítette" és harmadik esetében „a bronchusok közlekedését a nyirokmirigyzacskókkal, a melyek közül egyesek üresek, mások gümős tömegekkel félig telve voltak, észlelte."

H. Widerhofer-nek[12] a bronchialis nyirokmirigyek betegségeiről irott monographiájában is találunk pontos adatokat a gümős nyirokmirigyek által a légcsőn és a hörgőkön okozott összenyomatásról és az azokon való átfúródásokról. Ezen nagyobbrészt *Baréty*[13] pontos statisztikájából merített adatok szerint a légcső compressióját 4 esetben, mindkét főbronchusét 1 esetben, a jobb bronchusét 6 esetben, a bal bronchusét 1 esetben észlelték. Átfúródást a tracheán 1 esetben, mindkét főbronchuson 2 esetben, a jobb bronchuson 7 esetben, a bal bronchuson 4 esetben észleltek. Összesen 26 eset, a melyben az elsajtosodott nyirokmirigyek a légutakat összenyomták avagy azokon áttörtek.

Mindezen észlelések bonczolásleletekre vonatkoznak.

Hogy ezen bonczolásleletek nem ritkák, azt minden prosector, a kinek alkalma van sok gyermekhullát bonczolni, jól tudja és ezt *A. Ghon*[14] pontos adatai is igazolják. *Ghon* 169 eset közül 30-ban (azaz 17·75%-ban) találta a tüdőgócznak többnyire megfelelő nyirokmirigynek kezdődő, frissen keletkezett avagy már elhegesedett áttörését. Olyan esetet, a melyben az áttörés rövid idővel a halál beállta előtt következett be, *Ghon*[15] 26-szor talált, még pedig 2 esetben átfúródást a jobb főbronchusba, 6—6 esetben áttörést a két felső lebeny bronchusába, 5—5 esetben áttörést a két alsó lebeny bronchusába, 1 esetben áttörést a jobb középső lebeny bronchusába és 1 esetben többszörös áttörést a jobb főbronchusba és annak ágaiba. Az egyes tüdőlebenyek bronchusaiba való áttöréskor majdnem mindig az I. osztályú bronchusokba történt az.

Nagyon sok volna, ha az irodalomban közölt összes egyes észleletekre akarnék kiterjeszkedni; ezért a tuberculosus tracheobronchialis nyirokmirigyek kórbonczolástani változásairól röviden csak a következőket jegyzem meg.

A fertőzés után a mirigyben először lobos reactio keletkezik vérbőséggel és duzzadással. Rendesen nemcsak egy mirigy, hanem több egymás mellett fekvő mirigy, sokszor egy egész mirigycsoport betegszik meg. Be van bizonyítva, hogy a tracheobronchialis mirigyek tartalmazhatnak gümőbacillusokat, a nélkül, hogy magában a mirigyben gümős góczok kimutathatók volnának. Igy *Harbitz*,[16] *Weichselbaum* és *Bartel*[17] közöl leleteket, a melyek szerint néha olyan gyermekhullák kerülnek bonczolás alá, a melyeken sem makroskopiailag, sem mikroskopiailag a tuberculosis nem mutatható ki, azonban nyirokmirigyeikben virulens gümőbacillusokat rejtenek. Ha ugyanis a nyaki, mesenterialis avagy bronchialis nyirokmirigyeket, a melyek gümős góczot nem tartalmaznak, szétdörzsöljük és a szétdörzsölt mirigypéppel tengeri malaczot beoltunk, ezekben gyakran kifejlődik a tuberculosis.

Legtöbbször azonban a fertőzés után a mirigyben typusos gümők keletkeznek, a melyek csakhamar összefolynak, ellágyulnak és sajtosan szétesnek. Ezen állapotban a mirigy egynemű, kásás, a vastagodott mirigyburoktól borított tömeggé alakulhat át, avagy a mirigyben a kásás tartalom mellett kisebb-nagyobb sajtos mirigysequestereket találunk. A szétesséssel rendesen együtt jár a mirigyet körülvevő zsír és kötőszövet lobosodása (periadenitis), a mely az egymás szomszédságában fekvő mirigyeknek egymással és a szomszéd szervekkel való összenövését vonja maga után. A légcső és a hörgők szomszédságában fekvő duzzadt mirigyek nemcsak nyomást gyakorolnak azokra, hanem az áttörés előtt a légcső és a hörgők falával szorosan össze is tapadnak.

Az áttörés rendesen lassan történik, többnyire kicsiny, alig gombostűfejnyi perforatióval, néha több egymás mellett szitaszerűen elhelyezett kis nyílással, azonban hirtelen keletkező nagyobb — lencsényi és ennél is nagyobb — nyílással is kezdődhetik. Az áttörés közvetlen következménye súlyos fuldoklás-roham: a bronchusokba jutott mirigytörmelék nemcsak a kisebb hörgőket tömeszeli el, hanem a főbronchusokat és tracheát is egészen eldugaszolhatja, sőt néha nagyobb mirigysequesterek a hangrésben is megakadhatnak és igy vezetnek fulladáshoz. Kis nyíláson át való lassú áttöréskor a pépes mirigytörmelék aspiratiója folytán friss sajtosgümős bronchopneumonia fejlődhetik. Gyorsan pusztulnak el amaz esetek, a melyekben az áttöréssel egyidejüleg valamely nagyobb vérér nyílik meg. Ilyenkor súlyos vérzés következik be, mely fulladás és elvérzés folytán gyors halált

[9] *L. Ghon*: 65. oldal.

[10] *E. Barthez* és *F. Rilliet*: Handbuch der Kinderkrankheiten. Aus dem französischen übertragen von *Dr. E. R. Hagen*. Leipzig, 1856.

[11] *Leblond*: Sur une espèce de phthisie particulière aux enfants. Thèse, 1824. Cit. *Barthez* és *Rilliet* könyvében: 3. rész, 8. fejezet, 729. oldal.

[12] *H. Widerhofer*: Die Erkrankungen der Bronchialdrüsen in *C. Gerhardt*'s Handbuch der Kinderkrankheiten. Tübingen, 1878.

[13] *A. Baréty*: De l'adénopathie trachéobronchique en général et en particulier dans la scrofule et la phthisie pulmonaire. Paris, 1874.

[14] *A. Ghon*: L. c. 122. old.

[15] *A. Ghon*: L. c. 117. old.

[16] *Harbitz*: Untersuchungen über die Häufigkeit, Lokalisation und Ausbreitungswege der Tuberkulose. Christiania, 1905. Cit. *Hamburger*: Allgem. Pathologie u. Diagnostik der Kindertuberkulose. Wien und Leipzig, 1910.

[17] *Weichselbaum* és *Bartel*: Wiener klin. Wochenschrift, 1905, 10. sz. L. *Hamburger*, l. c.

okoz. Többnyire az arteria pulmonalis arrosiója szerepel, *O. Ebert*[18] statisztikájában 12 ilyen esetet ismertet. Az áttörés egyidejüleg a nyelőcsőbe, a szívburokba avagy a pleuraüregbe is bekövetkezhetik, a midőn azután pericarditis, illetve lég- és genymell fejlődik.

A tracheobronchialis mirigyek tuberculosisa gyógyulhat is. Ezen esetekben a mirigy sajtos tartalma besűrűsödik és felszívódik, elmeszesedik és eltokolódik, a még meglévő mirigyállomány heges kötőszövetté alakul át, a mirigy burka megvastagodik (*Kundrat-Widerhofer*)[19]. Az elmeszesedés néha kisebb (1—2 éves), sokkal gyakrabban azonban idősebb (a 6—7. életéven túli) gyermekekben található. A látszólag inactiv elmeszesedett góczok főként pertussis és morbilli után ismét kiujulhatnak és így a gümőbacillusok szétterjedésére vezethetnek a tüdőben, az agyburkokban avagy az egész szervezetben és okozóivá lesznek a sajtos pneumoniának, a gümős agyhártyagyuladásnak avagy az általános miliartuberculosisnak.

Gyermekekben a tracheobronchialis nyirokmirigyekben ritkán található a *Ziegler*[20] által leírt chronikus nagysejtű hyperplasia a gümőbacillussal történt fertőzés folytán. A tuberculosis ezen alakja inkább felnőttek nyakmirigyeiben található és ha a tracheobronchialis mirigyekre is kiterjed, főként csak nyomási tüneteket okoz.

Ritka esetekben a mirigysequesterek kiköhögtetnek és így bekövetkezhetik a gyógyulás.

Míg a régebbi irodalomban kizárólag csak bonczolásleletek közöltetnek, addig újabban mind több oly esetet írnak le, a melyben a mirigyek áttörése már az élőben kórjelezetett. Igaz, hogy ezen esetekben is a valódi tényállás csak a megejtett légcsőmetszés után tisztázódott. Legtöbbnyire idegen testet gyanitottak és csak a légcsőmetszés után eltávolított avagy kiköhögött mirigytörmelék mutatta, hogy a hörgőkbe betört gümős nyirokmirigyekről van szó.

Petersen[21] írt le legelőször ilyen esetet. Hat éves, gümősen terhelt leányról van szó. Fulladási roham miatt légcsőmetszés, de a légzés nem lesz szabaddá. A most bevezetett bougie végéhez sajtos törmelék tapad. Az ezután bevezetett Nélaton-katheter segítségével egész tömeg kisebb-nagyobb, részben elmeszesedett, sajtos mirigytörmelék távolíttatik el. Néhány mirigydarab köhögés által távozik. A légzés most szabaddá lesz. A következő napokon még néhány sajtos és elmeszesedett mirigydarab köhögtetik ki. A kanült csakhamar el lehetett távolítani és teljes gyógyulás következett be. A tüdőben semmiféle eltérés sem volt kimutatható. A mirigytörmelékben gümőbacillusokat nem találtak.

Még a következő esetek ismeretesek:

Fronz[22] (I.): 8 éves leány. Fulladás miatt légcsőmetszés. Idegen testre volt gyanus. A légcsőmetszést követő második napon borsónyi dugaszt köhögött ki, mely elsajtosodott mirigydarabnak bizonyult; benne számos gümőbacillus volt kimutatható. Később a jobb alsó lebenyben beszürődés volt megállapítható.

Fronz (II.): $2^1/_2$ éves leány. Állandó légzés-zavar miatt légcsőmetszés. Miután javulás nem állott be, a seb tágíttatott és fogóval több törmelékes darabka távolíttatott el. Ezen darabok elsajtosodott nyirokmirigyeknek bizonyultak, a melyekben gümőbacillusok kimutathatók voltak. Három nappal később fulladási roham közben bekövetkezett a halál.

A bonczolás eredménye: „A trachea oszlási helyén sajtos dugasz, mely a jobb főbronchus bemeneténél fekvő, lencsényinél nagyobb nyílásból nyomul ki és a légcső a bronchus lumenét flottálva szükiti. Az említett nyílás mogyorónyinál nagyobb, elsajtosodott és ellágyult, áttört mirigynek megfelelő üregbe vezet. A többi bronchialis nyirokmirigy is részben gümős, részben elsajtosodott."

Nachod[23] $6^1/_2$ éves fiu. Öt nap óta köhög, rekedt. Jobboldalt gyengült légzés. Gyanu idegen testre. Légcsőmetszés. Fogóval a jobb bronchusból elsajtosodott mirigyek távolíttatnak el és fulladási roham közben két részletben körülbelül diónyi tömeg köhögtetik ki. A mirigyszövetben gümőbacillusok nem voltak kimutathatók. Gyógyulás. A tüdő felett semmiféle kóros eltérés.

Schaldemose[24]: 4 éves fiu. Fulladás miatt légcsőmetszés. Több ízben, részben műszerekkel, részben kiköhögtetés által elsajtosodott mirigydarabkák távolíttattak el, melyek gümőbacillusokat tartalmaznak. Gyógyulás.

Spontán gyógyulás a következő esetekben állott be:

Oekonomides[25]: 11 éves fiú, a ki 4 hó előtt tüdőgyuladást állott ki, mellkasi szorongó érzésről panaszkodott. Hirtelen heves köhögés és fuldoklás állott be és genynyel együtt nagyobb tömött dugaszt köhögött ki, mely elsajtosodott nyirokmirigynek bizonyult. Ezen roham után az összes kinzó tünetek megszüntek és lassan teljes gyógyulás következett be.

Jundell[26]: 11 éves gyenge fiú. Köhögés-rohamok, sípoló légzészörejekkel. Lesoványodás, esti hőemelkedések. A jobb mellkas nem vesz részt a légzésben, légzési zörej nincsen, de tompulat sem mutatható ki. Súlyos fulladás-roham közben diónyi tömeget köhög ki, melynek rendkívül kellemetlen bűze volt. (A gyermek lehellete néhány nappal előbb már hasonlóan bűzös volt.) Néhány köhintéssel még híg, sárgásvörös, bűzös váladék ürült. A következő napokon mérsékelt láz, lassú javulás. A jobb mellkasfél mozgásai feltünően visszamaradnak, a kopogtatási hang a jobb tüdő felett kissé rövidült. Jelentéktelen köhögés. Később teljes gyógyulás. A kiköhögött tömeg mikroskopi vizsgálata: nekrosisos nyirokmirigy gümőbacillusokkal.

Benda[27]: 8 hónapos fiú. Köhögés, nehéz légzés. Apja tüdővészes. Stridor inspiratorius. A jobb tüdő felett elül-fenn tompulat, hangos légzés. Gyanu megnagyobbodott bronchialis nyirokmirigyekre és a hörgők összenyomatására. Később bőralatti emphysema a nyakon és a mellkas felső részén. Minthogy a nyak és a mellkas bőre sértetlen, fel kellett venni, hogy bronchialis nyirokmirigyek törtek át a légutakba, a mi által a valószinüségi kórjelzés biztossá lett. Hogy a gyermek nem fulladt meg, az csak annak a körülménynek köszönhető, hogy a légutakba került sajtos tömeg nem volt olyan nagy, hogy teljes eldugulást okozhatott volna, másrészről bizonyára kiköhögtetett. A gyermek az emphysema felszívódása után, a tüdőbeszűrődést leszámítva, jól érezte magát.

Az ilyen spontán gyógyulások a gyermekkorban kétségtelenül gyakrabban fordulnak elő és a légutakba áttört bronchialis mirigyek sokszor csak a putrid bronchitisnek (*Fronz*), avagy a tüdő gümős beszűrődésének tüneteit mutatják. Mirigyáttöréseknek hegesedéssel végződő gyógyulása felnőtteken a bonczasztalon mint mellékelet nem túlságosan ritka. Hogy a perforatio után gyógyulás lehetséges, azt már *A. Weil*[28] is hangsúlyozza. Ezt bizonyítják a már *Tiedemann* által a hörgők nyálkahártyájának éppen azon helyein talált fekete, sugaras hegek, a melyeknek a bronchusok külső falán erősen zsugorodott, festékes mészlerakodásokat tartalmazó és heges kötőszövetbe beágyazott nyirokmirigyek felelnek meg.

Ghon[29] két esetben gyermekeken is talált az áttörés után gyógyulást hegképződéssel és ezek egyikében a megfelelő bronchusnak heges szükülete maradt vissza.

Azonban az áttörés klinikai tünetei nagyon sokszor elkerülik figyelmünket avagy későn ismertetnek fel. *A tracheobronchoskopia directa volt hivatva arra, hogy ezen a téren is átalakító hatást gyakoroljon.*

Egyik német nyelven megjelent közleményemben[30] már beszámoltam 4 esetről, a melyekben a gümős bronchialis nyirokmirigyek áttörtek a légutakba, 2 olyan esettel egyetemben, a melyekben a mirigyek áttörése gümős csigolyatályoggal volt szövődve. Ugyanakkor több, az irodalomban közölt esetről is tettem említést.

(Folytatása következik.)

[18] *O. Ebert*: Über den Durchbruch käsiger Bronchialdrüsen in benachbarte Organe. Mitteilungen aus den Hamburgischen Staatskrankenanstalten, 1908, VIII. köt., 8. sz.

[19] *H. Widerhofer*: l. c. 988 old.

[20] *E. Ziegler*: Lehrbuch der spec. path. Anatomie. Jena, 1890, VI. kiadás.

[21] *F. Petersen*: Deutsche med. Woch., 1885, 10. sz.

[22] *E. Fronz*: Beitrag zur Lehre von der Bronchialdrüsentuberkulose. Jahrb. f. Kinderheilk., 1897, XLVI. köt., 1. füzet.

[23] *Fr. Nachod*: Bronchialstenose infolge von Durchbruch peribronchialer Lymphdrüsen in die Luftwege. Prag. med. Woch., 1897. 33. sz.

[24] *Schaldemose*: Hospitalstidende 4. Räkke. X. köt. Cit. *Jundell.* Jahrb. für Kinderheilk., 1904.

[25] *Oekonomides*: Über chr. Bronchialdrüsenaffektionen und ihre Folgen. Basel, 1882, Inaug. Diss. Cit. *O. Ebert*, l. c. 5. old.

[26] *Jundell*: Spont. Perfor. einer Bronchialdrüse in die Luftwege etc. Jahrb. f. Kinderheilk., 1904.

[27] *Benda*: Der Durchbruch von tuberk. Bronchialdrüsen in die Luftwege. Ungar. med. Presse, 1902, 4. sz.

[28] *A Weil*: Die Krankheiten der Bronchien. In *C. Gerhardt*'s Handbuch d. Kinderkrankh. III. köt., 71. old. Tübingen, 1878.

[29] *A. Ghon*: l. c. 116. old.

[30] *M. Paunz*: Jahrb. für Kinderheilk., 1912, 76. köt., kiegészítőfüzet. 46., 47., 48. és 49. sz. eset.

Közlés a kolozsvári tud.-egyetem bőrklinikájáról.

Háború és venereás bántalmak.

Irta: *Marschalkó Tamás* dr., egyetemi tanár.

(Folytatás.)

Nézzük most azt a kérdést, *hogy mennyiben fontosak a venereás bántalmak a hadviselés szempontjából, mennyire befolyásolják azok a katona harczképességét és megfordítva, hogy mennyiben befolyásolja a háború a venereás bántalmak klinikai lefolyását?*

Sajátságos dolog, de úgy van, hogy *a hadviselés szempontjából a venereás bántalmak legveszedelmesbike, a syphilis bír aránylag a legkevesebb fontossággal.* A syphilis t. i. az egész *korai időszak* alatt csak akkor befolyásolja a katona menetelő- és harczképességét, ha a gyógykezelés és tisztaság elhanyagolása, valamint fárasztó menetelések, a ruházat dörzsölése stb. a helyi tünetek súlyosodását, heveny lobosodását idézi elő; így nagy, kifekélyesedett sclerosisok, különösen ha phagedaenismus társul hozzájuk, a nemzőrészeken és a végbél körül lévő nagy, túltengett, exulcerált papulák stb., a katonát menetelésre képtelenné és harczképtelenné tehetik. Hasonlóképpen lehetetlen a katonának fárasztó meneteléseket végezni, ha a lábujjai között vannak nedvező szétesett papulái.

A *szájgaratür korai syphilidjei* csak ritkán hatalmasodnak el annyira, hogy a katonát szolgálatképtelenné tegyék, ellenben az ilyen katona a közös evő- és ivóeszközök stb. használata mellett — a mi a tűzvonalban a lövészárokban a rendes dolog — állandóan veszélyezteti többi társának egészségét, mert a baj azokra is könnyen átragad.

Egyébként azonban a korai syphilis, különösen ha lappangó állapotban van, egyáltalában nem befolyásolja a katona harczképességét; hogy azután az ilyen katona feje fölött éppen a gyógykezelés elhanyagolása következtében állandóan Damokles kardjaként fog lebegni a késői, tertiaer syphilisnek és parasyphilisnek, a belső szervek syphilisének, a tabesnek és paralysisnek a veszedelme, sőt hogy a háborús fáradalmak és izgalmak praedispositiót hoznak létre és sokszor egyenesen kiváltják azok keletkezését, az más lapra tartozik, és ezzel a fontos kérdéssel még külön akarok foglalkozni.

Hogy már *meglevő tertiaer syphilis* mellett, még ha az nem a belső szervekre lokalizálódik és enyhébb alakban lép is fel, a katona a legtöbb esetben harczképtelen, az természetes. Az ilyen katona azonban, a mennyiben a gummás syphilisnek csak könnyebb alakjairól, például a bőrnek, csontoknak vagy nyálkahártyáknak nem nagyon kiterjedt solitaris gummáiról van szó, pár heti szakavatott gyógykezelés által ismét harczképessé válhatik.

Sokkal fontosabb a katona harczképessége szempontjából a venereás bántalmak másodika, az ulcus molle. Hiszen ez heveny lobos megbetegedés, a mely fájdalmas, és már békeidején is nyugalmat és különösen helyes gyógykezelést kiván, legalább az első időben, különben a tünetek súlyosbodnak, könnyen phimosis és paraphimosis áll elő, eltekintve a bubonulusoktól és buboktól.

A háborúban pedig ez a rendes eset, a mi természetes is, ha tekintetbe vesszük, hogy a katona nem tudja magát rendesen gyógyíttatni, sőt a tisztaságot is egészen elhanyagolja, ellenben fárasztó meneteléseket és más megerőltető mozgásokat kénytelen végezni. Az ilyen katonát jobb azonnal kivonni a tűzvonalból és megfelelő gyógykezelés végett a legközelebbi hadi- vagy tartalékkórházba küldeni, különben baja okvetlenül súlyosbodik, az említett szövődmények állnak be, és a katona most már nem rövid időre — esetleg csak pár napra, legfeljebb pár hétre — válik harczképtelenné, mint szakavatott gyógykezelés mellett, hanem sokkal hosszabb időre, hosszú hetekre esetleg hónapokra is.

A harczképesség szempontjából a legfontosabb venereás megbetegedés kétségtelenül a kankó, mert legtöbb katonát tesz harczképtelenné, legtöbbször hosszú hetekre, sőt hónapokra is. A heveny gonorrhoea már magában is képtelenné teszi a katonát a menetelésre az erős fájdalmak miatt. A háború strapái mellett a kezdetben esetleg subacut jellegű gonorrhoeás húgycsőlob is gyakran csakhamar súlyosabbá válik, annál inkább, mert helyes gyógykezelésről — mint erre később visszatérek — a harcztéren szó nem lehet; átmegy a gonorrhoeás lob a hátulsó húgycsőre, prostatára, hólyagra, mellékherére; már pedig hogy heveny prostata- vagy mellékheregyuladás mellett a katona nemcsak teljesen harczképtelen, hanem hosszú ideig — esetleg hetekig — kénytelen az ágyat őrízni, hogy meggyógyulhasson, az könnyen belátható.

Sőt, ha a katona ki nem gyógyult gonorrhoeával vonul be, a mikor különben már alig van tünet (kisfokú fájdalmasság a vizeléskor, esetleg csak a bonjour-cseppecske vagy szálcsák a vizeletben, de még gonococcusok), és ez az eset — azt hiszem — gyakran fordul elő, tekintve a gonorrhoea óriási elterjedését, az ilyen gonorrhoea a háború kártékony behatása következtében minden újabb infectio nélkül gyakran rekrudeskál, hevenyebbé válik, szövődmények jelentkeznek, és a katona ismét harczképtelenné lesz. Azoknak a gonorrhoeás katonáknak egy része, a kiket mi a háború kezdete óta gyógyítunk, a kankó mellett epididymitis-szel vagy prostatis-szel jött a klinikára.

Gonorrhoeás metastasisok is aránylag gyakrabban fordulnak elő a háborúban mint különben, különösen gyakori a kankós csúz.

Tekintettel most már arra, hogy a gonorrhoeás bántalmak gyakoriság tekintetében már béke idején is az első helyet foglalják el a venereás triászban, könnyen elképzelhető, hogy milyen veszteséget okoz a gonorrhoea a kombattáns katonák harczképességét tekintve a mostani háborúban.

Foglalkozzunk most már azzal a szintén nagyon fontos kérdéssel, hogy megfordítva, *milyen befolyással van a háború az egyes venereás bántalmak klinikai lefolyására?*

Ezt a befolyást természetesen csak *kedvezőtlen* irányban lehet elképzelni, mert hogy a háború, a vele járó rettenetes fáradalmak, nélkülözések, mindenekelőtt pedig a kellő ápolás és gyógykezelés hiánya a venereás bántalmakat kedvezően nem befolyásolhatják, egészen természetes. A venereás triász két tagjára, a kankóra és lágyfekélyre vonatkozólag ezt már az előbbiekben kifejtettem, hogy t. i. azok mint heveny lobos bántalmak, ha a megbetegedett katonáknak kórházba való gyors szállításáról és helyes gyógykezeléséről nem gondoskodunk, a háború folytán súlyosabb jelleget ölthetnek és mindenféle többé-kevésbé súlyos szövődményre vezetnek.

A lágyfekély aránylag könnyű megbetegedés, a melynek az egyén későbbi egészségére befolyása nincsen, és csak ritkán jelentkeznek olyan szövődmények, pl. a phagaedenismus, a melyek nagy roncsolást és esetleg maradandó működészavarokat okozhatnak a nemző részeken.

Komolyabb a dolog a gonorrhoeát illetőleg, mert az elhanyagolt kankó sokszor alkotja a hólyag, vese és prostata bántalmainak kiinduló pontját, nem számítva a sokszor súlyos, sőt életveszélyes metastasisokat, valamint a szűkület-képződés minden veszedelmét, a melyek később, évek mulva a beteg életét is áldozatul követelhetik, és nem számítva azokat a súlyos ideges zavarokat, a melyeket idősült postgonorrhoeás lobok akkor is okozhatnak, ha különben szűkület-képződés nem áll be. E mellett azonban a gonorrhoea társadalmi jelentősége is óriási; a ki nem gyógyított kankó évek mulva is fertőző lehet és átragad a házastársra, az asszony súlyos betegségét vonva maga után; e mellett az azoospermia, a sterilitas virilis, vagy ha az asszony beteg, egy gyermek sterilitás és ez által az egészséges szaporodás megcsökkenése lehet a következése; a mi pedig a háború után, a mikor — mint említém — oly nagy szükség lesz reá, hogy az egészséges fajszaporodás minden föltételét megteremtsük, kétszeresen esik latba.

Ám ezekkel a betegségekkel, ha súlyosodnak, a katona úgyis kórházba kerül, mert csakhamar harczképtelenné válik, úgy hogy a legtöbbször mégis megvan a lehetősége annak, hogy szakavatott gyógykezelés mellett nagyobb bajnak elejét vegyük.

Hogy áll azonban a dolog a venereás bántalmak legveszedelmesebbjével és legfontosabbikával, a syphilissel?

A háború annak a lefolyására annál kedvezőtlenebb, sőt végzetes hatást gyakorolhat, mert — mint említém — a hadviselés szempontjából a három venereás bántalom közül ez a legkevésbé fontos, és így a syphilisben szenvedő igen nagyszámú katona helyes gyógyításáról a háborúban szó sem lehet; már t. i. helyes gyógyításról oly értelemben, hogy nem elégszünk meg a jelenlevő syphilistüneteknek úgy ahogy eltüntetésével, a mi korai syphilis mellett igen könnyű dolog, hanem a kúrákat folytatjuk addig, a mig a Wassermann-reactio is negativvá válik és megismételjük mindaddig, a mig állandóan negativ is marad, a míg a beteget teljesen sterileztük, a míg a bajt végleg kigyógyítottuk, a mihez hosszú idő, sokszor 1—2 év s esetleg még több szükséges.

Hogy a syphilises katonát ilyen hosszú ideig gyógyítani a háborúban nem lehet, az természetes. A katona, ha kiterjedt friss syphilises exanthemája, vagy kiterjedt nyálkahártya-syphilidjei vannak, vagy olyan tünetei, a melyek a teljesítő képességét bármiképp is megzavarják, kórházba kerül, de csak addig, a míg a tünetek elmulnak; aztán visszaküldik a csapathoz, pedig betegsége koránt sincs meggyógyulva.

Különösen arra kellene ügyelni, hogy a friss syphilisinfectio, a kezdődő sclerosis gyorsan fölismertessék, hogy az ilyen katona oly időben kerülhessen kezelés alá, a mikor az abortio, a betegség coupirozása még sikerülhet.

Tudvalevőleg egészen fiatal, 2—3-hetes sclerosis mellett, mielőtt még a spirochaeták nagyon elszaporodtak volna, a mikor még a Wassermann-reactio is negativ, igen sok esetben sikerül egyetlen erőteljes salvarsan + kénesőgyógymód által a syphilist végképp meggyógyítani; igaz, hogy ez a kezelés rendesen több hónapig tart. Minél több idő telt el a sclerosis jelentkezése után, minél jobban elszaporodnak a spirochaeták, annál kisebb a valószínűség, hogy egyetlen, ha mégoly erős kúrával is most már sterilezni tudjuk a szervezetet; a másodlagos tünetek beálltával pedig ez a valószínűség majdnem egészen eltünik; ilyenkor már hosszabb ideig — mint említém —, esetleg több évig is tartó chronikus intermittens kezelésre van szükség.

Ha a friss syphilisben szenvedő katonát azonnal, bajának első 2—3 hetében kórházba küldenék megfelelő gyógykezelés végett, hány syphilis-esetet lehetne abortiv módon meggyógyítani; ez azonban — sajnos — a legtöbb esetben nem történik meg, részben külső okokból, részben pedig, és pedig nagyobb részben, azért, mert a bajt nem ismerik föl. Korántsem szemrehányásként mondom ezt; de az orvosi kiképzés mai rendszere mellett, a mikor a syphilidologia, ez az óriási fontosságú tárgy csak per tangentem, vendégtárgyként van az egyetemeken tanítva, és csak minden harmadik hallgató vizsgázik belőle, sajnos csak nagyon kevés orvos szerezheti meg magának, hacsak nem erre a specialis szakmára képezi ki magát, a dermatologiai tudásnak azt a mértékét, a mely szükséges ahhoz, hogy a kezdődő syphilist mint olyant felismerje — hiszen spirochaeta-vizsgálat nélkül sokszor a szakember sem tudja felismerni — és hogy a modern syphilistherapia elveivel tisztában legyen, úgy hogy alaposan meg is tudja gyógyítani a bajt.

Azzal tehát — sajnos — számolni kell, hogy az a számtalan katona, a ki már meglevő syphilissel ment a háborúba, vagy a háború alatt kapta meg azt, csak a ki nem gyógyult syphilises emberek úgyis nagy számát fogja növelni, eléggé föl nem becsülhető veszedelmére az egész társadalomnak.

Annál fontosabb ez, mert viszont a háborúnak a syphilis klinikai lefolyására — mint már előbb jeleztem — *kedvezőtlen*, sőt sokszor *végzetes* befolyása van.

A syphilis olyan betegség, a melyben úgyszólván minden a korán megkezdett és aztán rendszeresen folytatott kezeléstől függ. A *tertiarismus* majdnem kivétel nélkül csak olyan syphilis-infectiók kapcsán áll be, a melyekben a kezdeti stadiumban a gyógyítás teljesen vagy részben elhanyagoltatott. E mellett azt is tudjuk, hogy az olyan syphilises ember, a ki a betegségnek úgynevezett késői lappangó időszakában van, a mikor semmiféle más tünet nincs jelen, csak a positiv Wassermann-reactio, még azért nem szükségképpen esik a tertiarismusnak áldozatul; nagyon sokszor valami kiváltó ok szükségeltetik ehhez; ismeretes, hogy minden trauma vagy chronikus izgalom, a mely a szervezet valamely részét éri, lappangó syphilis mellett azon a helyen manifest syphilistüneteket válthat ki; a korai stadiumban ez a rendes eset; hisz azért foglalnak helyet a syphilidek előszeretettel a nemző részeken és a száj-garatürben, meg a hajlások bőrén, mert azokon a helyeken a bőr vagy nyálkahártya állandó izgalomnak van kitéve; azonban a késői syphilisre is nagy befolyással van a trauma, a helyi izgatás; ha olyan egyén, a ki a syphilisnek késői lappangó időszakában van, pl. megüti a tibiáját, azon a helyen könnyen syphilises csonthártyalob, tophus, gumma keletkezik; ha sokat dohányzik, a nicotin izgató hatása alatt könnyen nyelvgumma vagy glossitis interstitialis keletkezik. Ez az a tünemény, a melyet *syphilis és trauma*, *syphilis és izgalom* néven ismerünk. Ha valaki valamely szervét vagy szervrendszerét túlságosan igénybe veszi, kifárasztja, kimeríti, és ott locus minoris resistentiae-t teremt, végül odacsalja a spirochactákat, vagy talán helyesebben a helyben levő, de szunnyadó spirochaetákat új életre kelti, ha a syphilis késői lappangó időszakában van az illető; különösen áll ez a késői syphilis legfontosabb és legsúlyosabb, de sajnos, egyszersmind a leggyakoribb alakjára nézve, az *idegrendszer syphilisére*. Hisz ismeretes, hogy az alkohol mellett, és talán ennél is nagyobb mértékben, a syphilis a legveszedelmesebb idegméreg. Azt eddig is tudtuk, hogy a tabes és a paralysis előszeretettel oly egyéneken jelentkezik, a kik idegrendszerüket túlságosan igénybe vették, kimerítették, akár excessusok által in Baccho et in Venere, mint viveurök, akár pedig túlságos szellemi munka, anyagi gondok, nagy lelki fájdalmak, stb. következtében.

Semmi sem tudja az idegrendszert annyira kimeríteni, mint a háború, és különösen ez a mostani, minden eddiginél rettenetesebb háború; hisz erről *Lechner* tanártársam már igen magas színvonalon álló és tanulságos előadást tartott itt nekünk. És, sajnos, azt hiszem, nem vagyok rossz próféta, ha megjósolom, hogy a mostani háború után éppen a központi idegrendszer syphilisének, a lues cerebrospinalis, a tabes és a paralysis eseteknek nagy, nagyon nagy száma lesz az, a mi a háború vészthozó befolyását a syphilises emberek idegrendszerére a legszomorúbban fogja demonstrálni!

Sok olyan esetet láttunk már eddig is, a hol a katona látszólag egészségesen ment a háborúba, és visszajött a tabes kifejezett kezdeti tüneteivel, vagy — a mi még rosszabb — visszajött nagyfokú neurastheniával, a mely azonban nyilván a kezdődő paralysisnek első megvillanása volt.

Lechner tanártársam bizonnyal még sokkal több ilyen esetet látott.

Ezek az esetek a legfontosabbak a háborúban, pedig — úgy vélem — éppen ezek azok, a melyeket a legtöbbször félreismernek; hiszen ezeket a szegény embereket sokszor szimulánsoknak tartják. Pedig méltóztassék meggondolni, hogy a paralysisnek ebben a stadiumában szokták az emberek a polgári életben is hozzátartozóikra a legtöbb bajt és szerencsétlenséget hárítani, a mikor még megvan a szabad rendelkezésük; mert ilyenkor még csak a szakember tudja megmondani és sokszor talán az sem egészen biztosan, hogy milyen súlyos agybántalom van készülőben. Ha a háború alatt katonán jelenik meg a paralysis, és az illető alantas helyzetben van, még hagyján; de méltóztassék meggondolni, hogy milyen bajt okozhat az olyan, a ki önálló hatáskörrel rendelkezik.

Én azért mély tisztelettel arra kérem a nagyrabecsült katonaorvosi kar itt jelenlevő képviselőit — és szeretném, ha szavamat mindenütt meghallanák azok, a kiket illet —, hogy méltóztassék az ilyen esetekre, a melyek bizonnyal nagy számmal fordulnak elő a háborúban, különös tekintettel lenni; és ha valaki túlságosan idegesen viselkedik és nagyfokú

neurastheniás tüneteket mutat, különös figyelemben részesíteni akkor is, ha különben még nincsen szótagbotlás jelen, az illető folyékonyan tudja kimondani, hogy „ipai papi pipa fapipa“ vagy „titoknokoknak“, ha más hüdéses tünetek sincsenek még jelen és a szellemi működések durvább defectusokat még nem mutatnak; végeztessenek az illetőkkel *Wassermann*-reactiót és ha az positiv, akkor a gyanu, hogy syphilises neurasthenia van jelen, a mely oly sokszor alkotja a paralysis első tünetét, nagyon is indokolt; az ilyen szegény embert aztán ne méltóztassék többé a frontra visszabocsátani; mert az többé nem oda való; az ott csak veszedelmet, szerencsétlenséget hozhat társaira is, és ha önállóbb hatáskörrel bír, meghibbant agyvelejével ütközetek, csaták sorsát döntheti el hátrányunkra!

* * *

Még egy kérdéssel óhajtok az előbbiek kapcsán röviden foglalkozni, a mely elsősorban a hadi sebészeket érdekli, s a melyről ők hivatottak tapasztalataik alapján ítéletet mondani, hogy t. i. *milyen befolyással van a syphilis a sebesülések gyógyulására?*

Nem akarom ennek a kérdésnek bő irodalmát itt felsorolni, mert ez nagyon messze vezetne, annál kevésbé, mert e téren az egyes búvárok, seborvosok és syphilidologusok igen különböző nézeteket vallottak az idők folyamán; röviden csak annyit említek meg, hogy már *Billroth* azt tanította, hogy a syphilisnek különösen plastikai műtétek alkalmával kedvezőtlen befolyása van a gyógyulásra; *Langenbeck* szerint az alkati syphilis a friss sebek per primam gyógyulását nem befolyásolja ugyan kártékonyan, azonban úgy látszik, hogy a lappangó syphilis mellett végzett műtétek syphilises fekélyesedések képződésére vezethetnek; e mellett fennálló csontsyphilis mellett a seblefolyás nem kedvező. *Düsterhoff* szerint a syphilis kedvezőtlen befolyását a sérülések gyógyulására nem szabad ugyan nagyon sokra becsülni, mindazonáltal nem lehet tagadni, hogy a sebzés helyén új syphilises tünetek jelentkezhetnek, és hogy olyan plastikai műtétek, a melyek a syphilis praedilectiós helyein végeztetnek, nem ritkán rosszul sikerülnek, különösen ha röviddel a műtét előtt nem végeztetett kielégítő gyógykezelés; e mellett a csontsyphilis nemcsak csonttörésekre praedisponál, hanem a törésvégek összetapadásának megszilárdulását is késlelteti, sőt néha egészen megakadályozza.

Ez észleletek óta immár több évtized telt el és a syphilis kóroktanára és kórtanára vonatkozó ismereteinknek a legújabb időben kibővülésével rájöttünk arra, hogy a spirochaetáknak valóban megvan az a képességük, hogy bizonyos szervekben lappangó, szunnyadó állapotban hosszú ideig megmaradhatnak, míg valamely ártalmas behatás következtében a lappangó virus ismét acuttá válik. Hisz előbb fejtegettem, hogy milyen összefüggés van a syphilis és trauma, az izgalom, a locus minoris resistentiae közt; és így nem lehetetlen, hogy a syphilis, ha lappangó stadiumban van is, bizonyos körülmények között a hadi sebesülések gyógyulási folyamatát kártékonyan befolyásolhatja.

*

Egy további kérdés, a melylyel itt foglalkoznom kell, az, hogy *hol és miképpen gyógykezeljük a háború tartama alatt a venereás beteg katonákat?*

Neisser mindjárt a háború kitörése után czikket írt a „Deutsche mediz. Wochenschrift“-ben, a melyben a venereás bántalmaknak a harcztéren való gyógykezelését ajánlja; *Neisser* nemcsak a kankót és a lágyfekélyt, hanem a syphilist is a harcztéren akarja kezelni, sőt ez utóbbi esetben a szürkeolaj-befecskendezéseken kívül többször megismételt intravenás neosalvarsan-infusiók alkalmazását is könnyen kivihetőnek tartja. *Neisser* ezzel a nézetével meglehetősen magára maradt; azt mondhatnám az összes többi szerző, a ki ebben a kérdésben utána nyilatkozott, köztük *Neisser*-nek több jeles tanítványa is, valamennyi kivihetetlennek tartja ezt és hangsúlyozza, hogy a venereás beteg katona a kórházba való; igy *Blaschko*, *Finger* és *Lesser*, *Neisser* tanítványai közül pedig *Touton*, *Buschke* és *Zieler*. *Neisser*-nek különösen *Zieler* würzburgi tanárnak czikke esett zokon, a ki most a harcztéren működik és így igazán hivatottabb annak a megitélésére, hogy lehet-e a harcztéren a venereás katonákat kezelni, mint az, a ki csak theoriából beszél, de gyakorlatilag keresztülvinni még nem próbálta. Egyik-másik csak annyit enged meg, hogy a harcztéren a latens syphilisben szenvedő katonát lehet esetleg kezelni kéneső-injectiókkal, „ha megfelelő idő és alkalom van rá“. *Neisser* egy későbbi czikkében megpróbálta ugyan megvédeni a maga igazát, de bár én is *Neisser* tanítványa vagyok, ebben a kérdésben szintén kénytelen vagyok volt főnököm ellen fordulni és kijelenteni, hogy a magam részéről a venereás katonáknak a harcztéren való kezelését teljesen kivihetetlennek tartom. *Az ilyen katona igenis a kórházba való,* még pedig lehetőleg azonnal odaküldendő, mielőtt a baj nagyobb mérveket öltene és nehezebben gyógyíthatóvá válnék; a másik főfeltétel lenne persze, a mit az említett szerzők is majdnem valamennyien hangsúlyoznak, de a mi, legalább nálunk, alig vihető egyelőre keresztül, *hogy azok a hadi- és tartalékkórházak, a hol venereás katonákat gyógyítanak, szakember-specialista vezetése alatt álljanak.*

* * *

A fentebbiekben igyekeztem kifejteni, hogy mily fontosak a venereás bántalmak a háború szempontjából és hogy — megfordítva — mily fontos a háború a venereás bántalmakra nézve különösen azok nagymérvű elszaporodása szempontjából, és hogy mily kedvezőtlen hatása van különösen a syphilisnek klinikai lefolyására; igyekeztem reámutatni arra, hogy mily nagy veszedelmet rejt ez magában a népegészségre, az egész társadalomra nézve.

Az a kérdés most már, mit tegyünk, hogy ezt a veszedelmet lehetőleg kis mértékre redukáljuk? Mert arról, hogy egészen megszüntessük, sajnos, bármit tennénk is, nem lehet szó.

Az a kérdés más szóval, hogy milyen legyen a védekezésünk, miben álljon a prophylaxis?

Ne méltóztassanak azonban azt gondolni, hogy én most ezt az óriási terjedelmű kérdést részletesen fogom tárgyalni és mindenféle konkrét javaslatokkal állok elő. Az én feladatom nem lehet más, a mint ezt már előadásom elején is megemlítém, mint hogy nagy vonásokban megjelöljem azt az utat, a melyen szerény nézetem szerint haladni kellene, hogy nagyobb veszedelemnek elejét vegyük. Ne méltóztassék azonban még ehhez a vállalkozásomhoz sem valami nagyon vérmes reményeket fűzni. Hisz a venereás bántalmak prophylaxisa már békében is a legnehezebb társadalmi és hygienés problemák közé tartozik, a melyet sikeresen megoldani mindeddig nem sikerült; és minél többet foglalkozott valaki ezzel a kérdéssel, annál inkább reájön arra, hogy küzdelmünk a syphilis és a gonorrhoea ellen csak akkor kecsegtethet sikerrel, ha a társadalom minden tényezője kezet fog, hogy minket orvosokat emberbaráti munkánkban segítsen. Ettől azonban, sajnos, még mindig messze vagyunk; még mindig nagyon sok előítéletet kell leküzdenünk.

A mostani háború a venereás bántalmak prophylaxisára vonatkozólag is részben egészen új helyzetet teremt, a melylyel szintén számolni kell; hisz említém, hogy a szegénység, a nyomor, a mely a háborúnak nyomában jár, melegágya a prostitutiónak; a venereás bántalmak orvosi ellátása is sokat szenved a háború alatt, még pedig nemcsak a katonaság, hanem a polgári lakosság körében is; és még mindig nem tudjuk, hogy mikor lesz vége a háborúnak, és hogy milyenek lesznek akkor a viszonyok.

De minthogy a társadalomra nézve a legnagyobb veszély, a mely a venereás bántalmak elszaporodásából ered, éppen a háború után kezdődik, azért, ha azt akarjuk, hogy védekezésünk szilárd alapon álljon, nemcsak azzal kell tisztába jönnünk, hogy mit tegyünk a *háború alatt*, hanem jó eleve azzal is, hogy milyen intézkedések lesznek szükségesek a *háború utáni időre?*

Ha tehát csak nagy általánosságban is fogok most ezzel a kérdéssel foglalkozni, mégis azt hiszem, hogy sok megszívlelni való van abban, a miket mondandó leszek, és ha azok, a kiket illet, meg is szívlelik azokat, akkor azzal a közegészségügynek mégis jó szolgálatot fogunk tenni és sok veszedelemnek vehetjük elejét.

Hisz én sokat foglalkoztam ezzel a kérdéssel a nyilvánosság előtt, meglehetősen ismerem az óriási irodalmat is és mindenesetre más távlatból nézem a dolgokat, mint sokan azok, a kik ezzel a kérdéssel nem foglalkoztak elég behatóan.

Csüggednünk nem szabad, szembe kell néznünk a veszedelemmel, és ölbe tett kezekkel nézni azt annál kevésbé szabad, mert ez bűn lenne saját nemzetünk, saját társadalmunk ellen.

Mindenekelőtt azzal kell tisztába jönnunk, hogy mit lehet elérni *külön rendszabályokkal*, a melyeket a háború tartamára hozunk, különös tekintettel azonban arra, hogy lehetetlent ne kívánjunk.

Hiszen pl. a legradikalisabb és legegyszerűbb módon akarta a kérdést megoldani egy német katonaorvos, *Kurt Mendel*, mint a „Deutsche med. Wochenschrift"-ben megjelent czikkében olvassuk. Ő beadványt intézett a német hadügyministeriumhoz, a mely abban csúcsosodik ki, hogy a katonának egyszerűen el kell tiltani a coitust, el kell rendelni a teljes abstinentiát és a ki a rendszeres orvosi vizsgálatok alkalmával mégis venereás betegnek találtatik, az szigorúan büntettessék meg; a betegnek talált ledérnőket pedig a háború egész tartamára könyörtelenül csukják el.

Ha a venereás bántalmak prophylaxisának nagy kérdését ilyen napiparancsokkal lehetne elintézni, akkor az valóban senkinek sem okozna nagyobb gondot. A német kollegának óriási rövidlátására vall, hogy büntetéssel fenyegeti azt a katonát, a ki a tilalom daczára mégis venereás betegséget kap. Nem hiába olvasta fejére a „Deutsche med. Wochenschrift" ugyanazon számában *Buschke* berlini tanár és kiváló dermatologus, hogy meglátszik, hogy *Mendel* nem bőrgyógyász-specialista és hogy nem ismeri az irodalmat sem, különben nem állított volna ilyent. E felett tehát épp úgy napirendre térhetünk, mint tért a német hadügyministerium is, a mely természetesen óvakodott *Mendel* kartárs veszedelmes javaslatait elfogadni. Ezzel csak jelezni akartam, hogy milyen úton akarják a kérdést megoldani olyanok, a kik arra nem hivatottak.

Tisztába kell jönnünk azzal, hogy *erőszakkal*, még ha az golyó és akasztófa lenne is, még a háborúban sem lehet a venereás fertőzéseket megakadályozni; ehhez nézetem szerint egészen más eszközök szükségesek.

Ha megpróbálnám rendszerbe szedni azt a rengeteg tennivalót és intézkedést, a mi a háború alatt és annak folyományaként a venereás bántalmak prophylaxisára szükséges, azt mondhatnám, hogy azok illetik:

1. a *prostitutiót*, mint a venereás bántalmak főterjesztőjét, a mely — mint láttuk — oly szoros viszonyban áll mindig a katonasággal és áll különösen a háború alatt;

2. magát a *katonaságot*;

3. pedig az *általános előfeltételeit* a venereás bántalmak egyedüli helyes prophylaxisának, s a melyek épp úgy érvényesek a békében, mint a háborúban.

A mi az első pontot illeti, már előbb fejtegettem, hogy a prostitutiót *erőszakkal* elnyomni, visszafojtani még a legdrákóibb szigorúságú intézkedésekkel sem lehet; békében épp oly kevéssé, mint háborúban; különösen nem, ha a háború által keresetképtelenné vált sok ezernyi nőszemély megélhetéséről nem gondoskodunk. Ezt az egész emberiségnek és a prostitutiónak, a mely maga is majdnem oly régi, mint az emberiség, évezredes története bizonyítja, és erre én több szót itt nem is vesztegetek. Azok az intézkedések tehát, a melyeket a hadvezetőség és a polgári hatóságok a háború által teremtett kivételes helyzetben hoznak, csak arra vonatkozhatnak, hogy a *prostitutiót a katonák számára kevésbé veszélyessé tegyük*, vagyis hogy idejekorán gondoskodjunk a betegnek talált ledérnők internálásáról és kellő, szakavatott gyógyításáról.

Haberling erre nézve javaslatait 10 pontban foglalta össze, és talán nem lesz érdektelen, ha azokat itt felsorolom:

1. Ha valamely helységben számosabb megbetegedés fordul elő, a helyi hatóság köteles a csapatparancsnokoknak a helység valamennyi nyilvános prostituáltjának jegyzékét bemutatni.

2. Ezek a csapatorvosok által azonnal megvizsgáltatnak; az orvosi vizsgálat bizonyos időközökben, legkésőbb nyolcznaponként megismétlendő.

3. Valamennyi betegnek talált prostituált kórházban, vagy a hol ez nem létezik, a helyi hatóság által rendelkezésre bocsátott helyiségben esetleg katonai őrizet alatt internáltatik. Gyógykezelésüket a helyi orvosok, a hol pedig szükséges, katonaorvosok végzik.

4. Az egészségesnek talált prostituált egy a csapatparancsnok aláírásával ellátott *igazolványi lapot* kap, a melyen az egyes orvosi vizsgálatok napja följegyeztetik.

5. A katonáknak értésére adandó, hogy csak abban az esetben kerülhetik ki bizonyos valószínűséggel a fertőzést, ha oly prostituálttal közlekednek, a kinek ilyen egészségi lapja, igazolványa van; annak fölmutatását tehát minden egyes esetben követelni tartoznak.

6. Nőszemélyek, a kik katona kíséretében engedelem nélkül a biwakba jönnek, vagy a kikről kiderül, hogy katonákkal közlekedtek és közlekednek, haladék nélkül orvosi vizsgálatnak vetendők alá. Ha betegnek találtatnak, ők is kórházba internálandók. Hogy az egészségesnek találtak további vizsgálatnak is alávessék-e magukat, minden egyes esetben a csapatparancsnok dönti el. (!)

7. Bizonyos körülmények között, különösen ha venereás fertőzések a katonák közt nagyobb számmal fordulnak elő, indokolt lehet a katonákat kaszárnyaszerűleg internálni és a katonák által lakott területekbe nőszemélyek belépését megtiltani, kivévén azokat, a kik egészségi lappal vannak ellátva. Ha mégis megtörténnének, akkor az illető nőszemélyekkel a 6. pont értelmében kell eljárni.

8. Ha valamely helységben bordélyházak vannak, azokat orvosilag a legszigorúbban ellenőrizni kell. Ha a csapatok hosszú ideig maradnak egy helyen, szükségessé válhat egyes bordélyházakat kizárólag a katonák számára reserválni. A mennyiben keresztülvihető, ajánlatos ezekben a házakban az azokat látogató katonákat is orvosi vizsgálatnak alávetni.

9. Azokban a helységekben, a hol a hatóság a csapatparancsnok által kiadott rendeleteknek eleget nem tesz vagy nem tehet, a csapatparancsnok külön intézkedéseket tesz, a melyek értelmében minden egyes nőszemély, a ki katonákkal érintkezik, azonnal orvosi vizsgálat alá vétetik.

10. Prostituáltak, a kik tudják, hogy nemi betegségben szenvednek és mégis érintkeznek a hadsereg kötelékébe tartozókkal, a haditörvények szerint büntettetnek.

Eddig *Haberling* javaslata. Méltóztatik látni, hogy sok megszívlelendő dolgot tartalmaz, bár a csapatparancsnokok dolgát alaposan megszaporítaná. Nézetem szerint azonban *Haberling* is abba a hibába esik, mint a legtöbben, a kik t. i. szűk látókörből nézik a dolgokat és tisztán a prostitutio ellenőrzésének a szigorításától várnak mindent. Azokat a rendszabályokat, amelyek így papiroson olyan sokat igérőnek látszanak, először is nem lehet olyan rigorosusan keresztülvinni még háborúban sem, sőt ott talán még sokkal kevésbé. Hogy mást ne említsek, méltóztassék csak elgondolni a szegény csapatparancsnok sorsát, a ki ezernyi súlyos gondja és teendője mellett most egyszerre a prostitutio főfelügyelőjévé avanzsál! Másrészt meg, ha valóban keresztül is lehetne vinni azokat a rendszabályokat, még akkor sem lehetne tőlük valami sokat várni. Nem hiába mondja már *Blaschko*, a ki pedig a venereás bántalmak prophylaxisa terén elismert, nemcsak európai, de mondhatnám világhírű szaktekintély, hogy nézete szerint *Haberling* túlságosan sokat vár az orvosi vizsgálattól és az egészségi laptól. „Hisz ha meggondoljuk — mondja *Blaschko* — milyen nehéz pl. gonorrhoeában szen-

vedő nőn sokszor még mikroskopi vizsgálat segélyével is megállapítani a diagnosist, úgy be kell látnunk, hogy az egészségi lap hygienés értéke igen problematikus.“ „Sokkal veszedelmesebb — mondja *Blaschko* tovább — a *Haberling* szabálytervezetének 5. pontja, amely a katonát egyenesen utasítja, hogy csak ilyen nőszemélyekkel érintkezzék; mert az bizonyos tekintetben provokálás, felbátorítás számba megy, és az egészségi lap aztán mégsem nyújt oltalmat.“ Ezt különben *Touton* is hangsúlyozza.

Azért hivatkoztam *Blaschko*-ra, mert ez talán nagyobb súlyt fog adni az én szavaimnak is; t. i. — mint a fentebbiekből látható — én is teljesen osztom *Blaschko* nézetét; hisz hosszú évek óta, mióta a venereás bántalmak prophylaxisának kérdésével foglalkozom, a nyilvánosság előtt is mindig azt hangoztattam, *hogy tisztán a prostitutio ellenőrzésétől várni a venereás bántalmak megcsökkenését még akkor is utopia volna, ha ezt az ellenőrzést valóban olyan tökéletesen lehetne keresztülvinni, mint a hogy nem lehet és sohasem is fog lehetni.*

Hiszen szó sincs róla, helyes dolog az, hogy a hatóságok most a háború alatt fokozott éberséggel őrködnek a prostitutio fölött; mi is tapasztaljuk, hogy a rendőrség sohasem szállított be annyi csatangoló nőszemélyt a klinikára, a kiket mind a háború, a katonaság csődített városunkba, mint éppen az utolsó hónapokban: csak azt ne méltóztassék gondolni, hogy ezzel aztán mindent megtettünk; *mert a míg a kereslet a prostitutio után megvan, addig a kínálat is mindig meglesz és a prostituáltak száma sohasem fog megapadni, bármit csináljunk is*; mert prostituált még több van, mint a muszka, pedig azok is rémsokan vannak; hisz ha az első sort lelövik a lövészárok előtt, jön a második, harmadik és Isten tudja hányadik, hogy aztán másnap újból kezdjék a rohamokat. És erős a hitem, hogy a muszka nemsokára mégis csak elfogy, *de a prostitutio nem fogy el soha, a míg a férfiak utána való kereslete meg nem szűnik*, mert annak valóban kimeríthetetlen tartalékai vannak.

Bátran kimondom tehát, mint már sokszor kimondottam, hogy a *prostitutio ellenőrzése csak elenyésző, és nem is legfontosabb része a venereás bántalmak prophylaxisának; sokkal fontosabb, hogy az utána való keresletet szüntessük* meg, és ezzel áttérhetek arra a második főpontra, amit előbb említettem, hogy tudniillik *mit tegyünk, hogy katonáink körében a prostitutio iránti keresletet megszüntessük, vagy legalább is jelentékenyen megcsökkentsük?*

(Folytatása következik.)

A paranoiás elmekórformákról.

Irta: ***Moravcsik Ernő Emil*** dr., egyetemi tanár.

(Vége.)

Saját kisérleteimből a következő adatokat közlöm. Ezekhez az acustikus (szó-) módszert használtam s a betegeknek az általam kiejtett szóra nyomban válaszolniok kellett azt, a mi hirtelen eszükbe jutott. Az inger-szó kimondása és a rákövetkező felelet között lefolyt (reactiós) időt segédeim az $^1/_5$ másodperczet jelző órán határozták meg. Hangsúlyoznom kell, hogy mint mindig kívánatos, itt is figyelemmel voltam minden külső zavaró tényező, a suggestiós hatás elhárítására, a teljes nyugalomra, továbbá a betegeknek a kisérlethez legalkalmasabb állapotának megválasztására. A dementia praecoxos 'negativismus, vagy úgy itt, mint a paraphreniásokon előforduló izgatottság szaka akadályozhatja a tájékoztató eredmény megszerzését.

1. Paranoia. (Iparos férfi.)

Ingerszó	*Reactiós idő másodperczekben*	*Felelet*
Szomorúság	1·6	vígság.
Fájdalom	1·4	bú.
Szenvedés	1·2	bánat.
Szerencsétlenség	1·0	öröm.
Nyomor	2·0	boldogság.
Koldusbot	2·0	kormánypálcza.
Temetés	1·4	születés.
Sír	1·8	rí.
Halál	2·4	házasság.
Bűn	1·6	erény.
Büntetés	1·4	jutalom.
Megvetés	1·8	dicséret.
Jókedv	1·6	szomorúság.
Öröm	1·0	bú.
Kaczagás	1·2	sírás.
Szerencse	2·2	szerencsétlenség.
Gazdagság	1·6	szegénység.
Vagyon	2·0	vagyontalanság.
Mulatság	2·0	szomorúság.
Lakodalom	1·6	temetés.
Táncz	2·2	ülés.
Hosszú élet	1·2	rövid élet.
Jutalom	1·2	büntetés.
Kitüntetés	1·8	megdorgálás.
Szoba	1·2	ablak.
Asztal	1·0	ajtó.
Szék	1·0	udvar.
Ágy	2·6	ember.
Ablak	1·2	nyál.
Tükör	1·0	sarok.
Kavics	1·8	asztal.
Sár	1·4	folyó.
Hó	1·2	eső.

2. Paranoidos elmezavar. Paraphrenia. (Napszámos nő.)

Ingerszó	*Reactiós idő*	*Felelet*
Szomorúság	2·4	én azt mind értem.
Fájdalom	2·4	semmiféle fájdalom, csak az, a mit itt az arczomra csináltak.
Szenvedés	2·2	nagyon sok.
Szerencsétlenség	2·4	miért?
Nyomor	5·2	bizony az nagyon is megvan.
Koldusbot	3·6	az, koldusnő.
Temetés	2·2	mert én adtam anyám temetésére 20 forintot.
Sír	5·2	igen, a sírt mélyre csinálják.
Halál	4·8	az nincs nekem, a kórházban.
Bűn	1·2	az is, ha Istentől eltávolodik az ember.
Büntetés	1·1	ha az Úristennek tetszik elrendelni.
Megvetés	1·8	kinek? az Úristennek?
Jókedv	1·2	az Úristennek szolgálni akarok.
Öröm	1·8	öröm és nem vidámság.
Kaczagás	2·2	nevetés.
Szerencse	1·8	a szerencse néha kaczér.
Gazdagság	1·8	gazdagság.
Vagyon	3·2	sok van nekem.
Mulatság	2·8	az Úristen szent akarata szerint.
Lakodalom	0·3	pontosan 29 esztendő előtt.
Táncz	1·0	megszakítva.
Hosszú élet	1·0	ha az Úristennek úgy tetszik.
Jutalom	0·5	ajándék.
Kitüntetés	1·5	tessék megnézni, milyen rongyos a köténeym.
Ház	1·0	szoba.
Szoba	4·0	(egy időre fejét félrefordítva figyel, majd elmosolyodik — hallucinál) — szoba.
Kert	1·5	enyém a fele.
Udvar	1·0	nekem nincs közöm hozzá.
Tükör	1·5	tükör.
Kapa	1·0	motika, kapálni való.
Czipő	1·2	botos.
Abrosz	2·0	ott van kilencz.
Kavics	1·0	a kavics csak kavics marad.
Sár	1·5	most nincs.
Patak	1·5	kis patak, nagy patak.
Hó	1·0	jó, legyen hó.

3. Dementia praecox paranoides. (Egyetemi hallgató.)

Ingerszó	*Reactiós idő*	*Felelet*
Szomorúság	1·5	légyölő galócza.
Fájdalom	2·3	dolor.
Szenvedés	2·5	lovagias ember kegyed?
Szerencsétlenség	2·0	szerencsétlenség? gyönyörű szivárvány volt tegnap.
Nyomor	2·5	éjjeli menedék.
Koldusbot	2·1	magam vagyok.
Temetés	2·4	Beethoven gyászindulója.
Sír	1·3	sír? szőr, uram, ja!

Halál	4·0	Heine vagy pedig egy syphilises hal.
Bűn	3·0	kár, Descartes, Pekár.
Büntetés	2·5	az egyptomi büntetés. Pharao fia kegyed?
Megvetés	2·5	bum.
Jókedv	2·2	Lilienthal.
Öröm	2·5	jó, jó, köröm.
Kaczagás	4·0	idegroham, periodikus szívgörcsök.
Szerencse	3·0	apoplexia.
Gazdagság	2·4	t izé, t toj, vagy hogy is?
Vagyon	2·6	hát kezdjük el elölről. Macchiavelli.
Mulatság	1·4	mindent kéjjel kell megcsinálni.
Lakodalom	5·0	leányvásár, hasonlit a menyasszonyomhoz.
Táncz	3·0	erről már volt szó, rhythmikus mozgás.
Hosszú élet	2·0	csak bele kell pakkolni.
Jutalom	2·1	mind a hármat felakasztották.
Kitüntetés	2·5	ezer aranyat kapott a Sámson doktor, ez én vagyok.
Ház	1·3	Kufsteinba volt bezárva egy évig.
Szoba	2·4	Rákóczi-induló.
Kert	2·5	itt lent is van.
Udvar	2·2	Fliegender Holländer.
Tükör	3·0	szemtükör, Helmholtz.
Kapa	2·5	alpha egyenlő omegával.
Czipő	5·0	unom már ezt a dolgot, krokodilok jutnak eszembe.
Abrosz	2·1	tosz.
Kavics	2·5	-ban. saphir van fordítva smaragdra.
Sár	2·5	odontin.
Patak	3·0	sirályok, kígyó, Walkür.
Hó	2·5	Schnee, Edelweiss.

A paranoiás esetben meglehetősen szabályos a reactiós idő és a normalis átlag keretében mozog, míg a másik két kórformában ingadozik, mert úgy a hallucinatiók, mint egyes érzelemmel erősebben színezett képzetek a figyelmet elterelik. Feltűnik továbbá különösen a paraphreniásnál a szétterelődő reactiós válasz. Az utóbbi egyúttal több helyen elárulja a kórképben élesebben kifejezett üldöztetéses és nagysági (vallásos) téves eszméket, valamint a hallucinatiót. A beteg ugyanis azt állítja, hogy éjjel maró zsírral, benzinnel bekenik arczát s ezért lefekvés előtt papiros-álarczot köt rá, ételébe vizeletet, salmiakot tesznek, sőt bele is köpnek, üldözik, becsmérlik, kigúnyolják, az Isten szavát is hallja, a kinek kiválasztottja. A dementia praecox paranoidesben szenvedő beteg pedig, a kinek különféle laza phantasiás nagysági, erotikai, hypochondriás és üldöztetéses téves eszméi és hallucinatiói vannak, különösen a fentemlített schizophreniás sajátságokat tünteti fel jellemző alakban.

Az adott feleletek némileg emlékeztetnének a maniás állapotra, csak hogy a maniásokat jellemzi a nem lankadó, többnyire derült izgatottság, a meg nem akadályozható tovább associálásra, a gondolatok szökésére, ellaposodására való hajlam. Ennek következtében az associatiós reactio szerfelett terjengős. Az általam felsoroltakhoz hasonló adatokat a dementia praecoxos betegek minden kedélyi emotio nélkül, többnyire fontoskodó arczkifejezéssel szolgáltatják.

Irodalom. *Berze*: Das primäre Symptom der Paranoia. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1906. — *Birnbaum*: Ueber vorübergehende Wahnbildung auf degenerativer Basis. Zentralblatt. f. Nervenheilk., 1908. — *Bleuler*: Affektibilität, Suggestibilität, Paranoia. Halle, 1906. — *Böge:* Die periodische Paranoia. Arch. f. Psychiatrie, 1908, 43. köt. — *Bonhöffer*: Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen Sammlung zwangsloser Abhandl. aus dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten, 7. füz. — *Bresler*: Zur Paranoiafrage. Psych.-neur. Wochenschrift, 1901. — *Bumke*: Ueber die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralblatt für Nervenheilk., 1909. — *Cramer*: Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie, 51. kötet. — *Fischer I.*: Vezet-e a paranoia elbutuláshoz? Gyógyászat, 1906. — *Friedmann*: Beiträge zur Lehre von der Paranoia. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 17. k. — *Griesinger:* Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 1876. — *Hitzig:* Ueber den Querulantenwahnsinn. 1895. — *Hösslin*: Die paranoiden Erkrankungen. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig., 18. k., 3. f. — *Kleist*: Die Involutionsparanoia. Allgem. Zeitschrift f. Psych., 1913, 70. köt. — *Kraepelin*: Ueber paranoide Erkrankungen. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig., 1912, XI. k., 5. f. Psychiatrie, 1913, 8. kiadás, III köt. — *Krafft-Ebing*: Lehrbuch der Psychiatrie, 1903, 7. kiadás. — *Lechner*: Impressiókról. A magyar philosophiai társaság közleményei. 1913, XLVII. és XLVIII. füzet. — *Lehmann:* Paranoia, Affekt, Verfolgungswahn, Größenwahn. Psych.-neurol. Wochenschrift, 1909. — *Maier*: Ueber katathyme Wahnbildung und Paranoia. Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psychiatrie. Orig. 1912, 13. köt., 5. f. — *Margulies:* Die primäre Bedeutung der Affekte im ersten Stadium der Paranoia. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1901, 10. kötet. — *Mendel*: Leitfaden der Psychiatrie. 1902. — *Moravcsik*: Elmekór- és gyógytan. 1913. — *Moravcsik:* Diagnostische Assoziationsuntersuchungen. Allg. Zeitschrift f. Psych., 68. k. — *Neisser:* Paranoia und Schwachsinn. Allg. Zeitschrift für Psych., 53. kötet. — *Pick*: Zur Lehre von den initialen Erscheinungen der Paranoia. Neurol. Zentralbl., 1902. — *Salgó*: Noch einmal Paranoia und Schwachsinn. Allg. Zeitschrift f. Psych., 53. kötet. — *Sandberg:* Beiträge zur Charakteristik der Wahnideen bei chronischen Verrückten. 1887. — *Sandberg*: Zur Psychopathologie der Paranoia. Allg. Zeitschrift f. Psych., 52. kötet. — *Schnizer:* Die Paranoiafrage. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref., 8. köt., 4.—5. füz. — *Schnizer:* Zur Paranoiafrage. Zeitschrift für d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. 27. köt., 2. füzet. — *Schüle*: Klinische Psychiatrie. 1886. — *Sommer*: Paranoia. 1906. — *Sommer:* Diagnostik der Geisteskrankheiten. 1894. — *Specht*: Chronische Manie und Paranoia. Zentralblatt f. Nervenheilk. u. Psych., 1905. — *Stransky:* Die paranoiden Erkrankungen. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig., 18. köt., 3 füzet. — *Tiling*: Zur Paranoiafrage. Psych.-neurol. Wochenschrift, 1901. — *Wernicke:* Grundriss der Psychiatrie. 1906. — *Weygandt*: Zur Paranoiafrage. Archiv f. Psych., 47. kötet. — *Wilmanns:* Zur klinischen Stellung der Paranoia. Zentralblatt f. Nervenheilk. u. Psych., 1910. — *Ziehen:* Psychiatrie. 1911, 4. kiadás.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. Robert Bonnet: Die Hand und ihr Ersatz. Leipzig und Hamburg. L. Voss, 1915.

Biesalski alapvető munkálatait kiegészíti *Bonnet*-nek a közelmultban megjelent füzete. Bevezetésképpen rendkívül szellemesen ismerteti a kéz fontosságát; ime egy szemelvény: „Die Hand ist nicht nur unsere Waffe und unser angeborenes Werkzeug, sondern sie übernimmt auch einen wesentlichen Teil unserer Geberdensprache. Mit ihr grüssen, liebkosen, trösten, beten, segnen, fluchen und schwören wir. Mit ihr drücken wir Freude und Schrecken aus, locken wir und weisen ab. Mit der Hand verteidigen wir uns und greifen an, kratzen, schlagen und würgen. Durch den Druck der Hand sprechen wir noch, wenn uns die Worte fehlen, und mit der Hand geben wir uns einem andern zu eigen.“ Felette érdekesen taglalja az egyes ujjak hiányát pótló gyűrűs prothesiseket, melyek segítségével az irás kitünően megy. A továbbiakban *Götz von Berlichingen* vasöklétől a mai napig az alsókar-prothesisek történeti fejlődését taglalja. Megemlékezik *Höftmann* közismert esetéről, *Natius Mátyás*-ról, ki a balkarját pótló művégtagot saját kovácsműhelyében készítette el, s végezetül ismerteti azon eseteket, a melyekben a veleszületett intelligentia és energia prothesisek mellőzésével is kiválót tudott produkálni (pl. *Unthan*, a lábművész). *Bonnet* fejtegetéseit a következő valóban megszívlelendő kijelentéssel végzi: „*Arbeiten und nicht verzweifeln!*“ *Deutsch Ernő.*

Wilhelm Wundt: Die Nationen und ihre Philosophie. Ein Kapitel zum Weltkrieg. Leipzig, Kröner, 1915. 146 lap. Ára 3 márka.

Wundt könyve a háború irodalmi termékei között magasan áll. Azt bizonyítja hogy a nemzetek viselkedése és jelleme kifejezésre jut philosophiájuk különböző voltában. A vezetőszerepet a renaissance idején az olaszok vitték, ez aztán a franczia, majd az angolok kezébe ment át, míg ma a németekében van. A franczia philosophia az egoismusból indul ki és még az altruismust is keretében kitágított egoismusnak tartja, a kötelesség- és a moraltheoriát elveti. Az angol philosophia a jóllakott emberé, utilitarius egoismus. A német idealista. Míg az individualista franczia a droit de l'homme alapján áll, a német „az élet és a munka jogáról“ beszél és a közösség összakaratát állítja az egyéni önzéssel szembe. A poesis rokonságban van a bölcselettel és így a kedvelt háborús dalok is visszatükrözik a nép jellemét. A franczia a „jour de gloire“-ról énekel, a Rule Britannia ideálja a hatalom és uralom, a Wacht am Rhein dalában a szilárd eltökéltség és hűség jut kifejezésre. (Fest steht und treu die Wacht am Rhein!)

Ezeknek a bölcselő psychologiai gondolatoknak elég nagy fontosságuk van, a mennyiben a nemzeteknek jövőjébe látni, ha ez egyáltalán lehetséges, csak ilyen tárgyilagos kiindulópontból lehet. *Wundt* azt gondolja, hogy a franciát épp a gloire és prestige szeretete fogja a jövőben visszatartani attól, hogy folyton újabb vereségeknek tegye ki magát. Az angol és német népérzés és népgondolkozás várható változásainak leírása zárja be a könyvet.

A mikor *Wundt* könyvében olvasom, hogy a német, angol, franczia és olasz philosophia a nemzetek jellemének különböző volta miatt más eredményekre jut, szemembe ötlik, hogy mennyire másféle tudomány ez, mint a természettudomány. A tuberculosis-bacillus tana Rómában, Londonban, Berlinben, Párisban ugyanaz, ugyanaz úgy az euphoriás mint a deprimált emberben, de a philosophiai álláspont mind e tényezők kényszere szerint más-más lesz. Igy érthető, ha Le Dantec a metaphysikát művészetnek mondja, *Schopenhauer* a maga tudását a tudomány fölé, a művészet körébe helyezi, *Wundt* pedig a poesissel hozza rokonságba.

Kollarits Jenő dr.

Lapszemle.

Belorvostan.

A gyomor-bélcsatornának a háborúban szerzett bajairól s azok utókezeléséről ír *Schmidt Adolf* hallei tanár.

A tápláló csatornát inkább a fertőző bajok s a rendetlen étkezésből származó megbetegedések veszélyeztetik, mint a golyó: ez utóbbi okozta sérülések jóval ritkábbak.

A fertőző természetű bajok közül a *cholera* eddig csak szórványosan mutatkozott. Annál gyakoribb megbetegedés a hastyphus, melynek a harczmezőről hozott alakja sok tekintetben elütő a békében megszokott kóros képtől s felismerését a láz szabálytalansága, a súlyos hörgőhurut és tüdőgyuladás, a szív részéről jelentkező zavarok annyira megnehezítik, hogy akárhányszor csak a bélvérzésből ismerhetjük fel, hogy typhus-szal van dolgunk. A védőoltással ugyanis a legfontosabb kórjelző — a Widal-próba — értékét veszti.

A szövődmények közül nem ritka a fültőmirigygyuladás, a sokizületi csúz és néha a here gangraenája, melyek valószínüleg másodlagos fertőzés következményei. Az epeutak hurutja ritkán, s bélszűkülés sem követi a typhusos fekélyesedést.

A vérhast a katonaság között a Flexner-typusú bacillusok okozták; lefolyása jelentéktelen tünetektől, csekély láztól kisért volt, s csak kevés szövődő bántalom, még leginkább sokizületi gyuladás kisérte. A beteg gyógyulttá nyilvánítása azonban óvatosságot igényel, mert klinikailag látszólag meggyógyult betegeken rectoskopos vizsgálatkor nem ritkán találhatunk még fekélyesedést, melyből a baj kiujulhat. A gyógyítás alkalmával a beöntést csak az idősült alakban s akkor is csak védő nyálkás, esetleg dermatolos oldattal — a mi nem izgat — ajánlja a szerző.

A vérhasnak más, nem fertőző, de fekélyesedéssel járó vastagbélhuruttól való megkülönböztetése csak bakteriologiai vizsgálat alapján lehetséges: az ilyen fekélyesedő colitisnek is lehetnek szövődményei, nevezetesen *több* izület súlyos gyuladása, mint a bél felől történő sepsises fertőzés következménye. A heges szűkülés vérhas után mód felett ritka betegség.

A rendetlen táplálkozásnak gyakori következménye katonáink gyomor-bél dyspepsiája. A húsétel kellő megfőzésére akárhányszor nincs idő; a kifáradt és kiéhezett ember mohón jeszik s így a félig nyers és alig megrágott étel nagyon jó emésztést kíván; ha hiányos a gyomornedv-elválasztás, a bélben erjedésnek indul a gyomorban kellőképp meg nem dolgozott étel. A nagy menetelésekkel járó chlorvesztesség még inkább csökkenti a sósavtermelést: innen katonáinknak gyakori, hypo- illetve achylián alapuló hasmenése. Ha a baj acut, egy napi koplalás és hajtószer segít, ha idősült, csak a gondos diaetás kezelésnek lesz eredménye, a mi természetesen csak kórházban valósítható meg. A diaeta alapja minden cellulosedús főzelék eltiltása s a hachée-purée koszt. Természetesen hadikenyér sem való az ilyen betegnek. Ha erre a kosztra sem szűnik a bélbeli erjedés, elhagyunk minden szénhydratot és pusztán levest, tojásos ételt, geléeket és kapart hust adunk a betegnek. Az achyliát sósav nyujtásával és hasnyálmirigy-készítményekkel igyekszünk megszüntetni. Esetleg a bolusnak, bolus-bismuthnak és a carbo animalisnak is hasznát vehetjük; a beöntés czéltalan.

Az sem ritka, hogy az idősült dyspepsiás panaszok oka *gyomorfekély* vagy *chronikus vakbélgyuladás.*

A has lőtt sebeivel a beteg, ha el is kerülte a heveny hashártyagyuladást, különösen ha a lövedék benn maradt, rövidebb-hosszabb idő elteltével ujabb szövődményeknek lehet áldozata, ilyenek a bélszűkülés, a távolabbi szervekben (hasnyálmirigy) jelentkező tályog, peritonealis összenövések és álszálagképződés, idősült kisebb kiterjedésű hashártyagyuladás. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1915, 9. szám.)

Halász Aladár

Sebészet.

A haslövésekről *Kraske* tanár a következőket írja: Haslövés eseteiben a sebészek egy része, hacsak lehetséges, azonnal műtétet végez, a másik rész a várakozó álláspont híve lévén, conservative kezeli a beteget. Ez utóbbi sebészek meggyőződése ama statisztikákon alapul, a melyek a conservativ kezeléssel 40—50, sőt 70% gyógyulást mutattak ki. Ha azonban e statisztikákból a csupán a hasfalzatot ért sérüléseket leszámítjuk, kevésbé örvendetes képet kapunk. Ha pedig a „haslövés" fogalma alatt csupán a bélsérüléseket értjük, a kép rendkívül szomorú lesz.

A szerző a háború alatt eddig egyetlen egy bélsérülést sem látott meggyógyulni conservativ kezelésre; ezek kivétel nélkül peritonitisben haltak el. Nem vonja azonban kétségbe, hogy spontan gyógyulás is előfordulhat kedvező körülmények között (kis nyílás, üres belek, sűrű béltartalom stb.). Ezen rendkívül ritka véletlennel tehát a gyakorlatban nem kell számolnunk, már csak azért sem, mert a nem deformálódott kiskaliberű lövedékek is nem ritkán nagy nyílásokat ejtenek a beleken, nem is szólva a gránátszilánkokról, a kézigránátok csavarjairól és a borzalmas angol lövedékekről. Tehát a hadi lövési sérüléseknek más beszámítás alá kell esniök, mint a békebelieknek.

Azonban, a ki a háborúban résztvett, tudja, mit jelent a betegre és műtőre nézve egy hitvány galicziai faluban, az augusztusi vagy szeptemberi hőségben oly „műtőteremben" hasi műtéteket végezni, a hol tiszta levegő, világosság és víz helyett por, legyek stb. más van. A szerző javaslata szerint ezen úgy lehet segíteni, hogy a tábori kórházak közül egyet direct has-műtétek számára kell berendezni, megfelelő, tapasztalt vezetővel és segédekkel s betegszállító automobilokkal. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 22. sz.) *M.*

A koponyalövések műtéti kezelésekor bekövetkezhető agyelőesés megakadályozására *Boerner* főtörzsorvos a következő eljárást ajánlja: A műtéti terület előkészítése után helybeli érzéstelenítésben a sebszéleket körülmetszszük a bőr egész vastagságában. Ekkor a sebet hosszirányban mindkét végén megnagyobbítjuk 3—4 cm.-rel, s e metszések végpontjain egy-egy harántirányú, a csonthártyán szintén áthatoló metszést ejtve, a csonthártyát raspatoriummal ajtószárnyszerűen óvatosan leválasztva széttoljuk. Ily módon a szükséges műtét elvégzésére kellően áttekinthető teret nyerünk. A műtét érdemleges részének elvégzése után az agy felszínére hosszirányban 2 gazecsíkot fektetve — úgy, hogy mindkettőnek vége a periosteum alól kinyuljon —, a periosteumot csomós selyemvarratokkal — a gaze-csíkok kilépése helyének kivételével — mindenütt összevarrjuk. A periosteum széleinek mindenütt pontosan érintkezniök kell. Két nap mulva a gazecsíkokat kicseréljük a szükséghez képest rövidebbekkel. A selyemvarratokat csak 10 nap mulva kell eltávolítani.

A szerző ezen eljárás alkalmazása óta egyetlen agyelőesést sem észlelt, s a seb draineződése mindig kielégítő volt. (Münchener mediz. Wochenschr., 1915, 17. sz.) *M.*

Szülészet és nőorvostan.

A koraszülöttek táplálásáról és növekedéséről tartott előadást *Langstein* a berlini „Medizinische Gesellschaft" 1915 május hó 15.-i ülésén. Az Augusta Viktoria-kórházba felvett koraszülöttek közül azok, a melyek 1500 grammnál könnyebbek, meleg fürdőkbe, a nehezebbek fűtött szobákba kerülnek; a couveusőket teljesen elhagyták. A koraszülöttek igen kis része tud csak szopni, kifejt tejjel kell táplálni őket. Palackból kezdetben 30—40 gramm tejet fogyasztanak el, de 3—4 napos korukban, az icterus kifejlődésével, soporosusak lesznek, s palaczkból sem tudnak szopni. Az ilyeneket alvás közben 8—9-es számú Nélaton-katheterrel a szájon keresztül táplálja. Már a második vagy a harmadik héten teljes palaczk-táplálásra mehet át. A csecsemőknek kis adagokat nyújt gyakran, s csak a második-harmadik hónapban tér át nagyobb adagok mellett ritkább táplálásra. A csecsemők táplálékszükséglete különböző; a míg a kiviselt magzatok caloria-szükséglete 100, a koraszülötteken ez nincs mindig így, mert ezek más növekedési szabályok alá esnek. Egyesek 100 caloriánál többet szükségelnek; a fölösleg *Rubner* kísérletei szerint a növekedésnek szolgál. A mesterséges táplálék igen koczkázatos. A zsírdús táplálék jobb a zsírszegénynél. A koraszülötteket az anaemia, rachitis és görcsök veszélye fenyegeti. A 2—4. hónapban craniotabes jelentkezik. A mesterségesen tápláltak görcsei (3—4. hónap) anyatejre megszűnnek, a craniotabes mész-adagolásra nem javul, ellenben mész- és phosphor-csukamájolaj-gyógykezelés mellett görcsök nem állnak be. A vérszegénységet vas nem szünteti meg, de egyes esetekben javítja, csakhogy vas nélkül is láttak már javulást. *Langstein* a megfigyelt koraszülötteket 4 csoportba osztja: 800 gr.-tól 1200 gr.-ig; 1200 gr.-tól 1500 gr.-ig; 1500 gr.-tól 2000 gr.-ig és 2000 gr.-tól 2500 gr.-ig; azt találta, hogy már az első csoport növekedési görbéje is majdnem teljesen megfelel *Friedenthal* görbéjének, ugyanez áll a többi csoportra is. Az újszülöttek egy részét azonban a szülés annyira megviseli, hogy ezek növekedés szabályait nem követhetik. A magzatok fejlődését az anya nephritise, eklampsiája, luese hátráltatja. A prognosis szempontjából nem az élénk mozgás, hangos sirás, jó szopás az irányadó, hanem a turgor. Asphyxia jelentkezése a későbbi hetekben rossz jel. A szükmedenczés koraszülések ezek szerint jó reménynyel biztatnak, ha gondos ápolásban, intézeti kezelésben részesülnek és ha anyatejet kapnak. Az átszállításkor el kell kerülni a lehülést, mert azoknak az újszülötteknek életbenmaradása, a melyeknek hője 33—35 fokra szállott le, kétséges. (Medizinische Klinik, 1915.)

M. I. dr.

Bőrkórtan.

A fogolytáborokban szükséges tetűirtásról ír *Galewsky*, a ki jelenleg a königsbrücki fogolytáborban végez szolgálatot. A szerző beszámol azon kiterjedt tapasztalásáról, melyet a fogolytáborban a tetvek elpusztítása körül szerzett. A barakktábor desinficiálását kéngőzökkel végezte. Egy-egy barakk desinficiálására, mely kb. 1350 m³ ürtartalmú, 16 *Walther*-féle kénégető kályhát állított fel. A barakknak lehetőleg tökéletes elzárása 3 óráig tartott, mialatt a kéngőzök kifejthették hatásukat. 2 órai erőteljes szellőzés után már lehetséges a desinficiált barakkban való tartózkodás. A fogoly orosz katonák ezalatt megfürödtek s fűtött helyiségben tartózkodtak. Az ily módon végzett desinfectio teljesen kielégítőnek bizonyult, mert nemcsak a tetvek, hanem a petéik is elpusztultak. De elpusztultak a bolhák is, a melyek szalmában, főként nyáron, rendkívül elszaporodhatnak. Ez pedig annál is inkább fontos, mert még vitás, hogy nem terjesztik-e ezek az élősdiek is a kiütéses typhust. Szükséges azonban, hogy a barakkokban levő ruhadarabok teljesen szabadon függjenek, hogy a kéngőzök könnyen átjárhassák. *Galewsky* ugyanis azt tapasztalta, hogy erősen összegöngyölített ruhadarabban (ing) a tetvek még ezt a 3 óráig tartó kénfüstölést is túlélhetik. A *Walther*-féle kályhákban a kén tökéletesen elég s előnyük az, hogy igen olcsók (az egész táborban működő 16 kályhának összes költsége 300 márka). Mivel azonban valamennyi barakk egyszerre nem desinficiálható, könnyen megesik, hogy a már megtisztított foglyok tetves társaik által (érintkezés, munka közben) újra fertőződnek. Szükséges ezért, hogy a barakkdesinficiáláson kívül a foglyok *egyéni* kezelésben is részesüljenek. E czélból a szerző különböző tetüölő szerekkel kisérletezett. Itt mindjárt kitűnt, hogy a kémlőcsőben végzett kisérlet eredményét nem lehet közvetlenül a gyakorlatba átvinni. A szerrel átitatott ruhán a tetű nem pusztul el úgy, mint a kémlőcsőben, mert az előbbin szabad levegővel is bőven érintkezik az állat. A legtöbb illó szernek az a tulajdonsága, hogy a tetveket hosszabb időre elbódítja, a minek eltelte után (s a szernek elpárolgása után) ismét magukhoz térnek. Ilyen pl. a 10%-os anisololdat is. Az ezzel bekent ruhában csak 1 óra leforgása után pusztul el az állat. Ha az állat rövidebb ideig érintkezik a ruhával, ismét könnyen fölélesztheto. De azért úgy látszik még mindig az anisol a leghatásosabb szer, főként ha 10—15%-os oldatban alkalmazzuk. A peték elpusztításának egyszerű eljárása a ruhadarabok ránczainak, szegéseinek, forró vasalóval való vasalása. De fontos, hogy az orvosi és ápolószemélyzet is kellően védekezzék. E czélból legjobb a *Neufeld* által ajánlott, a kézen és lábon jól lezárt ruházatot viselni, mely úgynevezett „Oeltuch"-ból van készitve. (Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 22. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Hosszas lázas állapotokban a konyhasónak gyógyszer gyanánt használatát ajánlja *Schütz*. Hosszas lázas állapotokban ugyanis rendszerint a tejdiaeta javalt, a tejben azonban nagyon kevés a konyhasó s azért a szervezet a tejdiaeta mellett konyhasóban szegénynyé válik, a mi egyrészt a subjectiv általános állapotra hat kedvezőtlenül, másrészt a sósavtermelés csökkenése folytán az emésztést is károsítja. Véleménye szerint naponként 4—5 gramm konyhasó adása elegendő. Vesebaj egyidejű fennállása esetén természetesen esetleg el kell állanunk a konyhasó használatától. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 15. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1915, 26. szám. *Kenyeres Balázs*: Lőfegyverekkel okozott és egyéb sérülések körül végzett újabb vizsgálatokról. *Schein Mór*: Csont-, izületi, mirigy- és bőrtuberculosis kezelése ultraibolya fénysugarakkal.

Budapesti orvosi ujság, 1915, 26. szám. *Rosenfeld Viktor* és *Sonnenfeld Jenő*: Miként történjék a betegfelvétel a megfigyelő-állomásokon. *Keszler Jenő*: Tapasztalataim a dysenteria körül.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Klekner Károly* dr.-t a nyiregyházi Erzsébet-kórház igazgató-főorvosává, *Herverth Vilmos* dr. érsekújvári városi tiszti orvost Trencsénmegye tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

Választás. *Hochfelder Adolf* dr.-t Nagyidán körorvossá választották.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület májusban 1268 esetben nyujtott első segítséget; ezenkívül 1037 szállítást végzett, 75-ször mint mozgóőrség szerepelt és 29-szer vaklárma és téves jelentés folytán vonult ki. Az május havi működés főösszege tehát 2409 volt.

A cholera állása hazánkban. Magyarország területéről a június 7.-étől 13.-áig terjedő héten 172 cholerabetegedést jelentettek 59 halálozással. Az esetek következőképpen oszlanak meg: *Törvényhatósági városok*: Budapest 51, Kassa 25, Kolozsvár 1, Miskolcz 1, Ujvidék 1. *Vármegyék*: Arad vármegye: Szemlak 1; Bács-Bodrog vármegye: Palona 1, Dunagálos 3; Bereg vármegye: Volócz 1; Heves vármegye: Eger 5; Jászkunszolnok vármegye: Szolnok 27, Kisújszállás 2; Nógrád vármegye: Losoncz 2; Somogy vármegye: Barcs 1; Szabolcs vármegye: Nyiregyháza 1; Szolnok-Doboka vármegye: Dés 1, Péterháza 1; Torontál vármegye: Törökbecse 2; Trencsén vármegye: Zsolna 4, Trencsén 6; Ung vármegye: Ungvár 1, Oszemere 14, Patakújfalu, 8, Unghuta 4, Palócz 1; Vas vármegye: Rohoncz 3; Zemplén vármegye: Homonna 2, Végaszó 1, Takcsány 1; Zólyom vármegye: Beszterczebánya 1. A megbetegedések közül 1 menekültek, 35 helyben lakó polgári egyének, 21 osztrák és magyar katonák és katonai kocsisok, 1 birodalmi német katonák között fordult elő. A többi 114 megbetegedés hadifoglyokra esik. A Debreczenben legutóbb létesített hadifogolytáborban folyó évi június hó 7.-étől 13.-áig 1414 hadifogoly betegedett meg és közülök 312 meg-

halt. Hogy ezen megbetegedések és halálozások közül mennyi esik cholerára, a megbetegedések és elhalálozások hirtelen halmozódása miatt biztossággal (bakteriologiai stb. vizsgálattal) nem volt megállapítható. Cholerás tünetek közt megbetegedett Debreczenben 2 polgár és 2 katona, meghalt 1 polgár és 1 katona. Horvát-Szlavon- és Dalmátországok bánjának értesítése szerint Horvát-Szlavonország területén folyó évi május hó 31.-étől június 7.-éig 28 choleramegbetegedés történt a polgári lakosság között, és pedig: a novagradiskai kerületben Gredjanin 1, Mlakon 2, Bodegrajin 2; a nasici kerületben Poganovcin 12, Budimcin 3, Vukováron 1, Eszéken 7. Ezenkívül megbetegedett egy katonai kocsis Karlóczán. — Magyarország területéről a június hó 14.-étől 20.-áig terjedő héten 190 cholerabetegedést jelentettek 125 halálozással. Az esetek következőképpen oszlanak meg: *Törvényhatósági városok:* Budapest 8, Debreczen 25, Kassa 6, Miskolcz 7, Nagyvárad 2, Szatmárnémeti 1, Ujvidék 1. *Vármegyék:* Bács-Bodrog vármegye: Dunagálos 5, Ófutak 1, Bogyán 8; Baranya vármegye: Vörösmart 1; Bars vármegye: Léva 1, Zsemlér 3; Bereg vármegye: Munkács 3; Borsod vármegye: Felsőzsolcza 1, Szirma 1; Hajdu vármegye: Püspökladány 2; Heves vármegye: Hatvan 1; Jásznagykúnszolnok vármegye: Szolnok 3; Kolozs vármegye: Alsózsuk 1, Bonczhida 1; Szabolcs vármegye: Nyiregyháza 25; Szolnok-Doboka vármegye: Dés 1; Torontál vármegye: Nagybecskerek 1; Trencsén vármegye: Zsolna 6; Ung vármegye: Ungvár 6, Őszemere 16, Patakújfalu 5, Viharos 1; Vas vármegye: Szombathely 2, Rohoncz 5, Czelldömölk 1, Körmend 12; Zemplén vármegye: Nagymihály 1, Bánócz 1, Homonna 3, Takcsány 14, Czirókaófalu 3, Ujszék 3, Alsócsebény 1, Felsőcsebény 1. A megbetegedések közül 56 a polgári lakosság között fordult elő. 81 megbetegedés a katonaság között történt, a többi 53 megbetegedés pedig hadifoglyokra esik. A debreczeni hadifogolytáborban, a hol már az előző héten is nagyszámú cholera-eset fordult elő, június hó 14.-étől 20.-áig 2556 fogoly betegedett meg és 1066 halt meg. A megbetegedések számának rohamos emelkedése miatt nem volt biztossággal megállapítható, hogy ezekből hány volt cholera-eset.

Meghalt. *Lübeck Jakab* dr. 88 éves korában június 23.-án Orosházán. — *H. Hertz*, a belorvostan nyugalmazott tanára az amsterdami egyetemen, 84 éves korában Weimarban. — *E. Koeberlé* dr., ismert gynaekologus, 1870 előtt az akkor még franczia strassburgi egyetemen a nőorvostan tanára, 88 éves korában.

Személyi hirek külföldről. A prágai német egyetem két magántanára: *Fr. Lippich* (biochemia) és *E. Weil* (közegészségtan) rendk. tanár lett. Uugyanott *E. Sträussler* (elmekórtan) és *J. Riehl* (általános kórtan) magántanárok rendk. tanári czímet nyertek. — *H. Matiegko*, az anthropologia és demographia rendk. tanára a prágai cseh egyetemen, rendes tanári czímet és jelleget kapott. — *Quensel* dr. lipcsei magántanárt az idegkórtan rendk. tanárává nevezték ki.

Tuszkai Ödön dr. megkezdte ez évi gyakorlatát *Marienbadban.*

Lapunk mai számához *Dr. R.* és *Dr. O. Weil* vegyi-gyógyszerészeti gyár *M.-Frankfurt* „**Tanargentan**“ czímű prospektusa van csatolva.

„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.** — Kívánatra prospektus.

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos **bőrgyógyitó és kosmetikai intézete**

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyitás. Röntgen. Aniontherapia, forrólégkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Kozmetikai eljárások és műtétek.

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.

2059/1915. kórh. szám.

A Jász-Nagykun-Szolnok vármegyei I. Ferencz József-közkórházban katonai szolgálatra behivás folytán megürült **két segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalom: 133 korona havi fizetés, teljes ellátás; az alkalmazás egyelőre ideiglenes.

Pályázhat orvosnövendék is; a kötelező kórházi gyakorlat itt teljesíthető (kivéve a szülészetet), illetve az itteni szolgálat beszámíttatik.

A kérvényt legkésőbb **július 15.-éig** kell hozzám küldeni, de a korábban érkező pályázat esetleg előnyben részesül.

Szolnok, 1915 június 20.

Papp Gábor dr., igazgató-főorvos.

3807/1915. eln. szám.

Szatmár-Németi szab. kir. város törvényhatóságánál üresedésbe jött szatmárhegyi **kerületi tiszti orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Ezen állás a IX. fizetési osztálynak megfelelő évi 2600 korona kezdőfizetés és 800 korona lakbérjavadalmazással van egybekötve és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 6. §-a értelmében választás útján élethossziglan töltetik be. Felhívom mindazokat, a kik a fentnevezett orvosi állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ában előírt minősítésüket és esetleg eddigi szolgálatukat, igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Szatmár-Németi szab. kir. város polgármesteri hivatalához **f. évi július hó 10.-én d. u. 5 óráig** adják be.

Szatmár-Németi, 1915 június hó 4.-én.

Vajay Károly dr., kir. tanácsos, polgármester.

TARCSA-GYÓGYFÜRDŐ Vasmegyében.
(A magyar Franzensbad.)
SPECZIÁLIS NŐI ÉS SZIVGYÓGYFÜRDŐK.
Hidegvizgyógyintézet. Világhirű **vasiápja** a franzensbadival egyenértékű, sőt a marienbadit jóval felülmulja és hazánkban a legjobb. **Természetes szénsavas fürdők. Glaubersós-vasas** és **lithion**-tartalmú **alkalikus sós** források. Páratlan gyógyhatású: **vérszegénység, csúz, húgysavas diathesis, idegbajok, a vese, hólyag, emésztési és légzőszervek hurutos bántalmai** ellen is. Fürdőorvosok: **dr. Bartha Kornél, v. tanársegéd** és **dr. Glück Gyula. Évad junius 10.-étől szeptember 15.-ig, esetleg végéig.** Vasút-, posta-, távirda- és telefon-állomás. Villanyvilágitás, fenyvesek. — Kivánatra prospectus.

MATTONI-FÉLE GIESSHÜBLER természetes égvényes SAVANYÚVIZ.

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.**

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.
Leverkusen bei Köln a. Rh.

RESALDOL

a 2—4-dioxybenzoyl-o-benzoesav aethylestere

Új antidiarrhoicum a Cotoin hatásához hasonló.

A tonus alábbszállását és a bélizomzat ingamozgásainak csökkenését hozza létre.

V. ö.: Impens, Deut. Med. Wochenschr. 1913. 38. sz.

RESALDOL a bélperistaltikát szabályozza.

Adag: Felnőtteknek átlag 2—5-ször naponta 1 tabletta vizben vagy zabnyákban.

Tabl. Resaldol à 0.5 Nr. XV. „Bayer-féle eredeti csomagolás".

Mintát és irodalmat küld:
Zirkelbach Vilmos, okl. gyógyszerész, Budapest, IX., Vámház-körut 7.

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

59. évfolyam. 28. szám. Budapest, 1915 julius 11.

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.

Báró Podmaniczky Tibor: Közlés a budapesti cs. és kir. XVII. sz. helyőrségi kórháznak belorvosi osztályából. (Kórházparancsnok: Noel Jenő dr., törzsorvos. A belorvosi osztály orvosfőnöke: Tornai József dr., egyetemi magántanár.) Adatok a rheumás eredésű szívblokk kórtanához és tünettanához. 375. lap.

Paunz Márk: Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházzal kapcsolatos egyet. gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., udv. tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) A gümős tracheobronchialis nyirokmirigyek áttöréséről a gyermekkorban. 379. lap.

Marschalkó Tamás: Közlés a kolozsvári tud.-egyetem bőrklinikájáról. Háború és venereás bántalmak. 381. lap.

Bókay János: A „Stefánia-Szövetség" megalakulása alkalmából. 383. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. Weiss Emil:* A háború és a venereás betegségek elleni védekezés közegészségügyi és katonavédelmi szempontból. — *Lapszemle. Belorvostan. Roubitschek:* A kiütéses typhus kezelése. — *Höst:* Az urotropin hatása a húgyutakra. — *Sebészet. Zuelzer:* Tetanus kezelése. — *Koch:* Sebkezelés kámforos borral. — *Gyermekorvostan. Brockmann:* Pseudomeningitis esetei. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Lüth:* Erysipelas gyógyítása. — *Zeuner:* Jodostarin. — *Rosenthal:* A nátha kezelése. — *Walther:* Hydrastinin. 384—386. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosképzés. — Klinikai füzetek. — Budapesti orvosi ujság. 386. lap.

Vegyes hirek. 386. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlés a budapesti cs. és kir. XVII. számú helyőrségi kórháznak belorvosi osztályából. (Kórházparancsnok: Noel Jenő dr., törzsorvos. A belorvosi osztály orvosfőnöke: Tornai József dr., egyet. magántanár.)

Adatok a rheumás eredésű szívblokk kórtanához és tünettanához.

Irta: *báró Podmaniczky Tibor* dr., jelenleg a cs. és kir. XVII. sz. helyőrségi kórházhoz vezényelve.

A szív ingertvezető rendszerének megszakítása teljes szívblokkot idéz elő. Ennek a bevezetője a legtöbb esetben az úgynevezett *Adams-Stokes*-féle symptoma-csoport. A megszakítás — a szívblokkot felidéző anatomiai elváltozás lényege szerint — állandó, avagy időleges, múló jellegű. Ha az ingertvezető rendszer közvetlen közelében vagy benne magában támadt gummák, daganatok, hegek, zsíros elfajulás vagy mészlerakodás okozza a bajt, akkor a szívblokk állandó, mert az ilyen súlyos elváltozások esetében a restitutio in integrum el sem képzelhető. Viszont a szívizomnak leukaemiás vagy acut gyuladásos beszűrődései átmeneti természetűek is lehetnek, és ennek megfelelőleg az ilyen természetű kórbonczolástani folyamat felidézte szívblokk is csak rövid életű szokott lenni.

A következőkben csupán *a myocarditis rheumaticával*, illetőleg annak érdekesebb jelenségeivel kivánunk kissé részletesebben foglalkozni.

A myocarditis rheumaticának kórbonczolástani képét jól ismerjük. *Romberg* és *Aschoff* szerint az ilyen esetekben kissejtű beszűrődés a baj lényege, a mely beszűrődés nincsen bizonyos meghatározott helyhez kötve, hanem az egész szívizomban elterjedhet.

Klinikailag a bajt leginkább az jellemzi, hogy legtöbbször hevenyés izületi csúz kapcsán jelentkezik. *Krehl* szerint a myocarditis rheumatica lefolyása háromféle lehet; még pedig némely, ritka esetben súlyos tünetek között halálos kimenetelű: más, szintén ritka esetben viszont úgyszólván nyomtalanul gyógyulhat; ismét más esetben pedig a hevenyés gyuladás lassan, fokozatosan idősültté válik. Ez az utóbbi eshetőség a leggyakoribb a három közül.

A megfelelő esetekben a szívbillentyűk felett zörejek hallhatók, annak jeléül, hogy a legtöbb esetben a myocardiumon kívül az endocardium is megbetegedett. Többször megesik különben, hogy egyidejűleg a pericardium is megbetegszik.

A myocarditis rheumatica tünetei részint subjectivek, (nehéz lélegzés, fájdalom, nyomásérzés a szív tájékán), részint objectivek (a kamarák kitágulása, a szívműködés megváltozása, vezetési zavarok, szívblokk stb.).

Ez alkalommal leginkább csak az utóbbi tünetcsoporttal, nevezetesen a myocarditis rheumatica kapcsán jelentkező szívblokkal foglalkozunk közelebbről.

Már említettük és tudvalévő, hogy a heveny myocarditis rheumatica folyamán szívblokk támadhat, ha ugyanis a *Romberg* és *Aschoff* leírta, már említett gyuladásos csomócskák az ingervezető rendszernek, különösen pedig az atrioventicularis kötegnek vezető képességét időlegesen vagy állandóan megszakítják. A myocarditis rheumatica folyamán nem éppen ritkaság az ilyen vezetési zavar. *Gerhardt* leír ilyen esetet, a melyben a baj *Adams-Stokes*-féle tünetekkel járt. Bizonyos idő elteltével a tünetek is elmultak. *Fleischhauer* megfelelő esetben a kamara-systoléknak részleges kimaradását tapasztalta. A zavar azonban csak átmeneti volt. *Sutherland, Coombs* és *Carey* egy heveny izületi csúzban szenvedő gyermeken úgynevezett pitvarreszketést („Vorhofsflimmern") figyelt meg. A megejtett bonczoláskor az egész szívizomzatban elszórt „rheumás" csomócskákat találtak. *Gallavardin* és *Palasse* egy esetben heveny izületi csúz kapcsán feltűnő bradycardiát tapasztalt, a mi részleges blokkal járt együtt. *Esmain, Pezzi, Donzolet* két esetben váltakozva tachy-, illetőleg bradycardiát tapasztalt. Ez az állapot azonban mindkét esetben szintén csak időleges volt. *Belski* nemcsak hevenyés izületi csúzban, de más fertőző betegségekben is tapasztalta a kamara-systolék részleges kimaradását.

Sokkal ritkábban támad teljes szívblokk hevenyés izületi csúz eseteiben. *Mackenzie* írt le elsőbben, 1905-ben egy ilyen esetet. Az ő esetében a szívblokk csak időleges, múló volt. *Cowan, Flemming* és *Kennedy* egy 26 éves betegen, a ki izületi fájdalmakról panaszkodott, hirtelen támadt teljes szívblokkot tapasztalt, a mely rövid idő alatt halállal végződött. A megejtett tüzetes kórbonczolástani vizsgálatkor a *His*-féle kötegben gömbsejtes csomócskákat találtak. *Butterfield* oly esetet ír le, melyben a beteg hosszabb ideig lázas volt. Rövid idő mulva a szívcsúcs felett systolés zörej támadt, melyhez halálos kimenetelű teljes szívblokk is járult. Izületi fájdalmakról a beteg nem panaszkodott. A megejtett mikroskopos vizsgálat az atrioventricularis kötegben *Aschoff*-féle, myocarditis rheumaticára jellemző csomócskákat eredményezett.

Pardee esetében egy betegről van szó, ki három hónapon keresztül izületi csúzban szenvedett. Hirtelen szívblokk támadt, mely 24 órai fennállás után a beteg halálát okozta. A kórbonczolástani vizsgálat alkalmával a *His*-féle kötegben gyuladásos folyamatok maradványai voltak kimutathatók.

Routier egy heveny izületi csúzos esetről tesz említést, melynek incubatiós idejében, átmenetileg, teljes szívblokk támadt. Bár nem tartozik szorosan a tárgyhoz, érdekes *Baume* és *Geraud* közlése, a kik ugyanis hevenyés izületi csúz kapcsán az egyébképpen rendes szívműködésű betegen hirtelen támadt bradycardiát (45-ös érverést) tapasztaltak. Az atropinpróba a bradycardia ötödik napján positivnek bizonyult. Ennélfogva a bradycardiát ezen esetben beidegzés-zavaron alapulónak minősítik és a feltételezett „rheumás" toxinnak a vagusra való izgató hatásából magyarázzák.

A most felsorolt öt eset közül három halálos kimenetelű volt. Mindháromnak bonczolásakor az atrioventicularis kötegben kissejtű beszűrődéseket találtak. A másik két esetben a szívblokk muló, csupán átmeneti jellegű volt. Általában az a nézet jut a szakirodalomban kifejezésre, hogy a myocarditis rheumaticában támadt zavara, avagy akár teljes megszakítása az ingertvezető rendszernek a legtöbb esetben salycilkezelésre visszafejlődik. (*Josué.*) Mások viszont, így *Fleischhauer* is, a prognosist illetőleg tartózkodóbbak, mert csak ritkán tapasztalták, hogy az ilyen szívvezetés-zavarok visszafejlődnek.

Teljesen kifejezett *Adams-Stokes*-féle tüneteket az említett esetek egyikében sem tapasztaltak. Ezzel szemben a bradycardia jelentkezésével egyidejűleg mindig szédülés, roszszullét, szemkáprázás és más olyan tünetek támadtak, melyekből hirtelen beálló agyvérszegénységre lehetett következtetni.

Baume és *Geraud* esetében a positiv atropin-próba a szívblokknak vagusos eredését bizonyítja. Hogy ez mennyiben tulajdonítható a máig még ismeretlen „rheumás" toxin vagusizgató hatásának, az még eldöntetlen. Egyébiránt pedig kétségtelen bizonyítékot ezen kérdésben csak a kórbonczolástani vizsgálat szolgáltathat. Ez ideig csupán egy positiv atropin-próbájú szívblokkot ismerünk, melyben a megejtett kórbonczolástani vizsgálat a vagusban olyan elváltozásokat mutatott ki, melyekből kétségtelenül ezen ideg megtámadottságára lehetett következtetni. (*Holst* és *Monrad-Krohn,* idézve *Cowan*-től, Lancet, 1912, 279. old.)

A szívblokknak nagyon tanulságos eseteit figyelhettük meg az utóbbi időben a mi helyőrségi kórházunkban, és azt hisszük, hogy ezen megfigyelésünknek néhány adata nem egészen érdektelen.

Első eset. K. Ferencz 22 éves, nőtlen gyalogos. Apja, anyja él. Mindketten egészségesek. Két testvére él, egészséges. A családban nem volt szívbajos, vagy izületi csúzban szenvedő. Ő maga gyermekkorában mindig egészséges és erőteljes volt. Kellő időben tanult járni. *Nem voltak fertőző betegségei.* Ifjukorában mindig erőteljes volt. Sohasem volt beteg. Gonorrheás és syphilises fertőzést tagad. Mérsékelten dohányos. Szeszes itallal nem él. Gyakran szenvedett, különösen az utóbbi időben, torokfájásban. 1913-ban influenza miatt két hétig ágyban fekvő beteg volt, de szív- és izületi fájdalmak nélkül.

Mostani betegsége 1914 október 19.-én kezdődött, és pedig kifejezett fájdalmakkal mindkét térd- és vállizületben. Az izületek dagadtak, vörösek és tapintásra melegek voltak. Megelőzőleg torokfájása nem volt. Nemsokára a hátgerincze kezdett fájni, úgy hogy minden mozdulat erős fájdalmakkal járt. A beteg azonnal ágyba feküdt. *1914 október 26.-án került a kórházunkba.*

Status praesens: Jól fejlett és jól táplált férfi. Közepes vastagságú zsírpárna. A bőrön kiütés nincsen. Mirigyei nincsenek megnagyobbodva. *A fejen*: szem, orr, fül lelet nélkül. *Száj*: A nyelv nedves, kissé bevont. A garat és a torok belövelt. Mindkét mandula meg van nagyobbodva, gyuladásos. *A szív* határa: balra 9, jobbra 3.5 cm. a középvonaltól. *Csúcslökés* az V. bordaközben, a bimbóvonalban tapintható, nem emelő, két ujjhegygyel befedhető. *Pulsus* száma perczenként 80, egyenlő, szabályos, mérsékelten telt. *Szívhangok* a csúcson, valamint az összes szájadékok fölött tiszták, az első hang azonban a csúcs fölött kissé tompa. A pulmonalis második hangja kissé ékelt. *Tüdők*: a jobb csúcs fölött kissé rövidült a kopogtatási hang, de egyéb eltérés nincsen. A hasi szervek egészségesek. *Végtagok*: mindkét térd- és vállizület kissé duzzadt. A bőr ezen izületek fölött piros, meleg tapintatú. Ezen izületben úgy az activ, mint a passiv mozgatás a betegnek kifejezett fájdalmat okoz. *A vizeletben* idegen alkotórészek nincsenek. *Diagnosis*: Polyarthritis rheumatica acuta. *Orvoslás*: Ágyban fekvés, 5 gr. aspirin pro die. Alkohol-salicyles kötés a megtámadott izületekre. Hashajtó. Perhydrol szájöblögető. Folyékony táplálék.

1914 okt. 28. A beteg izületek már kevésbé dagadtak, a piros szín csaknem teljesen eltünt. A fájdalmak csökkentek. A rendelés marad. Okt. 30. Az izületek majdnem teljesen szabadok, már csak kevéssé fájdalmasak. A mandulák csak kissé dagadtak. A subjectiv állapot is határozottan javult. Rendelés: 4 gr. aspirin; a salycil-alkoholborogatások elmaradnak. Nov. 1. Reggel, a mikor a beteg mosakodáshoz felkelt, *hirtelen elszédült.* Egyidejüleg „minden elsötétült előtte", úgy hogy majdnem elesett. Leült az ágy szélére, a mire valamivel jobban lett és a szédülés-roham is körülbelül egy percz elteltével elmult. Lefeküdt az ágyába, de még a „szive táján kellemetlen érzése volt". Egyébként azonban csaknem teljesen jól van.

A nyomban megejtett újabb vizsgálat eredménye a következő volt: A beteg korábbi színéhez képest feltünően sápadt. Ajkai kissé kékek. Nyálkahártyái kissé vértelenek, szintén kékesek. A végtagok hűvös tapintásúak. A körmök szintén kékes színűek. A szív határai nem változtak. Szívcsúcslökés az V. bordaközben a bimbóvonalban jól tapintható, emelő. A szívcsúcs és az V. hallgatózási pont fölött gyenge, fúvó, systolés zörej hallható. *Pulsus*: a radialison, mint a szívcsúcson és a carotison számolva *perczenként* egyaránt 32 (!!), különben egyenlő, szabályos, eléggé telt. Ellenben a vena jugularis pulsusa ugyanakkor *perczenként* 94 (!!)

Diagnosis: teljes szivblokk.

A beteget óránként vizsgáljuk és estig semmi változást nem tapasztalunk.

Nov. 2. A beteg az éjszakát elég jól töltötte, subjectiv állapota elég jó. Szivtáji kellemetlen érzései már megszüntek. Előbbi jó színe visszatért. A nyálkahártyák rózsaszinűek. Végtagjai melegek. A szívcsúcson, valamint az V. pont fölött zörejek nem hallhatók. Pulsus egyenletes, szabályos, eléggé telt, száma perczenként: 50. A carotis és jugularis pulsusa már ismét teljesen egyezik. *A szivblokk elmult.*

A mint látjuk, esetünkben hevenyés izületi csúz folyamán jelentkező, időleges, múló szívblokkról volt szó. Visszaemlékezve a fentebb említett, és az orvosirodalomban megörökített rokonesetekre, az összehasonlítás alapján mondhatjuk, hogy nekünk is kedvező lefolyású esettel volt dolgunk. Mindenekelőtt a mi esetünkben is hiányoztak a kifejezett és rendesen kedvezőtlen kilátást nyújtó *Adams-Stokes*-féle tünetek. *Hering* szerint az *Adams-Stokes*-féle tünetek (ájulásrohamok, lélekzési nehézségek, epilepsiához hasonló görcsök stb.) az agyvelő rövid ideig tartó vérszegénységének a következményei. A mikor ugyanis a rendes szívműködés szívblokká változik, a kamarák átmenetileg, néha feltünően hosszú ideig csaknem teljes nyugalomban maradnak, míg a systole automatiája újból el nem kezdődik. Azt mondhatnók, hogy a kamráknak bizonyos időre van szükségük, hogy a rendes inger kimaradása után annyira felocsudjanak, hogy automatás működésüket saját ingerközpontjuk segitségével ismét megkezdhessék. Ez magyarázza meg a hirtelen beálló, rövid ideig tartó agyvérszegénységet. Egyes ritka esetekben a pulsus 30 másodperczig is kimarad. A mi esetünkben csupán rövid ideig tartó szédülés volt a legkifejezettebb subjectiv tünet.

A polyarthritis rheumatica okozta szívblokk — a mint az eddig ismertetett esetekből látjuk — vagy halálos kime-

netelű, vagy múló természetű. Ilyen múló jellegű volt az előbb említett esetünkben is.

Sajnos, elektrokardiogrammot, valamint kombinált sphygmogrammot nem vehettünk fel. Ehhez a szívblokk túlságosan rövid ideig is, mindössze 24 óráig, tartott. Mikorra hozzákészültünk, hogy a görbéket felvegyük, a szívblokk már nyomtalanul eltünt. Ezért maradt el az atropin-próba is.

Latba vetve az elmondottakat, gondos klinikai megfigyelésünk alapján kimondhatjuk, hogy az említett esetben minden bizonnyal *csúzos megbetegedésen alapuló* ideges szívblokkal volt dolgunk. Már fentebb említettük, hogy az ily múló szívblokknak közvetlen okául elsősorban a vagusnak fokozott izgalmára kell gondolnunk. Sajnos, az atropin-próba elmaradása miatt ezt a kérdést nem lehetett végérvényesen tisztázni. De azért így is csaknem teljesen kétségtelen, hogy vagusos-toxinos eredésű szívblokkal álltunk szemben. Mert az ingertvezető rendszernek kórbonczolástani elváltozása kétségtelenül maradandó vagy legalább hosszabb ideig tartó szívblokkot okoz. Ezt a nézetet *Baume* és *Geraud* feltevése is támogatja.

Esetünkben a szívblokk elmultával a kisérleteknek egész sorát eszközöltük, hogy mesterségesen felidézhessük a szívblokkot. Feltételeztük ugyanis, hogy a bár múló, de eléggé kifejezett szívblokk a szívizmot mintegy negativ dromotrop irányba hangolta és a negativ dromotrop befolyásokra könnyen hajlóvá változtatta.

Betegünknek ugyanis oly gyógyszereket adtunk, a melyek a rendes körülmények között is bradycardiáig menő pulsusszám-sülyedést szoktak okozni. Azt reméltük, hogy így a beálló pulsuscsökkenés mellett, a negativ dromotropra hangolt szíven részleges vagy teljes szívblokk támad. Csalódtunk. A várt eredmény elmaradt. Mindamellett talán mégsem érdektelen, ha kisérleteink sorozatán röviden végigtekintünk:

1914 nov. 15.-én d. e. 8 órakor a pulsus egyenletes, szabályos, eléggé telt, száma perczenként 70. 15 csepp digalent adtunk a betegnek. D. e. 9 órakor a pulsus száma 72. D. e. 10 órakor 20 csepp digalent adtunk. 11 órakor a pulsus száma 68 perczenként, egyenletes, szabályos, eléggé telt, rhythmus-zavar vagy más rendetlenség nincsen. November 16. A tegnapi kisérletet megismételtük 25, 30, 35 csepp digalennel, a szívműködésre azonban semmi befolyása nem volt. Szinte feltűnt, hogy a szív az erős ingerre még annyira sem hederített, mint a mennyire azt még az egészséges szíven is tapasztalhatjuk. Nov. 20. 8 órakor a pulsus száma perczenként 74. 1 cm^3 diagalent adtunk intravenásan. A pulsus semmit sem változott. Nov. 25.-én d. e. 8 órakor a pulsus száma: 68. $^1/_2$ ampulla (0·0005 gr.) strophantint (Boehringer) adtunk intravenásan. 9 órakor a pulsus 60, 10 órakor 64 s 12 órakor 62 perczenként, rhythmusos. Nov. 28.-án d. e. 8 órakor a pulsus száma 70 perczenként. Teljes ampulla (0·001 gr.) Boehringer-féle strophantint adtunk intravenásan. A pulsus száma 9 órakor 72, 10 órakor 68, 12 órakor 68 perczenként. Nov. 30.-án 3 darab digipuratum-(Knoll) tablettát kapott (1—1 tabletta 0·10 gr. pulv. folior. digitalis hatásának megfelelő). Semmi változás a szív munkájában. Pulsus-szám 72. Majd a következő napokban cymarint (extr. apoc. cannabis indic.) adtunk, még pedig 9 piluláig fokozva a napi adagot, de minden hatás nélkül. (Pulsus: 70.)

A mint látjuk, a kivánt czélt, eredményt, ezen különben biztosan és erősen ható orvosszerekkel sem értük el. Az aránylag nagy adagok ellenére sem volt egy esetben sem határozott pulsusszám-csökkenés. Sőt inkább feltűnt, hogy a nagy digitalis adagok ellenére is a pulsus-szám szinte makacsul állandó maradt. Az esetre vonatkozó megfigyeléseinket összegezve, csak ismételhetjük azon nézetünket, hogy az ily rövid ideig tartó időleges szívblokkot a még ismeretlen „rheumás toxin"-nak a vagusra való hatása válthatja ki.

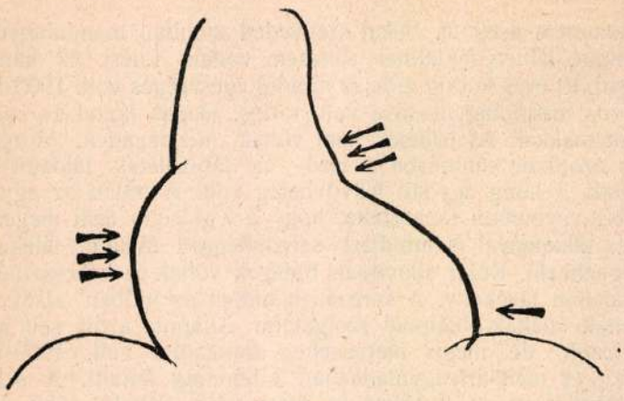
Második eset. S. Á., 29 éves magánzó. Apja és anyja él, egészséges. Öt élő testvére egészséges. Gyermekkorában csak bárányhimlője volt, ellenben más gyermekkori fertőző bajon nem esett át. Sokat szenvedett azonban mandulagyuladásban. Izületi fájdalmai sohasem voltak. Luest és kankót tagad. 19 éves koráig erős és mindig egészséges volt. 1905-ben súlyos mandulagyuladása volt, tartós, magas lázzal és izületi fájdalmakkal. Az izületek nem voltak megdagadva. Mozgáskor azonban különösen a térd- és lábizületek fájdalmasak voltak. 3 hétig ágyban fekvő beteg volt. A mikor az ágyból felkelt, nyomban tapasztalta, hogy a legkisebb testi megerőltetés alkalmával is mindjárt szívdobogása támadt, lélekzése megnehezül. Kezei állandóan hidegek voltak és kékesszínűek. Általában fázékony. A sorozáson abban az időben alkalmatlannak találták a katonai szolgálatra. Állapota azóta sem igen változott, de mégis mérsékelten munkabiró volt. 1909-ben tüdő- és mellhártyagyuladásban 3 hónapig feküdt. A szívre vonatkozó panaszai akkor is ugyanazok voltak, csak még sokkal kifejezettebbek mint előbb. A következő időkben kevésbé mértékletesen élt, nevezetesen sokat dohányzott, sokat ivott, különösen fekete kávét és erős italokat. E mellett állandóan megvoltak a fentebb említett panaszai.

1913-ban a szívre vonatkozó panaszai feltünően rohamosan rosszabbodtak. Előbbeni panaszaihoz erős lélekzési zavarok és gyakori „szorongás-érzés a szív körül" járultak. A lélekzési zavarok miatt a beszéd is annyira nehezére esett, hogy „minden szó után kis szünetet kellett tartania". Öntudatát sohasem vesztette el, de mégis sűrűn voltak szédülés-rohamai, a mikor „szeme előtt minden elsötétült". Lépcsőn járni, futni avagy csak kissé sietni egyáltalában nem tudott. Minden szellemi és testi munkára egyáltalában képtelen volt. Ebben az időben vette észre először, hogy ritkás, kihagyó pulsusa van. Az intelligens beteg bemondja, hogy orvosa többször mondta, hogy „bradycardiá"-ja van.

Ezen állapota azóta is minden lényeges változás nélkül, szakadatlanul tart. Általánosságban meleg, száraz, napos időben érzi magát legjobban. Hideg időben panaszai rendszerint rosszabbodnak. Rosszul és gyakori megszakításokkal alszik. Kedélyhangulata nyomott, e mellett könnyen ingerelhető és befolyásolható. Főbb panaszai: Lélekzési zavarok, könnyű elfáradás, gyakori szorongás-érzés és szúrás a szív tájékán, általános gyengeség, gyakori szédülés, hideg lábak és kezek.

Status praesens: A középmagas, szikár növésű egyén izomzata gyengén fejlett, a bőr alatti zsírpárna mérsékelt. Megnagyobbodott mirigyek nincsenek. *Szemek*: Pupillák egyformák, jól reagálók. A cornea- és conjunctiva-reflexek rendesek. *Nyelv* tiszta. *Garat*: kissé belövelt, a bal mandula piros, megnagyobbodott. A *tüdőkben* nincsen kóros lelet. A *szív* határai: balra 9, jobbra 3·5 centimeter a középvonaltól. A szívcsúcs fölött elnyúló diastolés zörej hallható. A pulmonalis második hangja kissé ékelt. Szívcsúcslökés az V. bordaközben a mammillaris vonalban elég jól tapintható, két ujjhegygyel befedhető. *Pulsus*: kissé egyenlőtlen, szabálytalan, de elég jól telt. Száma perczenkint *40! Vérnyomás*: 135 cm. Hg. A vena jugularis lökései a nyak mindkét oldalán nagyon jól láthatók és megolvashatók. Ezen lökések száma perczenkint *78!!* Hasban eltérés nincsen. A reflexek rendesek. *Vizeletben* idegen alkotórész nincsen. A *Wassermann*-féle reactio negativ eredménynyel járt. A többször eszközölt atropin-próba, a mint várható is volt, mindenkor negativ eredményt adott.

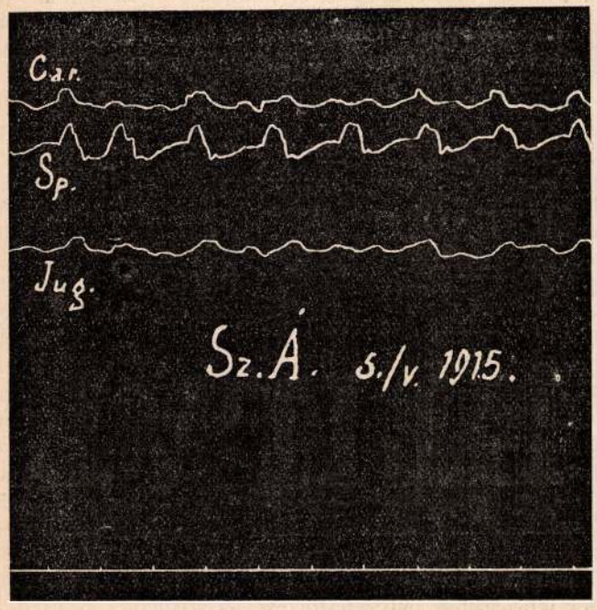
Röntgen-átvilágítás: Kissé harántul fekvő, úgy jobbmint balfelé kissé nagyobbodott szív. Az aorta-íven rendellenesség nincsen, ellenben a jobboldali alsó árnyékív kissé erősebb, kifejezettebb görbét ad, mint rendesen. Első pillantásra feltűnik ezen ívnek élénk lüktetése, a mely ív pedig rendes körülmények között, a mint tudjuk, majdnem teljesen mozdulatlan. Egyébiránt a bal középső íven (bal pitvaron) is hasonló élénkségű lüktetést látunk. Feltünő még, hogy a bal alsó ívnek (a bal kamarának) lüktetése rendkívül lassú rythmusú. S ez annál szembetünőbb, mert a csúcsrész kilengése különben nagyon jól kifejezett. Szinte szembeszökő a pitvar- és a kamara-mozgás teljes dissociatiója, a mennyiben ugyanis egy-egy kamara- (bal alsó ív) összehúzódásra átlag két-három pitvar- (jobb alsó és bal középső ív) contractio esik. (Lásd az 1. ábrát). Egyébiránt ezen valóban nagyon



1. ábra.

érdekes és a Röntgen-vizsgálatban kevéssé jártasnak is nagyon szembeötlő és a szívblokkra feltétlen bizonyító jelenséget hasonló esetekben *Groedel F. M.*, valamint *Hoffmann*, *Schmidt*, *Zekki*, *Boas*, *Deneke*, *Michael* és *Beutenmüller* is tapasztalta.

A betegünkről felvett kombinált sphygmogrammok szintén igazolják a pitvar- és kamara-rhythmus dissociatióját. A felvett görbéken elég tisztán látható, hogy egy csúcslökésre, illetve egy pulsus-hullámra általában két gyüjtőér-lökes (pitvar-systole) esik. (Lásd a 2., 3. és 4. ábrát. Jug. = vena jugularis, Sp. = szívcsúcslökés, Car. = carotis, Rad. = art. radialis pulsusa.)



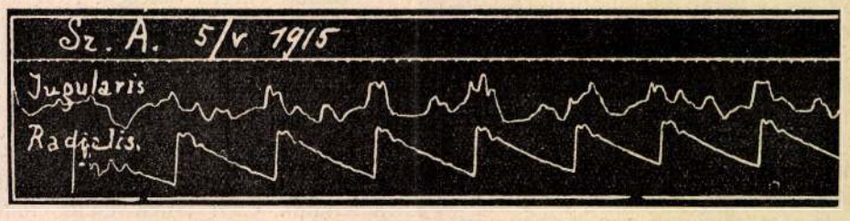
2. ábra.

A sikerült görbék *Tangl* tanár úr vezetésével az ő physiologiai intézetében készültek. Az ő szíves és hathatós támogatásáért ezen az úton is kifejezzük meleg köszönetünket.

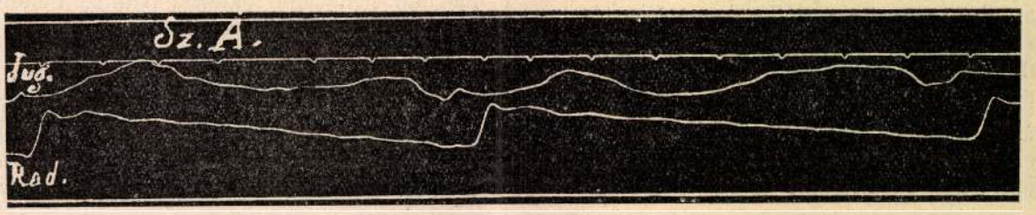
Therapia: Minthogy oki kezelésről nem igen lehetett szó, tisztán csak tüneti orvoslást alkalmaztunk. Több ízben kellett eljárni a légzési zavarok és a szív tájékán jelentkező fájdalom és nyomás ellen. Valamennyi kipróbált szer közül legjobban bevált a kámfor. Poralakban szedte a beteg alkalmilag, és mindenkor megkönnyebbedést okozott az néki. Leginkább pedig a lélekzésnehézségeket csökkentette. A betegnek könnyen emészthető eledeleket adtunk. Álmatlansága ellen brómot szedett. A beteg több mint két hónapig volt kezelésünkben, azonban úgy az objectiv, mint a subjectiv állapot alig javult. Úgy tapasztaltuk, hogy általában meleg szobahőmérsékletben, rendes életmód mellett és lelki izgalmaktól távol, aránylagosan elég jó volt az állapota. Irással és olvasással foglalkozhatott. A lépcsőn fel- és lejárni egyáltalában nem tudott, sőt síma talajon is csak nagyon rövid ideig. A legkisebb testi megerőltetéskor légzés-nehézsége támadt, nemkülönben lelki izgalmak esetében is.

Prognosis: Az eset prognosisát, tekintettel az eddigi hosszú és változatlan tartamra, relative kedvezőnek tarthatjuk. A beteg észszerű életmód és megfelelő orvosi ellenőrzés mellett hosszú évekig elélhet. Azonban természetesen a hirtelen beálló exitus eshetőségével is számolnunk kell.

Epikrisis: Ezen utóbb ismertetett esetünkben állandó szívblokkal volt dolgunk. Ezen diagnosis helyességét a pulsus- és szívcsúcslökés-görbéknek összeegyeztetése, nemkülönben a röntgenoskopia adatai kétségtelenül igazolják. Mindent egybevetve és kellőképpen mérlegelve, a legnagyobb valószínüség a mellett szól, hogy a *szívblokk rheumás myocarditis alapján fejlődött.* A szívre vonatkozó nehézségek és panaszok csakugyan a kórelőzményben említett mandulalobbal (tonsilitis-szel) és ezt nyomon követő izületi rheumával szoros és közvetlen kapcsolatban támadtak. A szívműködés rendellenessége kezdetben kisebb mérvű volt, majd később fokról-fokra rosszabbodott. Időközben semmi javulás sem volt s végül a mostani állapot állandóvá vált. Szívblokkról van tehát szó, mely lassan, fokozatosan fejlődött. Ehhez képest feltételezhetjük, hogy az ingertvezető rendszerben kezdetben csupán vezetés-zavar volt, míg végül aztán a vezetés teljesen megszakadt: teljes szívblokk támadt. E mellett azonban, szerencsére, az *Adams-Stokes*-féle symptoma-csoport nem fejlődött ki. Kórbonczolástani szempontból bizonyára ez esetben is a *His*-féle kötegben támadt *Aschoff*-féle gyuladásos rheumás csomócskákról, illetőleg, mivel az állapot tartóssá vált, a gyuladás nyomán támadt hegesedésről lehet szó. Az elkülönítő diagnosis, illetőleg a kóroktan szempontjából felmerülhet a lues, illetőleg a korai vérérelkeményedés (atherosclerosis) kérdése is. Azonban luesre úgy a kórelőzmény és a klinikai vizsgálat, valamint a megejtett Wassermann-próba is teljesen negativ adatot szolgáltatott. Éppen így a korai atherosclerosisra sem találtunk bizonyító erejű leletet.



3. ábra.



4. ábra.

A szívcsúcson hallott diastolés zörej a stenos. ostii venos. sinistri-nek jellemző tünete. Ezen szájadék-hiba pedig a legtöbbször éppen „rheumás“ endocarditisnek a maradványa szokott lenni.

Véleményünk szerint az esetünkben talált állandó természetű teljes szívblokk, mint hangoztattuk, myocarditis rheumaticával kapcsolatos. Ezt tanusítja a diastolés zörej is a szívcsúcson, minthogy tudjuk, hogy a szívizom „rheumás“ megbetegedéseiben a myocardiumon kívül az endocardium is nagyon gyakran résztvesz. Már azért is érdekes tehát ez az eset, mivel, mint ismeretes, a tartós teljes szívblokk rheumás alapon nagyon ritkán támad, sőt az irodalomban alig találunk erre vonatkozó adatokat.

Nem tartottuk érdektelennek, hogy ezen két esetet párhuzamosan egymás mellé állítsuk, annak kimutatása czéljából, hogy ugyanazon kóroktani alapon, ugyanazon szervben, ugyanazon klinikai kórkép mellett prognostikailag különbözőképpen értékelkető működési zavarok jelentkezhetnek. Az ismertetett klinikai vizsgálati módszerekkel eldönthetjük, vajjon prognostikailag aránylag kedvező, átmeneti zavarról, avagy nem befolyásolható, súlyos pathologiás anatomiai elváltozásokon nyugvó és orvoslással nem befolyásolható állapotról van-e szó?

Irodalom. *Achoff:* Deutsche pathologische Gesellschaft, Breslau 1904, 46. lap. — *Baume* et *Geraud*: Rheumatisme subaigue et lesions cardiaques. Soc. des sc. med. de Montpellier, 1914, febr. 20. — *Belski A.:* Beobachtungen über atrioventrikuläre Automatie bei Infektionskrankheiten. Zeitschrift für klinische Medizin, 1909, 515. l. — *Butterfield:* Acute carditis and heart-block. Heart, 1912, III. füzet, 203. l. — *Cowan, Flemming* and *Kennedy*: Heart-block and nodal rhytm in the acute infections. Lancet, 1912. évf., 277. l. — *Esmain, Pezzi* et *Donzolet*: Troubles du rhytme cardiaque chez deux malades atteints de rhumatisme articulaire aigu. Arch. mal. du coeur. 1914. évf., 5. füzet, 323. l. — *Fleischhauer K.*: Über Störungen der Reizleitung im menschlichen Herz. Zentralblatt für Herz- und Gefässkrankheiten, 1914. évf — *Gallavardin* et *Pallase*: Bradycardie par block partiel au cours d'une crise de rhumatisme aigue. Archiv mal. du coeur, 1914. évf., 310. l. — *Geizel*: Münch. med. Wochenschr., 1909. évf., 48. szám és Archiv für klin. Med., 85. kötet, 75. lap. — *Gerhard*: Über Rückbildung des Adams-Stokes'schen Symptom-Komplexes. Deutsches Archiv für klin. Medizin, 1908. évfolyam, 485. lap. — *Groedel F. M.:* Die Röntgendiagnostik der Herz- und Gefässerkrankungen. Berlin, 1912, 107. l. — *Josué*: La myocardite rhumatismale. La clinique, 1913. évfolyam, áprilisi szám. — *Krehl:* Die Erkrankungen des Herzmuskels und die nervösen Herzkrankheiten. 343. lap. — *Mackenzie J.*: British medical Journal, 1905. évf., 1. füzet. — *Mayer* und *Gottlieb*: Experimentelle Pharmakologie, 251. lap. — *Pardee H. E. B.:* The relation of Heart-block to lesion of the auriculo-ventricular bundle etc. The Arch. of Int. Med., 1913. évf., 11. szám, 640. lap. — *Romberg:* Archiv für klinische Medizin, 53. kötet, 141. lap. — *Routier:* Dissociation auriculo-ventriculaire transitoire dans le rhumatisme articulaire aigu. Archiv mal. du coeur, 1914. évfolyam, májusi szám, 316. lap. — *Sutherland, S. Coombs A. F., Carey F.*: Ein Fall von acuter rheumatischer Carditis und Vorhofsflimmern bei Kindern. Heart, 1913. évf., 5. füzet.

Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházzal kapcsolatos egyet. gyermekklinikából. (Igazgató: Bókay János dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.)

A gümős tracheobronchialis nyirokmirigyek áttöréséről a légutakba a gyermekkorban.

Irta: ***Paunz Márk*** dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

(Folytatás.)

A következőkben 4 hasonló esetről számolhatok be, a melyek 1913-ban a Stefánia-gyermekkórházban kerültek gyógykezelésünkbe. *Három esetben elsajtosodott nyirokmirigyek friss áttöréséről* van szó, *egy esetben* pedig *súlyos bronchostenosisról*, a mely mindkét főbronchus összenyomatása folytán keletkezett.

Az esetek főként klinikai szempontból annyi figyelemreméltó sajátságot mutatnak, hogy a részletes leirást megérdemlik.

I. eset. Sch. Miklós, 8 éves, munkás gyermeke. Felvétetett 1913 július 8.-án. Tuberculosisos terheltség nincsen. Nyolczadik gyermek. Anyja kétszer elvetélt. Egy testvére 4 hetes korában ismeretlen betegségben halt meg. Négy testvére él és egészséges. Luesre anamnesis negativ.

A fiú egy év előtt 3 hónapig szenvedett pertussisban. Azóta gyakran köhicsél és kissé lefogyott. Tegnap este óta folyton fokozódó súlyos légzési nehézségek.

Jól fejlett, mérsékelten táplált fiú. A száj nyálkahártyája kissé szederjes. A torok nem mutat feltűnő elváltozást. Nagyfokú stridor inspiratorius. Rekedt, majdnem teljesen hangtalan. Rövid, szakgatott, hangtalan köhögés. A tüdő felett sem kopogtatatásra, sem hallgatódzásra eltérés nem mutatható ki. A szívhangok tiszták. H. 37° C.

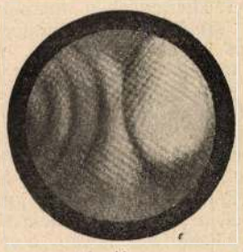
A beteget croup gyanuja miatt a megfelelő osztályra felvesszük és intubáljuk. A stridor és a cyanosis szűnik. de 3 percz mulva újból beáll és ekkor gyenge ütődési zörej hallható. Extubatio. Kevés nyálkát köhög ki és cyanosis miatt újból intubáljuk. Most a légzés nyugodtabb lesz. Tizenöt percz mulva újból stridor és cyanosis. Ismét extubáljuk. De azonnal újra kell intubálni és mesterséges légzést végeztetni. A légzés ismét megindul és most a beteg fekvő tubusszal szabadon légzik. Serumot kap.

Este a gyermek a tubust kirántja. A légzés szabad. Cyanosis nincsen. H. 38·8° C. Július 9. Közérzet jó. Légzési nehézségek nincsenek. A bakteriologiai vizsgálat diphtheritist illetőleg negativ. H. 37·0° C. Julius 10. Közérzet jó. Légzés szabad. 36·5—37° C. Julius 11. Nappal jó közérzet. Este nagyfokú stridor, cyanosis. Intubatio. A légzés nem szabadul fel. Ezért extubatio. Most a légzés szabaddá lesz. A fuldoklási rohamok éjjel és julius 12.-én reggel is ismétlődnek.

A tüdő felett a kopogtatás eltérést nem mutat ki, azonban mindkét oldalt, de főként *jobboldalt gyengült légzés hallható.* H. 38·2° C.

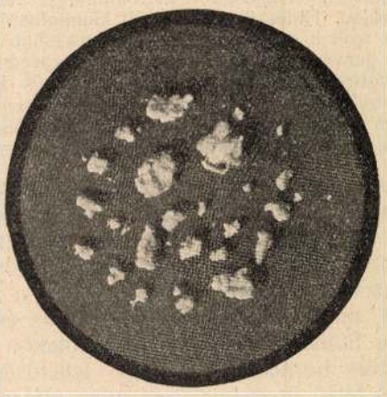
A beteget idegen test avagy elsajtosodott áttört bronchialis nyirokmirigy gyanuja miatt (*Bókay J.* tanár) tracheobronchoskopiás vizsgálatnak vetjük alá. Július 12.-én déli 12 órakor *tracheobronchoskopia superior.* Chloroformnarcosis + 10% cocain-tonogen.

A *Brünings*-féle 2. sz. cső ülőhelyzetben könnyen bevezethető. A gége és légcső nyálkahártyája belövelt; a hangszalagok és a gége hátulsó fala lepedékes (intubatiós trauma). A gége és a légcső felső része szabad. A belső cső előtolása után mintegy 2 cm.-nyire a bifurcatio felett fehér, flottáló tömegek láthatók, a melyeket a beteg hanyattfektetése után részben kiköhög, részben pedig fogóval és kitörléssel távolítjuk el azokat, miközben sok véresen festékes, nyálkás-genyes váladék is ürül. Kitörlés után jól látható, hogy a légcső jobboldali fala a bifurcatio felett erősen bedomborodik. A bedomborodás lefelé a jobb főbronchus külső-elülső falára is reáterjed és ez által a jobb bronchus bemenete teljesen fedve van. (Lásd a 2. ábrát.) A bedomborodás felső trachealis része sárgás-fehéren áttűnő. A bal bronchus szabad, jól beállítható, nyálkahártyája halvány, a porczgyűrűk jól láthatók. Beteg a narcosis után jól légzik, stridor nincsen.



2. ábra.
A trachea falának bedomborodása a jobb főbronchus szájadéka felett. Bronchoskopiás kép (2½-szeresen nagyítva). (I. eset.)

A kiköhögött és eltávolított tömegek elsajtosodott, részben festenyzett nyirokmirigydarabkáknak bizonyulnak. (Lásd a 3. ábrát.)

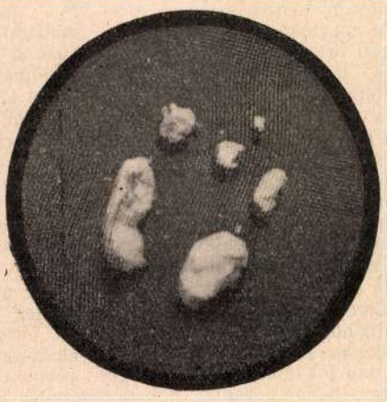


3. ábra.
A felső bronchoskopia által eltávolított mirigysequesterek. (I. eset.) Természetes nagyság.

Minthogy az elsajtosodott tracheobronchialis nyirokmirigyek áttörése nyilvánvaló volt, a gyermeket gondos felügyelet alá helyeztük és a valószínűleg szükségessé váló tracheotomiához mindent előkészítettünk. Este 6 órakor két ízben rövid időközökben fulladási roham. *Flottálás*

is hallható. Ezért *tracheotomia inferiort* végezünk. A légcső megnyitása után borsónyi, mirigytörmelékből álló dugasz köhögtetik ki, mire a légzés szabaddá lesz és a cyanosis megszűnik.

Július 13. A kopogtatás nem mutat eltérést; hallgatódzás alkalmával hátul mindkét oldalt nedves szörtyzörejek hallhatók. A légzés szabad. H. 37·2°—37·3° C. Július 14. A légzés szabad. A közérzet jó. H. 37·0—37·3° C. Pirquet negativ. A Röntgen-átvilágítás és Röntgen-kép jobboldalt a szív árnyékával összefolyó, megnagyobbodott, jól kifejezett nyirokmirigyárnyékot mutat. Július 15. Kanülváltás. Sűrű nyálkás váladékot köhög ki. H. 36·0—38·0° C. Július 16. Fulladási roham. A kanült eltávolítjuk, a légcső sebét szétvonjuk és ekkor a gyermek két, babnál nagyobb, festenyzett mirigydarabot köhög ki. Ezután a légzés nyugodt és szabad. (Az utólag kiköhögött mirigysequestereket a 4. ábra mutatja.) Pirquet (48 óra után) gyengén positiv. H. 37·0° C. Julius 17.

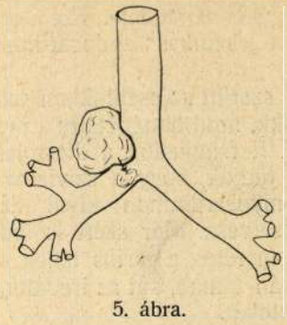


4. ábra.
Az utólag kiköhögött mirigysequesterek. (I. eset.)
Természetes nagyság.

Kendermagnyi mirigydarabkát köhög ki. Serumkiütés. H. 37·0—38·0° C. Július 18—20. A közérzet jó. H. 36·7—37·1° C. Július 21. A manubrium sterni felett 5-koronányi kiterjedésben tompult kopogtatási hang; a tompulat a szegycsont szélét jobbfelé mintegy ujjnyira túlhaladja. H. 36·5°—36.6° C. Július 22. A közérzet jó. *Bronchoskopia inferior.* 10% cocain + tonogen. Igen jól látható, hogy a jobb főbronchus elágazódása felett a trachea jobb falán sarjadzó fekély terül el, mely lefelé mélyedni látszik. Ezen fekélyes helyen a cső könnyen átvezethető és mindkét főbronchus szájadéka beállítható. A légcső alsó része és a jobb főbronchus bemenete még mindig szűkült, azonban az első vizsgálat alkalmával a trachea jobb falán észlelt sárgás-fehéren áttünő bedomborodás most teljesen eltűnt. A trachea és a jobb főbronchus nyálkahártyája belövelt, duzzadt, a porczgyűrük nem láthatók. A bal főbronchus teljesen szabad, nyálkahártyája halvány, a porczgyűrük jól láthatók. Több kis sajtos törmelékrészt a fekély mélyéből kitörlünk. H. 36·6°—37·4° C. Július 23—28. A közérzet jó. A légzés szabad. H. 37·0—37·2° C. Július 29. *Bronchoskopia inferior.* A fekély most símább, alapján mindenütt egyenletes sarjadzás. A jobb főbronchus szájadéka teljesen szabad. Láztalan. Július 31. A kanült eltávolítjuk. A légzés szabad. A hang tiszta. Augusztus 3. A légcső sebe záródott. Augusztus 5. A gyermek elhagyja a kórházat. Sarjadzó bőrsebbel járólag kezeljük tovább. Augusztus 15. A bőrseb teljesen behegedt. A mirigydarabok mikroskopi vizsgálata (*Orsós F.* főorvos) elsajtosodott nyirokmirigyszövetet mutat szórványos óriássejtekkel. Tüdőszövet nem volt kimutatható.

Alkalmunk nyílt a gyermeket 5 hónappal később újból megvizsgálhatni. Heveny genyes appendicitis miatt 1913 november 24.-én vettük fel ismét a kórházba; a tályogot megnyitottuk és később a féregnyúlványt is eltávolítottuk. A tüdő gondos vizsgálata nem mutat semmiféle eltérést. Nem köhög. A légzés szabad. A hang tiszta, csengő. A beteg 1914 január elején bocsáttatott el és azóta is teljesen egészséges.

Epikrisis. A jobb tracheobronchialis szegletben áttört nyirokmirigy-tuberculosis pertussis nyomán keletkezett. A compressio és perforatio lassan fejlődött. A legnagyobb fokú stridorral behozott, rekedt hangú gyermeken először diphtheritis gyanuja merült fel. Azonban egyrészről a negativ bakteriologiai lelet, másrészről a bronchostenosis észlelt tünetei, nemkülönben a flottálás csakhamar a légútakba került idegen test avagy áttört bronchialis [mirigy lehetőségére terelték figyelmünket. A felső bronchoskopia útján eltávolított mirigysequesterek és a trachea jobb falán észlelt bedomborodás nemcsak reávezettek a helyes diagnosisra, hanem egészen világosan megmutatták az áttörés helyét is. (L. az 5. ábrát.) Az elhalt mirigydarabok eltávolítása és kiköhögtetése után a tracheobronchialis stenosis megszünése is jól volt bronchoskopice megfigyelhető. A gyógyulás zavartalan lefolyású volt és ezideig tökéletes.



5. ábra.
A compressio és perforatio vázlatos ábrázolása az I. esetben.

II. eset. R. Endre, 4 éves, felvétetett 1913 nov. 21.-én. A gyermeket *Dr. Loránd Leo* kartárs küldötte a kórházba. Öt hét óta hörgő légzés; érczes jellegű köhögés és az utóbbi időben néha súlyos légzési nehézségek. Tuberculosis-terheltség nincsen. Mindig láztalan. *Loránd* kartárs a *tracheobronchialis nyirokmirigyek megnagyobbodása által okozott bronchostenosist* állapított meg és ezen kórjelzést saját vizsgálatunk is megerősítette azon megjegyzéssel, hogy *a mirigyek áttörése rövidesen várható* (*Bókay J.* tanár).

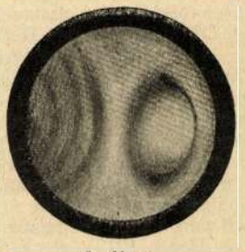
Jelen állapot. Korának megfelelően fejlődött, mérsékelten táplált, sápadt fiú. Orr, torok ép. Gégetükrözés nem végezhető. Hangja tiszta, csengő. Nehezített, hörgő légzés. Éles, érczesen csengő köhögés. A tüdő felett mindenütt nedves szörtyzörejek. A légzés vontatott és főként a kilégzés nehezített. A kopogtatás a szegycsont markolata felett, annak jobb szélét ujjnyival túlhaladva, kifejezett tompulatot mutat ki. Az absolut szívtompulat valamivel kisebb. Szívhangok tiszták. H. 36·5° C.

Nov. 22. A Röntgen-kép jobboldalt koronányi mirigyárnyékot mutat. Ágyban fekvéskor a légzés kissé könnyebb. H. 36·6° C.

Nov. 23. Reggel 4 órakor súlyos fulladási roham, a mely néhány perczig tart. Ezután a légzés könnyebb. H. 36·7° C.

Minthogy *a kezdődő perforatio nyilvánvaló volt,* hogy további bajoknak útját vágjuk, műtétre határoztuk el magunkat, melyet 1913 nov. 23.-án délelőtt 11 órakor végeztem.

Chloroformnarkosis. *Felső légcsőmetszés.* Most 10% cocain + tonogen-ecsetelés után végezzük az *alsó tracheobronchoskopiát* (*Brüningsféle* 1. sz. csővel). A jobb főbronchus lumenét az oszlás alatt kb. 1 cm.-nyire félgömbalakú, a bronchus elülső-belső falából kiinduló, sima nyálkahártyától fedett bedomborodás teljesen elzárja. (L. a 6. ábrát.)



6. ábra.
A jobb főbronchus belső falának beboltosulása a bifurcatio alatt.
A II. eset bronchoskopiás képe. ($2^1/_2$-szeresen nagyítva.)

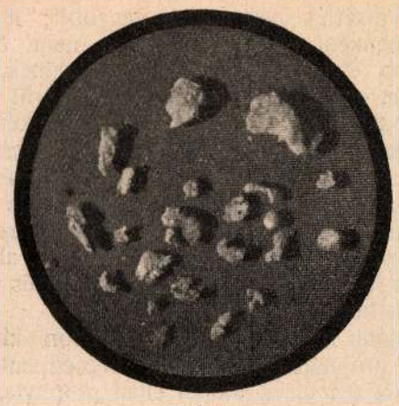
Keskeny, tompa fogóval feltépem a nyálkahártyát és először borsónyi, azután babnyi mirigydarabot távolítok el. Sok kisebb darabkát kitörlés által lehet eltávolítani. A bedomborodás most nagyrészt eltünt és igyekezem a csövet mélyebbre tolni. Ezen műveletekre a bronchus belső falára gyakorolt nyomás folytán egy kb. 2 cm. hosszú, $^1/_2$ cm. vastag sajtos mirigydarab szorúl a csőbe, a melyet szintén fogóval távolítunk el. Most egészen tisztán látható a jobb főbronchus elülső-belső falán körülbelül 1 cm.-nyire az oszlás alatt az 1 cm²-nyi, kerek áttörési kapu, a melyben még sok kisebb mirigytörmelék észlelhető. Ezeket legnagyobbrészt fogóval, részben kitörléssel is eltávolítom. A perforatio alsó szélén kilátszó mintegy borsónyi mirigydarab eltávolítása után a jobb főbronchus lumene teljesen szabad lesz és az alsó és középső ág oszlása jól látható. A nyálkahártya itt eléggé halvány, a porczgyűrük is felismerhetők. Ez feltünt a tracheán is és csak a jobb főbronchus szájadéka körül és a bedomborodás helyén volt a nyálkahártya duzzadt, nem áttetsző. A bal főbronchus szabad, a porczgyűrük jól láthatók. (Az eltávolított mirigyeket a 7. ábra mutatja.)

A mirigydarabok eltávolítása után a légzés azonnal teljesen szabaddá lett és csak kevés nyálkás-genyes váladék köhögtetett ki. A műtét tartama 25 percz. Kanült kap. Serumoltás. (1000 I. E.)

A beteg egész nap nyugodtan alszik. Este H. 36·6°C.

Nov. 24. A beteg sokat alszik, légzése nyugodt. Légzés-szám 30. H. 37·6—38·5° C.

Nov. 25. A gyermek élénk, az ágyban ül és játszik. A tüdő fölött mindenütt szörtyzörejek. A kanülből sok tapadós, genyes váladék ürül H. 37·5° C. A légzés szabad. Légzés-szám 41.



7. ábra.
Az alsó bronchoskopia által eltávolított mirigysequesterek. (II. eset.) Természetes nagyság.

Nov. 26. Számos nagyhólyagú szörtyzörej. H. 38·5° C. A gyermek gyenge, bágyadt.

Nov. 27—29. A közérzet jó. Sok sűrű, genyes váladékot köhög ki. H. 37·0—38·6° C.

Nov. 30. Serumkiütés. Sok genyes váladék. H. 37·2—38·6° C.

Decz. 1—5. Közérzet jó. Rengeteg mennyiségű sűrű, genyes váladékot köhög ki, sokszor a kanül teljesen bedugul, de sajtos törmelék a váladékban nem található. H. 36·7—38·5° C.

Decz. 6. H. 39·0° C., este 36·6° C. Tonsillitis. Különben változatlan állapot.

Decz. 7—9. Sok genyes váladék. Nedves szörtyzörejek. H. 37·0—38·0° C.

Decz. 10. Határozott javulás. A gyermek élénk, jókedvű, jól táplálkozik. Kevesebb genyes váladék. H. 37·0—37·2° C.

Decz. 11. A belső kanült eltávolítjuk, a külsőt bedugaszoljuk. A légzés szabad, a hang tiszta. Kevés szörtyzörej. H. 37·0—37·2° C.

Decz. 12—15. H. 36·5—37·0° C. Közérzet jó. Keveset köhög.

Decz. 16. A kanült eltávolítjuk. A közérzet jó. Láztalan.

Decz. 21. A trachea nyílása záródott. Felületesen sarjadzó bőrsebbel elbocsátjuk. A légzés szabad. Hangja csengő.

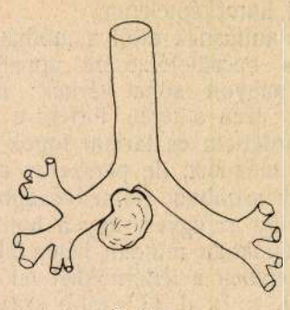
A további észlelést *Loránd* kartárs végezte és szíves volt velünk a következőket közölni. A bőrseb egy hét mulva teljesen behegesedett. A gyermek 1914 jan. 2.-ig láztalan volt. A légzés éjjel is szabad. 1914 jan. 3. H. 38·8—38·9° C. Rubeola; a kiütés 3 napig fennáll, lázzal. Ezen idő alatt újból érczes csengésű köhögés, hangos stridorosus légzés. Testsúly 1914 jan. 14. 14 kilo. Egy héttel később 14½ kilo. Jan. 14.-től 24.-ig reggel láztalan, este h. 37·4—37·7° C. Éjjeli izzadás. Reggelenként sokat köhög.

Jan. 25.-től 29.-ig h. 38·7—38·0° C. Ezen napokon száraz, érczesen csengő köhögés, de szabad légzés. A jobb tüdő felső lebenye felett elül, a manubrium sterni jobb szélén kezdődőleg tenyérnyi kifejezett tompulat. Ezen a helyen hangos, érdes hörgi légzés úgy be- mint kilégzéskor.

1914 február 1. Láztalan. Febr. 2.-án Cigale adriai tengeri fürdőbe viszik és azóta jól van. Láztalan. Nem köhög. Az eltávolított mirigydarabokat *Orsós* főorvos volt szíves megvizsgálni. A mikroskopi lelet: elsajtosodott nyirokmirigyszövet, kevés számú, magfestést nem mutató óriássejttel. Tüdőszövet nem mutatható ki.

Alkalmunk volt a gyermeket a tengeri fürdőből való visszaérkezte után 1914. aug. 31.-én újból megvizsgálni. A gyermek viruló színben van, 3⅓ kilot hizott. Nem köhög, a légzés teljesen szabad, hangja tiszta, csengő. Láztalan. A vizsgálat a tüdő felett sem kopogtatáskor, sem hallgatódzáskor semmiféle eltérést nem mutat (*Bókay J.* tanár).

Epikrisis. A 4 éves fiún a tracheobronchialis nyirokmirigyek tuberculosisának és az ezáltal okozott compressionak kórjelzését a műtét előtt állapítottuk meg a klasszikus tünetek és a physikalis és Röntgen-vizsgálat alapján. Nagy valószínűséggel lehetett a fenyegető és már kezdődő áttörésre következtetni. A légcsőmetszés után végzett alsó bronchoskopia egészen pontosan megmutatta az áttörés helyét a jobb főbronchus elülső-belső falán (l. a 8. ábrát) és a bronchus nyálkahártyája alá került mirigysequesterek a nyálkahártya felszakítása után könnyen voltak eltávolíthatók. Valószínű, hogy a súlyos fulladási roham, mely bennünket a műtétre indított, a bedomborodás alsó részén keletkezett és így nem látható kis perforatio folytán következett be és bizonyára kevés mirigytörmelék avagy pépes mirigytartalom a légutakba jutva, idegen testekként váltották ki a fulladási tüneteket. A továbbiakban a mirigytályog kiürült, a nélkül hogy még nagyobb mirigydarabok is kilökődtek volna. Az egyideig fennállott lázas állapot az ily módon keletkezett bronchitis és



8. ábra.
A compressio vázlatos ábrázolása a II. esetben.

minden valószínűség szerint kisebb, frissen fejlődött sajtos bronchopneumoniás góczok által okoztatott. Később a jobb felső tüdőlebeny beszűrődésének jelei határozottan kimutathatók voltak. A klimatikus-diaetás kezelés teljes eredménynyel járt és ma a gyermeket teljesen gyógyúltnak tekinthetjük.

(Folytatása következik.)

Közlés a kolozsvári tud.-egyetem bőrklinikájáról.

Háború és venereás bántalmak.

Irta: ***Marschalkó Tamás*** dr., egyetemi tanár.

(Vége.)

A venereás bántalmak prophylaxisának már a békében is egyik legfontosabb követelménye és előföltétele, hogy *világosítsuk föl a laikus közönséget a venereás betegségek közelebbi természetéről és tanítsuk ki az azok ellen való védekezésre*; tanítsuk ki arra, hogy mily veszedelmes és következményeikben nemcsak az illetőre magára, hanem családjukra, hozzátartozóikra és az egész társadalomra mily mélyen kiható betegségek azok; tanítsuk ki arra, hogy az állam és a hatóságok korántsem vállalhatnak a prostitutio ellenőrzése által garanciát arra, hogy az ahhoz tartozó nőszemélyek valóban egészségesek is; sőt ellenkezőleg, hangsúlyozzuk, hogy még a legszigorúbb ellenőrzés mellett is milyen veszedelmes minden egyes esetben az azokkal való érintkezés; hogy tehát mindenkinek nemcsak önmaga, de hozzátartozói és az egész társadalom iránti kötelessége is *vigyázni saját magára és megóvni magát a venereás fertőzéstől.*

Bár a felvilágosítás munkája a legutolsó időben rohamosan halad előre és annak hasznos következményei nemsokára mind jobban és jobban érezhetővé fognak válni, mégsem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy e tekintetben még mindig nagyon sok a tennivaló; hisz még csak a kezdet kezdetén vagyunk és a laikus közönség nagy részében még ma is a legképtelenebb fogalmak vannak elterjedve a venereás bántalmak valódi természete felől.

Ha már a békében is ilyen nagy szerepe van a fölvilágosításnak, mennyivel fontosabb lenne az most a háborúban a katonaság körében. Hisz katonáink legnagyobb része e tekintetben szintén az analphabeták körébe tartozik; hány venereás fertőzést tudnánk megakadályozni, ha a katonát kellőképpen kitanítanók a védekezésre!

E mellett ugyebár a mi katonáinkat lángoló hazaszeretet és kötelességérzet, törhetetlen hűség a király és haza iránt lelkesíti; hisz lehetne-e enélkül oly dicső haditetteket véghez vinni, a melyek nemcsak hű szövetségeseinket, de még ellenségeinket is bámulatra ragadják a magyar katona hadi erényei iránt. Csak gondoljunk a przemysli hősökre, a kik éhezve ugyan, de mégis dalolva mentek a halálba!

Milyen könnyen lehetne az ilyen katona lelkére hatni, ha kifejtenők, hogy mennyire szent kötelessége mindenkinek, hogy a hazáért egészséges maradjon, különösen háború idején; hogy semmi sem tudja a katona egészségét és teljesítőképességét annyira leszállítani, mint a nemi betegségek; hogy milyen könnyű azt megkapni a katonának, ha nincsen elég lelki ereje, hogy ellenálljon a kísértésnek; és hogy mennyire szé-

gyenletes minden egyes katonára nézve, ha magát ilyen méltatlan módon teszi harczképtelenné.

Valóban a kitanításnak attól a módjától, a mely a katona önérzetére és becsületérzésére appellálva, tőlük *abstinentiát* kíván, én nagyon sokat várnék; nincs tudomásom róla, hogy nálunk ezen a téren történt-e valami — én a magam részéről hirdettem és tartani fogok az üdülő katonák számára egy ilyen előadást, de persze az csak egy csepp a tengerben —, hogy azonban Németországban már sok történt, azt tudom; így az egyes, úgy a honi mint ellenséges földön álló garnizonokban minden héten felhivást intéznek a legénységhez, a melyben a ledérnőkkel való érintkezéstől óva intik őket. A D. G. z. B. d. G.* több százezer lapot nyomtatott, a melyeket a katonák között szétosztanak. A lap szövege a következő:

„Minden katonának szent kötelessége egészségét megőrizni, sokszoros kötelessége pedig a háború idején, a mikor teljesítőképességére a legnagyobb mértékben szükség van."

„Semmi sem árt a katona egészségének és teljesítőképességének annyit, mint ártanak a nemi betegségek, a syphilis és a kankó, a melyek nemcsak nagy fájdalmakat okoznak, hanem a katonát menetelésre és harczra képtelenné teszik, nem is említve azokat a súlyos következményeket, a melyeket a későbbi életben maguk után vonhatnak."

„A nemi betegségeket ledérnőktől és asszonyoktól szerzi magának az ember, a kik könnyelmű életmódjuk folytán majdnem mind betegek és a kik betegségüket a velük közlekedő férfiakra átviszik. A katonának azért különösen háború idején szigorúan óvakodni kell ezektől a nőszemélyektől, úgy az ellenséges földön, mint otthon is, a hol beszállásolva van."

„Tartózkodnia kell különösen a szeszes italok — pálinka, bor, sör — élvezetétől, minthogy ittas állapotban, sőt már kisfokú becsípés mellett is könnyebben esik a csábítás áldozatául. A mennyiben csak lehetséges, nemcsak egész testét, hanem nemi részeit is tisztán kell tartania."

„A katonának a háború egész tartama alatt egészségesnek és frissnek kell maradnia saját érdekében és hazája érdekében is, a melynek a küzdelemben, a melyet szabadságáért folytat, minden egyes fiának teljes erejére szüksége van."

„A kinek balszerencséje úgy hozta magával, hogy már a háború előtt nemi betegséget kapott, jelentse annak minden legkisebb rosszabbodását azonnal orvosának, nehogy bajának elhanyagolása súlyosabb következményekkel járjon."

Eddig a lap, a milyent nekünk is osztogatni kellene katonáinknak.

A *teljes abstinentiát* újabban mind több szakember ajánlja, mint a legtökéletesebb és legbiztosabb óvószert a venereás fertőzés ellen. Nem akarok itt annak a fejtegetésébe bocsátkozni, hogy a hosszabb ideig folytatott teljes abstinentia lehet-e ártalmas az egészségre; tudvalevőleg igen neves ideggyógyászok, így *Erb* is, a mellett nyilatkoztak, hogy különösen neuropathiás egyéneken igenis lehet; én magam is abban a nézetben vagyok, hogy a hosszabb ideig folytatott teljes abstinentia nem mindenkire közömbös, mindazonáltal azt hiszem, hogy a háború tartama alatt nagyon sok katona be tudná tartani azt, különösen ha a mellett, hogy — mint fentebb említém — a katona önérzetére és becsületérzésére appellálunk, még a venereás fertőzés súlyos következményeit is feltárnók előtte.

Valóban a kitanításnak ezt a módját, az abstinentiát magam is a háborúban a venereás bántalmak elleni védekezés egyik legfőbb eszközének tekintem.

Ne gondoljuk azonban, tisztelt szakosztály, hogy ha a katonát ilyen módon kitanítottuk és szívére kötöttük az abstinentiát, most már azt mondhatjuk, hogy „dixi et salvavi animam meam", és hogy azzal már eleget tettünk a venereás fertőzések meggátlására. Korántsem. Itt sem szabad utopiákat hajszolnunk; számolnunk kell azzal a körülménynyel, hogy mindnyájan emberek és gyarlók vagyunk; számolnunk kell azzal, hogy a háborúban a viszonyok egészen mások, hogy különösen győzelmes csaták után vagy a meghódított ellenséges városokban a kisértés még sokkal nagyobb; hogy a libido sexualis egyénenként változik; hogy a nemi ösztön egyik leghatalmasabb életnyilvánulása a szervezetnek, a melynek leküzdése néha emberfeletti erővel sem sikerül stb. Szóval ne gondoljuk azt, hogy ha a katonának a lelkére kötöttük az abstinentiát, most már mindenik be is fogja tartani azt.

Ha tehát a venereás fertőzés elleni védekezést a háborúban *szilárdabb* alapokra akarjuk fektetni, más eszközökhöz is kell folyamodni. Ki kell tanítani a katonát az úgynevezett *egyéni prophylaxisra*, a prophylacticumok alkalmazására, hogy azoknak is védelmet nyujtsunk a fertőzés ellen, a kik az abstinentiát betartani nem tudják.

Méltóztatnak tudni, hogy a condomon kívül a gonorrhoea ellen prophylaxisos szerek becseppentése a coitus után, a syphilis (és ulcus molle) ellen prophylaxisos desinficiáló, calomel- vagy sublimattartalmú kenőcsök alkalmazása a coitus előtt és után helyesen applikálva igen sok fertőzésnek veheti elejét. Ezeknek az értékét nem szabad lekicsinyelni; hisz nem kisebb ember szállt síkra értük, mint *Neisser*, a ki maga is készített ilyen prophylaxisos kenőcsöt, a mely „*Neisser-Siebert*"-féle kenőcs (Desinfektionssalbe) név alatt jön forgalomba.

Hogy pedig azok obligatorius alkalmazása már béke idején is milyen jó hatású, mutatja a német haditengerészet példája, a hol a venereás bántalmak a mult század végéig majdnem négyszeresét tették ki a szárazföldi hadseregben észlelt megbetegedési arányszámnak, körülbelül 150‰-t, mióta azonban a prophylacticumok alkalmazása kötelező lőn, a venereás bántalmak száma a tengerészkatonák közt rohamosan csökkent, úgy hogy 1909/10-ben, tehát alig 10 év alatt 57‰-re szállott alá. Kár, hogy e prophylacticumok kötelező alkalmazása a német szárazföldi hadseregben, mint *Touton* panaszkodik, magas állású vallási személyek és erkölcsi egyesületek ellenállásán mindeddig hajótörést szenvedett.

Remélhetőleg a mostani háború ezeknek a magas állású vallási személyeknek és erkölcsi egyesületeknek is megtöri az ellenállását. A háborúban ezek a prophylacticumok talán még fontosabb szerepet játszanak, mint a békében. A német szakemberek közül elsősorban *Lesser* tanár tör azok alkalmazása mellett lándzsát, a ki bennük látja a venereás bántalmak prophylaxisának legfőbb eszközét a háborúban, azután *Finger, Neisser* és *Touton* is ajánlja.

Az egyéni prophylaxis mellett azonban olyan rendszabályok behozatala is ajánlatos, a melyek azt czélozzák, hogy a katona ne essék olyan könnyen áldozatul a csábításnak. A német hadseregben már e téren is sok történt; így a katonai hatóság megtiltotta, hogy a vasuti vendéglők a katonáknak szeszes italokat szolgáltassanak ki; elrendelte, hogy csapatszállítmányok nagyobb városokban csak rövid ideig tartózkodjanak; hogy a katonáknak nem szabad a perront elhagyniok még akkor sem, ha hosszabb ideig tartózkodnak valamely állomáson; a katonáknak a kaszárnyákból való kimenését vagy egyáltalában, vagy legalább az esti órákban el kellene tiltani; az elmasirozás előtt pár nappal pedig senkinek sem szabad a kaszárnyát elhagyni stb. stb.

A venereás bántalmak prophylaxisának a legfontosabb részét azonban úgy a háborúban, mint a békében a venereás bántalmak korai felismerése és szakavatott intenziv gyógykezelése alkotja.

Többször kifejtettem már nézetemet e tárgyról a nyilvánosság előtt is és korántsem állok magamban a szakemberek közt, ha nyíltan kimondom, hogy különösen *a syphilis veszedelmének megszüntetésére ez az egyetlen út.* A gonorrhoeát is gyorsabban és biztosabban tudjuk gyógyítani, ha a beteg azonnal jelentkezik, a lágyfekélyről nem is szólva, de a syphilis gyógyításában meg mondhatni minden attól függ. Hiszen gyorsan és biztosan csak akkor tudjuk a syphilist kigyógyítani, ha a beteg azonnal, még a primaer időszakban jelentkezik gyógykezelés végett; említém, hogy ilyenkor igen sok esetben sikerül az úgynevezett *abortio;* minden ilyen beteggel, a kit bajának kezdetén így abortiv módon

* Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

meggyógyítunk, csökken a syphilis veszedelme; az ilyen emberre nézve megszűnik az az egyéni veszedelem, a melyet a syphilis minden egyes általa megtámadott emberre jelent, de az ilyen ember a társadalomra sem lesz veszedelmes, baját másokra át nem viheti. Minden ilyen gyógyult esettel a syphilisfertőzés egy-egy kapuját tömjük be, zárjuk el. Annak az ideálnak kellene minden orvos szemei előtt lebegni, hogy hovatovább minden egyes syphilis-infectiót ilyen abortiv módon gyógyíthassunk. Már a katonák kitanítása a háborúban is részben azzal a czélzattal történik, hogy tudja mindenik, milyen fontos az, hogy a fertőzés legkezdetibb szakában orvoshoz forduljon.

A második előfeltétele persze annak a legfontosabb prophylaxisos követelménynek, hogy a venereás bántalmakat azonnal felismerni tudjuk és intenzive gyógyíthassuk, az lenne, *hogy minden orvos abban a helyzetben legyen, hogy ezeket a betegségeket korán felismerni és helyesen, szakszerűleg kezelni is tudja*; erről pedig az orvosi kiképzés mai rendszere mellett, a mikor a dermatologia az egyetemeken csak mint vendégtárgy szerepel és annak tanítása teljesen háttérbe szorul a többi klinikai úgynevezett főtárgyak mellett, sem nálunk, sem másutt a külföldön nem lehet szó. Felpanaszolják ezt a német orvosok is, elsősorban *Neisser*.

Hát ezen már csak a háború után fogunk segíthetni és biztosan remélem, fogunk is segíteni. Addig azonban legalább azzal kellene a bajt megkisebbíteni, hogy *a katona-orvosok közül azokat, a kiknek igazán alapos dermatologiai kiképzésük van, külön dermatologiai osztályok élére kellene helyezni, nem pedig a csapatokban hagyni, és az összes venereás beteg katonákat lehetőleg ilyen, specialista által vezetett kórházakba, nem pedig akármely tartalékkórházba kellene utasítani.* Ugyanezt ajánlja különben a német dermatologusok nagy része is, így *Neisser*, *Touton*, *Zieler* és *Buschke*.

És ne legyen szabad a katonát, a ki venereás bántalommal a kórházba kerül, csak azért, hogy néhány héttel előbb kerülhessen vissza a harczvonalba, félig gyógyult állapotban bocsátani el a gyógykezelésből; ez csak félrendszabály; ha ezt teszszük, akkor a gyógykezelés első felére fordított idő is kárba vész.

A *harmadik előfeltétele* végre a venereás bántalmak intenziv gyógykezelésének az, *hogy ezt a gyógyítást teljesen ingyenes, még pedig elsősorban kórházi gyógykezelés alakjában minden egyes venereás beteg számára, a ki azt csak igénybe venni óhajtja, hozzáférhetővé tegyük.* Meg kell szüntetni azt az anomaliát, hogy az ilyen szegény beteg sokszor még ma is üldöztetésnek, vexálásnak van kitéve felettes hatósága részéről; hogy ezek a betegségek a hivatalos és magántestületek szemében sok helyt még ma is külön kategoriát alkotnak, mint az erkölcstelen életmód következményei; hogy némely betegsegélyző pénztár még ma is különbséget tesz ezen az alapon az ilyen beteg és a másik nem ilyen beteg közt stb. Különösen azt a nagy visszásságot kell megszüntetni, hogy manapság csak azoknak a venereás betegeknek a gyógykezelése ingyenes, illetőleg esik a betegápolási alap terhére, a kiknek vagyona 1000 koronánál nem több; *a venereás beteg kórházi gyógykezelésének akkor is teljesen ingyenesnek kell lenni, ha annak vagyona az 1000 koronát meg is haladja*; mert ugyebár az ilyen beteg, ha vagyona nem egyezer, hanem egyezer és pár száz koronát tesz ki, még nagyon földhöz ragadt szegény ember lehet, különösen, ha családja is van; az ilyen ember aztán, ha venereás bajt kap, jobban fél a kórháztól, mint a tisztító tűztől, mert a kórházi ápolás költségeit könyörtelenül behajtják rajta.

Pedig — ismétlem — a legtöbb szakember hangsúlyozza, hogy *a venereás bántalmak legfőbb prophylaxisa az intenziv gyógykezelésben áll.* Már *Fournier* megmondotta, hogy ha sikerülne valamennyi venereás beteget arra kényszeríteni, hogy kórházi gyógyításnak vesse alá magát, a venereás fertőzések számát a minimumra lehetne redukálni.

Hogy ezen a téren — bár szerencsére itt is haladás mutatkozik már az utóbbi időben — még mindig nagyon sok a tennivaló, az bizonyos. Ezekre persze szintén csak a háború után fog a sor reákerülni, de azt hiszem, kötességünk már előre is fölhívni erre az illetékes körök figyelmét.

Azok között az intézkedések között, a melyek a háború utánra fognak maradni, mint *elengedhetetlent és legfontosabbat azt kell még megemlítenem*, a mit különben valamennyi külföldi szakember is hangsúlyoz, *hogy a katonák hazabocsátásuk előtt alapos és gondos orvosi vizsgálatnak vettessenek alá, hogy a venereás betegeknek találtak, mielőtt hazabocsáttatnának és a ragályt otthon is terjeszthetnék, alapos kórházi gyógyításnak vethessenek alá.*

Ha mindezeket megtesszük, ha gondoskodunk a venereás bántalmak intenziv gyógyításáról a háború után is, akkor azt a nagy veszedelmet, a mely a venereás bántalmak óriási elszaporodásával oly közelről fenyegeti az egész társadalmat, mégis csak tudni fogjuk csökkenteni.

* * *

Előadásom végéhez értem, tisztelt szakosztály! Daczára, hogy túlságosan hosszú ideig vettem igénybe idejüket és talán ki is fárasztottam figyelmüket, mégis attól tartok, hogy nem sikerült ennek a fontos kérdésnek, a melyet előadásom tárgyául választottam, minden oldalát úgy megvilágítani, a mint szerettem volna.

De talán mégis szabad reménylenem, hogy sikerült önökben azt a hitet, azt a meggyőződést fölkelteni, hogy ha nem nézzük ölbe tett kezekkel azt a veszedelmet, a mely a háború egyik folyományaként a venereás bántalmak nagymérvű elszaporodása folytán különben okvetlen a nyakunkba szakad és fiainkat, hozzátartozóinkat és hazánk jövő nemzedékét is fenyegeti, hanem ha jó eleve szembeszállunk azzal és vállvetve, egyesült erővel vesszük föl ellene a küzdelmet, támogatva az államtól, a hatóságoktól és az egész társadalomtól, hogy akkor végre ezt a veszedelmet is megcsökkentjük, hogy rajta is győzedelmeskedni fogunk, épp úgy, mint Isten segélyével nemsokára ellenségeinken is!

Ha sikerült ez nekem, akkor az én munkám, a melyet egyszerű kötelességteljesítésnél többre nem tarthatok, gazdagon meg fogja hozni a maga gyümölcseit!

Irodalom. *Haberling:* Das Dirnenwesen in den Heeren und seine Bekämpfung. Zeitschrift f. Bekämpfung d. Geschlechtskrankheiten, 1914 und Leipzig, Joh. Ambr. Barth, 1914. — *Neisser:* Venerische Krankheiten bei den im Felde stehenden Truppen. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 33. sz. — *Neisser:* Krieg, Prostitution und Geschlechtskrankheiten. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 3. sz. — *Blaschko:* Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. Deutsche med. Wochenschrift, 1914, 40. sz. — *Töply:* Die venerischen Krankheiten in den Armeen. Archiv für Dermatologie und Syphilis, XXII. kötet. — *Buschke:* Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Kriege. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 43. sz. — *Buschke:* Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten im Felde. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 48. sz. — *Finger:* Die Geschlechtskrankheiten und der Krieg. Wiener klin. Wochenschrift, 1914, 45. sz. — *Lesser:* Bedeutung und Verhütung der Gesehlechtskrankheiten im Felde. Kriegsärztliche Abende, Berlin. Sitzung vom 20. Oktober 1914, Berliner klin. Wochenschrift, 1914, 44. szám. — *Scharff:* Zur Prophylaxe und Therapie der Geschlechtskrankheiten im Felde. Berliner klin. Wochenschrift, 1914, 46. sz. — *Touton:* Geschlechtsleben und Geschlechtskrankheiten in den Heeren, im Kriege und Frieden. Berliner klin. Wochenschrift, 1915, 1. szám. — *Zieler:* Zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten bei den im Felde stehenden Truppen. Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 1. sz. — *Kurt Mendel:* Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten im Felde. Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 4. sz. — *Buschke:* Erwiderung zu obigen Bemerkungen. Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 4. szám. — *Bruck:* Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten im Felde. Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 4. szám. — *Neisser:* Syphilisbehandlung mit Mercurol (Ol. ciner.) im Felde. Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 12. sz.

A „Stefánia-Szövetség“ megalakulása alkalmából.

Tizenegy országnak majdnem 800 millió lakosa áll harczban s a világ minden katonájának mintegy háromnegyede harczol egymás ellen s ezrével pusztul a legértékesebb emberanyag. A halál tehát dúsan arat, s így kell, hogy már most elmélkedjünk, hogy mily intézkedések lesznek mielőbb szükségesek, hogy úgy tölthessük be azt az ürt, melye

a borzalmas világháború okozott, hogy nemzeti létünk csorbát a jövőben se szenvedjen.

Május hó 13.-án tartotta székesfővárosunkban alakuló közgyűlését a „*Stefánia-Szövetség*“, a melynek czélja az anya- és csecsemővédelem országos szervezése hazánkban, s evvel a magyar társadalom részéről megtörtént az első fontos lépés, hogy a nagy veszteség pótlása megkezdődjék. *Bárczy István* dr., székesfővárosunk érdemes polgármestere volt az, ki a nagyhorderejű mozgalmat megindította. A Szövetség *Stefánia* kir. herczegnő védnöksége alatt alakult meg, elnökké *Apponyi Albert* gróf, ügyvezető alelnökké pedig *Bárczy István* polgármester választatott meg egyhangú lelkesedéssel.

Kétségtelenül mindenki hazafias örömmel fogja üdvözölni ezen szövetség megalakulását, mert ha valaha, úgy ma különösen actualis ezen mozgalomnak a megindítása. Mert ha az egyes kulturállamok népesedési viszonyait az utolsó 10 évről áttanulmányozzuk, azt látjuk, hogy a születési arányszám a legtöbb kulturállamban fokról-fokra csökken, sőt egyes országokban, így Franczia országban és Belgiumban ezen csökkenése a natalitási arányszámnak egyenesen megdöbbentő. Ha ezzel szemben a halálozást az egyes államokban nem tudják kellőképpen mérsékelni, könnyen megbillenhet a népesedési egyensúly s beállhat a depopulatiónak a veszélye. Csak nemrég olvastam egy szaklapban, hogy Francziaországban az 1914. év első felében, az előző év első feléhez viszonyítva, a születéseknek a száma 20.845-tel csökkent, míg a halálozások száma 3971-gyel emelkedett, a mi a népesedésnek 24.816 lélekkel való csökkenését jelenti, mely adat elég szomorú perspectiváját adja Francziaország jövő népesedésének. A halálozás csökkentésére szolgál a ragályos kórok ellen való minél intezivebb küzdelem, a tuberculosis és alkoholismus elleni küzdés, de talán *legelsősorban* a gyermek védelmének minél intenzivebb fejlesztése. Az alakulandó Szövetség által szándékolt gyermekvédelem hazánkban kiterjesztése azon gyermekvédelemnek, melyet nálunk a törvényhozás bölcsessége 1901-ben oly szépen megalkotott s mely az elhagyott gyermekek védelméről legideálisabban gondoskodik. A Szövetség működési körébe felvett gyermekvédelem a *legszengébb* gyermekkorra vonatkozik, beleértve a *születés előtti időt* is, s ez kijelöli működésének két *legfontosabb* programmpontját, t. i. *az anyasági biztosítás keresztülvitelét s a csecsemők természetes táplálásának propagálását minél szélesebb körben*, és pedig nemcsak a szegény osztályban, hanem a jómódú, sőt legjobbmódú osztályokban is, s minél inkább megközelíti működésében a Szövetség ezen kitűzött czélokat, annál sikeresebb és áldásdúsabb lesz működése.

Törekedjünk arra, hogy odajussunk hazánkban is, a hol Svédország és Norvégia áll, a hol a csecsemőhalálozás a 9%-ot nem haladja meg. Ha tekintetbe vesszük, hogy hazánkban ma az élveszülöttek halálozása az első életévben 18·6%, nagy feladat előtt állunk, de következetes munka meghozza az eredményt. Ezen munkának adja részletes programmját a Stefánia-Szövetség.

A Szövetség *czélját* s *működését* ugyanis az alapszabályok következőképp irják körül:

A Szövetség czélja: előmozdítani az anya- és csecsemővédelem ügyének fejlődését azáltal, hogy az anya- és csecsemővédelemmel foglalkozó egyesületek és hatóságok kölcsönös együttműködését biztosítani, meglévő egyesületeket támogatni és újakat alapítani, az anya- és csecsemővédelem eszméit terjeszteni és azokat a közönség és a hatóságok előtt képviselni igyekszik.

Tevékenységében a Szövetség vezérlő gondolata a bajok megelőzése. A feladat tehát nem jótékonyság gyakorlása, hanem egy egészséges társadalom physikai és erkölcsi feltételeinek megteremtése. Ehhez képest a Szövetség védelme alá elsősorban az egészséges anyák és csecsemők tartoznak.

A Szövetség faji, nyelvi és vallási különbségre való tekintet nélkül gyámolítja a reá szorulókat és nem tekint arra, hogy a csecsemő házasságban vagy házasságon kívül született.

A Szövetség a maga czéljait az előző §-okban körvonalozott irányelvek szem előtt tartásával a következő módon igyekszik megvalósítani:

1. Hatóságokkal szemben képviseli az anya- és csecsemővédelem eszméit, intézkedések sürgetésével, hiányok feltárásával, beadványok és törvénytervezetek készítésével.

2. Támogatja az anya- és csecsemővédelemmel összefüggő tudományos kérdések megoldását; propagandát folytat, hogy a közönségben a kérdés iránt érdeklődést keltsen és azt ébren tartsa előadásokkal, gyűlésekkel, kiállításokkal, nyomtatványok útján, folyóiratok kiadásával.

3. Esetleges bevételeiből az anya- és csecsemővédelemmel foglalkozó egyesületeket és intézeteket támogatja és segélyben részesíti, a mennyiben ezek az egyesületek elfogadják a szövetség programmját és abba belépnek.

4. Előmozdítja az anya- és csecsemővédelemmel foglalkozó egyesületek alakulását és intézetek felállítását; igyekszik azok tervszerű működését megkönnyíteni azáltal, hogy önkormányzatuk épségben tartásával az egész országra szóló közös szervezetbe foglalja össze s központi irodája útján közvetíti az összes egyesületek érintkezését és együttműködését. A központi iroda felvilágosítást ad mindennemű, az anya- és csecsemővédelemre irányuló kérdésben, valamint közvetíti az érintkezést úgy a hatóságokkal, mint az egyesületekkel és intézetekkel.

5. Esetleg maga a Szövetség is létesíthet anya- és csecsemővédő, valamint ezzel kapcsolatos egyéb intézményeket, még pedig elsősorban olyan minta-intézeteket, a melyeknek meghonosítását szükségesnek tartja.

Igaz hazafias örömmel kell, hogy üdvözöljük ezen Szövetség megalakulását, s reméljük, hogy tekintettel a mozgalom nagy fontosságára, társadalmunk mindazon tagjai, kik ezen mozgalomhoz közel állanak, hazafias lelkesedéssel fognak együttmunkálkodni s mindenki igyekezni fog kivenni részét ezen igazán érdemes munkából. Bizton reméljük, hogy a Szövetség rövid idő mulva zászlója alatt tömörülve fogja látni *teljes számmal* mindazokat, a kiknek működése a Stefánia-Szövetség működési körébe tartozik, illetőleg azzal határos. Csak így várhatunk *igazi* eredményt ezen *felette üdvös* actiótól, s tekintve azon nagy érdeklődést, a melyet kormányzatunk s a társadalom már az alakuló közgyűlés alkalmával a mozgalom iránt tanusított, az eredmény hazánk végtelen hasznára nem is fog elmaradni. *Bókay János.*

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Weiss Emil: A háború és a venereás betegségek elleni védekezés közegészségügyi és katonavédelmi szempontból. Budapest, 1915.

Ha a háború idején az orvos küzdelmének oroszlánrésze a harcz okozta sérülések mellett a méltán félt hevenyés fertőző betegségek, a cholera, a foltos és hasi hagymáz, vérhas járványnyá fajulása ellen irányul is, mégis elismerésreméltónak tartjuk a szerzőnek azt a törekvését, hogy a figyelemnek intenzivebb kiterjesztését óhajtaná a venereás betegségekre is és elsősorban a luesre. E betegség, melynek első ismeretes kitörése is a XV. században egy háború datumához fűződik, méltán szerepel a „háborús betegségek“ között, hiszen kimutatható, hogy különösen a hadjáratok után pusztít s az említett hevenyés betegségeknél nem kevésbé fontos, hiszen hatásában az egyén későbbi életfolyamatára katasztrofálisan hathat, sőt mi több, az eljövendő nemzedéket is veszélyezteti, pedig sohasem volt oly szent a gyermekekben kialakuló jövő, mint ma.

A háborút mint a nemi betegségek terjesztőjét nemcsak a német irodalom értékeli, de a mienkből is tudjuk, hogy a luesnek az az endemiája, mely a mult század elején a magyar tengerparton egész községek kipusztulására vezetett, a „skerlievo“, a napoleoni háborúk következménye volt s lelkiismeretes

statisztikákból ismeretes, hogy az 1870/71.-i német-franczia háborúban a nemi betegek száma csak a német hadseregben egy egész hadtest számával fölért. A mostani háború a szakirodalomban ismét felszínre vetette úgy a prophylaxis, mint a therapia kérdését s a németeknél oly tekintélyek foglalkoznak vele, mint *Neisser*, *Finger*, *Abderhalden* stb.

Füzetünk szerzője elismerésreméltó pontossággal csoportosította az idevágó s főleg a nemi betegségek prophylaxisával foglalkozó szerzők javaslatait s kiegészítette azokat olyanokkal, melyeket a „Venereás betegségek elleni védőegyesület", melynek vezetésében a szerző tevékeny részt vesz, már évek óta propagál, ámbár eddig — valljuk be — nem kielégítő eredménynyel, pedig ha az egyesülettől már a béke idején számtalan, illetékes helyekre juttatott feliratban s népszerűsítő előadásban ajánlott védőactiónak legalább egy része megvalósulhatott volna s a hathatós védelem módjainak ismerete jobban áthatotta volna vezető köreinket és értelmiségünket, ma mennyivel könnyebb és eredményesebb volna a küzdelem. A szerző két csoportban — a harcztéri és a belföldi védekezés — foglalja össze javaslatait, melyek közül igen sok életrevaló és részben könnyen és kevés költséggel megvalósítható van, melyeknek ha csak egy része átmenne az életbe s úgy valósulna meg, a hogyan a szerző kontemplálja, népegészségügyünk s vele a hadegészségügy is nagy hasznát látná. *Poór.*

Lapszemle.

Belorvostan.

A kiütéses typhust normális lóvérsavóval próbálta kezelni *Roubitschek*. Ismeretes, hogy sepsises folyamatokban kedvező eredménynyel használták a normalis lóserumot; másfelől állatkisérletek kimutatták, hogy lóserum befecskendezése után nagyfokú hyperleukocytosis áll be, a phagocytosis és a bakteriolysis fokozódik. A befecskendezés egyszerűen a bőr alá történt; az eset súlyosságához képest az első 1 cm³-es adag után nagyobb mennyiség is befecskendezhető; 3 cm³-nél többet egyszerre sohasem fecskendezett be a szerző; naponként egyszer adta a serumot. A befecskendezés után a hőmérsék rendszerint emelkedik, másnap pedig nagyot esik. Az esetek egy részében (20%) abortiv lefolyást vett a betegség, már a 4. napon teljes láztalanság állott be. Az esetek másik részében (50%) a magas esti hőmérsékek erős reggeli remissiókkal váltakoztak körülbelül 8 napig, azután krizis-szerűen esett a hőmérsék és sokszor subnormálissá is vált. Végül vannak esetek (30%), a melyekben semmiféle befolyást sem látszik gyakorolni a serum; ebbe a csoportba csaknem kivétel nélkül a súlyos szövődményekkel járó esetek tartoznak. Az eddigi 25 eset közül csak 2 végződött halálosan; az illető betegek már nagyfokú szívgyöngeséggel kerültek a kórházba; a halálozás ezek szerint 8%. (A correctura alkalmával megjegyzi a szerző, hogy újabb friss esetei kivétel nélkül a gyógyulás útján vannak, úgy hogy ezek hozzászámításával a halálozás csak 6%-ot tesz.) A befecskendezés egyébként teljesen fájdalmatlan; utána nagyon jól érzi magát a beteg; feltűnő jó a hatás a deliriumra, a cerebralis jelenségekre. A pulsus jó szokott lenni, csak subnormalis hőmérsék mellett észlelhető puhává és labilissé válása; ilyenkor coffein adása javalt. A serumot a szerző sterilen, carbolsav hozzáadása nélkül használja. (Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 26. sz.)

Az urotropinnak hatását a húgyútakra tanulmányozta *Höst*. Arra az eredményre jutott, hogy a vese, a vesemedencze és az ureter betegségeiben nem várható eredmény az urotropintól, mert a vizelet oly gyorsan halad át ezeken a szerveken, hogy legfeljebb nagyon kevés formaldehyd hasadhat le. A húgyhólyagban a hatás a vizelet reactiójától függ; savanyú vizelet mellett jó a bacteriumellenes hatása, erősen alkális vizelet mellett azonban nem várható eredmény; közömbös vagy gyengén alkális vizelet mellett attól függ az eredmény, hogy milyen gyakori a vizeletürítés. (Zeitschrift für klin. Medizin, 81. kötet, 3. és 4. füzet.)

Sebészet.

Tetanus eseteiben *Zuelzer* a magnesiumsulfat helyett a glycerinphosphorsavas magnesium használatát ajánlja, mint a mely a magnesium kedvező hatása mellett nélkülözi a sulfat hátrányait; a glycerin-phosphorsav, mint a lecithin hasadásterméke, könnyebben is vétetik fel a rokon természetű idegszövetbe. A 25%-os oldatból 10 cm³-t intramuscularisan befecskendezve, a legsúlyosabb görcsök is nagyon hamar megszűnnek; középsúlyos esetekben a befecskendezésnek 3—4 óránként megismétlésével teljesen latensen tarthatók a görcsök. Súlyos esetekben hatásosabb az intralumbalis befecskendezés (5 cm³), ennek könnyű végezhetésére azonban ajánlatos előzőleg 10 cm³-t intravenásan adni, hogy a hátmerevség megszűnjék. A szerző a jelzett módon napokon át adott pro die 6—8 befecskendezést a legcsekélyebb káros mellékhatás nélkül. A készítményt Merck gyára hozza forgalomba steril ampullákban, befecskendezésre kész állapotban. (Berliner klin. Wochenschrift, 1915, 26. sz.)

Sebkezelés kámforos borral. A rosszul gyógyuló, lepedékes és lobos környezetű sebekre *kámforos borral* megnedvesített kötést tesz *Koch*. Ez kevésbé macerálja a bőrt és a sebet, mint az aluminium aceticumos párakötés, s az elhalt szövetrészek gyorsan lelökődve, a seb csakhamar tiszta sarjadzásnak indul. Genyes folyamatokban kámforos borral átitatott tampont alkalmazva, kellő feltárás után, a gyuladásos tünetek igen hamar elmulnak. A fájdalmat is csillapító hatása miatt a sebesültek igen szeretik ezt a kezelésmódot. (Therapeutische Monatshefte, 1915, 5. füzet, 251. l.) *M.*

Gyermekorvostan.

Pseudomeningitis eseteit közli *Brockmann* (Zürich), melyeket 2 gümőkóros gyermeken észlelt. Tagadhatatlan, hogy a meningitis tuberculosa — bár a legritkább esetben — mégis gyógyulásba mehet át. E mellett szólnak a régebbi kórbonczolástani és az újabb klinikai vizsgálatok (*Bókay*). Ügyelni kell azonban a diagnosis megállapításakor, mert észlelhetünk gümős egyéneken meningealis tüneteket, melyek azonban mégsem igazi agyhártyalobok. A legtöbb esetben természetesen a lumbalpunctio és a klinikai tünetek alapján felvett gümős agyhártyalob-diagnosis a sectio alkalmával helyesnek bizonyul, de mint a szerző 2 esete bizonyítja, a tévedés nincs kizárva. Mindkét esetben ugyanis (egy 2 éves és egy 9 hónapos gyermek) a klinikai tünetek és a lumbalpunctiós folyadék minősége alapján (bár tuberculosis-bacillust nem találtak) felvették a gümős agyhártyalobot. Azonban a későbbi sectio alkalmával kiderült, hogy az első esetben a meningealis tüneteket az agykamara közelében levő óriási tuberculum, a másik esetben a tüdő gümőkóros folyamata által okozott tuberculotoxikus anyag idézte elő. Hasonló esetekre gondolni kell, és csak ha ezeket biztonsággal kizárhatjuk, beszélhetünk esetleg gyógyult meningitis tuberculosaról. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 1915, május.) *Vas Jakab* dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az erysipelas gyógyítására már ismételve ajánlották az ichthyolt, azonban többé-kevésbé higítva. Újabban *Lüth* töményen ajánlja az alkalmazását, még pedig a következő módon: A kóros területet faspatulával vastagon bekeni tiszta ichthyollal, még pedig jó centiméternyire az ép bőrön is. Erre nem nagyon vastag réteg vattát helyez. A vatta és az ichthyol kemény kéreggé szárad, úgy hogy a chemiai hatás mellett nyomó hatás is érvényesül. A következő napokon ügyelni kell, vajjon nem terjed-e túl a folyamat az ichthyolos terület határán; ha ez megtörténik, tüstént be kell kenni ezt a részt. E mellett belsőleg valamilyen salicylkészítményt is ad a szerző. Fontos dolog, hogy az ichthyol friss legyen; könnyen kell folynia a palaczkból. Az ichthyol-vatta könnyen eltávolítható vízzel. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1915, 3. szám.)

A jodostarin nevű újabb szerves jodkészítményt nagyon dicséri *Zeuner*, mert egyrészt a gyomron változatlanul halad keresztül és csak az alkális bélnedvben hasad; másrészt nem okoz könnyen jodmérgezést s azért hosszú időn át használható, az íze nagyon kellemes, s végül olcsó is. Tabletták alakjában jön forgalomba. (Medizinische Klinik, 1915, 12. sz.)

Nátha ellen *Rosenthal* a következő szerelést ajánlja: Néhány napon át naponként 6-szor két óránként egy-egy diplosal-tabletta veendő be, e mellett naponként 1—2-szer 3 centigramm dionin. A diplosal helyett használható volna ugyan más salicylkészítmény is; a diplosal azonban előnyben részesítendő, mert a gyomrot nem károsítja és nem igen okoz izzadást. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1915, 13. szám.)

A hydrastinint ajánlja *Walther* az amerikai galenusi praeparatum, az extract. hydrastis canadensis helyett. E gyenge és lassú hatású, kellemetlen ízű és drága szert hatásában már a többi német gyártmány, mint a stypticin, styptol stb. is felülmulja, mindezeknél azonban jóval olcsóbb és állandóbb a liquor hydrastinini hydrochlorici Bayer, melyből a menstruatio előtt naponta kétszer 15—20 cseppet, a menstruatio alatt 2—3-szor 20—40 cseppet kap a beteg egy kanál czukros vízben; míg a hydrastinin-tablettákból 3—4-et naponta. A bőr alá fecskendezésre szolgáló és ampullákban forgalomban levő hydrastinin nemcsak a nőgyógyászati és fogorvosi, hanem a sebészeti gyakorlatban, valamint tüdővérzés eseteiben is igen ajánlható. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1915, 8. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1915, 27. szám. *Barabás Zoltán*: A febris exanthematicusról. *Schein Mór*: Csont-, izületi, mirigy- és bőrtuberculosis kezelése ultraibolya fénysugarakkal.

Orvosképzés, 1915, 4.—6. szám. *Korányi Sándor*: Az orvosi tudomány jelentősége a háborúban és az emberoekonomiában. *Verebély Tibor:* 1. A hadsebészet néhány actualis kérdése. 2. Az idegtörzsek háborús sérüléseiről. *Ranschburg Pál*: A sérült ideg állapotának diagnostikájáról. *Kopits Jenő:* Lövési sérülések következtében zsugorodott és merev izületek gyógyítása sebészeti és erőművi eljárásokkal. *Horváth Mihály*: 1. Az izmok és inak lövési sérülései következtében előálló contracturák sebészi és mechano-therapiás gyógyítása. 2. Az agy- és idegsérülések mechano-therapiás és orthopaed-sebészi gyógyitása. *Dalmady Zoltán:* A meleggel gyógyítás szerepe a harcztéri sérülések utókezelésében. *Salamon Henrik* és *Szabó József*: A harcztéri állcsontsérülések odonto-orthopaediás utókezelése. *Genersich Gusztáv*: A dajkaválasztásról.

Klinikai füzetek, 1915, 5. füzet. *Szabóky János:* Vizsgáló eljárásaim értékesíthetősége a tüdőgümőkór prognosisában.

Budapesti orvosi ujság, 1915, 27. szám. *Sigmund József:* A törések kezeléséhez. *Moskovitz Ignácz*: Chorea laryngis esetei.

Vegyes hirek.

Kitüntetés. A király *Kállay Rudolf* dr.-nak, a nyiregyházi Erzsébet-kórház igazgatójának nyugalomba vonulása alkalmából a közegészségügy terén szerzett érdemei újabb elismeréséül az udvari tanácsosi czímet adományozta.

Kinevezés. *Freund Márk* dr. temesvári orvost a magyar királyi államvasutak orvosi tanácsadójává, *Potyondy László* dr.-t Pécsett tiszteletbeli tiszti orvossá nevezték ki.

Meghalt. *Klesitz Tódor* dr., a lugosi közkórház főorvosa, 35 éves korában. — *Kürthi Arthur* dr., Rózsahegy város tiszti orvosa, július 5.-én. — *Bartos György* dr., a kassai kerületi munkásbiztosító pénztár főorvosa. — *Weiss Jakab* dr. soproni orvos 56 éves korában június 3.-án. — *Thoinot*, a törvényszéki orvostan tanára a párisi egyetemen, 51 éves korában.

Pályázati hirdetmény. A m. kir. honvédelmi ministerium Hadsegélyező Hivatala ezennel pályázatot hirdet oly vegyszer előállítására, a melylyel az alsó- és felsőruházat impregnálva, kellő védelmet nyujtson a ruhatetvek ellen. A szer olyan legyen, hogy az ember egészségére kártékony hatást ne gyakoroljon s a ruházat tartósságát ne rontsa. A pályázatok benyujtásának végső határideje: *1915 augusztus 20.* A pályamunkák, a melyeket az erre fölkért szakértő bizottság fog elbirálni, a Hadsegélyező Hivatalhoz (Budapest, Képviselőház épülete) küldendők, külön zárt borítékban a pályázó nevével. A pályanyertes munka szerzője 1000, azaz Egyezer korona tiszteletdíjban részesül.

Személyi hirek külföldről. *K. Posselt* dr., a bőrkórtan és syphilidologia rendk. tanára a müncheni egyetemen, nyugalomba vonul. — *E. Fuchs*, a szemészet rendes tanára a bécsi egyetemen, nyugalomba vonul.

Hudovernig Károly dr. egyetemi magántanár, közkórházi főorvos lakását IV., Kötő-utcza 2. szám alá helyezte át.

A budapesti orvosi kör országos segélyegyletébe befizettek: Villányi Béla, Goldzieher Vilmos, Fried Sámuel, Saághi Lajos, Engel Gusztáv, Dach Sándor, Blum Ödön, Adler Zsigmond, Schief Kálmán, Barta Vilmos, Engel Ignácz, Grázl József, Engländer József, Heumann Miksa, Jankura Iván, Méri Sándor, Prokess Antal, Polgár Károly, Reichenfeld Márk, Murády Árpád, Száva Aladár, Székely Mór, Matavovszky Zsigmond, Ruber József, Steiner Mór, Wagner György, Ember Géza, Ambró Nándor, Aniszfeld Endre, Csillag Gyula, Dudich Endre, Erőss József, Engel Nándor, Gerő Adolf, Fischer Ágost, Itzés Zsigmond 4—4 koronát.

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 gyógyitás. Röntgen. Aniontherapia, forrólégkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Kozmetikai eljárások és műtétek.

Orvosi laboratorium: Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy.tanársegéd VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.

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

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

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.

Dr. Widder Bertalan operateur orthopäd-sebészeti intézetét Budapest, VII., Rákóczi-út 10. szám alá helyezte át.

PÁLYÁZATOK.

15599/1915. kig. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött egyenként évi 1260 korona fizetéssel, fűtéssel, világítással és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott **három alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

A folyamodni óhajtók felhivatnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos *Purgly Sándor* dr. főispán úrhoz **legkésőbb folyó évi július hó 31. napjáig** nyujtsák be.

Az elmeosztályra beosztandó alorvos évi 300 korona működési pótlékot élvez.

Mind a három állásra szigorló orvosok is pályázhatnak.

Baja, 1915 július 2.

Erdélyi, h. polgármester.

Natr. kakodyl. Injectió Dr. Egger
tökéletes arsen-készítmény
sikerrel pótolja a franczia eredetű szert.

TARCSA-GYÓGYFÜRDŐ Vasmegyében.
(A magyar Franzensbad.)
SPECZIÁLIS NŐI ÉS SZIVGYÓGYFÜRDŐK.
Hidegvizgyógyintézet. Világhírű **vasiápja** a franzensbadival egyenértékű, sőt a marienbadit jóval felülmulja és hazánkban a legjobb. **Természetes szénsavas fürdők. Glaubersós-vasas** és **lithion**-tartalmú **alkalikus sós** források. Páratlan gyógyhatású: **vérszegénység, csúz, húgysavas diathesis, idegbajok, a vese, hólyag, emésztési és légzőszervek hurutos bántalmai** ellen is. Fürdőorvosok: **dr. Bartha Kornél, v. tanársegéd** és **dr. Glück Gyula. Évad junius 10.-étől szeptember 15.-ig, esetleg végéig.** Vasút-, posta-, távirda- és telefon-állomás. Villanyvilágitás, fenyvesek. — Kivánatra prospectus.

59. évfolyam. 29. szám. Budapest, 1915 julius 18.

ORVOSI HETILAP

Alapitotta: 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.

Szénásy József: Közlemény a budapesti magy. kir. bábaképző-intézetből. (Igazgató: Lovrich József dr., egyet. magántanár) Eljárás művi koraszülés megindítására. 387. lap.

Henszelmann Aladár: Közlés a budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. sz. belklinikájából. (Igazgató-helyettes: Báró Kétly László dr., nyilvános rk. tanár.) A másodlagos (secundär) sugarak kiküszöbölése a hasüri szervek Röntgen-vizsgálatakor a „compressiós exponator" segélyével. 390. lap.

Paunz Márk: Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházzal kapcsolatos egyet. gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., udv. tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) A gümős tracheobronchialis nyirokmirigyek áttöréséről a gyermekkorban. 392. lap.

Irodalom-szemle. *Könyvismertetés. A. Silberstein:* Kriegsinvalidenfürsorge und staatliche Unfallfürsorge. *B. Valentin:* Die Werkstätten im kgl. orthopädischen Reserve-Lazarett Nürnberg. — *Lapszemle. Belorvostan. E. Weber:* Az agyrázódás következményes állapotainak kezelése. — *Pick* és *Wasicky:* A papaverin hatása protozoonokra. — *Sebészet. Hüssy:* A sepsis gyógykezelése. — *Tölken:* Gyermekek végbélelőesésének radikalis műtéte. — *Ideg- és elmekórtan. Kollarits Jenő:* Positiv fájdalom és negativ élvezet. — *Gyermekorvostan. Hess:* A csecsemők gyomrának aciditása. — *Hügyszervi betegségek H. Wossidlo:* A diathermia és electrocoagulatio alkalmazása az urologiában. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Bienenstock:* Furunculosis kezelése. — *Obradovic:* Az arsen-liquofersan hatása. — *Lüders, Jemmert* és *Beller:* Alival. — *Wilcke:* Idősült légcsőhurut kezelése. 395—397. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. — Orvosok lapja. — Budapesti orvosi ujság. 397. lap.

Vegyes hirek. 397. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti magy. kir. bábaképző-intézetből. (Igazgató: Lovrich József dr., egyetemi magántanár.)

Eljárás művi koraszülés megindítására.

Irta: *Szénásy József* dr., bábaintézeti tanársegéd.

A közelmult években ajánlotta először *Baum*, a breslaui bábaiskola tanára, állati hólyagok használatát az idáig használatos ballonok helyett, mindazon esetekben, a hol a szülészetben ballon-therapia indikált.

Baumm eljárása lényegében nem más, mint egyesítése a ballon-therapiának a fájást keltő hatásáról ismeretes glycerinnel való therapiával. A jelenleg használatban lévő ballonok, mint a *Braun, Champetier, Barnes*-féle stb. használhatóságáról szükségtelen hosszasabban értekezni. Minden szülész, kinek gyakrabban volt alkalma ezen eszközökkel dolgozni, tisztában van ezeknek előnyeivel és hátrányaival. Mindezen ballonok a méhre gyakorolt mechanikai inger útján fejtik ki fájást keltő hatásukat.

A glycerin mint fájást keltő szer is régebbről ismeretes. Való, hogy a méh üregébe fecskendezett vagy bármi más módon oda bevitt nagyobb mennyiségű glycerin erős méhcontractiókat vált ki, azonban tagadhatatlan, hogy ezen jó hatás mellett nem egyszer kifejezett mérgezést is okozott.

Éppen ezért ajánlották apróbb dosisoknak ismételt befecskendezését vagy glycerin-gelatinával impraegnált eszközöknek a méh üregébe való bevezetését azért, hogy így a mérgezés veszélyét elkerüljék.

Baumm az előbb mondott két eljárás előnyeit oly módon egyesíti, hogy steril állati hólyagot (disznó-, borjú- vagy birka-hólyagot) vezet be a méhbe és azt glycerinnel tölti meg. Az állati hártyák permeabilisak lévén, osmosisos folyamat indul meg a ballon tartalma és az azt körülvevő szövetnedvek között. Más szóval a ballonból glycerin ömlik ki egyenletes lassúsággal a méh üregébe, viszont a méh üregéből folyadék diffundál be a ballonba. Minthogy a glycerinnek osmosisos coëfficiense nagyobb mint a szövetnedveké, világos, hogy a ballonból kevesebb mennyiségű glycerin ömlik ki, mint a mennyi szövetnedv diffundál beléje. Ennek a kölcsönfolyamatnak természetes következménye az, hogy az így elhelyezett ballon állandóan duzzad, miközben az egyenletesen leadott glycerin könnyen fejtheti ki fájást keltő hatását minden mérgezés nélkül.

A fent vázolt módszerrel négy esetben volt alkalmunk kisérletezni.

I. eset. M. Á.-né, 25 éves, első terhességének hetedik-nyolczadik hónapjában van. Két hét előtt vette észre, hogy mindkét szemén homályosan lát, a mely látás-zavar olyan rohamosan fokozódott, hogy felvételkor másfél méterről ujjakat már nem olvas. Felvételi vizsgálatkor 7—8 hónapos terhességnek megfelelő méhet találunk. A bokák erősen dagadtak, az ujj-benyomatot jól megtartják. A vizeletben sulfosalicylsavval vizsgálva, igen sok a fehérje.

A súlyos panaszokat okozó nephritisre való tekintettel belgyógyászszal és szemész-speczialistával consultálunk. A szemészeti vizsgálat súlyos „papilloretinitis albuminurica oculi utriusque" diagnosist állapit meg. Minthogy a beteget a terhesség további fennállása mellett rövidesen a megvakulás veszélye fenyegeti, a szemészi és belgyógyászati lelet alapján a terhesség azonnal való félbeszakitása indikált. Műtét *Baumm* módszerével.

A közepes nagyságú ballon bevezetése könnyen sikerül a nélkül, hogy a nyakcsatornát *Hegar* szerint tágitottuk volna. A ballon megtöltése 100 cm^3 steril glycerinnel. Hét percz mulva gyenge méh-contractio jelentkezik, melyet rövid idő mulva újabb contractiók követnek. A szülő-fájások óráról-órára erősödnek, ugy hogy a behelyezés után hat órával a ballon spontan megszületik. A szülés-folyamatban most pausa állt be, a fájások teljesen kimaradtak. Az ekkor megejtett belső vizsgálat alkalmával bőven kétujjnyi méhszájat találunk. A burok ép, feszes, a kicsiny koponya a bemenetre illeszkedik, de onnan igen könnyen kimozdítható. Mivel az anya súlyos állapota (fenyegető eclampsia) a szülés minél gyorsabb lefolyását teszi kivánatossá, enyhe chloroform-bódulatban a magzatot *Braxton-Hicks* szerint megfordítjuk és a kezünk ügyébe eső lábat a szeméremrés elé hozzuk. Nem óhajtván azonban az amúgy is hitványul fejlett és előreláthatóan életképtelen magzat gyors kihúzásával a teljesen még elő nem készített szülőutakon feleslegesen sérüléseket okozni, a szülést most a természetes szülőerőkre bizzuk, annál is inkább, mivel a lehozott láb mellett a szülés gyors lefolyása rövidesen várható. A szülőfájások csakhamar újból jelentkeznek, mire rövid másfél óra leforgása alatt a 43 cm. hosszú, 1091 gr. sulyú halott magzat a világra jön. A lepény néhány percz mulva enyhe expressiónkra távozik hiánytalanul, burkaival együtt. A méh jól kontrahálódik, vérzés nincs. A gyermekágyast 12 napig ápoltuk klinikánkon, ezen idő alatt hőmér-

séke egyetlen egyszer sem érte el a 37·0° C-t. A látás rohamosan javult, úgy hogy a gyermekágy 11. napján megejtett szemészeti vizsgálat a szemek objectiv állapotának nagyfokú javulása mellett azt találja, hogy a beteg az eredeti másfél méter helyett öt méterről olvas ujjakat. A vizeletben fehérje és alakelem valamivel kevesebb. A beteg a gyermekágy 12. napján jól visszafejlődött genitaliákkal intézetünkből távozik bajának további kezeltetése végett.

Végeredményben tehát ezen esetünkben a ballon hat óra leforgása alatt tágította ki a teljességgel elő nem készített szülőútakat úgy, hogy a méhszáj bőven két ujjnyinak volt található. Maga az egész szülési processus műtétünkkel együtt 7½—8 óra alatt folyt le.

Az eredetileg 100 cm³ glycerinnel megtöltött ballonban annak kiesése után 145 cm³, glycerinnél higabb folyadékot találtunk. Ezen folyadékot, valamint a további esetekből származottakat is, *Mansfeld* tanár volt szíves megvizsgálni, mikor is kiderült, hogy a ballonból hat óra leforgása alatt 16·3 gr. glycerin diffundált ki a méh üregébe, míg ezzel szemben 61·3 gr. szövetnedv diffundált be a ballonba.

II. eset. H. T.-né, 27 éves, először terhes, terhességének negyedik-ötödik hónapjában levő, erősen lesoványodott nőbetegnek két év előtt izületi gyuladása volt, a mely baj 1913. év deczemberében ismét kiújult. A recidivával vették kezdetüket a szívpanaszok, erős szívdobogás, fulladás, egyidejűleg a bokák erősen megdagadtak. A beteg bajának kezeltetése végett az I. számú belklinikára vétette fel magát. A belgyógyászati vizsgálat „insufficientia valvulae bicuspidalis et stenosis orificii sinistri" diagnosist állapít meg hydrothorax-szal. A szívbántalom incompenzált stadiumban van. Az egyidejűleg megejtett nőorvosi vizsgálat négy-öt hónapos terhességet talál. A terhességnek azonnal való megszakítását a belgyógyászok sürgősen indikáltnak tartják.

A művi vetélés megindítására *Baumm* módszerét választjuk. A szűk nyakcsatornát *Hegar* szerint tágítjuk a 9. számú Hegarig. A bevezetett kicsiny ballont 40 cm³ steril glycerinnel töltjük meg. A ballon bevezetése után néhány órával a kevéssé intelligens szülőnő alsóhasában zsibongó érzésekről panaszkodik. A műtét után 8 órával már 4—5 perczenként jelentkező jó fájások voltak észlelhetők, melyek intenzitásukban állandóan erősödve, a ballon behelyezésétől számított 22 óra alatt a hatalmasan megduzzadt ballon kilökését eredményezték. A ballon távozását csakhamar követi a burokrepedés és magzatvíz elfolyása és ezzel együtt kiürül a 18 cm. hosszú magzat is. A lepény 10 percz mulva spontan távozik, összes mellékrészeivel együtt. A méh jól kontrahálódik, vérzés nincs. Szülés után a kimerült asszony hőmérséke 38·1° C-ig emelkedik, azonban csakhamar normalisra száll le a hőmérsék. Normalis hőmérsék mellett folyik le azután az egész gyermekágy is, a mely alatt az incompensatiós tünetek szemmelláthatólag javulnak.

Ily végeredményben a 4—5. hónapban levő terhesnek vetélési processusa összesen 22 óra alatt folyt le. Az eredetileg 40 cm³ glycerinnel megtöltött ballonban a kilökődés után 118 cm³, glycerinnél jóval higabb, csaknem vízszerű folyadékot találunk, a mely folyadéknak pontos vizsgálatakor kiderül, hogy abban glycerin csak nyomokban található. Igy 22 óra leforgása alatt körülbelül 40 cm³ glycerin diffundált ki a ballonból, és ennek helyére 118 cm³ szövetnedv diffundált a ballonba.

III. eset. J. P.-né, 37 éves nőbeteg, harmadik terhességének harmadik havában vallja magát. Megelőző I. partus 16 év előtt rendes, a II. partus 14 év előtt szintén rendes lefolyású volt. A betegnek jelenlegi egész terhessége alatt, tehát 3 hónap óta erős émelygései és hányásingerei vannak, melyekhez az utóbbi két hétben nagy mértékben nyálfolyás is társult. A felvételi vizsgálatkor a bemondott 3 hónapos terhesség helyett 4—5 hónapos terhességnek megfelelő nagyságú, retrovertált, részben a Douglas-üregbe beszorult méhet találunk, a melynek kiemelése könnyen sikerül. A beteget pontos ellenőrzés alatt tartjuk, miközben látjuk, hogy megfelelő diaeta mellett is a beteg gyakran hány, állandó hányingere van, nyálat igen nagy mennyiségben ürít, úgy hogy az a napi 350 gr.-ot is eléri. Az ezen közben megejtett különféle vizsgáló eljárásokkal a következő eredményeket kaptuk: *Abderhalden*-féle terhességi próba negativ. *Wassermann*-féle reactio positiv. A normalis vizelet napi mennyisége 500 gr. körül van. Ammoniak-coëfficiens 7·5%, tehát a rendesnél valamivel magasabb. A quantitativ vérvizsgálat alkalmával 65% haemoglobint, 4 milliónál valamivel kevesebb vörös vérsejtet (3,990.000) és 4000 fehér vérsejtet találunk.

Itt tehát egy retroversio uteri gravidi mellett beállt terhességi toxicosisra kellett gondolnunk és minthogy objectiv vizsgálattal a terhes méhet jóval nagyobbnak találtuk, mint a mekkorának azt a subjectiv bemondás alapján találnunk kellett volna, fel kellett vennünk, hogy vagy hydramniossal, vagy mola-terhességgel van dolgunk. Ez utóbbi ellen szólott a rendetlen vérzés hiánya.

26 napi észlelés után látjuk, hogy a beteg állapota rohamosan romlik, a beteg egészen cachexiássá válik, a nyálfolyás és hányás a diaeta ellenére is változatlanul fennáll, úgy hogy a beteget állandóan kezelő belgyógyászokkal megtartott consilium szerint a méhüreg gyors kiürítése indikált.

A vetélés megindítása *Baumm*-féle ballonnal. A *Baumm*-féle ballon felvezetése az aránylag szűk nyakcsatornán keresztül, minden előzetes tágítás nélkül elég könnyen sikerült. A ballont 50 cm³ steril glycerinnel töltjük meg. A ballon bevezetése után 2 órával gyenge fájások indulnak meg, a melyek 24 óra leforgása alatt itt-ott kimaradozva, nem elégségesek arra, hogy a ballont kilökjék. 24 óra mulva a ballon kihúzása könnyen sikerül, a mikor is kiderül, hogy a ballonból szűk résen keresztül a glycerin kicsurgott, úgy hogy ily körülmények között a ballon erőteljes fájások kiváltására alkalmas nem volt. A nyakcsatornát ekkor jó ujjnyinak találjuk. Minthogy fájások nincsenek, új megfelelő ballon pedig, sajnos, rendelkezésünkre nem állott, a nyakcsatorna és hüvely szoros kitömésére és pituitrin + chinin-therapiára határozzuk magunkat. A nyakcsatorna kitömése közben a burok megreped, a mikor is meglepően sok vörhenyes magzatvíz ürül és a fundusával csaknem köldökig érő méh jó felére zsugorodik össze. A szoros nyakcsatorna- és hüvelyk-tamponade után per os chinint és intravenásan pituitrint adagolunk. Az itt-ott jelentkező rövid ideig tartó fájások mellett a 24 óra mulva eltávolított tampon után a méhszáj még mindig csak bőven ujjnyi. Ámbár most már az abortus befejezése activ therapiával módunkban volna, ezt mégsem teszszük, minthogy az intézetünkben uralkodó elv szerint az abortusokat manualisan csak akkor fejezzük be, ha arra vitalis indicatio kényszerít, annál is inkább, mert az utóbbi időkben nyert tapasztalásaink szerint chinin + pituitrin-therapiára minden abortust spontan befejeződésre tudtunk bírni. Valóban a tampon eltávolítása után rövid időre a folytatott chinin + pituitrin-therapiára megszületik a 3 hónapos magzat, nagyságának megfelelő, teljesen oszlófélben levő macerált foetus, majd egy napi törmelékes peterészeket tartalmazó folyás után kiürül több darabban a lepény is, a nélkül, hogy az egész vetélési folyamat alatt lázt vagy nagyobb vérzést kaptunk volna. A méhüreg kiürülése után teljesen normalis gyermekágy vette kezdetét, a mely alatt az intoxicatiós tünetek egytől-egyig mind visszafejlődtek. Ezen esetünkben tehát lueses terhesség mellett beállott hydramniossal volt dolgunk, a mely rendellenesség okozta a terhességi toxicosist.

IV. eset. Negyedik esetünk annyiból is érdekes, a menynyiben virulens gonorrhoeás fertőzés mellett voltunk kénytelenek a glycerines ballont alkalmazni. H. E.-né, 21 éves, először terhes, terhességének 8. hónapjában van, midőn rendetlenül kezd vérezgetni, majd lázas lesz. A minden irányban megejtett vizsgálat egyetlen objectiv lelete az, hogy a terhes bő, véres-genyes folyásában gonococcusok találhatók. Két heti észlelés alatt látjuk, hogy időnként elég erős vérzések indulnak meg, a hőmérsék pedig állandóan subfebrilis, sőt néha a 39° C-t is eléri. Minthogy minden más meg-

betegedést objectiv leletek hiányában ki tudtunk zárni, a láz okát csakis genitalis fertőzésben kerestük, a miért is a szülés sürgős megindítását tartottuk indikáltnak.

A 3 napon keresztül többször megismételt pituitrin-injectióknak és chinin-sorozatoknak a nyugalmi állapotban levő méhben eredménye nem volt. Ezért elhatároztuk, hogy rövid időre glycerinnel telt *Baumm*-féle ballont helyezünk be, ha azután a szülés megindul, azt teljesen magára fogjuk hagyni. A nagyobb jelzésű *Baumm*-féle ballont 150 cm^3 glycerinnel töltöttük meg. Behelyezés után 10 percz mulva jó fájások állnak be, a melyek intenzitásukban erősödve állandóan tartanak. Rövid 6 óra leforgása alatt a hüvelybe megszületett ballont onnan eltávolítjuk, mikor is kiderül, hogy a méhszáj bőven kétujjnyi. Minthogy a fájások a ballon eltávolítása után is változatlanul fennállnak s reménynünk van arra, hogy a szülés rövidesen spontan fog lefolyni, a szülést magára hagyjuk. 38° C körül ingadozó hőmérsék mellett azután a szülés összesen 30 óra alatt szerencsésen le is folyik, élő, kora ($41^1/_2$ cm. hosszú) fiúmagzattal. A terhesség alatti vérzést a minden valószínűség szerint lateralisan tapadó lepény okozhatta. Szülés után a hőmérsék prompt normalisra száll alá s megfelelő öblítések mellett a 10 napos gyermekágy teljesen normalisan folyik le. Végeredményben tehát a ballon a lázas terhesen a szülést azonnal medindította, és hat óra leforgása alatt a méhszájat bőven kétujjnyira tágította ki. Az eredetileg 150 cm^3 glycerinnel megtöltött ballonban annak kiesése után 210 cm^3, glycerinnél jóval hígabb folyadékot találtunk, a melynek pontos analysisekor kiderült, hogy a ballonból 35 gr. glycerin diffundált ki, míg ezzel szemben 95 gr. szövetnedv diffundált be a ballonba.

* * *

Ha nézzük a napjainkban divó, a terhesség félbeszakítására szolgáló eljárásokat, azt találjuk, hogy a conservativ irányzattal szemben az egyenesen operativ irányzat áll. A conservativ eljárások az idáig használatos ballonok bevezetése, a bougival való megindítás és a burokrepesztés. Az operativ eljárás műtétje pedig a hysterotomia anterior. Mindegyik eljárás czélhoz vezet, azonban tagadhatatlan, hogy az eddig szokásos ballon-, bougie- vagy burokrepesztéssel való kezelések alkalmával néha napok telnek el, míg a szunnyadó méhet munkára bírjuk serkenteni, s ez alatt a fertőzés veszélye fenyeget; míg a túl activ chirurgikus beavatkozáskor nem egyszer nagy vérzés veszedelmének teszszük ki a beteget.

A mint eseteink mutatták *Baumm* eljárásának óriási előnye, hogy a bevezetés után már rövid időre fájások jelentkeznek, a melyek a szülés aránytalanul gyors lefolyását teszik lehetővé. Első esetünkben a koraszülés 8 órán belül volt befejezhető. Második esetünkben az öt hónapos vetélés 22 óra alatt folyt le. Hogy 3. esetünkben nem értünk teljesen czélt, annak okát a ballonból idő előtt kiszivárgott glycerinben, tehát ezen véletlen körülményben véljük megtalálni. Negyedik esetünkben pedig a lázas szülés a ballon behelyezése után azonnal megindult és 6 óra alatt a méhszáj bőven kétujjnyira tágult.

Másik óriási előnye ezen eljárásnak a ballonfelvezetés technikájának rendkívül könnyű voltában rejlik. Legtöbbször minden előzetes tágítás nélkül sikerül a vékony állati hártyát a hozzávaló felvivő készülékkel a nyakcsatornán keresztül feltolni. Ezzel szemben ismeretesek azon nehézségek, a melyekkel például csak egy kicsiny *Barnes*-féle hegedűalakú ballon felvezetésekor is idáig megküzdöttünk.

A mi az eljárás tisztaságát illeti, hangsúlyozhatjuk, hogy mind a négy esetünkben teljesen normalis, kifogástalan gyermekágyat kaptunk, így ezek alapján mondhatjuk, hogy a steril állati hártya alkalmazása az infectio szempontjából veszélyt nem rejt magában.

A ballonon keresztül kidiffundált glycerin mérgezést egy esetünkben sem okozott, pedig egyik esetünkben súlyos nephriticával volt dolgunk, másik esetünkben pedig egy inkompenzált vitiumos beteggel. Közelfekvő a kérdés, vajjon a ballon megrepedése esetén egyszerre nagy mennyiségben a méhbe csurgó glycerin nem okoz-e mérgezést. Erre vonatkozólag hangsúlyozhatjuk 3. esetünket, hol hibás technikai okok miatt a ballonba préselt glycerin idő előtt kicsurgott, mindazonáltal kellemetlen tüneteket mégsem okozott. *Baumm* közel 300 esetben használta e módszert, a 300 eset közül nem egyszer történt meg az, hogy a ballon megrepedve, nagyobb mennyiségű glycerin öntötte el a méh üregét. Kellemetlen mérgezést azonban ennek ellenére sem észlelt egyetlen egy esetében sem.

Hátránya az eljárásnak, hogy a ballon armirozása kissé hosszadalmas és pepecselő munka. E hátrány azonban, azt hiszem, kis gyakorlattal könnyen lesz leküzdhető.

Végezetül megbecsülhetetlen előny az, hogy a szülészeti táskában kellő számú ballon kis helyen mindig készletben és bármeddig használható állapotban tartható, szemben az idáig használatos ballonokkal, a melyek bizony rövid ideig tartó állás után is még használat előtt tönkrementek. A gyakorlat szempontjából a ballonok olcsóbbak, mint minden idáig használatos ballon.

Külön óhajtom hangsúlyozni, hogy a ballon megtöltésekor lényeges az, hogy a ballont a glycerinnel csak félig vagy ennél alig jobban töltsük meg, azért, hogy a diffusio által a ballon teljesen kifeszülhessen és így telt állapotban jobban serkentse a méhet munkára; de meg azért is, nehogy a ballont a repedés veszélyének tegyük ki s így az eddig is egyetlen hátrányául felróható glycerinkiömlés által okozott esetleges mérgezést megelőzhessük.

Végül okvetlenül ki kell terjeszkednünk a glycerin által okozott mérgezés kérdésére. Ha végigtekintünk az irodalmon, úgy e kérdésben a vélemények két táborra oszlanak. Az egyik fél a glycerin teljes ártalmatlanságát bizonyítgatja, a másik tábor pedig, élén *Pfannenstiel*-lel, a glycerin által okozott súlyos mérgezések miatt óva int annak használatától. Minthogy ilyen áthidalhatatlannak látszó ellentmondásokat találunk a glycerin alkalmazásában, megvizsgáltuk azon okokat, a melyek ezen ellentmondásokhoz vezethettek. A forgalomba jövő glycerin legnagyobb része nem tiszta. Egyik része savval, másik része aljjal van fertőzve, holott például a pharmacopoea előírása szerint az orvosi czélra használatos glycerin a következő tulajdonságokkal kell, hogy bírjon: legyen a glycerin 12—16% víztartalmú, színtelen, tiszta, közömbös és minden tisztátalanságtól mentes. Ezzel szemben vizsgálatokat végeztünk olyan irányban, hogy a legkülönbözőbb helyeken beszerzett orvosi czélra használatos glycerinek mennyiben felelnek meg ezen követelményeknek. Ezen vizsgálatok alkalmával kiderült, hogy a forgalomban levő glycerinek legnagyobb része fertőzött, a mennyiben savat vagy aljat tartalmaznak. Az irodalomban említett mérgezések nagyban hasonlítanak a savmérgezésekhez. Így pl. *Pfannenstiel* két esetében collapsus jelentkezett és a vizeletben vér jelent meg. Az egyik esetében a 9. hónapban terhes nőn a glycerinnek intrauterin injectiója után a collapsust exitus követte. Ebben az esetben *Pfannenstiel* in ultimis eclampsiás beteget kezelt glycerinnel. Ezzel szemben *Pelzer* számos esetben alkalmazva a glycerint, mérgezést egyáltalában nem látott. *A. J. Kunkel* a „Handbuch der Toxikologie"-ban felemlíti, hogy a mérgezésről a vélemények rendkívül ellentmondók. Kisérleti alapon vizsgálva a glycerinkérdést, a következő eredményre jutott: A felszívódás a bőrről lassú, a nyálkahártyákról gyors, a bőr alatti kötőszövet részéről hasonlóan gyors. Kisebb mennyiségek az anyagforgalomban teljesen elégnek, nagy mennyiségből egy rész a vizelettel változatlanul kiürül. Tagadhatatlan, hogy subcutan adva vörösvérsejtoldó. A vörösvérsejtoldásnak következménye a haemoglobinuria és methaemoglobin-infarctus a vesében. Gyomron át 250 gr. is teljesen veszélyteten. *Dujardin-Beaumetz* és *Audige* szerin állatokon subcután adva, a halálos dosis 8·5—9·0 gr. kilogrammonként.

Ezek alapján a leírt mérgezés-tüneteknek okát csak két körülményben találhatjuk. Vagy a hibás technikában, a midőn például a nagyobb mennyiségű glycerin a méhből a tu-

bán keresztül a hasüregbe jut; ez az eshetőség tehát nem írható a glycerin rovására, hiszen teljesen közömbös folyadék is ilyen hibás eljárással bajt okozhat, a mint erre *Baumm* is joggal hivatkozik. Vagy pedig az ok egyenesen a glycerinben keresendő. Ha a glycerin nem neutralis, hanem savat vagy aljat tartalmaz, akkor a fertőzések még abban az esetben is, ha a glycerin nem kerül a hasüregbe, bajt okozhatnak, mert a méh falán át felszívódva okozhatják a mérgezéseket, még pedig olyanokat, a melyeket a vegytiszta és közömbös glycerin semmi esetre sem okoz. Az ellenkezőre példa a súlyos nephritisben szenvedő betegünk, a kin a nephritis ellenére büntetlenül alkalmazhattuk a tiszta glycerint, és példa rá a súlyos terhességi toxicosist tárgyaló esetünk is, a melyben nagymennyiségű glycerin ömlött el az uterusban, a nélkül, hogy mérgezés legkisebb tünetét okozta volna.

Jól tudom, hogy négy eset kapcsán végleges következtetést levonni arra, hogy egy eljárás jó és teljesen veszélytelen-e, nem lehet; az impressiók azonban, melyeket e négy eset kapcsán nyertünk, annnyira kedvezők, hogy ezen még kevéssé ismeretes eljárást tiszta szívvel ajánlhatjuk, fentartva magunknak a jogot, hogy a jövőben, ha több eset kapcsán több és biztosabb észlelésünk lesz, azokat újból közölhessük. A vegytiszta glycerinnel töltött *Baumm*-hólyaggal való eljárást méltónak tartjuk arra, hogy vele a szakemberek komolyan foglalkozzanak.

Irodalom. *Baumm*: Zentralblatt fur Gynäkologie, 1901, 38. sz. — *Pelzer:* Archiv für Gynäkologie, 1894, 42 köt. — *Pfannenstiel:* Zentralblatt für Gynäkologie, 1894, 81. és 378. o. — *Kossmann*: Therapeutische Monatshefte, 1896 junius. — *Teilhaber*: Zentralblatt f. Gynäkologie, 1894. — *Scheffczek*: Archiv f. Gynäkologie, 1905, 65. köt., 3. f. — *Kurt Frankenstein*: Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 17. sz. — *Baumm*: Deutsche med. Wochenschrift, 1914, 23. sz. — *Kurt Frankenstein:* Deutsche med. Wochenschrift, 1914, 3. sz.

Közlés a budapesti kir. magyar tud.-egyetem I. sz. belklinikájából. (Igazgató-helyettes: Báró Kétly László dr., nyilvános rk. tanár.

A másodlagos (secundär) sugarak kiküszöbölése a hasüri szervek Röntgen-vizsgálatakor a „compressiós exponator“ segélyével.

Irta: ***Henszelmann Aladár*** dr.

A hasüri szervek Röntgen-vizsgálatakor érezzük leginkább szükségét annak, hogy világos és mégis ellentétdús képeket kapjunk. Ellentétdús a kép, ha a vizsgált szerv legkisebb részecskéje, a contrastanyag legcsekélyebb tömege világos alapon jól és határoltan látható. Ellentétdús képet csupán nagymennyiségű puha fény szolgáltat és szükséges, hogy ez a mennyiség minél nagyobb legyen. Tudvalevő dolog azonban, hogy a puha fény sötét, a kemény fény világos képet ad. Amaz ellentétdús és sötét alapú, emez világos, de elszürkülő, összefolyó. A puha fény mennyiségét csak addig fokozhatjuk, a mig a lámpa gyors felhevülése ennek útját nem állja s a mig a rendelkezésünkre álló készülék ezt megengedi. Ismeretes továbbá, hogy a kemény sugarak szolgáltatta képen a kép elszürkülését főleg az általuk keltett másodlagos sugarak okozzák. A másodlagos sugarak magában a a lámpában is erednek, de képződnek az átvilágítandó test minden részecskéjében. E sugarak megtöretnek, kereszteződnek, a térben minden irányban terjednek, a vizsgáló ernyőre jutnak s természetesen az ernyő ama részére is, a hová például éppen árnyéknak kellene esnie. Tehát az árnyék vetületét felvilágosítják, az ellentéteket csökkentik, miáltal a kép életlen és elszürkülő lesz.

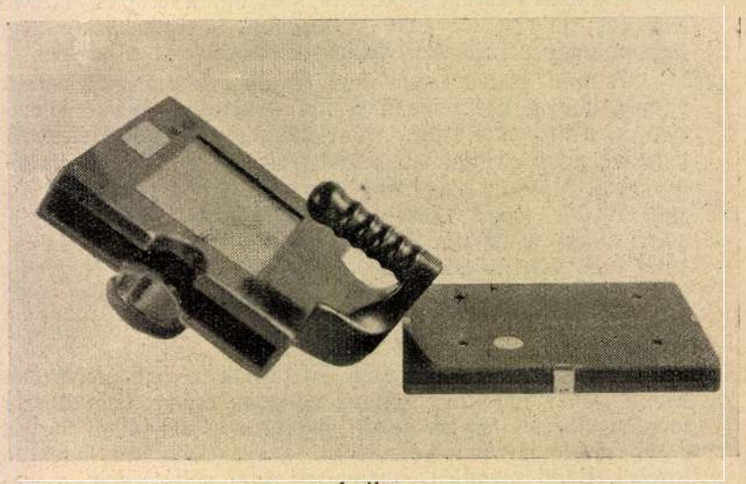
Holzknecht alkalmazta első izben a lámpa és a vizsgálandó test közé helyezett rekeszt, miáltal a lámpában képződő másodlagos sugaraknak legnagyobb részben útját állta. Ha a vizsgáló ernyőt a testhez erősebben odaszorítjuk, az átvilágítandó testszelvény keresztmetszete csökken és ezzel arányosan kevesebb másodlagos sugár támadhat benne.

A feladat a másodlagos sugárzás kiküszöbölése alkalmával azonban kettős. Nemcsak a képződését kellett megakadályozni, hanem a keletkezettet is felfogni, vagy elterelni.

Bucky jött először ama gondolatra, hogy egy, a test és a vizsgáló ernyő közé helyezett fémrácsozattal eltérítse és visszatartsa a másodlagos sugarakat (Wabenblende). Hiszen e sugarak minden irányban kereszteződnek s ezáltal okvetlenül beleütődnek a fémrácsozatba, még mielőtt az ernyőre jutnának. A rácsozat egyes közei pyramis formájúak és összetérők. Hátránya az eszköz alkalmazásának, hogy hálószerű, zavarólag ható képet ad a vizsgáló-ernyőn és hogy állandóan szükséges a lámpa kellő központosítása. *Bucky* maga nagy kitartással és szeretettel dolgozik eszközével, azonban említett hátrányai miatt nem tud elterjedni.

Bucky adta azonban a gondolatot *Holzknecht*-nek arra, hogy ezt az eljárást lényegesen egyszerűsítse. Ő a rácsozatnak csupán egy közét, egy conusát használja fel s ezt alkalmazza azután finomabb részletvizsgálások czéljára. *Holzknecht* maga „*Buckyeffekt*“-nek nevezi az eszközt. Ez 10 cm. hosszú, 2·5 cm. átmérőjű conusos facső, mely ólommal van bélelve; rugós akasztóval a vizsgáló-ernyő hátlapjára szerelhető. Az eszközzel egyúttal ernyőalatti compressio is kifejthető, vagyis a compressio ama formája, melyet *Holzknecht* már 1906 óta használ. A compressióval közelebb férkőzünk a vizsgálandó részlethez s ez a kép élességének javára szolgál (l. fentebb). Azonban legfőbb és megbecsülhetetlen előnye az eszköznek, hogy kemény fénynyel dolgozhatunk. Hiszen most már nem árthat a másodlagos sugárzás, melyet éppen a kemény Röntgen-sugarak keltenek. Nem jutnak érvényre, a világos képnek az élességét mi sem zavarhatja. Minél keményebb a fény, annál világosabb és élesebb a kép. Kemény fénynyel nem terheljük meg a lámpát és nem bántalmazzuk a bőrt. *Holzknecht* szavaival: vastag egyénekben is kereshetünk és láthatunk részleteket.

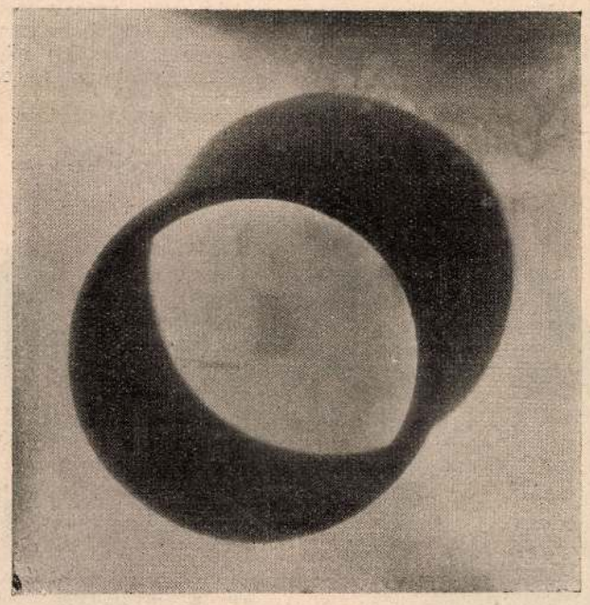
Én az eszköznek sokszor igen nagy hasznát vettem. De hiányát éreztem ugyancsak gyakran annak, hogy az eszközzel látható szép vagy fontos részlet lefényképeztessék. *Pedig sokszor igen nagy fáradsággal és türelemmel lehet csak ily részleteket észrevenni vagy felkeresni. El nem engedhetem tehát egy pillanatra sem a kérdéses valamit a conus szorításának övéből; a felvételt rögtön, az **átvilágítás ellenőrzése** mellett, meg kell ejtenem.*



1. ábra.

E czél elérésére a következő eszközt szerkesztettem (l. az 1. ábrát). A conust keményfadobozra szerelem fel. A doboz egyik lapján a conus, másikán a vizsgálóernyő foglal helyet. A dobozba balkéz felől egy lemeztartó szekrényke erősítő ernyővel ellátva könnyen betolható (13×18 cm. nagyságban). A conust az eredetinél kisebbre terveztem, t. i. mind a két átmérőjét megkisebbítettem, azonban az értékek arányszámát (10 : 2·5), melyet *Bucky* és *Holzknecht* legmegfelelőbbnek talált, igyekeztem megtartani. Czélom ezzel az volt, hogy könnyebb, karcsúbb és használhatóbb legyen; a has-

falakat mélyebben benyomva, mélyebbre tudjak behatolni. Kezem az eszköz tartásától el ne fáradjon, kellő compressiót, esetleg massaget végezhessek. Ezért adtam a fogójának is ekkora nagyságot és alakot. A conus végére compressor gyanánt lufahszivacs kerül a kis mértékben árnyékot adó kemény gummi helyett. A conus faváz nélküli, tisztán vasbádogból való. S mivel a conus a dobozzal egy szilárd egészet alkot, nem kell külön a vizsgáló-ernyőt tartanom, egymással szemben tehát ezek el nem csúszhatnak.



2. ábra.

3. ábra.

Ezen eszközzel az átvilágítással egy ülésben és ugyanazon lámpával, tehát kemény fénnyel ellentétdús képet készíthetek. A felvételek lehetőleg pillanatfelvételek. (Rendszerint „Blitz"-felvételeket készítek a Blitz-Reform-készülékkel.)

Nem bocsátkozhatom részletesen ama kérdés taglalásába, hogy mely esetekben használható az eszköz. Általánosságban mindama esetekben, a melyekben a Bucky-effektet átvilágítási czélra eddig is használtuk. Feltűnően érdekes képeket kaptam gyomorrák és gyomorfekély, gyomorfalhegesedés és szűkült gyomorlumen, a gyomorszéleken lejátszódó peristaltikás hullámok, béltumorok, vakbél, féregnyúlvány és vesekövek vizsgálatakor. (A vakbél és féregnyúlvány vizsgálati módjait lásd a szerzőnek a „Berliner klin. Wochenschrift", 1914, 32. sz. „Kleine röntgenologische Vorrichtung zur Erzeugung von Wurmfortsatzbildern" című közleményében.)

4. ábra.

5. ábra.

Például a 2. ábra a gyomor kis görbületén ülő áttöréses kerek gyomorfekély typusos képe (*Haudek-Nische*) a compressor keretében. A kép a vetületi nagyítás folytán mintegy „nagyított“ képe a fennálló kóros változásnak. E mellett éles, ellentétdús és részletekben bővelkedő. (A negativ kép sokkal tanulságosabb.) A szűkült gyomorlumen is jól látható a fekélylyel szemben fekvő részletben. A 3. ábra ugyanezen gyomor átnézeti képe. A 4. ábra vakbélsarcoma esete. A vakbél rendes zacskószerű árnyéka jóformán teljesen hiányzik, mindössze apró, hópehelyszerű foltok mutatják ama csekély vakbélrészleteket, melyeket a daganat még nem zárt el teljesen. Az 5. ábra ugyanennek az átnézeti képe.

Irodalom. *Holzknecht*: Kleine Vorrichtung zur Erzeugung überaus deutlicher Durchleuchtungsbilder. Münchener med. Wochenschrift, 1913, 49. sz. — Durchleuchtungs-Kompressorium mit Bucky-Effekt; Bemerkungen zum Artikel von *Holzknecht*, von Dr. *Bucky* stb. Münch. med. Wochenschrift, 1914, 1. sz.

Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházzal kapcsolatos egyet. gyermekklinikából. (Igazgató: Bókay János dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.)

A gümős tracheobronchialis nyirokmirigyek áttöréséről a légutakba a gyermekkorban.

Irta: ***Paunz Márk*** dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

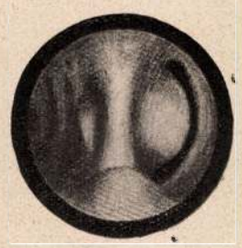
(Folytatás.)

III. eset. L. Ferencz, 20 éves, felvétetett 1913 decz. 13.-án. Két hónap óta hörgő légzés. Öt nap óta sajátszerű köhögés, fulladási rohamokkal. Tuberculosis-terheltség nincsen. Jól fejlődött és táplált fiú. A bőr halvány. Az inguinalis tájékon mindkét oldalt babnyi, fájdalmatlan nyirokmirigyek. Az ajkak cyanosisosak. Orr, torok tiszta. A hang csengő. A szívtompulat rendes; a szívhangok tiszták. A manubrium sterni felett az I.–III. bordaporczok tapadásának megfelelőleg kifejezetten tompult, másutt mindenütt rendes kopogtatási hang. A tüdő felett mindenütt nagyhólyagú, nedves szörtyzörejek. *A légzés jobboldalt határozottan gyengült. A mellkas jobb fele a belégzés alkalmával visszamarad.* Éles, érczes jellegű köhögés. Hörögve, nyögve lélekzik. A gyermek csak ülve tud lélekzeni; álmatlan. H. 37·1° C. Érlökés 116. A has úgy kopogtatásra, mint tapintásra rendes viszonyokat mutat.

Decz. 14. A cyanosis kisebb fokú. H. 37·1—37·4° C. Pirquet erősen positiv.

Decz. 15. Időnként erős köhögés fulladozási tünetekkel és nagyfokú cyanosissal. A Röntgen-kép baloldalt erősen megnagyobbodott hilusmirigyeket mutat.

Decz. 16. Minthogy a gümősen elfajult nyirokmirigyektől okozott összenyomatás teljesen biztos, a perforatio legnagyobb mértékben valószínű volt, a rossz kilátások daczára mégis műtétre határoztuk el magunkat. Chloroform-narkosis. *Tracheotomia super.*, azután *bronchoskopia inferior.* A jobb főbronchus szájadéka egyrészről a trachea alsó részének hátulsó falán a bifurcatio felett fekvő bedomborodás által, másrészről a főbronchus elülső-belső falának erős beboltosulása folytán annyira szűkült, hogy belőle csak keskeny, oldalt fekvő rés látszik. A két főbronchus között fekvő oszlási él kiszélesedett, ellaposodott és részben a bal főbronchus szájadéka is megszűkült. (L. a 9. ábrát.)



9. ábra.
A III. eset compressiójának bronchoskopiás képe. ($2^1/_2$-szeresen nagyítva.)

Könnyen sikerül az 1. számú *Brünings*-féle csővel a jobb főbronchus szűkületén átjutni és így észlelhető, hogy abból időnkint genyes váladék ürül. A jobb főbronchus lumene a szűkület alatt szabad, azonban a középső és alsó lebeny bronchusának oszlása helyén ismét megszűkült. Attörési helyet nem tudtam felfedezni. A bal főbronchusba nem hatoltam be és a műtétet, mely a légcsőmetszéssel együtt 15 perczig tartott, befejeztem. Este h. 39·0° C.

Decz. 17. A tüdő felett mindenütt bőséges szörtyzörejek. A kanülen át igen sok genyes váladék ürül. A légzés szabadabb. H. 39·0—40·0° C. Ther. Senega. Kámfor.

Decz. 18. Diffus szörtyzörejek. A légzés nehezített. Nagyfokú cyanosis. H. 39·7° C. A kanülváltáskor sok sűrű genyes váladék ürül. Délben 12 órakor fokozódó cyanosis közben meghal.

Bonczlelet (*Orsós Ferencz* főorvos): A mellkas belégzési állapotban van. A rekesz domborulata jobb oldalon az V. borda alsó szélén tapintható. A tüdők erősen puffadtak, a középső lebeny jobboldalt csaknem gyermektenyérnyi területen lazán odatapadt. A jobb tüdő egyébként egész paravertebralis felszínével a fali pleurához tapadt és hilusa körül rostosan összeforr a mediastinalis szövettel. A jobb hilus egyébként rövidnek tetszik; erősen megvastagodott és benne a nyirokcsomók nagy mogyorónyira duzzadtaknak, de hullámos tapintatúaknak érezhetők. Baloldalon a hilusban ülő nyirokcsomók legfeljebb kismogyorónyiak. A szív eltávolítása és a mediastinalis képletek feltárása után kitünik, hogy a legnagyobb nyirokcsomók a bifurcatióban és a bifurcatio mögött ülnek. A nyirokcsomók véredénydús szívós sarjszövetes tokba vannak foglalva és együttvéve egy patkóalakú tömeget alkotnak, melynek hátulsó galambtojásnyi, de annál valamivel szélesebb részlete a bifurcatio mögött, a bárzsing előtt fekszik, míg rövidebb felül kihegyesedő szára a bifurcatio szögletét tölti ki. (L. a 10. ábrát).

10. ábra.
A III. eset anatomiai készítménye, elülről nézve. Az áttörési nyílásban drótszonda.

E nagy nyirokcsomó mindenütt feszes, hullámos tapintatú. Megsértésekor a mogyorónyi tömegből buggyan elő a nyomás alatt lévő, genyszerűleg ellágyult sajtos anyag. A légcső és a hörgők felmetszése alkalmával kitűnik, hogy a bifurcatióban a hörgőknek különösen alsó fala mérsékelt fokban bedomborodik. Ezáltal a főhörgők lumene kivált baloldalt jelentékenyen meg is szűkült, illetőleg összelapult. A főhörgők körüli kötőszövet általában hegesedett és megvastagodott és az említett nyirokcsomón való nyargalás folytán kissé össze is nyomottak. A hörgők és légcső nyálkahártyája sűrű foszlanyos nyálkával bevont, melyben itt-ott puha, sajtos anyagra emlékeztető pelyhek is láthatók. A nyálkahártya duzzadt, élénken belövelt, zavaros. A porczok sehol sem tünnek át. A váladék letakarítása után a jobb alsó lebeny törzsbronchusának felső részében hátul egy 3—4 mm. hosszú és 2 mm. széles foszlányos rés tünik szembe, melynek közepéből egy sajtos foszlány lóg ki. A bifurcatióban ülő tályogszerű nyirokcsomótömeg megnyomásakor a szóban álló részen át ellágyult sajtos tömeg bőven ömlik elő.

A tüdőben, a lépben és a májban számos milliaris gümő. A jobb középső lebenyben körülbelül galambtojásnyi, friss, sajtos aspiratiós gócz.

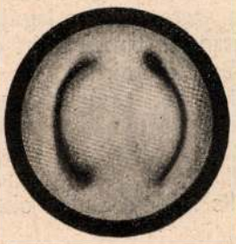
Epikrisis. A 20 hónapos gyermeken a gümős nyirokmirigyek által okozott összenyomatás kétségtelenül volt megállapítható. A légcsőmetszés után végzett alsó bronchoskopia a diagnosist megerősítette és egészen világosan mutatta a

compressio helyét is, azonban a jobb bronchusban levő kis áttörési nyílást a szűkület alatt nem láthattuk meg. A felvétel előtt 5 nappal kezdődő fulladási rohamok éppen ezen kis perforatióban találják magyarázatukat: sajtos-pépes tömegek kerültek a légutakba és mint idegen testek egyrészről kiváltották a fulladási rohamokat, másrészről friss sajtos aspiratiós gócz kifejlődését is okozták. A műtét a 20 hónapos gyermeken, a ki miliaris tuberculosisban is szenvedett, nem járhatott eredménynyel.

IV. eset. H. János, 3 éves, felvétetett 1913 nov. 15.-én. A gyermek 4 hét óta köhög, időnként fulladási rohamai vannak. Baja állítólag tökmag evése után keletkezett, azonban a tökmag fogyasztása alatt nem volt fulladási rohama.

Jól fejlett és táplált fiú. Bal arczán babnyi angioma. Az orr és torok ép. Ajkai cyanosisosak. Nehezített hörgő légzés. A tüdők felett mingenütt sipolás, búgás és helyenként szórványos nagyhólyagú szörtyzörejek hallhatók. A be- és kilégzés nyujtott, nehezített. Hangja tiszta, csengő. Keveset köhög. A kórházban fulladási rohamot nem észleltünk. A kopogtatás a rendestől eltérést nem mutat. A szivhangok tiszták, a szívtompulat rendes. H. 36·3° C.

Miután idegen test gyanuja fennforgott, még nov. 15.-én este végeztük a *felső bronchoskopiát.* Chloroform + 10% cocain-tonogen. *Brünings*-féle 4. számú cső. Idegen testet nem találunk, azonban mindkét főbronchus szájadéka az oszlási él kiszélesedése és ellaposodása folytán erősen megszűkült. (Lásd a 11. ábrát) A szűkületen mindkét oldalt könnyen lehet áthaladni, azonban idegen test így sem található. Különösen feltűnt mindkét főbronchus nyálkahártyájának teljesen normalis volta, a porczgyűrűk jól láthatók, váladék nincsen. A vizsgálat befejeztével, mely mindössze 20 perczig tartott, a gyermek, alig hogy ágyába visszavitetett, súlyos fuldoklási rohamot kap, mely miatt azonnali *felső légcsőmetszést* végeztem, mire a súlyos cyanosis megszűnt.



11. ábra.
A IV. eset bronchoskopiás képe. Mindkét oldali compressiós stenosis; az oszlási él kiszélesedett. (2½-szeresen nagyítva.)

Nov. 16. A tüdők felett mindenütt számos szörtyzörej. A légzés szabad. H. 37·2 - 37·4° C. Védőoltás.

Nov. 17. A közérzet jó. A tüdők állapota változatlan. H. 37 3°—37·9° C. Pirquet negativ.

Nov. 18. A Röntgen-átvilágítás nem mutat feltűnő elváltozást (kép nem készült). Diffus szörtyzörejek. A jobb hónaljárokban kissé gyengült légzés. H. 37·0—37·9° C.

Nov. 19. Közérzet jó. Keveset köhög.

Nov. 20. Két ízben erős köhögési roham és a megfigyelő ügyelő orvos állítólag egy ízben gyenge ütődést is hallott. Egyébként szabad légzés. H. 37 4—37·8°. Sem most, sem később a leggondosabb ügyelet mellett sem található a mérsékelt váladékban valamely idegen test avagy sajtos törmelék.

Nov. 21. Időnként erős köhögésrohamok. A tüdő állapota változatlan. H. 37·0° C.

Nov. 22. A légzés nyugodt. H. 36·1—36·7° C.

Nov. 23. *Alsó bronchoskopia.* Mindkét főbronchus szájadéka az oszlási él kiszélesedése folytán erősen szűkült, főként jobboldalt. Idegen test most sem található, azonban a jobb alsó lebeny bronchusában annak oszlása alatt körülbelül kendermagnyi granulatio látható. Ezt érintetlenül hagytuk. H. 37 0° C.

Nov. 24. A belső kanült eltávolítjuk, a külsőt bedugaszoljuk. H. 37·0° C, este 39·0° C.

Nov. 25. H. 36·0—37·6° C. Serum-kiütés.

Nov. 26. Éjjel újbóli fulladási roham, mely a belső kanül visszahelyezésére sem szűnik meg. Később a gyermek megnyugszik és a légzés bedugaszolt kanül mellett is szabad marad. H. 36 0—38·0° C. Szórványos szörtyzörejek.

Nov. 27.-étől decz. 1.-éig jó közérzet, szabad légzés. H. 36·3°—37·2° C.

Decz. 2. A kanült eltávolítjuk. Délelőtt a légzés teljesen szabad; délután mérsékelt légszomj és főleg a belégzés nehezített. H. 36·5°—37·5° C.

Decz. 3. A közérzet jó, de a belégzés még mindig kissé nehezített.

Decz. 4—6. A légzés nyugodt. Láztalan.

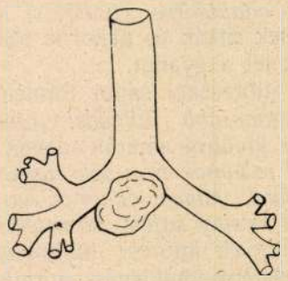
Decz. 7. Itt-ott szörtyzörejek. H. 36 7°, este 38·0° C.

Decz. 8—10. A közérzet jó. H. 36·8—37·5° C.

Decz. 11. A légcső sebe záródott. Láztalan.

Decz. 13. A légzés szabad. Lázmentes. Felületesen sarjadzó bőrsebbel elbocsátjuk.

Epikrisis. A gyermeken idegen test gyanuja miatt végeztük a felső bronchoskopiát, azonban mint positiv eredményt csak a mindkét oldali bronchostenosist találtuk, a mely minden valószínűség szerint a megnagyobbodott bifurcatiós nyirokmirigyek nyomása folytán keletkezett. (Lásd a 12. ábrát.) A vizsgálatot követő fulladási roham miatt sürgősen kellett a légcsőmetszést végezni. A második, alsó bronchoskopiával sem találtunk idegen testet, azonban láttunk egy kis granulatiót a jobb alsó lebeny bronchusában. Nem állapítható meg, hogy nem köhögtetett-e ki esetleg egy ottan megtapadt egészen kis idegen test avagy talán egy kisebb bronchopulmonalis nyirokmirigy lassú, észrevétlen áttörése forgott-e fenn? Mindenesetre feltűnő a majdnem láztalan lefolyás, mely szerves idegen test ellen szól, szintúgy nem felel meg idegen testnek a bronchusok nyálkahártyájának úgyszólván teljesen normalis volta és a nagyon is mérsékelt váladék.



12. ábra.
A megnagyobbodott bifurcatiós mirigyek által okozott kétoldali compressio vázlatos ábrázolása a IV. esetben.

A légcsőmetszés, melyet idegen test gyanuja miatt végeztünk, a bronchostenosisra természetesen befolyással nem volt és főként az ágyban való nyugalom, nemkülönben a kórházi ápolás tette lehetővé a kanül gyors eltávolíthatását.

Ha a leírt eseteket áttekintjük, úgy meglehetősen jól körülírt klinikai képet adnak. Igaz ugyan, hogy csak két esetben (II. és III. eset) tudtuk a klinikai tünetek és Röntgenkép alapján teljes határozottsággal még a gyógybeavatkozás előtt a tracheobronchialis nyirokmirigyek tuberculosisát megállapítani, azonban az első eset is teljesen hasonló tüneteket mutat. Ezen esetben a nehéz légzés mellett főként a rekedt hang keltette fel a gyanut, hogy esetleg croup forog fenn.

Mind a három esetben, a melyben a perforatio helyét részint a bronchoskopia útján in vivo, részint a bonczolás útján egészen pontosan kimutathattuk, a betegség köhögéssel, ezenkívül nehezített, hörgő légzéssel kezd nyilvánulni és ezen állapotban hosszabb ideig megmarad. Csak a fulladási rohamok indítják a hozzátartozókat arra, hogy segítséget keressenek.

Nyilvánvaló, hogy a *köhögés és a nehéz légzés a légcsőre és a bronchusokra gyakorolt nyomási tüneteknek* tekintendők. Éppen ez a két tünet az, mely a helyes kórjelzést lehetővé teszi. A köhögés a bronchialis mirigyek tuberculosisában egészen sajátszerű és időnként jelentkező rövid, élesen csengő köhintésekben nyilvánul, gyakran érczes jelleggel; van némi hasonlatossága a pertussis után fennmaradó köhögéssel és ezért *Baréty* és a franczíák „coqueluchoide" névvel is jelölik. Azonban ezen köhögés a nerv. vagusra gyakorolt nyomástól okozott inger folytán is keletkezhetik, a nélkül, hogy egyúttal nyomás gyakoroltatnék a légcsőre és a bronchusokra.

A köhögés nagyobb szünetekkel hosszabb ideig szokott fennállani, néha hetekre, hónapokra megszűnik, hogy könnyű bronchitis után avagy e nélkül is újból jelentkezzék. Jellemző a köhögésre, hogy többnyire nincs köpet és váladékképződés („catarrhe sec" a franczíáknál).

Kifejezett nyomási tünet a nehezített légzés és többnyire úgy a belégzés, mint a kilégzés akadályozott, de fő-

ként a kilégzés nyujtott, akadozó. *Csecsemőkön a dyspnoënak főként exspiratorikus jellege* van és *Schick*[31] szerint *a csecsemők exspiratorikus hörgése a mirigymegnagyobbodások által okozott bronchostenosisnak biztos jele.* Ezen tünetnek bonczolástani vizsgálatok által megállapított okát *Sluka*[32] Röntgen-vizsgálatai az élőben is beigazolták.

Feltűnő ezen gyermekeken, hogy a nehéz légzés mellett a hang többnyire teljesen tiszta, csengő, a mi azonnal elárulja, hogy a légzési akadályt nem a gégében, hanem mélyebben kell keresnünk.

Mint fontos nyomási tünet az egyik vagy a másik oldalon észlelhető *gyengült légzés* is értékesíthető. Ezt többször találjuk nagyobb gyermekeken és *a stenosis localisatiójakor mint fontos tünet bírhat nagyobb jelentőséggel* (I. és III. esetünkben).

A kép azonnal megváltozik, a mint a mirigyek *áttörése* megkezdődik. Saját tapasztalataink alapján reámutathatunk itt egy olyan tünetre, a melynek eddig semmiféle avagy csak nagyon csekély jelentőséget tulajdonítottak. Mindenesetre tisztázva van a helyzet, ha nagyobb mirigydarab kilökődése alkalmával annak *odaütődése (flottálás)* hallható (I. eset). Azonban ezen esetek ritkák és akkor is többnyire idegen test aspiratiójára keltik fel a gyanut.

Ha a mirigy áttörésekor sajtos törmelékek jutnak a légutakba, úgy a *legkínosabb fulladási rohamok* váltatnak ki éppen úgy, mint a kívülről aspirált idegen testekben. *Azonban ezen fulladási rohamok nemcsak nagyobb mirigydarabok áttöréseko1 keletkeznek, hanem akkor is, ha egészen kis menynyiségű és teljesen kicsiny sajtos törmelékek kerülnek a légutakba.* Mert a mirigyek áttörése többnyire nem úgy megy végbe, hogy egy elsajtosodott egész mirigy avagy a mirigyek egész tömege egyszerre tör be a légutakba, hanem *kezdetben majdnem mindig csak kis rés keletkezik* éppen úgy, mint minden más ellágyult gümős góczban, ha az valahol a test felszínén avagy valamely szomszéd üregbe áttör és csak a fokozódó széteséssel lesz az eleinte kis résből nagyobb nyílás, a melyen át nagyobb mirigysequesterek is áttörhetnek és így okozhatják a fulladást. Természetes, hogy ama köhögési rohamok folytán, a melyek kisebb törmelékek betörésekor keletkeznek, a kezdetben kis rés a fokozott nyomás által gyorsan nagyobbodhatik. Azonban a tapasztalat azt mutatja, hogy *az első fulladási rohamtól a végzetessé váló áttörésig többnyire néhány nap avagy legalább is néhány óra telik el* és így az esetek túlnyomó számában elegendő időnk van a sikerrel kecsegtető beavatkozásra.

Saját eseteink és az irodalomban közölt több esetnek tanulmányozása ezt egészen világosan mutatják. Első esetünkben a fenyegető fulladási rohamok 3 napon át ismétlődtek, míg a bajon segítettünk és csak a 6. napon törtek át nagyobb mirigysequesterek, a melyek légcsőmetszés nélkül valószínűleg fulladást okoztak volna. Második esetünkben már az első fulladási roham után nem várakoztunk tovább a beavatkozással és a kezdődő áttörés beigazolódott. Harmadik esetünkben az első fulladási rohamok a felvétel előtt 5 nappal kezdődtek, miután az összenyomatás már 5 hét óta nehéz, hörgő légzésben nyilvánult. A bonczolás ezen esetben nemcsak a kis perforatiót mutatta ki, hanem a jobb középső lebenyben talált friss, sajtos aspiratiós gócz is bizonyította, hogy a fulladási rohamok csak a perforatio után keletkezhettek. Első esetünkben is egészen nyilvánvaló, hogy ha a felső bronchoskopia útján eltávolított kisebb sequestereket összehasonlítjuk az utólag kiköhögött nagy mirigydarabokkal, hogy az áttörés itt is a fent leírt módon ment végbe.

Ezen fulladási rohamok mellett, melyek a nyomás által keletkezett, lassan fokozódó, főként exspiratorikus dyspnoëtől hirtelen jelentkező súlyosságuk által különböztethetők meg, még más tünetek is érdemelnek figyelmet mint az áttörés jelei. Így megfigyelte *Weil*,[33] hogy egy esetben az áttörés után a légcső compressióját jelző összes tünetek hirtelen elmultak.

Fronz[34] fent idézett I. esetében a be- és kilégzés dispnoë váltakozását észlelte. A gyermeken a fulladási rohamok alatt megfigyelhették, hogy az eleinte főként exspiratorikus dyspnoë fokozatosan inspiratorikus jelleget öltött. Ezen elváltozás idegen test gyanuját keltette fel és valóban a légcső megnyitása után egy erősebb köhögéssel majdnem borsónyi dugasz röpült ki, mely sajtos mirigydarabnak bizonyult. Ezen tünet is értékesíthető alkalomadtán mint áttörési jel.

A bőremphysema jelentkezése is áttörési tünetnek tekinthető.

Weil szerint, ha bronchialis mirigytuberculosisban szenvedő gyermeken a dyspnoë mellett dysphagia is jelentkezik és a táplálék nyelésétől kiváltott köhögési rohamokkal kapcsolatban a légzés bűzös lesz és bűzös köpet is mutatkozik, elsősorban arra kell gondolnunk, hogy ellágyult nyirokmirigy tört át a légutakba és a nyelőcsőbe.

Mindezen tünetek figyelmet érdemelnek és — ha előzetesen a bronchialis mirigyek tuberculosisának diagnosisa megállapítható volt — az áttörés eléggé biztos jeleinek tekintendők.

Ha ezek szerint sok esetben az áttörés nagy valószínűséggel megállapítható, úgy rendkívül fontos, hogy a bronchialis mirigyek tuberculosisának klinikai diagnosisa még korábban állapíttassék meg. Ezen tárgy úgy a régebbi, mint az újabb irodalomban gyakran szerepel és a legújabb irodalomban is nagy figyelemben részesül. Éppen azért csak a legfontosabb pontokra akarok futólag kitérni.

Az általános tüneteket leszámítva, a melyek a tuberculosis gyanuját felkelthetik, a nyakon és mellkason jelentkező *féloldali gyüjtőértágulás*, néha kisebb fokú *oedema az arcz egyik oldalán* észlelhető, a gyüjtőereknek a megnagyobbodott tracheobronchialis mirigyek által okozott összenyomatásának tüneteként.

A *kopogtatással* kimutatható tünetek közül leggyakrabban a manubrium sterni felett, annak jobb szélét túlhaladólag és a lapoczkák közötti tájékon a gerinczoszlop mellett a 2. és 3. hátcsigolya magasságában észlelhető határozottan tompult kopogtatási hang. *O. de la Camp*[35] a *Korányi Frigyes* által kidolgozott gerinczoszlop-kopogtatásnak is tulajdonít bizonyos jelentőséget.

Azonban nagyon tekintélyes szerzők *(Widerhofer, Henoch, Schlossmann* és mások) nem tulajdonítanak a kopogtatásnak túlságosan nagy fontosságot és *O. de la Camp* szerint a physikalis diagnosis csak az összes megnagyobbodott mellkasnyirokmirigyek egész tömegére vonatkoztatható, nem pedig csak kizárólagosan a tracheobronchialis és bronchopulmonalis mirigyekre.

A gyermekkori tuberculosis gyakorisága mellett a *Pirquet*-féle tuberculinreactiónak a tracheobronchialis nyirokmirigyek tuberculosisának szempontjából szintén nem tulajdoníthatunk döntő szerepet, sőt a próba egészen biztos nyirokmirigytuberculosis mellett is negativ avagy csak gyengén positiv lehet (I. és II. esetünk).

Sokkal fontosabb a *Röntgen-vizsgálat. Sciallero*,[36] *Béclère*,[37] *Holzknecht*,[38] *Bade*,[39] *O. de la Camp*[40] és mások vizsgálatai után főként *Alban Köhler*[41] szerzett magának maradandó érdemeket a tracheobronchialis mirigyek tuberculosisának Röntgen-vizsgálata körül.

Ugy az átvilágítás, mint a fotografálás jól értékesíthető, azonban *A. Köhler* szerint feltétlenül értékesebb az utóbbi.

[31] *B. Schick:* Exspiratorisches Keuchen als Symptom der Lungentuberkulose im ersten Lebensjahre. Wiener klinische Wochenschrift, 1910, 5. szám.

[32] *E. Sluka*: Über Röntgenbefunde bei tuberkulösen Kindern mit exspiratorischem Keuchen. Wiener klin. Wochenschr., 1910, 5. sz.

[33] *A. Weil*, l. c. 478. old.

[34] *E. Fronz*, l. c. 5. old.

[35] *O. de la Camp*: Die klinische Diagnose der Bronchialdrüsentuberkulose, Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde, 1908, I. kötet.

[36–40] L. *Alban Köhler*-nél.

[41] *Alban Köhler*: Zur Röntgendiagnostik der kindlichen Lungendrüsentuberkulose. Hamburg, 1906.

Valamennyi szerző vizsgálatai meglehetősen egyöntetűleg mutatják, hogy ép mirigyek sohasem adnak árnyékot, egyszerűen duzzadt mirigyek nem mindig, elsajtosodott mirigyek jól, elmeszesedett mirigyek kitünően, utóbbiak néha a löveg élességével érzékíthetők a fotografáló lemezen.

Megjegyzendő azonban, hogy a tracheobronchialis mirigyeket csak akkor lehet rögzíteni, ha bizonyos nagyságot elértek és a rendes középső árnyékot túlhaladják. Legjobban rögzíthetők a két tracheobronchialis szegletben fekvő nagy mirigytömegek, főként jobboldalt, és természetesen a tüdő szövetében fekvő bronchopulmonalis mirigyek is. A szív árnyéka által teljesen fedett bifurcatiós mirigyek nem mutathatók ki a fotografáló lemezen (*Engel*).[42]

Mindezek alapján a Röntgen-fotografálásban igen értékes diagnostikai segédeszközünk van, mely a többi diagnostikai tünettel együtt legtöbbnyire elég korai helyes kórjelzésre vezet. Azonban a Röntgen-kép egymagában véve sohasem lehet döntő. Ez ellen *A. Köhler* tiltakozik legjobban: „Ha a Röntgendiagnostika a többi klasszikus segédeszköz elhanyagolására vezetne, nem érdemelné meg, hogy létezzék."

Kétségen kívül nagyon fontos diagnostikai segédeszköznek tekintendő a tracheobronchoskopia directa. Gyermekeken való alkalmazása azonban csak mint a már szükségesnek felismert gyógybeavatkozásnak bevezető actusa válik lehetségessé a mirigyek áttörésekor. Fentemlített dolgozatomban már beszámoltam mirigyáttörés 4 esetéről és 2 esetről, a melyben a mirigyáttörés csigolyatályoggal volt szövődve; mindezekben a tracheo-bronchoskopia directa fontos eredményekre vezetett. A most leírt 4 esetben is hasonló tapasztalataink voltak. A bedomborodások és összenyomatások, a melyek a hörgőkre és légcsőre támaszkodó avagy azokat körülvevő megnagyobbodott mirigyek által okoztatnak, úgyszintén a mirigyáttörések okvetetlenül észrevehetők. Feltétlenül szükséges azonban gyermekeken — a mit itt is hangsúlyoznunk kell — az egyenletes, mély narcosis. Félig éber, nyugtalanul légző gyermekeken főként oldalsó impressiók nem jól itélhetők meg, avagy felvétetnek ott, a hol valójában nincsenek.

Leginkább két helyen emelkednek ki jól ezen bedomborodások: a trachea oldalsó falának alsó részén — a tracheobronchialis szegletekben — *és a főbronchusok medialis (belső) falán.* Főként *a jobb oldalon* láthatók eme két helyen a a tracheobronchoskopia segítségével a jellegzetes bedomborodások. Eme helyek megfelelnek ama két helynek, a hol a tracheobronchialis nyirokmirigyek rendes viszonyok között is nagyobb csoportokban lelhetők fel; ezenfelül a bifurcatiós mirigyek csoportja nagyobb felszínével a jobb főbronchus belső falára támaszkodik és a mirigycsoportnak csak felső csücske érinti a bal főbronchus falát. (L. az 1. ábrát.)

A trachea oszlási élének ellaposodása, a melyet először *H. Schrötter*[43] írt le és a melyet a mi eseteinkben is néhányszor észlelhettünk, a bifurcatiós mirigyek megnagyobbodásának jellegzetes tünete.

A légutakban flottáló avagy azok valamely helyén megakadt mirigysequesterek, úgyszintén a már sarjadzó, avagy újonnan keletkezett áttörési helyek, a melyek szintén többnyire a jobb oldalnak említett két helyén találhatók, a kevésbé gyakorlott vizsgálónak sem fogják elkerülni a figyelmét.

Mindezekből kitűnik, hogy *a tracheobronchoskopia directa nemcsak nagyon fontos diagnostikai segédeszköz értékével bir,* hanem általa *a compressio és perforatio helyét* a legtöbb esetben egészen pontosan megállapíthatjuk és a további lefolyást is jól megfigyelhetjük.

Még a mirigyáttörés *therapiáját* és későbbi *prognosisát* kell tárgyalnunk.

A kezdődő avagy már befejezett áttörés *therapiáját* élesen kell elkülönítenünk az egyszerű compressio kezelésétől.

(Vége következik.)

[42] *Engel:* Beiträge zur Röntgendiagnostik der Bronchialdrüsenvergrösserungen. Med. Klinik, 1913, 9. sz.

[43] *H. v. Schrötter:* Klinik der Bronchoskopie. Jena, 1906.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A. Silberstein: Kriegsinvalidenfürsorge und staatliche Unfallfürsorge. B. Valentin: Die Werkstätten im kgl. orthopädischen Reserve-Lazarett Nürnberg. Würzburg, Curt Kabitzsch, 1915.

Egymást követik Németországban a rokkant-ügyre vonatkozó értékesnél értékesebb munkálatok. Ezek közé tartozik *Silberstein* és *Valentin* összefoglaló munkálata is. *Silberstein* bevezető fejtegetéseiben kiemeli, hogy a háború nemcsak rombol, hanem épít is, s utal az amerikai nagy háborúból leszűrődött azon igazságra, hogy a kórházi sebfertőzések halmozódásának megelőzése a sebesültek tömegelhelyezésének megakasztásával érhető el leginkább s idézi *W. Bergmann* jelenleg már megdönthetetlen állítását, hogy a lőtt sebek akkor gyógyulnak leggyorsabban és legjobban, ha lehetőleg keveset bolygatjuk őket. A jelenlegi háborúnak egyik legfontosabb és felette megszívlelendő tanulságát a következőkben foglalja össze: „Man versteht es heute kaum, dass vor nicht allzuferner Zeit die Vorstellung, die Wundbehandlung sei mit der anatomischen Heilung abgeschlossen, etwas Selbstverständliches war." A továbbiakban felette világosan taglalja azon kapcsot, mely a munkásbiztosítás és a rokkantügy között fennáll. *Scharnhorst* elméletét vallja, hogy minden német honpolgár született védője hazájának, a minek köszönhető a német hadsereg ereje és nagysága, de egyúttal a szoros kapocs a polgári és katonai socialis intézmények között. Ezen felfogásból kifolyólag a rokkantság megelőzése és gyógyítása a munkásbiztosítás munkájának a jövendőben felette megkönnyítését jelenti. Gyakorlati kivitelben szükségesnek tartja, hogy megfelelő szakemberek (sebész, testegyenész, iparos és munkásbiztositási szakember) együtt működve állapítsák meg a rokkant jövendő munkaképességének esélyeit, nemcsak a szóban forgó egyén kikérdezése, hanem mint a szerző német alapossággal megjegyzi: „. . . durch den Laboratoriumsversuch mit bewundernswerter Genauigkeit festzustellen, wieviel Arbeit der Verletzte auf seinem bisherigen Arbeitsgebiet noch zu leisten vermag . . ." A munkaképességnek ezen pontos megállapítása egyúttal a „balesetneurosis" legjobb megelőzője. *Silberstein* czikkét követi *Valentin* közleménye, melyben tanulságos ábrákkal és érdekes magyarázó szöveggel ismerteti a „Kgl. orthopäd. Reserve-Lazarett Nürnberg" berendezéseit. *Deutsch Ernő.*

Lapszemle.

Belorvostan.

Az agyrázódás következményes állapotainak kezeléséről ir *E. Weber* tanár. Ezek a következményes állapotok többnyire hónapokig eltartanak és állandó avagy rohamokban jelentkező erős fejfájásból, fejnyomásból, álmatlanságból, szédülésből hosszabb menéskor vagy lépcsőnjáráskor stb. állanak. A szerző szerint ilyen esetekben az agyvelőerek mechanismusában van zavar, kapcsolatban a bőrerek működészavarával, a mennyiben rövid ideig tartó lokalizált izommunka után a bőrerek erősen összehúzódnak, a helyett hogy tágulnának, mint a hogyan ez normális viszonyok között történik. A szerző tehát kutatott olyan eljárás után, a melylyel a bőrereknek jelzett rendellenes viselkedését meg lehessen szüntetni, mert felvette, hogy ezen eljárás az agyvelő ereinek innervatiós mechanismát is kedvezően befolyásolná. Tapasztalatai szerint bámulatos jó hatású a váltakozó hőmérsékű zuhany; a tünetek a zuhany alkalmazása után rögtön avagy félóra múlva gyengültek, illetve eltüntek, de eleinte csak néhány órára vagy félnapra, 1—2 heti kezelés után azonban véglegesen. Az eljárás technikája az, hogy kb. 6—7 perczen át $^1/_2$ perczenként váltakozva 14 és 45° hőmérsékű zuhanyt adunk; a hideg zuhany valamivel tovább tartson és mindig a hideg zuhanynyal fejezzük be a kezelést. (Medizinische Klinik, 1915, 17. szám.)

A papaverin hatását protozoonokra vizsgálta *Pick* és *Wasicky*. Az eredmények a gyakorlat szempontjából is érdeklődésre tarthatnak igényt, a mennyiben kiderült, hogy a papaverin erős mérgező hatást fejt ki a protozoonokra, többek között a dysenteria-amoebára. A papaverin használata amoeba-dysenteria eseteiben annyiban előnyösebb, mint az emetiné, mert nem okoz hányást és a szívet meg az ereket nem károsítja. Továbbá az emetin jelenleg nehezebben kapható s az ára is körülbelül 20-szorta nagyobb; ezenkívül azért is előnyben részesítendő a papaverin, mert lázellenes hatása is van és a beleket is nyugalomba hozza. (Wiener klinische Wochenschrift, 1915, 22. szám.)

Sebészet.

A sepsis gyógykezeléséről írja *Hüssy*, hogy e kérdésben elméletileg két út áll rendelkezésünkre: az egyik a szervezetbe bejutott mikroorganismusok megölése, a másik a specifikus virulentia megsemmisítése. Ez utóbbi könnyebben kivihető eljárás eszközei a colloid ezüst, a sublimat igen kis adagjai és a salvarsan, végül a bacteriumok toxinjait megkötő antitoxinokat tartalmazó serumok. Nem ér sokkal többet ezeknél a mesterséges leukocytosis és az antifermentkezelés sem.

A szerző a Merck-czég által előállított methylenkékezüst praeparatummal állatokon kisérletezve megállapította, hogy azok a methylenkék ezüstnek nagyobb dosisait is jól tűrik, még intraperitonealisan is, s az így kezelt állatok a streptococcus- és coli-fertőzésekkel szemben igen ellentállónak bizonyultak. A colibacillusok feltünően, míg a strepto- és staphylococcusok kevésbé érzékenyek a praeparatummal szemben.

A szerző 2 súlyosabb, számos metastasissal bíró beteget sikerrel gyógykezelt methylenkék-ezüst 2%-os oldatából 2 cm³-es adagoknak naponként befecskendezésével. Az injectio kissé fájdalmas, ezért alypint lehet hozzáadni. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 17. sz.) *M.*

Gyermekek végbélelőesésének radikalis műtétéül *Tölken* az *Ekehorn*-féle műtétet ajánlja. A műtét lényege igen egyszerű rectopexia, melynek kivitele a következő:

Narcosisban reponáljuk az előesett részt és a végbelet bal kezünk mutatóujjával feltoljuk; míg ujjunk a végbélben marad, kívülről a keresztcsont alsó széle mentén ujjunk irányában beszúrunk egy troicarhoz hasonló tűt a végbélbe s ezt a végbélnyíláson kitoljuk. Ekkor a tűbe vastag selyemfonalat fűzve visszahúzzuk, miáltal a selyemfonál egyik vége a végbél falát és a bőrt átöltötte.

Ugyanígy járunk el a másik oldalon is, és a fonál két végét a keresztcsont felett megcsomózzuk. Selyemfonál helyett sodrony is használható, melyet ólomgömbbel erősítünk meg. A beteg a műtét után fenn lehet s rendesen étkezhet. Opium adása szükségtelen. A varratot, melyre egyszerű nyomókötést teszünk, 10—14 nap mulva kell eltávolítani.

A 2.—3. napon gyakran 38—39°-os hőemelkedés áll be, de ez a 6.—7. napon megszűnik. Csupán egy betegen kellett a varratot korábban eltávolítani a továbbra is fennálló láz miatt.

A szerző 9 operált betege közül 8 recidivamentesen gyógyult, 1 pedig általános testi gyengeség miatt a műtétet követő napon meghalt. A műtétet, mely az összes prolapsusműtétek között a legegyszerűbb és legveszélytelenebb, a szerző igen ajánlja. (Deutsche med. Wochenschrift, 1915, 15. szám.) *M.*

Ideg- és elmekórtan.

A positiv fájdalom és negativ élvezet van egymás mellé állítva *Kollarits Jenő* czikkében. Nem ritkán hallani neurastheniás emberek panaszai között az olyan kifejezéseket, mint „igazi", „positiv", „valóságos", „reális" fájdalom. Ez olyan jellemző szólásmód, hogy szépirodalmi írónak is föltűnt. *Thomas Mann* „Buddenbroogs" czímű tudományos magasságot elérő kitünő regényében az egyik neurastheniás ember állandóan arról panaszkodik, hogy teste fél felének idegei rövidek és hogy „reális" fájdalmat érez. Más neurastheniások az élvezetet mondják negativnak. Ilyen mondásokat hallani: az ejaculatio negativ élvezet, a defaecatio nem ad kielégülést, az evés nem élvezet, az életben nincs öröm, az életnek nincs czélja stb. Ha az ember megkérdezi, hogy mit értenek negativ élvezet alatt, azt felelik, hogy nem éreznek olyan élvezetet mint más, pl. nemi dolgokban. Helyi hibára gondolnak és nem akarják elhinni, hogy nem a benyomás különböző, hanem a jellem a mely azt értékeli.

A positiv fájdalom és negativ öröm szembeállítása fontosságban nő, ha látjuk, hogy *Schopenhauer* philosophiájában ez a két fogalom milyen nagyfontosságú. *Schopenhauer* munkáiban vagy egy tuczat helyet találni, a hol ez a nézet ismételten ki van dolgozva. *Schopenhauer* azt gondolja, hogy ő teljesen hideg philosophiai megfontolásból jutott erre az álláspontra, pedig ez az ő nézete csak az ő elkeseredett depressiós jellemének tükörképe és itt van az érintkezőpont *Schopenhauer* és a mi neurastheniásaink között, mert ezeknek is deprimált a charakterük.

Ez a megállapítás azonban patienseinknek csak egy részére illik, mert a másik csoport, a mely euphoriás neurastheniásnak volna nevezhető, épp ellenkezőleg viselkedik. Ők a fájdalom iránt érzéketlenek és az öröm nekik nagyon is positiv valami.

Möbius vitába száll *Schopenhauer*-rel és kimutatja, hogy az élvezet positiv. Ez a vita alapjában helytelen, mert *Schopenhauer*-nak igaza van magára vonatkozólag és arra a csoportra, a mely vele egyforma charakterü, míg nincs igaza a másik csoportra vonatkozólag. Negativ boldogság vagy fájdalom alatt különben azt lehetne csak érteni, hogy bizonyos charakter a boldogító vagy fájós benyomásokra nem reagál, a reactio negativ, nem pedig, hogy az élvezet maga negativ, mert negativ érzés alatt semmit sem lehet elképzelni.

Sajátságos, hogy *Schopenhauer* nem jön erre a mondhatni bifurkált álláspontra philosophiájában, mert ő igen helyesen ír az eucolos és discolos emberekről, azaz a jó- és rosszkedvűekről, sőt néha mintegy megfeledkezve magáról, benne is átcsillan az euphoriás életkedv sugára, a mikor bizonyos boldogságról legalább is mint szerény méretü kivételről emlékszik meg.

Nevezetes dolog, hogy neurastheniás betegek gyakran törik a fejüket olyan problemákon, a melyek kellően megalapozva és kiépítve a philosophia magaslataiba emelkednek. Legtöbben közülök persze még a küszöbéig sem jutnak ennek a tudománynak.

A referens egy multkori referatumában *Schopenhauer* neve toll- vagy sajtóhiba következtében két p-vel volt irva; olvasva referatumát, észrevette a hibát, de helyreigazítást nem tartott szükségesnek, mert remélte, nem tételezik föl róla, hogy a helyes írásmódot nem ismeri. Minthogy csalódott ebben, a helyreigazítást mégis közzéteszi.

Autoreferatum.

Gyermekorvostan.

A csecsemők gyomrának aciditását vizsgálta *Hess R.* (*Salge* strassburgi klinikáján). *Allaria*, *Davidsohn* és *Salge* vizsgálatai óta a csecsemő gyomoremésztése ismételten volt vizsgálat tárgya. A szerző is igen nagy anyagon végzett kiterjedt vizsgálatokat és ezek eredményét a következőkben foglalja össze:

1. A csecsemő gyomrának aciditása az esetek túlnyomó többségében nem elegendő arra, hogy a pepsin hatást fejthessen ki.

2. Szopós csecsemők gyomrában a legelső életnapokban átmenetileg oly nagyfokú lehet az aciditás, hogy a pepsint activálhatja.

3. A csecsemő életkorának előrehaladásával az aciditás lassan, fokozatosan növekszik és körülbelül a 9. hónappal éri el a pepsinhatáshoz szükséges magaslati fokot.

4. Az emésztőnedv elválasztásának élettani ingere a természetes táplálás, míg egyéb, különben hatásos ingereknek

ismert anyagok egyáltalán nem vagy jóval kevésbé fejtenek ki hatást. (Zeitschr. f. Kinderheilk., 1915, XII. köt., 409. l.)

Flesch.

Húgyszervi betegségek.

A diathermiának és electrocoagulatiónak az urologiában való alkalmazásáról ír *H. Wossidlo*. A thermopenetratio vagy más néven diathermia *d'Arsonval* azon megfigyelésén alapszik, hogy megfelelő hullámhoszszal bíró magas feszültségű áramok az emberi szervezetben sem fájdalomérzést, sem izomrángásokat, hanem pusztán csak hőérzést váltanak ki. A szerző nagyon érdekes tanulmányában azt fejtegeti, hogy az ő tapasztalatai szerint mennyiben felelt meg a diathermia a húgy- és ivarszervek betegségeiben s mennyiben nem. *Eitner* szerint a diathermia nem tudta teljesen kipusztítani a gonococcusokat, de viszont nem lehet tagadni, hogy az electropenetratio a prostatára bizonyos kedvező hatást gyakorol: $^1/_4$ órai diatherma ugyanis 1 órai meleg Arzberger-öblítésnek felel meg. A szerző az egyik electrodnak a végbélbe vezetett Arzberger-körtét használta. Kellő ellenőrzés mellett a 0·8—1 ampères áramot a betegek $^1/_4$—$^1/_2$ órán át jól kibírták. Hátulsó kankónál *Wossidlo* a diathermiát adstringens oldat öblítésével kombinálta s ily módon a gyakori s fájdalmas vizelésingert a rendesnél gyorsabb idő alatt sikerült megszüntetnie.

Hevenyés mellékheregyuladás esetén a diathermia hatástalannak bizonyult, de idősült esetekben meg jól bevált. A legszebb eredményeket a kankós eredetű, úgy hevenyés mint idősült izületi lobokban érték el, sőt a vaccinatherapiával való combinatio különösen jó hatásúnak mutatkozott. A gyógyító hatást a szerző a villamosságon kívül, mely nagyobbára enyhe faradisatiónak bizonyult, főképp a hőhatásnak s az ozonkiválásban s erősen antisepsises hatású nitratok s superoxydok képződésében nyilvánuló vegyi folyamatoknak tulajdonítja.

A vesebetegségek terén eleddig az irodalomban ismertetett kedvező eredmények felsorolása után *Wossidlo* kijelenti, hogy neki csakis a pyelitis s pyelonephritis terén vannak kedvező tapasztalatai; ezeket a jó eredményeket, illetőleg a fájdalom lényeges csökkenését ő feltétlenül a diathermiának tulajdonítja. Végül néhány esetet közöl, a hol apróbb hólyagtumorokat electropenetratióval sikerült teljesen elroncsolni. Tapasztalatait a következőkben összegezi: hevenyés húgycsőkankó esetén eleddig nem sikerült lényegesebb eredményt elérni, idősült, még pedig úgy anterior mint posterior esetekben azonban a diathermia igen jó segédeljárásnak bizonyult; prostatitis eseteiben az eddigi eredmények további kisérletekre buzdítanak, arthritis és pyelitis eseteiben pedig a régebbi eljárásokkal kombinálva jól bevált. Azon ellentéteket, melyek a mellékherelobra gyakorolt hatás tekintetében *Kaufmann* és *Klingmüller* között fennállanak, további kisérletekkel kell felderíteni. Egyébként pedig újból megerősíti a szerző, hogy az electrocoagulatio a hólyagban és hátulsó húgycsőben ülő papillomák endovesicalis eltávolítására a legjobb s legkönnyebben kezelhető eljárásnak bizonyult. (Medizinische Klinik, 1915, 1. sz.)

Drucker.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A furunculosis *Bienenstock* szerint a háborúban levő katonáinkon előszeretettel a lábszárakon fordul elő és igen makacs, a mennyiben fekélyképződés társul hozzá. Gyógykezelésére igen jónak bizonyult a $^1/_2{}^0/_{00}$ sublimat-oldattal borogatás, naponként egyszer megismételve. A gyógyulás 4—5 nap alatt következett be. (Wiener med. Wochenschrift „Der Militärarzt" mellékletének 1915. évi 16. száma.)

Az arsen-liquofersanról (liquor fersani arsenici comp.) nagyon dicsérően nyilatkozik *Obradovic*, a ki a bécsi Erzsébet-kórház beteganyagán tanulmányozta a hatását. Jó eredménynyel használható gümőkór és chlorosis eseteiben, továbbá oly általános alkati bajokban, a melyek étvágytalansággal és kimerüléssel járnak. A szer nem egyéb, mint a már régóta jó hírnévnek örvendő fersan (könnyen felszívódó vas-acidalbumin) combinatiója Fowler-oldattal, condurangokivonattal és calcium glycero-phosphattal. Ize kellemes, aromás. Naponként 3-szor adandó belőle evőkanálnyi az étkezések előtt. (Oesterreichische Aerzte-Zeitung, 1915, 13. sz.)

Alival néven a Merck-gyár egy új jodkészítményt (joddihydroxylpropan) hozott forgalomba, a melyet nagyon dicsér *Lüders*, *Jemmert* és *Beller*. A szájon át is adható, legjobb azonban intramuscularisan befecskendezni. A 20 : 10 vizes oldatból naponként 1 cm³ fecskendezhető be. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 22. sz.)

Idősült légcsőhurut ellen *Wilcke* váltakozó napokon arsent és jodkaliumot használtat kis adagokban, vagyis az egyik napon Fowler-oldatból 3-szor 2 cseppet, a másikon pedig 10 : 200 jodkalium-oldatból 3-szor $^1/_4$ kávéskanálnyit. Mindkét szert evés után adja tejben. (Medizinische Klinik, 1915, 21. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1915, 28. szám. *Hültl Hümér*: A typhus- és choleraoltások jelzése.

Orvosok lapja, 1915, 28. szám. *Végh János*: Az állati gümőkór szerepe az ember életében.

Budapesti orvosi ujság, 1915, 28. szám. *Pajzs Pál*: Tetanus 25 esete.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Posgay István* dr.-t az aradi gyermekkórház igazgatójává nevezték ki.

Választás. *Baráczy Sándor* dr.-t Valkány község orvosává választották.

A cholera állása hazánkban. Magyarország területéről a június 21.-étől 27.-éig terjedő héten 262 cholerabetegedést jelentettek és 281 halálozást. Az esetek következőképpen oszlanak meg: *Törvényhatósági városok*: Budapest 1, Debreczen 121, Kassa 10, Miskolcz 1, Nagyárad 1, Pécs 1, Pozsony 1, Ujvidék 1. *Vármegyék*: Bács-Bodrog vármegye: Bogyán 14; Bars vármegye: Léva 9; Békés vármegye: Szeghalom 1; Bereg vármegye: Munkács 6, Oroszvég 1; Esztergom vármegye: Esztergom 1; Heves vármegye: Eger 5; Jásznagykúnszolnok vármegye: Mezőtúr 2; Pest vármegye: Kalocsa 2, Soltvadkert 1; Pozsony vármegye: Nagymagyar 1; Szabolcs vármegye: Nyiregyháza 10; Szepes vármegye: Gölniczbánya 2; Szolnok-Doboka vármegye: Szamosujvár 2, Szék 5; Tolna vármegye: Bonyhád 1, Paks 1; Torontál vármegye: Katalinfalva 2; Trencsén vármegye: Zsolna 7; Ung vármegye: Ungvár 5, Oszemere 3, Nagyberezna 1, Palócz 1; Vas vármegye: Körmend 13, Kissitke 26; Zemplén vármegye: Nagymihály 1, Takcsány 1, Csabaháza 1, Kereszttelep 1. A megbetegedések közül 55 a polgári lakosság körében fordult elő, 64 a katonaság között történt. A többi 143 megbetegedés hadifoglyokra esik. Utólagosan érkezett jelentés szerint Tolna vármegyében Bonyhádon június hó 7.-étől 13.-áig 3, június hó 14.-étől 20.-áig pedig 6 choleramegbetegedés történt a polgári lakosság között.

Meghalt. *Visky Pál* dr., az aradi gyermekkórház igazgatója.

Pályázati hirdetmény. A m. kir. honvédelmi ministerium Hadsegélyező Hivatala ezennel pályázatot hirdet oly vegyszer előállítására, a melylyel az alsó- és felsőruházat impregnálva, kellő védelmet nyujtson a ruhatetvek ellen. A szer olyan legyen, hogy az ember egészségére kártékony hatást ne gyakoro jon s a ruházat tartósságát ne rontsa. A pályázatok benyujtásának végső határideje: *1915 augusztus 20.* A pályamunkák, a melyeket az erre fölkért szakértő bizottság fog elbirálni, a Hadsegélyező Hivatalhoz (Budapest, Képviselőház épülete) küldendők, külön zárt borítékban a pályázó nevével. A pályanyertes munka szerzője 1000, azaz Egyezer korona tiszteletdíjban részesül.

Személyi hírek külföldről. A hallei egyetem közegészségtani tanszékére *P. H. Römer* tanárt hivták meg Greifswaldból, a ki a meghivást elfogadta.

Lapunk mai számához *Dr. R.* és *Dr. O. Weil* vegyi-gyógyszerészeti gyár *M.-Frankfurt* prospektusa van csatolva.

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

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

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.**

Dr. JUSTUS kórházi főorvos **bőrgyógyító és kosmetikai intézete**
Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Antiontherapia, forrólégkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Kozmetikai eljárások és műtétek.

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

PÁLYÁZATOK.

447/1915. szám.

Baranya vármegye „László"-közkórházában az **alorvosi állás** betöltendő lévén, felkéretnek mindazon nőtlen orvostudor, esetleg szigorló orvos urak is, kik ezen 1200 korona fizetéssel és 150 korona működési pótlékkal, egyszobás bútorozott szobából álló lakás, fűtés, világítás és élelmezéssel javadalmazott állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányaikat méltóságos *nagyszigeti Szily Tamás* vármegyei főispán úrhoz címezve, hozzám **folyó évi július 24.-éig** nyujtsák be.

Mohács, 1915 július 13.-án. *Kórházigazgató.*

A budapesti állami gyermekmenhelyben egy másodorvosi állás üresedett meg, a mely egyelőre **napidíjas orvossal** fog betöltetni. Az orvos napidíja 6 korona és teljes ellátás, orvosszigorló vagy orvosnövendék alkalmazása esetén napidíja 4 korona és teljes ellátás.

A napidíjas orvos az állami gyermekmenhely sebészeti osztályán alkalmaztatik. Sebészeti gyakorlattal bírók előnyben részesülnek.

1022/1915. szám.

Szatmár vármegye nagysomkúti járásban Nagysomkút székhelylyel rendszeresített és elöléptetés folytán megüresedett első számú **körorvosi állásra,** melyhez Nagysomkút, Pribékfalva, Dánfalva, Fehérszék, Szamoslukácsi, Kővárhosszúfalu, Kisfentős, Magasfalu, Pusztahidegkút, Erdőaranyos, Hagymáslápos, Kolczér, Kisbozinta és Nagybozinta községek tartoznak, ezennel pályázatot hirdetek.

Felhivom a pályázni óhajtókat hogy a szabályszerűen felszerelt és okmányokkal is igazolt és eddigi alkalmaztatásukat bizonyító és okmányokkal is megerősített kérvényeiket hozzám **folyó évi augusztus hó 20. napjáig** adják be, a később beérkezett kérvényeket figyelembe nem veszem.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés 5 éves 200 koronás korpótlékkal és a szabályrendeletileg megállapított lakbér- és fuvarátalány.

A választás napját a pályázati kérvények beérkezte után fogom kellő időben közhirré tenni és erről a pályázókat megfelelő módon értesiteni.

Nagysomkút, 1915. évi július hó 12.

Jeszenszky Béla, tb. főszolgabiró.

15.034/1915. alisp. szám.

A lugosi vármegyei közkórházban az elhalálozás következtében üresedésbe jött **elmegyógyászati osztályvezető főorvosi állásra,** melynek hatáskörébe a bujakóros betegek kezelése és a kórboncznoki teendők is tartoznak, ezennel helyettesités útján való betöltésére, pályázatot hirdetek.

Javadalmazás 2600 korona fizetés és 700 korona lakáspénz.

Nőtlen pályázók a lakáspénz és havi 50 korona élelmezési megváltás ellenében a kórházban butorozott természetbeni lakást, világitást, fütést és I. osztályu élelmezést nyerhetnek.

A kik ezen állásra pályázni óhajtanak, életkorukat, szakképzettségüket és eddigi alkalmazásukat igazoló okmányokkal, kellően felszerelt kérvényüket *Medve Zoltán* dr., cs. és kir. kamarás, Krassó-Szörény vármegyei főispán úr őméltóságához címezve, **folyó évi augusztus hó 15.-éig** alólirotthoz nyujtsák be.

Az állás kinevezés, illetve megbízás után azonnal elfoglalandó.

Lugoson, 1915. évi július hó 4.-én.

Issekutz Antal, alispán.

15599/1915. kig. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött egyenként évi 1260 korona fizetéssel, fűtéssel, világítással és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott **három alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

A folyamodni óhajtók felhivatnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos *Purgly Sándor* dr. főispán úrhoz **legkésőbb folyó évi július hó 31. napjáig** nyujtsák be.

Az elmeosztályra beosztandó alorvos évi 300 korona működési pótlékot élvez.

Mind a három állásra szigorló orvosok is pályázhatnak.

Baja, 1915 július 2.

Erdélyi, h. polgármester.

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.

Lecithin-Perdynamin egy folyékony Lecithin-Haemoglobin-készitmény. Évek hosszú során át észlelt tapasztalatok és klinikai megfigyelések alapján hatása bevált a legkülönbözőbb **ideges zavaroknál, hysteriánál, neurastheniánál, rachitisnél és hiányos táplálkozásnál.** A testbe phosphort és vasat könnyen assimiláló alakban vezet be.

Perdynamin egy folyékony Haemoglobin-készitmény, melyet előszeretettel rendelnek természetes vérvas magas tartalma miatt. Mint bevált táp- és erősbitő-szer klinikákon, különösen azok **női és gyermekosztályain,** jó sikerrel alkalmazzák. Étvágygerjesztő, könnyen emészthető, a fogakat nem támadja meg, jó ize miatt szivesen szedik.

Guajacol-Perdynamin egy Guajacol-Haemoglobin-készitmény a légzőszervek megbetegedései, tüdőhurutok, tüdőtuberculosis, bronchitis, hörghurut, görvélykór ellen. Egyúttal vérképzően, erősitően és étvágygerjesztően hat.

Minták és irodalom Perdynamin és Guajacol-Perdynaminból díjmentesen küld:

Mr. Camillo Raupenstrauch
em. gyógyszerész,
Wien, II/1, Castellezgasse 25.

MEDIC. UNIV. Dr. PETŐ JÁNOS
fürdőorvos BALATONFÜREDEN
rheumás, izületi betegségek, gyógygymnastika, massage s szivbántalmak kezelése.
Budapest, VI., Vilmos császár-út 31., I. em.

Sanatorium Purkersdorf Wien mellett
Ideg- és belbetegek számára.
Elmebetegek és fertőző betegségekben szenvedők kizárva.
Hizlaló kúrák, gyomor- és bélbetegek, valamint diabetes részére külön osztály.
Külön osztály szivbetegek részére Dr. Max Herz magántanár vezetése alatt.
Egész éven át nyitva. — Főorvos: **Dr. Ludwig Stein,** császári tanácsos.

MATTONI-FÉLE
GIESSHÜBLER
természetes
égvényes
SAVANYÚVIZ.

Legjobban ajánlhatom
önműködő zárakkal ellátott és a
Pharmacopoea Hung. III-nak megfelelő
Dr Thilo-féle
Chloraethyl
készítményemet.
Az önműködő üvegek újra tölthetnek meg.
Prospektusok rendelkezésre.
MR. C. RAUPENSTRAUCH
em. Apotheker **WIEN** II. Castellezg. 25.

59. évfolyam. 30. szám. Budapest, 1915 julius 25.

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.

Vidakovich Kamill: A háborús lőfegyverek által okozott csonttörésekről, különös tekintettel a functionalis kezelésre. 399. lap.

Henszelmann Aladár: Közlés a budapesti kir. magy. tud.-egyetem I. sz. belklinikájából. (Igazgató-helyettes: Báró Kétly László dr., nyilv. rk. tanár.) Vastagbéldaganat érdekes Röntgen-diagnosisa. 406. lap.

Csokolyi Fényes Pál: A sebesült-szállítás és kötözés kérdése a segélyhelyen. 407. lap.

Paunz Márk: Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházzal kapcsolatos egyet. gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., udv. tanácsos, egyet. ny. r. tanár.) A gümős tracheobronchialis nyirokmirigyek áttöréséről a gyermekkorban. 408. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Belorvostan. Rovsing:* A belorvostan körébe tartozó idősült vesegyuladások sebészeti kezelése. — *Sebészet. Lewisohn:* A vérátömlesztésnek igen egyszerű módja. — *Bőrkórtan. Blaschko:* Az orosz keleti tengeri tartományokban előfordult lepra veszélyezteti-e Németországot? — *Venereás betegségek. W. Scholtz:* A bőrbajoknak és nemi betegségeknek a háborúban való elterjedése és gyógyítása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Schnée:* Diabetes mellitus kezelése. — *Herff:* Decubitus kezelése. — *F. Klemperer:* Intravenás jodtherapia. 410—411. lap.

Magyar orvosi irodalom. Gyógyászat. 411. lap.

Vegyes hirek. 411. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A háborús lőfegyverek által okozott csonttörésekről, különös tekintettel a functionalis kezelésre.*

Irta: ***Vidakovich Kamill*** dr., egyetemi magántanár, a sebészeti klinika I. tanársegéde.

Tisztelt Szakosztály!

Abban a meggyőződésben, hogy a mostani időben nem szóval, hanem tettel kell a haza ügyét szolgálni, nem szívesen jelentkezem szólásra. Ha ennek daczára mégis teszem, szolgáljon mentségemül a jó szándék, melylyel teszem, és melyet a következő érvekkel akarok indokolni. Az orvosi működés természeténél fogva egyénhez kötött, a mi azonban nem jelenti azt, hogy helyhez is legyen kötve. Sőt ellenkezőleg! A jó, a bevált módszereknek minél szélesebb körben való terjesztése és ismertetése ma épp úgy hazafiúi kötelessége minden orvosnak, mint a hogy kötelessége az is, hogy munkája közben szerzett tapasztalatairól, legyenek azok akár kedvezők, akár kedvezőtlenek, tanulság kedvéért a kollegák összessége előtt is beszámoljon. Bizonyos kérdésekben csakis így jöhet létre megállapodás, bizonyos kérdések csakis így tisztázhatók, okulására önmagunknak és hasznára a közös nagy ügynek. Azon reményben, hogy a választott kérdésben szerzett tapasztalataink nyilvánosságra hozatalával magunk is egy morzsányival hozzájárulunk sebesültjeink javára, kérem pár perczre a t. Szakosztály szíves türelmét.

A hadsebészetnek actualis kérdéseit a gyakorlat veti fel, és pedig úgy a saját munkánk alapján, mint a más helyen kezelt és áthelyezés folytán szemünk elé került sérülteken tett megfigyelések. A szűkebb hazájába visszakívánkozott és az uralkodó rendszer mellett más kórházakba áttett sérültek elég nagy száma más kezelési eljárások eredményeit is elénk tárja, azok előnyeivel, de esetleges hibáival is. Hogy ilyenek is előfordulnak, azt nem lehet tagadni. Nem is csoda. Jól tudjuk, hogy az intézetek legtöbbjének személyzete jelenleg annyira megcsappant, hogy a rendesnél nagyobb és súlyosabb természetű anyag minden tekintetben kifogástalan ellátására képtelen. A hibák főleg a sok bajlódással járó hosszadalmas lefolyású esetekben lesznek szembetűnőbbek. Az úgynevezett érdekes esetek közelebb állanak az orvos szívéhez; a has, az agy és az idegrendszer sérülései rendesen egyetlenegy beavatkozással elintézhetők, nem úgy azonban a csontok nyílt törésével járó sérülések. Ezek igen sok helyen már a béke gyakorlatában is, most a háború alatt a fokozott munka mellett pedig még inkább a mostoha gyermek sorsára jutnak. Nem tagadható, hogy gyakran, részint a kezelésből, részint pedig az ápolásból folyó oly javíthatatlan következményeket mutatnak, melyek kellő időben csekély figyelemmel talán el lettek volna kerülhetők. Ezért azt hiszem nem végzek hiábavaló munkát, midőn *Makara* tanár tanácsának engedve, a csonttörések, specialisan a lövési csonttörések gyakran komplikált therapiájának néhány fontos és jelenleg különös actualitással bíró kérdését e helyen felvetni és tárgyalni bátorkodom. Mielőtt azonban a részletek megbeszélésébe bocsátkoznék, legyen szabad néhány perczet szentelnem azon általános viszonyok leírására, melyek jelenleg dolgozásunkat irányítják és ezáltal a gyógyulási eredményekre oly nagy befolyással vannak.

Hadsebészetről, mint külön tudományról, csak relativ értelemben lehet beszélni; a hadsebészet a béke sebészetének megalkuvása a háború teremtette különös viszonyokkal. Ezek a különböző sérülési formák esetén különböző módon befolyásolják a kezelést, még pedig nemcsak a sérülés színhelyén, hanem az állandó egészségügyi intézetekben is. Ha a mi specialis kérdésünk szempontjából vizsgáljuk őket, akkor megállapíthatjuk, hogy vannak olyanok, melyek a sérültre magára, olyanok, melyek a sérülés minőségére vonatkoznak, és végül olyanok, melyek külső körülményekből adódnak; megállapíthatjuk továbbá azt is, hogy egy részük kedvező, más részük pedig kedvezőtlen befolyással van a sérülések gyógyulására. Tekintsük sorra őket.

I. *A jelen viszonyok befolyása a törések gyógyulási eredményeire.*

Ily kedvező körülmény, mely a sérültre vonatkozik, például az, hogy a sérültnek nem kell a kórházi költségek megtérítésével törődnie; a kórházban maradhat nemcsak addig, míg törése meggyógyul, hanem továbbra is, az utókezelés teljes befejezéseig. A sérültben meg van a kezeléshez szükséges kitartás, nem szökik meg az anyagi gondok miatt, sőt a mennyiben rendesen harczképtelenségéről van szó, a kór-

* Az Erdélyi Múzeum-Egyesület orvostud. szakosztályának 1915 márczius hó 20.-i ülésén tartott előadás nyomán.

házból való mielőbbi kiszabadulás reményében, maga a teljes akaraterejével gyámolítja a hosszadalmas kezelést. A mi egyrészt igen fontos, másrészt lényegesen meg is rövidíti a kezelés tartamát. Talán egyféle kezelés esetén sem szükséges annyira a beteg jóakaratú hozzájárulása, mint a sokszor nemcsak unalmas, hanem fájdalmakkal is járó functionalis utókezelés alkalmával.

Előnyös körülmény továbbá az is, hogy az utókezelést a hadi sérülteknek oly formában tették lehetővé, a milyenhez nem minden magánember juthat hozzá. Fürdők, Zander-intézetek, mechano-medikai intézetek ajtai nyitva állanak számukra. A társadalom mindenképpen segíti őket, az állam pedig a nyomorékság okozta fogyatékosságok kisebbítésére új intézetek felállításán fáradozik, melyekben nyomorékságuknak megfelelő munkát sajátíthatnak el. A hasznavehetetlen vagy elveszett végtagok pótlására pedig prothesisekről gondoskodik az állam és a társadalom jó szíve.

Végül a törések jobb gyógyulását, valamint a következmények súlyosságának enyhítését biztosítja az a körülmény is, hogy főleg fiatal, egyébként egészséges szervezettel bíró egyének sérüléséről van szó, kiken tudvalevőleg a törés következményei kevésbé gyorsan fejlődnek ki, és ha be is következnek, nem érnek el oly nagy fokot, hogy eredményesen ne volnának még legyőzhetők.

A mi magát a sérülés minőségét illeti, azt mondhatjuk, hogy a kedvező viszonyok egész sorával találkozunk a háborús lőfegyverek okozta nyílt törések esetén; kedvezőbbekkel, mint a békeidő hasonló sérülései alkalmával.

Ugyanis a trauma sajátszerűsége miatt a tört végek dislocatiója rendesen nem nagyfokú. A kis projectil, ha közelebbről éri a csontot, mindenesetre darabos törést okoz, de a tört végeket nem tolja el nevezetesebb módon egymástól, ha pedig távolabbról jőve töri el a csontot, egyszerű törést okoz ugyan, melyben azonban, mivel a golyó kicsi, a trauma okozta dislocatio szintén nem lehet nagyfokú. A nagyobb gránátdarabok hatása ezzel szemben egészen más, rendesen oly nagyfokú roncsolást visz véghez a végtagokban, mely miatt vagy az egyén elvérzése következik be, vagy pedig a végtag elhalására vezetve, annak eltávolítását teszi szükségessé. Nem is volt alkalmunk egyetlenegy nagyobb gránátsérülést látni, melynél a törés alkotta volna beavatkozásunk okát. A primaer dislocatio, mely az ipari sérülések traumái után oly nagyfokú szokott lenni, a háború lőfegyvereitől okozott nyílt törések esetén alárendeltebb jelentőségű, főleg jelentéktelen azon sérülteken, kiket fekvő- vagy ülő-, tehát nyugalmi helyzetben ért a lövés. Természetes, hogy a szállítás alkalmával a dislocatio foka növekedhetik. De az izmok retractiója által feltételezett ú. n. secundaer dislocatio — ad latus — a tört végek darabossága folytán ismét jobb indulatú, mivel a tört végeknek egymás fölé elcsúszásának lehetősége nincs úgy megadva, mint az egyszerű törések eseteiben. Ezért nagyobb fokot csakis a dislocatio ad longitudinem ér el; a többi alárendeltebb jelentőségű, mi miatt a javításuk is könnyebb szerrel és kevesebb fáradsággal érhető el.

A törések említett sajátossága miatt tehát a repositio általában könnyebb szerrel sikerül: ez a sérülés minőségében keresendő második kedvező körülmény. A csonthártya útján egymással összefüggő csontdarabok a végtag egyszerű hosszirányú meghúzása által könnyen illeszkednek egymáshoz és sorakoznak ismét egymás mellé a végtag hossztengelye körül.

Az a körülmény pedig, hogy az egyes csontdarabok legnagyobbrészt a periosteummal összefüggésben maradnak, és hogy a periosteum maga is többszörös sérülést szenved, oly ingert alkot, melynek következtében callus gyorsan és nagy fokban képződik. A csontos consolidatio ezért darabos törés esetén gyorsabban következik be és nagyobb mérvet is ölt, mint egyszerű haránt vagy ferde törés után. Ez a harmadik kedvező körülmény, mely mellett nem utolsó szerepet játszik a sérültek fiatal kora és egészséges, erőteljes volta is.

Végül még egy körülményről kell megemlékeznem, mely szintén kedvező módon befolyásolja az összeredményt. Ezt abban kell látnunk, hogy a lövés-töréseknek nagy százaléka nem fertőzött, legalább nem oly súlyosan, mely a gyógyulásra nézve különösebb befolyással volna. Oly fertőzés, mely láztalan állapot mellett apróbb csontos darabok sequestrálódásával jár, nem késlelteti a csontos összeforradást, talán még sietteti is.

Ha eddig csak olyan momentumokat említettem, melyek a kezelésre és így az eredményre is kedvezőnek voltak mondhatók, a továbbiakban egynéhány olyanról is meg kell emlékeznem, melynek befolyása határozottan káros.

A háború, mint rendkívüli esemény, rendkívüli állapotokat teremt az egészségügyi intézetekben is. A sebesültek befogadására a megszaporított kórházak sem elegendők néha. Ellátásukhoz a kórházak rendes békeidőbeli személyzete is alig volna elegendő; pedig a sebesülteket be is kell fogadni a kórházba és el is kell látni, sokszor tekintet nélkül a kórház befogadó képességére. Az aránytalanul megnövekedett munkát kisebb számú és kevésbé tapasztalt és összegyakorolt orvosi és ápoló személyzetnek kell végeznie. Ily körülmények között érthető, hogy a részlet-munkában itt-ott hiányok fognak mutatkozni, és pedig főleg azon sérülésformák ellátásában, melyek hosszadalmas, fáradságos kezelést igényelnek, ilyenek pedig elsősorban a csontok lövéssérülései. Sajátosságuk miatt nem lehet őket úgy magára hagyni, mint egy súlyos lágyrészsérülést, mely egyszerű kötözés mellett mintegy magától is meggyógyul. A nyílt lövéstörések csakis tapasztalt, figyelmét mindenre fordítani tudó orvos kezében és csak a legszakszerűbb kezelés mellett igérnek jó eredményt. Még nehezebbé teszi a feladatot jelenleg az, hogy a sérültek nagy tömegével van egyszerre dolgunk. Ha még hozzávesszük végre azt, hogy a functionalis kezelés, melynek végzése ma mindenkinek kötelessége, mily fokozott munkatöbbletet jelent, akkor nyilvánvaló, hogy a törések szakmájában gyakorolt egész embert követelnek. Ilyenek pedig nem lehetnek ma minden rögtönzött kórházban. A szükség törvényt bont, ma bizony sok nem sebésznek is kell sebészettel foglalkoznia.

Nem kis fokban befolyásolja az eredményt a rögtönzött kórházak felszerelésének hiányos volta is, a mi a csonttörések ellátásában főleg a Röntgen-felszerelés nélkülözése miatt válik érezhetővé. Igaz, hogy e kérdésben eltérők a vélemények. Sokan (*Saar, Exner* és mások) a balkán háborúban szerzett tapasztalataik alapján általában nélkülözhetőnek mondják a Röntgen-vizsgálatokat. Igy *Saar*, ki Belgrádban állott élén egy nagyobb hadikórháznak, csakis a háború után volt abban a helyzetben, hogy eredményeit Röntgen-felvételekkel ellenőrizhette volna. A vizsgálat meglepően kedvező eredményeket mutatott. Ezen kérdésben az a véleményem, hogy igenis tapasztalt sebész nagyjában el tud igazódni Röntgen-vizsgálat és ellenőrzés nélkül is, és a végtag külső configuratiójából meg tudja ítélni a tört végek helyzetét. Nem úgy azonban a kevésbé tapasztalt orvos. A Röntgen-lámpa az ő kezében épp oly nélkülözhetetlenül szükséges segédeszköz, mint a milyen fontos a tapasztalt szakember számára is akkor, ha finomabb részletek megállapításáról van szó. *Saar* jó eredményeit nagy tapasztalata mellett főleg annak köszönhette, hogy egyszerű, praktikus eszközökkel, sínekkel dolgozott.

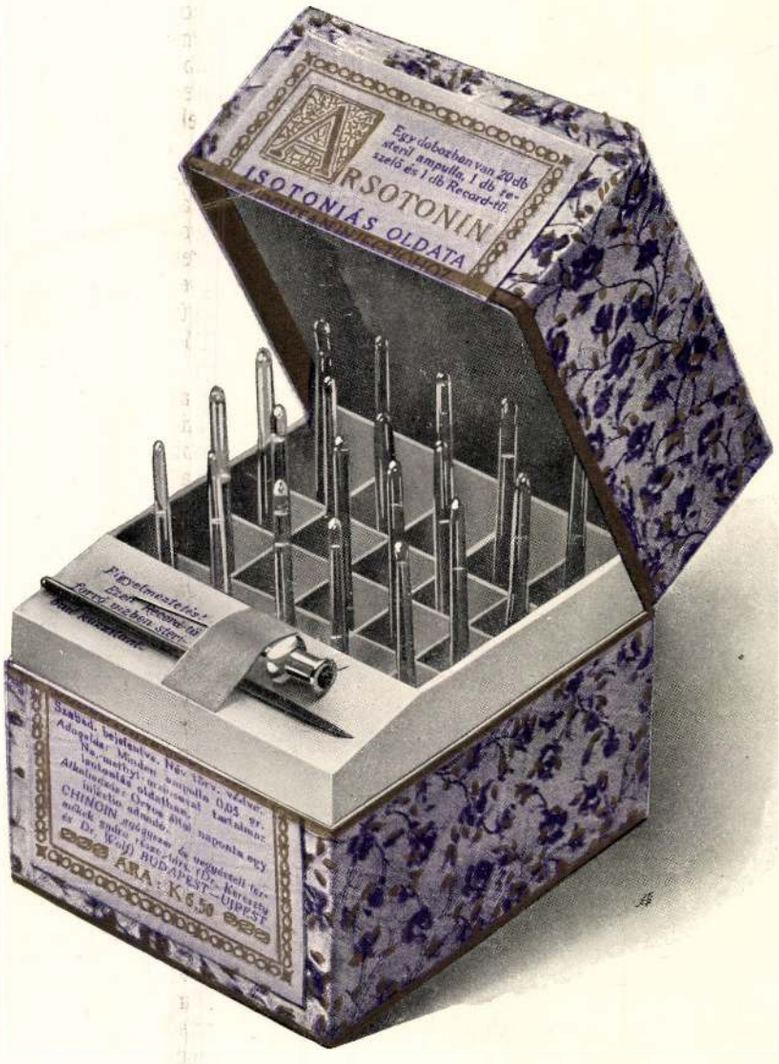
Kevésbé kedvező körülmény továbbá az is, hogy a sérültek sokszor nem maradnak egy helyt gyógyulásuk teljes befejezéséig, a minek következtében a gyógyulás egyidei legjobb lefolyás után is még mindig jelentkezhetnek késői zavarok. A sérült, honvágyának engedve, elkivánkozik szülővárosába vagy falujába, a mely kisebb, rögtönzött szükségkórházzal rendelkezik, melynek vezetője azonban nem is éppen sebész vagy tapasztalt szakember, a ki a mellett munkával túl van halmozva. Mi sem egyszerűbb, mint hogy itt a gyógyulásban visszaesés állhat be. Nagyobb kórházak pedig sokszor kénytelenek a már gyógyuló sérülteken túladni, különösen akkor, ha a hadvezetőség a tömegesen érkezendő

II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára
Budapest, VIII. [illegible]
Telefon: 143-600.

Arsotonin

Isotoniás subcután injectiok ampullákban

Szabadalom bejelentve.
Név törvényesen védve.



„CHINOIN"
gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.t.
(Dr. KERESZTY és Dr. WOLF)
UJPEST - BUDAPEST.

"Jókai" és Löbl Mór rt.

ARSOTONIN

Szabadalomra bejelentve. Név törvényesen védve. A methyldinatriumarsenat ($CH_3AsO_3Na_2$. $6H_2O$) **isotonicus** oldata steril ampullákban **subcutan injectiókhoz.** Egy dobozban van 20 db. ampulla, egy recordtű és egy reszelő. Minden ampulla tartalmaz 0·05 g. methyldinatriumarsenatot **isotonicus** oldatban.

Az **Arsotonin** hatóanyaga a methyldinatriumarsenat (methylarsinsav) **messze fölötte áll** a natriumcacodilatnak és minden hasonló arsenvegyületnek (Prof. Dr. Gautier Acad. de Médicine 1902. II/25.) hosszabb időn keresztül állandó, a hugyutakat nem bántja és nem bomlik mint a cacodilatok (foghagymaszag).

Az Arsotonin főelőnye az eddigi összes készitmények fölött abban áll, hogy isotonicus oldatban lévén a hatóanyag, az injectio teljesen fájdalommentes, felszivódása gyors és hatása ennélfogva igen hamar észlelhető.

INDIKATIÓI.

1. Vérszegénység, sápkór, étvágytalanság, nagyfoku idegesség, scrophulosisra való hajlamnál, anaemia, chlorosis, lymphoma, amenorrhoea, chorea minor, paralysis agitans, pemphygus vulgaris,
2. mint roborans: tuberculosisnál, műtétek, vagy nagyobb betegségek után lábadozóknál (reconvalescentia),
3. külömböző chronikus bőrbajoknál (Cadogel kezeléssel kapcsolatban), lychen, psoriasis, excema chron, etc.,
4. A terhesség eseteiben előforduló hányásoknál, diabetesnél, etc., etc.

ADAGOLÁSA.

10 napig naponta egy injectio, azután 5—6 napi szünet és ismét 10 napon át egy-egy injectio.

HASZNÁLATI UTASITÁS.

Az ampulla nyakát a dobozban lévő reszelővel megkarcoljuk, azután a capillaris részt kézzel letörjük, végül a dobozban lévő Record-tűvel ellátott fecskendővel az ampulla tartalmát felszivjuk és subcutan alkalmazzuk.

Minden dobozhoz a részelőn kivül egy-egy Record-tű van mellékelve és igy minden beteg a saját tűjével kaphatja az injectiot.

Csak orvosi rendeletre kapható az összes gyógytárakban. Orvosok részére mintákat és irodalmat készségesen küld

Chinoin gyógyszer és vegyészeti termékek gyára rt.
(DR. KERESZTY ÉS DR. WOLF)
UJPEST—BUDAPEST

új sérültek számára bizonyos kórházak kiürítését rendeli el. A betegek áthelyezése alkalmával egyéb kellemetlenségek is észlelhetők. Egyike a legnagyobbaknak az, hogy a sérülteket rendesen minden sor írás nélkül kaptuk és kapjuk. Arról, hogy mi történt velük, csakis saját bemondásuk alapján nyerünk tudomást; ha pedig felvilágosítást nem tud adni, sokszor a vizsgálatok egész sorozatát kell a beteggel megismételni, a mi, nem számítva azt, hogy időtrabló, sokszor költséges is akkor, ha újból Röntgen-felvételek végzendők.

Végezetül még egy körülményt kell felemlítenem, mely rendkívül fontos befolyással bír a törés kimenetelére, azt, hogy a sérültek sokszor csak igen későn kerülnek állandó kórházba. Már pedig tudjuk (*Zuppinger*), hogy a repositióra kedvező idő az első három nap. Ezen idő eltelte után az izmok retractiója oly nagyfokú már, hogy a dislocatio kigazítása csak igen nehezen vagy egyáltalában nem sikerül többé.

Ezek tehát azok a viszonyok, melyekkel a jelen időben a hosszadalmas lefolyású lövés-törések kezelésében számolnunk kell. Nem csoda, ha ezek mellett itt-ott balsikerekkel is találkozunk; ha ilyet látunk, gondoljunk a sokszor nehéz viszonyokra és ne lássunk bennök mindjárt okot kevésbé tapasztalt collegáink vádolására.

II. *A lövési csonttörések jelentősége*

az utolsó 15 év háborúiból eléggé ismeretes. Az azok után napvilágot látott jelentések szerint a végtagsérülések az összes sérüléseknek mintegy $^2/_3$-át teszik ki, melyeknek viszont körülbelül $^1/_4$-e vagy $^1/_3$-a csonttöréssel szövődött. A mi anyagunkban sokkal magasabb százalékban szerepelnek a törések, a minek okát abban kell látnunk, hogy a sebészeti klinikán kizárólag csak súlyos és majdnem kivétel nélkül fekvő sérültek vétetnek fel. A következő számokban nem foglaltatnak benn sem a hozzánk más intézetekből bejáró, sem pedig a Pasteur-intézet 300 ágyán elhelyezett sérültek sem. E szerint kizárólag a sebészeti klinikán a mai napig kezeltünk összesen 342 súlyos sérültet, ezek közül volt végtagsérülés: 258 = 76%; köztük ismét töréssel szövődött sérülés: 124 = 48% és törés nélküli: 134 = 52%. A végtagsérüléseknek tehát majdnem fele töréses lövés volt. Ha ezen számokhoz még hozzávesszük, hogy a törésekkel szövődött lövéses sérülések után könnyen maradhat fenn nyomorékság, hogy továbbá a sérültek legnagyobb része a nép azon rétegéből kerül ki, melynek léte keze és lába épségétől függ, akkor eléggé nyilvánvaló a sérülés ezen alakjának jelentősége.

III. *A lövési csonttörések kezeléséről.*

a) *Általános megjegyzések.*

A lövés-töréseknek imént vázolt jelentőségéből önként következik, hogy a törések therapiája sohasem bírt olyan actualitással, mint éppen most a háború alatt, mely ezen sérüléseknek nagy tömegét szolgáltatja. A bevezető szavakban ecsetelt viszonyoknak sok tekintetben kedvezőtlen befolyása a therapia kérdésének mintegy revisióját tette feladatunkká. Kiderült ugyanis, hogy a nagy és e czélra felszerelt intézetek módszerei nem általánosíthatók mindenképpen, hogy a sajátos anyag sok tekintetben a jelenlegi viszonyokhoz alkalmazott sajátos ellátást kíván. Oda kellett tehát törekednünk, hogy oly eljárásokat állapítsunk meg, melyekről feltehető, hogy a nem szigorúan vett szakember kezében is megbízható, jó eredményeket fognak szolgáltatni. Ezen munkának javarészét már elvégezték azok, a kik az utolsó 15 év háborúi alatt hadsebészettel foglalkozni kényszerültek. Munkásságuk specialisan a törések kezelése terén igen eredményes volt, a mennyiben a készülékeknek és síneknek egész légióját teremtették, melyekről el kell ismerni, hogy minden tekintetben megfelelnek az idő és viszonyok követelményeinek. Minekünk már csak az a feladat jutott, hogy ezeket értékükre nézve kipróbáljuk és a beváltakat általános használatra ajánljuk. Amazt tettük eddig, utóbbit most szándékszom tenni, midőn a t. szakosztály elé léptem e kérdéssel.

Mint az eddigiekből is kitünik, a lövés-törések therapiájának egyszerüsítése sok nehézségbe ütközik, de sok részletében mégis sikerül. Nem sikerül azonban kisebbíteni azt a fáradságos és időtrabló munkát, melylyel egyedül lehet a végtag munkaképességét megtartani vagy visszaadni: a therapiának functionalis kezelési részét. Ezt pedig éppenséggel nem szabad elhanyagolni, mert a jelenlegi generatióra nézve majdnem socialis kérdés jelentőségével bír. Lelkiismeretes kivitelétől függ részben, hogy a háború után a bénultak és nyomorékok mily tömege lesz látható az utczákon és utczasarkokon; és tőle függ, hogy sérültjeink meddig és mily számban lesznek még azután is a Zander- és mechanomedikai intézetekre és fürdőkre utalva.

A törések functionalis kezelésében kettős czélt követünk: az egyik a gyógyítása magának a törésnek, a másik a végtag működésképességének megtartása vagy visszaszerzése. Az utóbbi gyakorlati elérése alkotja a tulajdonképpeni functionalis kezelést.

Lövés-csonttörés eseteiben a végtag működésképessége fokozott mértékben van veszélyeztetve a traumán és hosszas nyugalmon kívül a nem ritkán előforduló szövődmények és azok követelményei által is. Mivel ezek a kezelés minőségére lényeges befolyással vannak, legyen szabad első sorban velük foglalkoznom.

A szövődmények legfontosabbikjai a fertőzés és a lágyrészek serülése. Mivel ezek nem engedik meg a rendes kezelés-módok alkalmazását, könnyen vezethetnek olyan elváltozásokra, melyek a functiót a legnagyobb mértékben károsítják.

Ezen elváltozások nyilvánulnak egyrészt a gyuladás, illetve sérülés következményeiben (összenövések, contracturák, merevségek, bénulások), másrészt a rendes kezelés kivihetetlensége miatt különböző deformitásokban. Gyuladás vagy nagyobbfokú lágyrészsérülések mellett a kezelésnek tehát elsősorban ezek megelőzésére kell irányulnia. Ez történik a nyugalom, a végtag kellő elhelyezése és a fertőzés mielőbbi leküzdése által.

b) *A törések kezelése gyuladás és nagyfokú lágyrészsérülések mellett.*

A gyuladás, illetve fertőzés a törések functionalis kezelésében a legkellemetlenebb szövődmény, mert a végtagot, esetleg a sérültet magát is hosszabb ideig teljes nyugalomra kárhoztatja. Már pedig tudjuk, hogy a functionalis kezelés lényege a mozgás, illetve a mozgatás. Maga a trauma csak az első napokban követel nyugalmat, míg a vérzés lehetősége fennáll, ha ez elmult, a végtag használhatósága érdekében a functio mielőbbi felvételére kell törekednünk. Hisz a functionalis kezelés éppen a nyugalomba nem helyezett vagy nem helyezhető szerveken — a milyen a gyomor, a belek, erek stb. — végzett műtéti beavatkozások után szerzett kedvező tapasztalatokon épült fel (*Payr*).

A gyuladt végtag nyugalomba helyezése legjobban sínek segítségével történik vagy — ha alkalmazása lehetséges — enyhe nyujtással is. Lázas állapot a sérült lefektetését teszi szükségessé a végtag ol, elhelyezése mellett, mely a vérkeringésre legkedvezőbb, azaz kissé felpolczolva. Ha a fertőzés bő váladékképzéssel jár, akkor a végtag úgy helyezendő el, hogy a geny sülyedése a szövetrésekbe megakadályoztassék. Így például, ha felemelt czombon, melyen a genynek nagy hajlandósága van a medencze felé sülyedni, azt látnók, hogy a váladék a törzs felé keres magának utat, a czombot azonnal úgy kell elhelyezni, hogy térdrésze mélyebben legyen. Ezt legjobban azzal érjük el, hogy az ágy fejvégét magasabbra emeljük. E mellett természetesen arra kell törekednünk, hogy a levezetésre szolgáló nyílások a legmélyebb ponton készíttessenek. Ha ily elhelyezés mellett sem vezetnének a csövek, az annak a jele, hogy a végtag teljes súlylyal a draincsőre fekszik és annak nyílását elzárja. Alsó

végtagon a genyretentio ezen fajtája ellen legjobban beválik a *Florschütz*-féle suspensio (melyről később lesz szó), feltéve, hogy nincs sülyedés a medencze felé. Sokszor jó szolgálatot tesz a drain köré csavart gaze-turbán is, a vaspántos gipszkötés, vagy ha a végtag gipszsínen nyugszik, a sín kivágása a levezetés helyén. Igen jók továbbá a most divatos drótsínek is, melyeken a kötés egy részét a sínen kívül alkalmazzuk, hogy a drainnyílást a nyomás alól felszabadítsuk.

A lövéstörésekhez csatlakozó gyuladások operativ kezelésében a jelszó ma: *conservativismus*. A nagy véres beavatkozástól való tartózkodás a modern hadsebészetnek legnagyobb vívmánya. A tapasztalat ugyanis arra tanított, hogy az infectiók legtöbbje nem oly heves, hogy pár napi nyugalomra vissza ne fejlődnék. Sokszor teljesen visszafejlődik, máskor pedig a nyugalom által annyira lokalizálódik, hogy egy, esetleg több ellennyílás készítésével beérhetjük. Mindenesetre ne tegyünk a megállapodási hajlamossággal biró esetekben többet, mint hogy a teljesen laza, tehát idegen testként szereplő csontdarabokat eltávolítjuk. Óvakodjunk azonban a csonthártyával még összefüggésben levő darabokat is erőszakosan eltávolítani, mert mint tudjuk, éppen ezek periosteuma az, melyből a callusképződés kiindul, miért is a későbbi jó csontosodás biztosítékainak tekintendők. De azért sem ajánlatos a nagyobb beavatkozás, mert a vele járó trauma mindenesetre nem kedvezően befolyásolja a gyuladást. Sokaknak azt a tanácsát (*Lükő*), hogy tárjuk fel szélesen a lövéscsatornát és a gyuladás székhelyét, nem czélszerű minden esetben követni, különösen nem akkor, ha a sérült több napi utazás után egyenesen a harcztérről jön. Ezen állásfoglalás nem egy esetben felesleges, a sérültre nézve is nem közömbös műtétbeavatkozást eredményezne.

Sajnos, nem minden fertőzésnek van visszafejlődő tendentiája, sőt vannak fertőzések, melyek rohamosan fejlődve, a sérült életét is a legkomolyabban veszélyeztetik. Ilyenek elsősorban a gránátsérülések (*Armknecht*) után sokszor észlelhető *gázphlegmone*, továbbá a *tetanus*. Ily esetben igen radikalisan kell eljárnunk; még pedig egyszerű terjedő gyuladás és tetanus eseteiben szélesen fogjuk a terjedő góczot feltárni és minden idegen testet, csontdarabot eltávolítani; gázphlegmone esetén pedig, míg egy helyre lokalizált és kis terjedelmű, széles feltárás szükséges; ha pedig már elhalás is van jelen, nem marad más hátra, mint az amputatio. Az utóbbi szempontból a kórházvonatok bizonyultak üdvös intézménynek, mert rajtuk legkezdetibb szakában nyerhet ellátást ezen rettegett fertőzés (*Walzel*).

A kezelésben ezek szerint helyes állásfoglalás tehát az, hogy míg a gyuladás fennáll, a functionalis kezeléssel várni kell. Enyhe infectio nem ellenzi a kezelés óvatos kivitelét, sőt a gyuladt területeken kívül eső végtagrészeken épp úgy végzendő, mintha gyuladás nem is volna jelen, pl. a vállizületen, könyökizületi sérülés mellett. Továbbá legyünk conservativok a beavatkozásokkal.

A gyuladás czélszerű leküzdése mellett a deformitások megelőzése a további fontos feladatunk a törések kezelésében.

c) *A deformitások megelőzése.*

A deformitások, leszámítva a rosszul alkalmazott kötések miatt jelentkező ischaemiás bénulásokat és contracturákat, több okból jöhetnek létre. Igy elsősorban a végtag helytelen fektetésétől vagy a rossz tartástól, melyet a beteg vagy fájdalma miatt maga választ, vagy melyet esetleg fennálló bénulások okoznak; továbbá beállhatnak ficzamok a törésvégek dislocatiója, az izmok retractiója és zsugorodása következtében. Tennivalóinkat ellenük általában két részre oszthatjuk: az egyik magába foglalja a prophylaxisos intézkedéseket, a másik a tulajdonképpeni deformitások kezelését.

Mint mindenütt, a prophylaxis itt is a legnagyobb fontossággal bir. Ha valahol, akkor itt mondhatjuk azt, hogy *egyszerű intézkedésekkel* nagy bajoknak vehetjük elejét. És mégis sokszor kell olyan állapotokat tapasztalnunk, melyek csakis ezek elmulasztására vezethetők vissza. Lényegileg nem mások, mint a törések kezelése alatt felmerülő szövődmények ellen vagy azok megelőzésére irányuló beavatkozások. Nagyon hosszúra nyujtaná előadásomat, ha minden egyes fogásról megemlékezném, melynek alkalmazása szóba jöhetne, miért is inkább arra szorítkozom, hogy összefoglalva az alkalmazásukat követelő indicatiókat, csak azokat említem meg, melyek tapasztalataink szerint leggyakrabban kerülik el a kezelő orvos figyelmét.

A végtag rossz elhelyezéséből származó deformitások a felső végtagon általában véve nem annyira kifejezettek, mint az alsón; nagyobb fokot csak akkor szoktak elérni, ha a sérült más okokból feküdni kénytelen. És pedig azért, mert a felső végtagtöréseknek kezelésmódja általában egyszerűbb és eredményei még durvább hibák mellett is kielégítőbbek, nem lévén a kar támasztó szerv. A főhibák a felső végtagon inkább az activ mozgató szervek elhanyagolásából származnak. Az itt leginkább szóba jövő deformitásokat, melyeknek oka a rossz elhelyezés: vagy a tört végeknek, vagy az izületeknek, vagy pedig a bénult végtagrészeknek a functiót zavaró állásai adják.

A hibás csontgyógyulás következményei felsőkartörés után, ha a kar nem volt kellően sínen elhelyezve, a könyökizület működésében nyilvánulnak legszembetünőbben, még pedig vagy mint cubitus valgus, vagy ha a szöglet csúcsa hátra tekint, abban, hogy az illető karját nem tudja teljesen kinyujtani. Oka mindkét esetben a puha alap, melyen a felsőkar nyugodott. Az alsókar mindkét csontjának törése után abból származik a legnagyobb functiozavar, hogy pronatióban következik be a gyógyulása. Ezen helyzetben ugyanis legközelebb kerülnek egymás mellé a tört végek és gyógyulnak össze egymás között. Azért az alsókar mindkét csontjának törése esetén szabály a sínt úgy alkalmazni, hogy az alsókar extrem supinatióban legyen. A metacarpalis csontok törésekor a kézhát-púp elkerülése czéljából a könyökön és ujjakon túl érő sín és tenyér közé vattacsomót kell tennünk. Az ujjak első perczének törése esetén a sínnek a kéztőig kell érnie.

Nagyon fontos az izületek bizonyos helyzetének biztosítása, ha előrelátható, hogy merevek maradnak. De még akkor is, ha ettől nem tartunk, oly helyzetet kell választanunk, mely a functio újbóli és mielőbbi felvételére a legelőnyösebb. Igy a vállizületre nézve később kifejtendő okok miatt a kar abductiója, elevatiója és kifelé rotatiója mellett legkedvezőbbek a viszonyok; a könyökizület derékszögű behajlításakor találja ezen feltételeket, a kéztőizület pedig mérsékelt dorsalis flexióban van legjobban elhelyezve.

Ezen helyzetek biztosítására sínek és specialis eljárások szolgálnak; ilyen az ismert *Middeldorpf*-féle háromszög vagy ennek módosítása, a *Hacker*-féle háromszögű sín, mely a felsőkar kifelé rotálásáról is gondoskodik azzal, hogy az alsókart nem a törzshöz, hanem az elé hozza. A *Christen*-féle sínnél álló helyzetben az egész végtag vízszintesen van elhelyezve, még pedig a felsőkar a frontalis síkban, az alsókar pedig a sagittalis síkban, tehát előre. Csak ambulans kezelésre való, nehézkes és alkalmatlan a fekvéskor. A vállizület kivánt tartását legjobban a *Bardenheuer*-féle extensióval érjük el. A könyöknek derékszögben való megtartása gipszsínnel sikerül legjobban; ennek, épp úgy, mint a kéztő bántalmaiban, a dorsalis flexio biztosítása czéljából a metacarpophalangealis izületekig kell érnie.

Az alsó végtagon a rossz fektetés okozta deformitások nagyobb fokúak és következményeikben súlyosabbak szoktak lenni. Eredhetnek a csípő és térd hajlított tartásából, továbbá a láb plantaris flexiójából és kifordulásából és végül az egész végtag lefektetéséből abdukált és kifelé rotált helyzetben. Következményei ezen tartásoknak flexio a térdben, csípőben, a lóláb-torsiók, lúdtalp, sőt ficzamok is a csípőben! Igy láttunk egy esetben luxatio-obturatoriát létrejönni azáltal, hogy a sérült végtagját felhúzta és oldalt fektette.

Mindazon esetekben tehát, melyekben a rendes kezelési eljárásokat nem alkalmazhatjuk és csupán csak sinek használatára vagy a végtag fektetésére vagyunk utalva, a követ-

kező szabályokat kell szem előtt tartanunk. Ha gipszsínre helyezzük a végtagot, ügyeljünk arra, hogy a spina anterior superior, a térdkalács belső széle és az öregujj egy egyenesben legyen; a csípő és térdizület mérsékelten legyen behajlítva, a láb a lábszárhoz viszonyítva derékszöget alkosson. Czombtörés esetében a gipszsín magasra a glutealis tájig érjen fel. Lábszártörés eseteiben a sínt extensio mellett úgy készítjük, hogy először circularis kötést adunk, melynek felső (elülső) részét ismét levágjuk. Ügyeljünk a decubitusra hajlamos részekre (sarok, bokák!). A sarkot legjobban azzal védjük, ha a sínnek azt a részét, melyen rajta nyugszik, kivágjuk (oválisan) és bőven kipárnázzuk vattával. Ha fasíneket használunk, ügyeljünk arra, hogy megfelelő hosszúak legyenek; így czombcsonttörés esetében, hogy az oldalsó sín a medenczére érjen fel és térden alul érjen le. A felső törésvég állása határozza meg azt, hogy a végtag abductiós vagy adductiós helyzetbe hozandó-e. Lábszártörés esetében nagyon kell figyelni arra, hogy a láb se ki-, se befelé ne legyen forgatva és hogy maga a lábfej inkább varus-állást mutasson; a térdkörüli törések alkalmával pedig arra vigyázzunk, hogy se genus valgum, se varum, se recurvatum ne jöjjön létre.

Az ily módon kezelendő alsó végtagtörésnek leggyakrabban tapasztalható kellemetlen következménye azonban a *lóláb* és az ujjak flexiós contracturája. Mindkettő hosszas fekvés mellett a paplan súlyának hatása alatt jő létre, sokszor olyanokon is, kiknek nincs is törésük. Hamarosan fejlődik olyanokon, kiknek sérülés következtében gyöngébb vagy bénult a peroneusa; éppúgy olyanokon, kiknek suralis izomzata sérült vagy gyuladásnak a székhelye. Utóbbi esetekben a lábikra izomzatának heges zsugorodása okozza a lóláb-állást. Ellene az egyszerű védekezésmódok egész sorával rendelkezünk. Ha bénulás nincs, legegyszerűbb a lábat a kocsifedelekhez hasonló drótból készült kosárral befedni. Ha gipszsínt kell alkalmaznunk, arra ügyeljünk, hogy a sín talprésze túlérjen a lábujjakon. E czélra szolgálnak továbbá fából készült támasztólapok, melyeknek hasonlóképpen az ujjak fölé kell emelkedniök. Ugyancsak jó szolgálatot tesz az ujjak töve köré kötött calicot-pólya is, melynek szárait a beteg állandóan huzogatja; éjjelre a szárakat a láb kivánt tartása mellett a térd köré köthetjük vagy a harisnyakötőhöz erősíthetjük. Ez a mód a láb mozgatására is jó berendezés.

Idealisan valósítja meg a czélt a *Bardenheuer*-féle felakasztása a lábnak, mely abban áll, hogy flanellpólyát vagy ragtapaszkacsot ragasztunk a talpra és lábhátra, melyre zsinór és súly segítségével a láb felett elhelyezett csigán át függélyes húzást gyakorolunk.

A bénuláson alapuló lólábnak megfelel a felső végtagon a nervus radialis sérülése után beálló lógó kéz. Az orsóideg, mint ismeretes, a felsőkar törése és sérülése esetében sajátos lefutása miatt könnyen sérülhet. És valóban, sokkal gyakrabban találkozunk ezen ideg sérülésével és bénulásával, mint a végtag összes többi idegének bántalmazottságával. Következménye a kéz dorsalis flexiójának és az ujjak feszítési képességének megszűnése, melyek miatt a kéz a mitellából vagy a sínről, ha nem elég hosszúak, súlyánál fogva lelóg. Ezen állapot, illetve kéztartás különösen az alsókar pronatiós tartása mellett zavarja nagyobb fokban a kéz functióját. A zavar azáltal jő létre, hogy az ujjfeszítő izmok kötőszövetesen elváltozva zsugorodnak; ezáltal csakhamar az az állapot következik be, melyben a hajlítók a zsugor okozta ellenállást nem tudják többé legyőzni. Ekkor — a hajlítók nem lévén elég erősek az akadály legyőzésére — az ujjak is fogásra alkalmatlanná válnak. Az egész működési zavar csak nagyobb foka azon physiologiai hajlítási nehézségnek, melyet ép viszonyok között is erős volaris flexio mellett tapasztalhatunk. Ha ellenben a kezet kézháti hajlításos helyzetbe hozzuk, azt fogjuk tapasztalni, hogy újból sikerül az ujjakat teljesen behajlítani. Ilyenkor ugyanis a feszítők aránylag hosszabbak és az akadály, mely a hajlítást lehetetlenné tette, megszűnik. A kéz functiozavarát radialis bénulás esetében elkerülhetjük, illetve kisebbíthetjük azzal, hogy már kezdettől fogva gondoskodunk a kéz dorsalis flexiós tartásáról. Ezt legkönnyebben gipszsín segítségével érjük el, olyannal, mely az alsókar hajlító oldalán a metacarpo-phalangealis izületekig terjed. Még nagyobb fontossága van a kéz e tartásának akkor, ha a kéztőizület merevségétől kell tartanunk, a mint azt a carpalis resectio alkalmával szerzett tapasztalatok bizonyítják. A nervus ulnaris és medianus bénulása esetén, fájdalom, a kéz használhatósága annyira tönkrement, hogy rajta a kéz tartásával vagy elhelyezésével sokat változtatni már nem lehet, legfeljebb kozmetikailag a karomállás kisebbítésével. Nyilvánvaló, hogy az izmokkal a legfokozottabb mértékben kell törődnünk addig is, míg az idegpálya, például műtéttel, ismét helyreállott.

A tört végek dislocatiójának megszüntetése alkotja a csonttörések tulajdonképpeni kezelését. Ma a csonttörést nem tekintjük már csak a csont különleges sérülésének. Jól tudjuk, hogy mellette szenved a végtag egész mozgató szervezete, és pedig nemcsak a trauma és az esetleges infectio által — a melylyel lövéses törés esetén mindig számolnunk kell —, hanem a csonttörés gyógyulásához szükséges nyugalom által is. A lágyrészekben: izmokban, ínakban és kötőszövetben, valamint az ízületekben végbemenő elváltozások sokkal ismeretesebbek, semhogy velük e helyen külön kellene foglalkoznom. Ha mindezeket tekintetbe veszszük, be kell vallanunk, hogy a törések kezelése nem egyszerű feladat. Ezt bizonyítják azon nem ritkán tapasztalható esetek is, melyekben a törés gyógyulása után a végtag működésképessége, ha nem is megsemmisült, de legalább is nagy fokban korlátozottá vált. A kezelés lelkiismeretes felfogása ma nemcsak azon feladat elé állít, hogy a működésképességet minél tökéletesebb mértékben állítsuk ismét helyre, hanem arra is kötelez, hogy ezt az eredményt minél rövidebb idő alatt érjük el. Az idealis kezelés mindenesetre az volna, mely mellett a csontos összegyógyulással egyidejűleg a mozgató szervek működésképessége is teljes erejében helyre lenne állítva. Ezt természetesen semmiféle kezeléssel sem tudjuk és nem is birjuk a jövőben sem elérni. Az erőt mindenesetre nem, a functioképességet azonban nagy fokban vagy teljesen lehet konzerválni, ha már a törés kezelése alatt is tervszerűen foglalkozunk a mozgató szervekkel. A kezeléseljárás, mely ezzel foglalkozik, *„a törések functionalis kezelése“* név alatt ismeretes.

d) *A functionalis kezelés.*

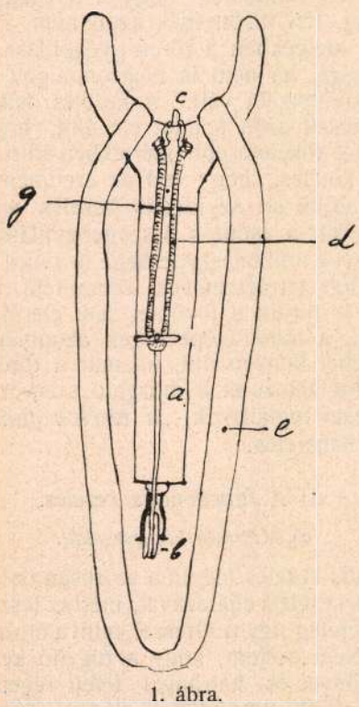
α) *A törések kezelése alatt.*

A funtionalis kezelés fogalma szorosan össze van forrva a törések extensiós kezelési eljárásával, mert ez teszi egyedül lehetővé, hogy egyidejűleg úgy a töréssel, mint a mozgató szervekkel foglalkozzunk. Nem czélom, hogy a rögzítő kezelés és extensiós kezelés előnyei és hátrányai felett régen folyó vitába beleszóljak; az előbb elmondottak eléggé igazolják, hogy a rögzítő eljárásokat sokszor nem lehet mellőzni. Mi — *Makara* tanár klinikáján — principialiter az extensiós eljárást alkalmazzuk, mely mellett a functionalis kezelés keresztülvitelére a legnagyobb gondot fordítjuk. Évekre visszanyúló tapasztalataink, melyekről többször megemlékeztünk már, csak megerősítenek abban, hogy ezt a kezelési eljárást a jövőben is a legintenzivebben folytassuk tovább. Nem zárkózhatom el annak kijelentésétől, hogy az eljárás néha nagy fáradozással és bajlódással jár, de ez nem ok arra, hogy ne gyakoroljuk. A bajlódás főleg azon esetekben lesz nagyobb, melyekben az egyéb eljárásokkal is csak nagy nehézséggel tudnánk czélt érni. Érett gyümölcs lehullását ölünkbe ne várjuk a csonttörések kezelésében, legkevésbé a nyílt törésekében. Bármennyit is kellene azonban vesződnünk a functionalis kezelés említett alakjában, mégis kisebb fáradtsággal és a betegre nézve kevesebb fájdalommal fogunk czélhoz jutni, mint hogyha csak a törés meggyógyulása után kezdenők a functio újbóli felvételét. Nem is szólva arról, hogy az ily későn megkezdett functionalis kezeléssel már nem is érünk mindig czélt, hogy a kezelés sokkal hosszadalmasabb, és hogy nem ritkán az erőszakos mozgatások

következtében igen kellemetlen, sőt állandó *distorsiós synovitisek* jelentkeznek (*Billroth*), épp úgy, mint a mikor egészséges izületet ér a trauma.

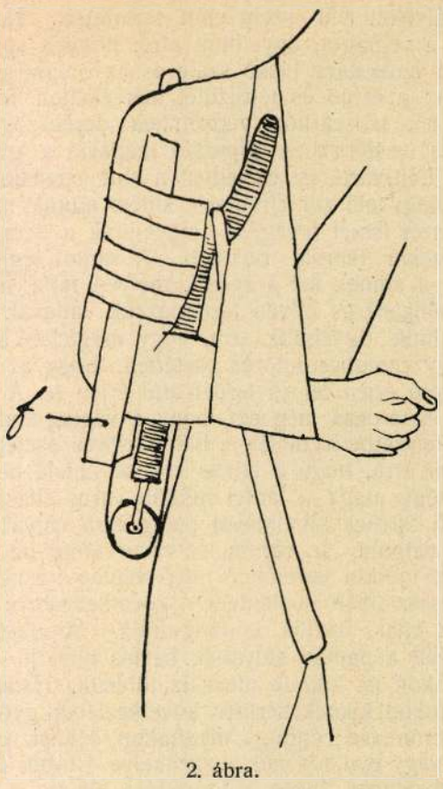
Mielőtt azonban az egyes törések kezelésmódjának leírására áttérnék, néhány általános jellegű megjegyzést akarok még tenni. Az alsó és felső végtag kezelése közti különbségre vonatkozólag azt, hogy az előbbit fekvő betegen, az utóbbit pedig lehetőleg ambulanter végezzük. Továbbá, hogy a felső végtag törése esetén lehetőleg oly egyszerű síneket használunk, melyeket mindenütt kapható alkatrészekből könnyen lehet rögtönözni. Ilyenek nagyobb számmal éppen a legutolsó háborúknak köszönik létrejöttüket; köztük sok olyan van, melyet rendes instrumentariumunkba is felvettünk. Alkalmazásuk feltétele, hogy a végtag bőre ne legyen nagyon roncsolva vagy elváltozva, mert különben nem lehet a nyujtáshoz szükséges ragtapasz- vagy flanellcsíkokat reá alkalmazni. Jelenleg sokszor a ruhatetűk feltételezte vakarás okoz ilyen nagyobb fokú bőrelváltozásokat (var, impetigo stb.). A felső végtag egyes csontjainak törésekor a saját tapasztalatainkból jól ismert következő síneket ajánlhatjuk:

1. A felsőkarcsont törése esetén jól beváltak a *Borchgrevink* és *Fischer A.* elvei szerint készített egyszerű extensiós sínek. Az előbbi (1. és 2. ábra) 35—40 cm. hosszú, 3



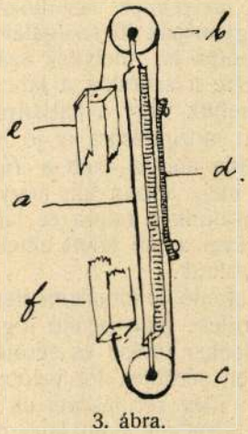
1. ábra.

ujj széles léczből (*a*) áll, mely felfelé a hónalj befogadására U alakban kiszélesedik, alul pedig karikával van ellátva (*b*). Belső, tehát a törzs felé néző oldalán a kivágásnak kis kampóval bír (*c*), melybe egy ujjnyi vastag, 30 cm. hosszú draincső (vagy gummiszalag) (*d*) két vége akasztható. A sín a felsőkar belső oldalához lesz fektetve, úgy hogy a hónaljat ne érje; rögzítésére szolgál a gáton át vezetett calicot-pólya (*e*), mely elül-hátul az U száraihoz lesz kötve. A nyujtást draincső végzi, melynek szabad végébe a csigán átvezetett zsinór van beakasztva; ez utóbbi deszkalapocska segítségével a felsőkar külső és belső oldalára ragasztott ragtapaszkacsba van erősitve (*f*). Az alsókar mitellában nyugszik. A gummi állandó húzásának effectiv ereje 2—3 kg., a mi teljesen elegendő. A sín ezen leírásban *Saar* módosítása. Hátránya, hogy a felsőkar alsó részét befelé rotálja, és hogy a széle vágja a kart, miért is úgy módosítottam a sint, hogy szára az U-alakú részhez viszonyítva hossztengelye körül forgatható legyen (*g*). A felsőkar befelé rotatiója ellen a betegek alsókarja és törzse közé párnát helyezek. Ha a perinealis húzást meglazítjuk, a felsőkarral mindennemű mozgási gyakorlat könnyen végezhető. Alkalmazása a 2. ábrából könnyen érthető.

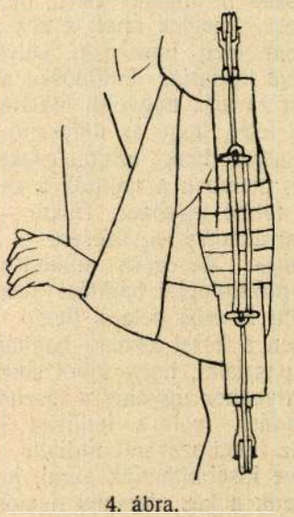


2. ábra.

A *Fischer*-féle sín (3. és 4. ábra) áll 55—60 cm. hosszú, 4 ujj széles deszkalapból (*a*), melynek mindegyik végén egy-egy csiga van elhelyezve (*b*, *c*) (a sín rögzítettebb, ha a felső végén két egymás mellett lévő csigával bír), melyeken a húzó



3. ábra.

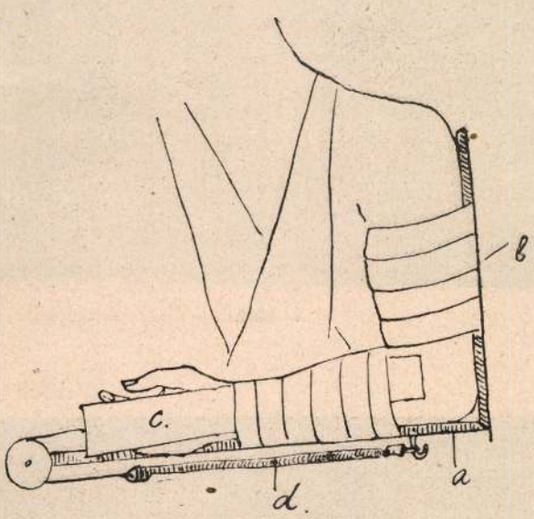

4. ábra.

zsinórok lesznek átvezetve. A húzást kettős gummicső eszközli (*d*), mely a két zsinór végei közé lesz beiktatva. A ragtapaszcsíkok két kacsot alkotnak (*e, f*), egyet a váll felett, a másikat a könyök alatt; amaz a felsőkar elülső és hátulsó, emez a belső és külső felszínére van ragasztva. Maga a sín a felsőkar külső oldalán van elhelyezve. A zsinórok a kacsokba deszkalapok segítségével vannak akasztva. Az erő ennél a sínnél szétfeszítőleg hat a tört végekre. Alkalmazását a 4. ábra mutatja.

Ezen sín egyéb módosításaival, a milyen például az, melynél az egyik húzást a két hónalj alá folytatott flanellpólya gyakorolja, mivel tapasztalatunk velük nincsen, nem foglalkozom.

Természetes, hogy az eredeti *Borchgrevink*, *Fischer A.* és *Bardenheuer*-féle sínek mind jó eredménynyel használhatók. Hátrányuk most a háborúban, mivel sok kellene, az, hogy drágák.

Az alsókar töréseit ugyancsak az ezen elvek szerint készült sínekkel látjuk el. Legegyszerűbb alakja ezen síneknek az 5. ábrán feltüntetett, mely egy hosszabb (*a*) és egy rövidebb (*b*) egymáshoz derékszögben illesztett 4 ujj széles deszkából



5. ábra.

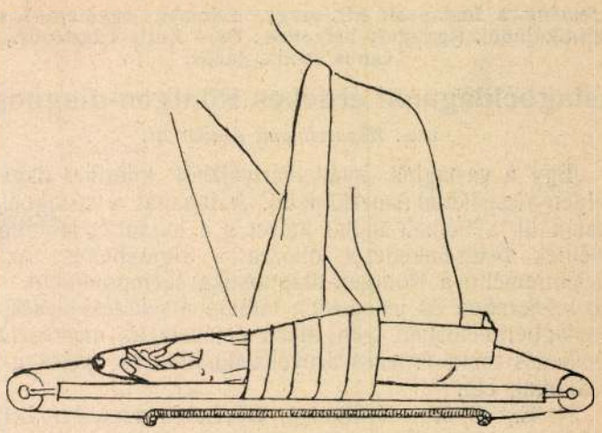
áll, a rövidebb a felsőkar hátulsó oldalához lesz erősítve pólyatourokkal, a hosszabbik az ujjakon túl ér és a végén csigával bír; a nyujtást az alsókar feszítő és hajlító oldalára ragasztott tapasz (*c*) vagy flanell segítségével gummicső (*d*) épp úgy végzi, mint az 1. alatt leírt sínnél. A rövid deszkalapot vaspántokból készített vázzal is helyettesíthetjük, mely a felsőkar elülső felszínére támaszkodik. Ezen sínen az alsókar vagy pronatióban, vagy supinatióban helyezhető el. A középállás biztosítására a sínt oly módon kell szerkeszteni, hogy az alsókar deszkája a felsőkaréval élével találkozzék, vagy hogy az (*a*) deszkalap belső éléhez még egy hasonló lécz illeszkedjék. Alkalmazásban az egyik lap a felsőkar hátulsó (vagy belső) oldalához fekszik, a másikhoz a középállásban levő alsókar hajlító oldalával simul hozzá.

A *Fischer*-féle sín 60 cm. hosszú deszkalapból áll, melynek szakasztott olyan a berendezése, mint a 3. ábra alatt leírt síné. Alkalmazását a 6. ábra mutatja.

A szerint, a mint a csíkokat inkább a radialis vagy inkább az ulnaris felszínre ragasztjuk, a húzás majd ezen, majd azon az oldalon, illetve csonton fog nagyobb erővel érvényesülni.

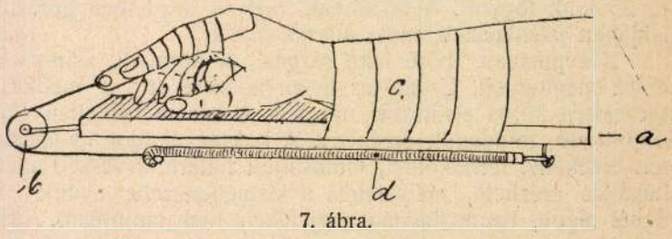
A nevezett szerzők eredeti síneire ugyanaz áll, a mit a felsőkarsínekről már mondottunk.

Ezen sínek alkalmazhatók a metacarpalis csontok és ujjperczek csontjainak törése esetén is. Egyszerűbb azonban az eredeti *Borchgrevink*-féle sín (7. ábra.). Ez az alsókar felső harmadáig és az ujjakon túl érő deszkalapból (*a*) áll, melynek szabad végére csiga van erősítve (*b*). A deszka az alsókarhoz ragtapaszcsíkok segítségével lesz rögzítve (*c*). A húzást



6. ábra.

gummicső eszközli (*d*) a deszka alsó felületén. A nyújtási mechanismus az ábrából könnyen érthető. A tenyér homorulatának biztosítására a deszka és a metacarpalis csontok közé vattacsomót kell helyezni. Ez teszi különben az ujjak és kéz mozgatási gyakorlatait is lehetővé. Kivéve az ujjak töréseit, arra kell ügyelnünk, hogy a ragtapasz ne ragadjon az ujjakhoz, mert különben mozgatásuk lehetetlenné válnék.



7. ábra.

Két törés-alakja van mégis a felsőkarnak, melyeket legalább az első napokban nem kezelhetünk ambulanter; ezek a nyak és könyök feletti (supracondylaer) törések. Mindkét fajta törés a szomszédságában lévő nagy izületek veszélyeztetettsége miatt oly elhelyezést és oly irányú húzásokat követel, melyeket járó betegen nem jól lehet alkalmazni. Nyaktörés eseteiben ezen helyezés a végtag elevatiójában, abductiójában és kifelé rotatiójában áll. Az abductio és elevatio tudvalevőleg legjobban biztosítja a vállizület mozgékonyságát azon esetben is, ha a vállizület ezen helyzetben megmerevednék (mozgások a scapula segítségével). Azon nyaktörésesetekben pedig, melyekben a fejecs töréslapja fel- és kifelé fordul, kiegyenlíti az oldalteltérést és összeilleszti a tört végeket. A kifelé rotálás viszont megszünteti a dislocatiót ad peripheriam, mely azáltal jő létre, hogy a fejecs a tuberculum majushoz tapadó izmok (musc. teres minor, supra- és infraspinatus) hatása folytán kifelé forgattatik. Világos, hogy ha az ily helyzetben lévő fejecshez nem szintén kifelé forgatott tartásban illesztjük a diaphysist, a kar elveszti kifelé forgató képességét. A kart ezen helyzetben addig kell nyujtani, míg észrevehető callus már létrejött (kb. 14 napig); ekkor oly sínre tehetjük, mely a vállizület mozgatását lehetővé teszi.

A felsőkar könyök feletti, ú. n. supracondylaer törései esetén is csak a kar suspensiója mellett alkalmazott különböző húzásokkal érünk el jó eredményt. *Borchgrevink* e czélra is eredeti ú. n. kombinált sínjét ajánlja, melyről tapasztalat hiányában nem mondhatunk véleményt.

Dislocatio nélküli könyöktörés esetében, mely nem fertőzött, csuklóra járó gipszkötést is alkalmazhatunk a második héttől kezdve. Benne a könyökizület jól mozgatható. *Wieting* ily esetekben azt ajánlja, hogy a kart minden kötözés alkalmával más és más helyzetben rögzítsük, még pedig hol nyujtásban, hol hajlításban; ezzel törekszik megakadályozni az izületnek egy helyzetben való megmerevedését.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. számú belklinikájából. (Igazgató-helyettes: Báró Kétly László dr., nyilvános rendk. tanár.

Vastagbéldaganat érdekes Röntgen-diagnosisa.

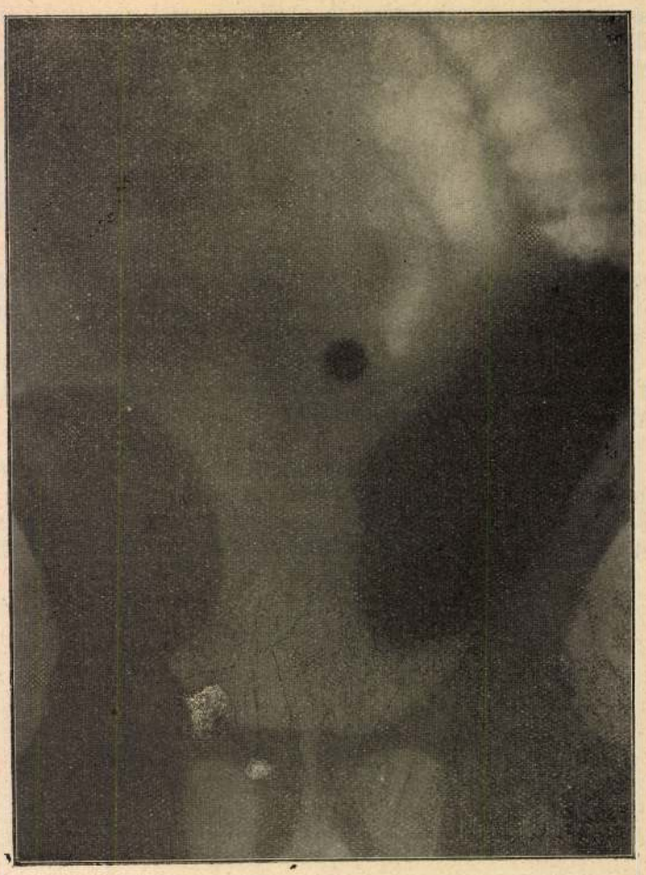
Irta: *Henszelmann Aladár* dr.

Egy a vastagbél nyálkahártyájából kiinduló daganatot Röntgen-vizsgálattal ismertünk fel. A daganat a vastagbél jobb hajlatán ül, a bélben foglal helyet s a haránt és leszálló vastagbélnek betüremkedését okozza a sigmabélbe. Az eset figyelemreméltó a Röntgen-diagnostika szempontjából. Egyrészt kifejezetten és jellemzően látható a telődési kiesés, mely a vastagbéltractusban igen ritkán érzékelhető, másrészt a betüremkedés miatt érdekes árnyékalakulatok és passage-zavarok állottak elő.

H. E., 49 éves férfibeteg; felvétetett az I. sz. belklinikára. Évek előtt néhány hétig tartó sárgasága volt görcsös fájdalmak nélkül. E baját akkor gyomorrontásra vezette vissza. Jelen betegsége két hónap előtt kezdődött hirtelen jelentkező görcsös hasfájdalmakkal. Már akkor néhány nap elteltével észrevette, hogy széke bőven híg vörös vérrel kevert. Időnként tisztán véres széke volt. Étvágytalan lett; eleinte csak a szilárd ételeket hányta ki étkezés után egy-két órával, két hét óta azonban majdnem mindent azonnal kihány. Ezen idő óta naponként van véres széke, gyakran tiszta vér jön tőle, sokat csuklik s annyira legyengült, hogy alig bir járni. Betegsége óta 25 kilót fogyott. A fájdalmak, melyek kezdetben görcsök alakjában jelentkeztek, most állandósultak.

Középmagas, bőre fakó sárgás. A bőralatti zsírszövet erősen megfogyott. Csont- és izomrendszere ép; a mellkasszervekben kóros elváltozás nincsen. A has mérsékelten elődomborodó, mindenütt érzékeny. A bal lágyéktájon nyomásra igen érzékeny, férfiökölnyi, elmosódott határú, kevéssé tömött ellenállás érezhető, mely lefelé a kismedenczébe nyúlik. A végbél tágult, benne daganat vagy fekély nem tapintható. A vizelet idegen alkotórészeket nem tartalmaz. A székletét vízszerű, sötétvörös színű. Mikroskop alatt csupa vörös vérsejt látható; daganatsejtek, genysejtek nincsenek. Pulsus 112, hőmérsék 37·4°.

A Röntgen-vizsgálat a következőket mutatja. A *Rieder*-féle bismutpép elfogyasztása után 4 óra mulva a vakbél telődni kezd, 6 óra mulva teljesen megtelt, azonban a vékonybélkacsokban még ekkor is jelentős bismut-tömegek vannak. Nemsokára megindul a felszálló vastagbél telődése s 24 óra mulva a jobb hajlatig ér. A telődés tehát kifejezetten késlekedik és oly hatalmas méretű, a milyen rendes körülmények között sohasem tapasztalható. Annyira meglepő a kép (1. ábra), hogy önkéntelenül valamely akadályt keresünk, a mely útját állja a bismut tovahaladásának. Ilyennek jelenléte a jelenséget megmagyarázná. A jobboldali hajlatot a jobb bordaív alatt a rendesnél valamivel mélyebben kapjuk, de ennek a telődése is igen sajátságos. A jobboldali hajlat nem gáztartalmú, bismuttal telődik, de ez a telődés csupán egy kisujjnyi, felfelé domborodó csík alakjában látható. Nyomásra e helyütt a beteg fájdalmat jelez, de ellenállás, daganat nem tapintható. Többszöri vizsgálat alkalmával is változatlan e kép (l. a 2. ábrát). Massage-zsal sem lehet bismutot a hajlat többi részébe benyomni s ezzel az egész hajlatot részarányosan kitölteni. Legfeltünőbb, hogy ezen ívalakú telődés a hajlat legmagasabb részét foglalja el, a hol rendszerint gáz szokott felhalmozódni. A telődési csík alsó széle kirágott, de alatta sem kapunk levegőképet. Kell tehát, hogy az egész jelenség daganat okozta telődési hiány legyen. 36 és 48 óra elteltével a felhágó szár lassanként kiürül, de a hajlat jellegzetes telődése még ekkor is változatlan. A vastagbéltractus további szakasza is igen különösen telődik. A felhágó szárral párhuzamosan (l. az 1. ábrát) gázzal telt haustralis képletek jelennek meg. Az egész meglehetősen rögzített és csak igen kevéssé mozgatható. Ily rendellenes elhelyeződése a harántszárnak látható ugyan vastagbélsülyedés (coloptosis) kifejezett eseteiben is, a hol az alsó polus néha a symphysist is eléri, minek folytán a haránt ág lefelé hajló része a fel-



1. ábra.

2. ábra.

hágó vastagbéllel párhuzamos lefutású lesz. Vastagbélsülyedés eseteiben azonban a haránt szár visszahajlik a magasan levő baloldali hajlathoz és a lehajló szárba folytatódik.

Jelen esetben azonban külön és megszokott helyén a lehágó szár egyáltalán nem látható. A gázzal telt s a hasür jobb felében a felhágó szárral párhuzamosan helyet foglaló árnyékalakulatok tehát a haránt és a lehágó szárnak felelnek meg. Bismuttal való telődésük hosszas és gyakori átvilágításkor vékony csíkok alakjában történik. Ez utóbbi kép emlékeztet a sós hashajtók alkalmazásakor látható folyékony és erősen gáztartalmú vastagbél árnyékképére. Azonban fokozott peristaltikának semmi nyoma. Ellenkezőleg, a telődés feltűnő lassú és szokatlan módon késik. A sigmabél telődése viszont ismét igen kifejezett. Contrastbeöntés alkalmával csupán a sigmabél telődik meg; a vastagbéltractust nem sikerült megtöltenem.

A klinikai tünetek egybevetésével tehát nyilvánvaló, hogy a vastagbélben a jobb hajlat táján egy daganat foglal helyet, mely ott a bél lumenét szűkíti, és amely, úgy látszik, vongálás folytán a vastagbéltractust a sigmabélig rendellenes helyzetbe hozza. Az utóbbi vastagbélrész egész terjedelmében szűkült.

Eme diagnosissal a beteget műtét céljából a II. számú sebészeti klinikára tesszük át. Itt előzetes digalen-adagolás után veronal-chloroform narcosisban műtétet végeznek rajta.

A műtét leírása. Metszés a köldök és processus xiphoideus között. A hasüreg megnyitása után kitűnik, hogy tulajdonképpeni daganat nincsen; a tapintható tumort a colon transversumnak és descendensnek a sigmabélbe való invaginatiója okozza. A metszést a könnyebb hozzáférhetőség céljából a köldök alá meghosszabbítjuk és megkíséreljük a sigmabél alsó része felől a vastagbelet desinvaginálni. Ez körülbelül két tenyérnyi terjedelmű területen sikerül is; az invaginatio oralis végén azonban az intussusceptumot kihúzni nem tudjuk. Ezért közvetlenül a flexura dextra utáni helyen, valamint a flexura sinistra alatt a belet két bélfogó között harántul átvágjuk. A mesocolon ereinek lekötése és a megfelelő rész resectiója után az oralis bélvéget a felső sebzúgban a peritoneumhoz kiszegjük, közvetlen mellette-alatta pedig az aboralist. A bőrt is néhány csomós catgutvarrattal a nyálkahártyához öltjük; a hasseb többi részét három etageban egyesítjük. Az oralis bélvégbe vastag draincsövet vezetünk.

Már a hasüreg megnyitása alkalmával kitűnt, hogy a felette erősen tágult vékonybelek serosája mindenütt belövelt és vékony fibrinlepedékkel fedett. A tágult beleknek visszahelyezése műtét közben a hasba csupán a beleknek troicarttal való punctiója után volt lehetséges.

A kiirtott vastagbél felmetszése után kiderült, hogy az invaginatiót körülbelül a flexura hepatica táján ülő tyúktojásnyi, kocsányos, zsírlebenykékből álló daganat okozta. Az invaginatum nyálkahártyája körülbelül tenyérnyi helyeken szederjes-vörösösen, vérzésesen beivódott, felületén necrosisos lepedékkel fedett. Egy helyütt egy fillérnyi, vérzésekkel körülvett felületes fekély látható. A reszekált vastagbél hossza körülbelül 50 cm.

A draincsövön át bőségesen híg, zöld váladék ürül. A beteg gyakran hány és csuklik. Hőmérsék 38·2, pulsus 120. Cardiotonicumok. A pulsus mind felületesebb és szaporább s a műtét után 4 órára a beteg meghal.

A szövettani vizsgálat szerint a kiirtott daganat lipomának felel meg.

A sebesült-szállítás és kötözés kérdése a segélyhelyen.

Irta: *csokolyi Fényes Pál* dr., zászlóalj-orvosfőnök.

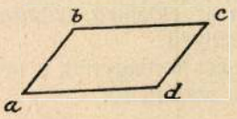
Csapatorvosok, kik segélyhelyükön legelőbb kapják a sebesülteket kézhez, általánosan tapasztalhatták, hogy a körülmények adta — sokszor nagyon is primitiv — viszonyok között mily nehézségekbe ütközik egy hordágyon fekvő súlyos sebesült bekötözése s hogy a sebesülteknek a kötözéssel és szállítással elkerülhetetlen nyugalomháborítása azoknak mily fájdalmat okoz, sőt végzetes következményekkel járhat. Bármennyire is elfogadjuk azt, hogy háború lévén, a golyók járnak, s veszélyeztetett helyen fekvő sebesültjeinket kötelességünk akár lábuknál húzva is biztonságba hozni, mégis legalább ott, hol ennek csak legkisebb lehetősége nyílik — így a segélyhelyen is —, föltétlen azon kell lennünk, hogy a további fájdalmakat, s a főleg tüdő- és haslövés eseteiben annyira ártalmas nyugalomháborítást a lehetőségig elkerüljük.

Azt hiszem, szolgálatot teszek vele a sebesült-ellátás ügyének, ha a sebesült-szállítás és kötözés alkalmával követett eljárásomat leközlöm. Saját eljárásomnak azért nevezem, mert egyrészt még sehol alkalmazva nem láttam, másrészt sehol sem olvastam róla. Igaz ugyan, hogy a mi az utóbbit illeti, ez már azért sem volt lehetséges, mert 8 hónapi harctéren létem alatt bizony az irodalom tanulmányozására nem igen nyílt alkalmam. De annyival inkább tapasztalhattam, hogy az ú. n. „hadsebészeti tapasztalatok“ a mily nagy értéket képviselnek a tábori kórházakra nézve s ezektől felfelé, a segélyhelyek működésére annál kevesebb befolyást gyakoroltak.

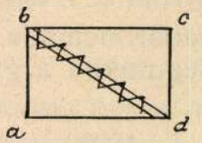
A kiméletesebb szállítást és kiméletesebb kötözést szolgáló két eljárásom leközlésével tehát főleg a segélyhelyeken működő kollegáimnak, illetve sebesültjeiknek vélek elsősorban szolgálatot tehetni.

I. *A sebesültek szállítása.*

Alapját az általánosan ismert sátorlap-hordágy rögtönzése teszi. Ez ugyanis abból áll, hogy egy sátorlapot, mely



alakú, aképpen hajtunk össze, hogy *a* sarka *b*-hez, *c* sarka pedig *d*-hez hajlíttatik. Ezáltal egy



alakú sátorlap-kettőzetet nyerünk, melynek lapjai közé az *a—d* és *b—c* vonalnak megfelelően két rudat dugva, a hordágy használatra kész. A *b—d* érintkezési széleket a karikák útján a sátorlap-zsinórral összefűzzük.

A mi már most az általam gyakorolt eljárást illeti, az abból áll, hogy osztagom minden hordágy-aljazatába egy a fenti módon összehajtott sátorlap göngyöltetik. A hordágy összeállításakor ez a hordágyon marad s a súlyos sebesült erre helyeztetik. A sebesült aztán az által, hogy az e czélra szolgáló rudakat behelyezzük, a hordágyról könnyen és kiméletesen leemelhető, a fekhelyre helyezhető, továbbá kocsira tehető stb.

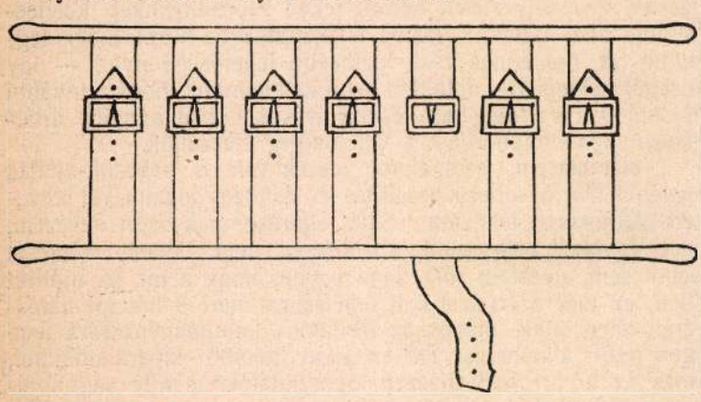
Ha aztán gondunk van reá, hogy a sátorlapokat az eltávozó könnyü sebesültektől és betegektől, kiknek arra szükségük már nincs, megfelelő mennyiségben visszatartsuk, akkor takarékoskodnunk sem szükséges s a sebesült egy-egy ilyen sátorlap útján akár egészen a tábori kórházakig is szállítható lenne.

II. *A sebesültek kötözése.*

A kötözést egy általam készitett kötözőasztalon végzem. Nem egyéb ez, mint két hordágyrúd, melyek sűrün egymás mellé helyezett széles hevederek útján vannak összekötve. A hevederek csattok útján kibonthatók és ismét összecsatolhatók.

Az ily módon felszerelt két hordágyrúd aztán a segélyhely felállításakor négy darab a földbe vert, felül a rudak befogadására szolgáló vájulattal bíró czölöpre aképpen helyezendő, hogy a hevederek lehetőleg jól megfeszüljenek. A négy darab czölöpöt czélszerűbben pótolhatja két e czélra

készített, összecsukható massiv kecskeláb, melyek zárva bármely málhalóra könnyen felszerelhetők.



Az által, hogy a sebesült testrésznek megfelelő hevedert, illetve hevedereket kicsatoljuk, a sebhez alul, felül — s ha az oldalrudak közti távolság elég nagy —, oldalt is kényelmesen hozzáférünk s a súlyos sebesültet bekötözhetjük a nélkül, hogy nyugalmában jelentékenyebb mértékben zavarnók. Hogy aztán a sebesültek levetkeztetése is mennyire meg van az ilyen asztalon könnyítve, nem szükséges bővebben fejtegetnem.

A kötöző asztalról aztán ismét hordágyra, illetve az előbbi pontban leírt sátorlapra a sebesült egyszerűen akként helyezhető, hogy fokozatosan az összes hevedereket kicsatoljuk, mire a sebesült az előzőleg alátartott hordágyra, illetve sátorlap-hordágyra sülyed.

Meneteléskor a két hordágyrúd, a hevederek útján összegöngyölve, könnyen szállítható.

Közlés a budapesti Stefánia-gyermekkórházzal kapcsolatos egyet. gyermekklinikából. (Igazgató: Bókay János dr., udvari tanácsos, egyetemi ny. r. tanár.)

A gümős tracheobronchialis nyirokmirigyek áttöréséről a légutakba a gyermekkorban.

Irta: ***Paunz Márk*** dr., egyetemi magántanár, kórházi főorvos.

(Vége.)

Kisebb fokú compressio esetén várakozó eljárással és általános hygienés és diaetás kezeléssel, a mint azokat a gümőkórban általában alkalmazzuk, igen szép eredményeket érhetünk el. Nem ritka dolog, hogy az első életévekben hörgő és nehezen légző gyermekek, a kikben a tracheobronchialis nyirokmirigyek duzzanata kétségtelenül kimutatható, kellő kezelés mellett, néha minden kezelés nélkül is, teljesen meggyógyulnak és később is egészségesek maradnak. Ilyen esetekben főként a tengeri levegő és a heliotherapia, ha ezen gyógytényezők alkalmazhatók, igen jó hatással vannak.

Nagyobb fokú compressio klinikai kezelésre szorul; az ilyen gyermek állapotát gondosan kell megfigyelni, minthogy tapasztalat szerint nagyobb fokú compressio esetén el kell készülve lennünk az áttörésre is. A légcsőmetszés ily esetekben eredményre nem vezet és ha kisebb a gyermek, itt meglehetősen tehetetlenek vagyunk.

Mindenesetre lehetséges, hogy a tracheát és bronchusokat összenyomó mirigyekhez elülről a mediastinotomia anterior útján hozzáférhetünk. *Rehn* [44] érdeme, hogy a jobb főbronchust összenyomó, a jobb tracheobronchialis szegletben fekvő megnagyobbodott mirigytömeget ily módon távolított el először sikeresen.

Tüdőcsúcsbeszűrődésben szenvedő, 29 éves, tuberculosissal terhelt leányról volt szó. Ugy a physicalis, mint a Röntgen-vizsgálat kimutatta, hogy a jobb főbronchust megnagyobbodott tracheobronchialis nyirokmirigyek nyomják össze. Kínzó köhögés, jobboldalt kifejezetten gyengült légzés. A Röntgen-vizsgálat ovalis, diónyi árnyékot mutat a jobb főbronchus elágazása felett (lymphoglandul. tracheobronchial. sup. dextr.) és a két főbronchus közötti szegletben (lymphogland. tracheobronchial. inf.); árnyékok a trachea mentén is láthatók. Jól felismerhető a jobb főbronchus szűkülete is.

Minthogy a légszomj annyira fokozódott, hogy fulladás veszélye forgott fenn, *Rehn* a külső műtétet végezte. Harántmetszés a manubr. sterni felső széle mentén. A jobb fejbicczentő izmot tapadásánál átvágta. A mediastinumba vezetett ujj a mélyben a II. bordaporcz magasságában tömött, dudoros, diónyi daganatot érez. Az I.—IV. borda a sternum mellett kikészíttetik és a II. és III. bordaporczot a sternum széle mellett átvágják, nemkülönben a manubrium sternit jobboldalt a középvonalig átfűrészelik.

A vérzés csillapítása után a sebszélek szétvonásával az egész felső mediastinalis üreg a pleura sértése nélkül áttekinthető. A mediastinalis kötőszövetet részben élesen, részben tompán hosszirányban szétválasztották, a vena cava superiort a vena anonymával fel- és kifelé, az arteria anonymát a carotis communissal mediánfelé húzták és így a megnagyobbodott és elmeszesedett jobboldali tracheobronchialis mirigyek szabadon láthatóvá váltak. Sikerült ujjal az egyik tömött mirigycsoportot tompán kihámozni. További kisérletnél a mélyből venosus vérzés indult meg. Minthogy a légzés szabadabb lett, a műtétet befejezték. Tamponade. Csontvarratot nem végeztek. Az izmokat és részben a bőrt összevarrták.

A beteg a műtétet jól állotta ki; a légzés állandóan szabad maradt. Az izgatott köhögés is megszűnt.

A beteg a műtét után 24 nappal gyógyultan elbocsáttatott. A későbbi lefolyás is kedvező volt és a beteg munkáját mint konyhaleány akadálytalanul végezhette.

Ez kétségtelenül figyelemreméltó sebészi siker, azonban be kell vallani, hogy a műtét sem könnyűnek, sem veszélytelennek nem mondható. A műtét a compressiós stenosisokban mindenesetre indokolt, ha az összenyomatás életveszélyessé kezd válni és bizonyára felnőtteken és nagyobb gyermekeken máskor is eredményesen lesz végezhető. Hogy azonban sikeres lesz-e kisebb gyermekeken is, azt előbb bővebb tapasztalatokkal kell bebizonyítani.

Más a helyzet, *ha a tracheobronchialis nyirokmirigyek már áttörtek a légutakon.* Ezen esetekben, ha az áttörést idejében felismerjük, sokszor lesz lehetséges *a légcsőmetszéssel és az ezt követő alsó tracheobronchoskopiával* a megfulladást elhárítani. Már az egyszerű légcsőmetszés, a mint azt a tracheobronchoskopia ismerete előtt többször alkalmazták, szép eredményeket mutatott fel, a mennyiben a szabaddá lett mirigysequesterek kiköhögését megkönnyítette. De mégis, ezen esetekben inkább véletlenen mult a siker. Nem lehetett a helyzetet megtekintéssel tisztázni.

Másként áll a dolog ma, a mikor megtanultuk, hogy miként értékesítsük az alsó bronchoskopiát ezen a téren is. Fentemlített dolgozatomban már ismertettem a Stefánia-gyermekkórházban ily módon sikeresen kezelt két esetet [45] és ezekhez hozzácsatolhatjuk a most leírt két újabb esetet. Nemcsak az áttörés helyét állapíthattuk meg pontosan, hanem az áttörő mirigyeket directe megtámadhattuk. Már az első két esetünk egyikében *Winternitz* [46] magából a mirigytályogból távolított el mirigydarabokat és most közölt II. esetünkben a jobb bronchusban már a nyálkahártya alá tolódott mirigyet egyenesen megfoghattam és így sikerült egyetlen műtéttel az összes veszélyessé válható mirigydarabokat eltávolítanunk.

Természetes dolog, hogy ha az áttörés kórjelzése biztos, akkor *a műtétet azonnal légcsőmetszéssel kell kezdeni.* Ha az áttörést csak *a felső bronchoskopiával* állapíthattuk meg, akkor *utólag kell a tracheotomiát végeznünk,* mert a még később kilökődő mirigysequesterek súlyos fulladási veszélyt okozhatnak.

A tracheobronchoskopiát a mirigyek áttörésekor mások is sikeresen alkalmazták. A rendelkezésemre álló irodalomban még a következő idevágó eseteket találtam.

1. *Koschier-Pollak.*[47] 4 éves fiú. Nagyfokú dyspnoë miatt tracheotomia inferior. A tracheobronchoskopia a bifurcatio felett jobboldalt hátul a trachea falának jól kifejezett beboltosulását mutatja. A légcsőmetszést követő 7. napon fulladási roham, miközben több mogyorónyi mirigydarab köhögtetik ki, melyek gümőbacillusokat nem tartalmaztak. A második tracheoskopia mutatja, hogy a bedomborodás eltűnt és he-

[44] *L. Betke*: Tracheo-Bronchialdrüsentuberkulose und ihre chirurgische Behandlung. Beiträge zur klinischen Chirurgie, 1913, 85. köt.

[45] L. *Erdély:* Orvosi Hetilap, 1906, 47. sz.

[46] L. *Paunz* l. c. 48. sz. eset.

[47] Sitzungsber. d. Gesellsch. d. Aerzte in Wien vom 23. Februar 1906. Wiener klin. Wochenschr., 1906, 9. sz.

lyét fekély foglalja el. Két héttel később újabb mirigysequesterek köhögtettek ki. Később a kanül eltávolíttatott. A gyermek meggyógyult.

2. *Schmiegelow*.[48] 2½ éves fiú. Két hónap óta hörgő légzés, köhögés és legutóbb fulladási rohamok. Az egyes rohamok között nem észlelhetők stenosis tünetei. A hang csengő. Láz nincsen. Tuberculosus terheltség nincsen. A tüdők felett hátul néhány szörtyzörej hallható. A chloroformnarcosisban végzett bronchoskopia superior a következőket mutatja: A légcső nyálkahártyája erősen belövelt és duzzadt, főként a jobb bronchus felett, úgy hogy az oszlási él nem látható. Köhögés közben kisebb-nagyobb fehér színű szövetdarabok löketnek a csőbe és a bifurcatiónál és a jobb bronchus szájadékában hasonló fehér tömegek láthatók, itt a nyálkahártya erősen vastagodott. Fekélyt vagy álképletet felfedezni nem sikerül.

A tracheoskopia útján eltávolított szövetdarabok mikroskopi vizsgálata kimutatta, hogy elhalt kötőszövetről van szó, melyben a nyálkahártyának semmiféle eleme nem mutatható ki; a darabkák szélén kisebb kereksejtes csoportok. A metszetek bakteriologiai vizsgálata gyérszámú saválló pálczikát mutat, a melyek nagyon hasonlítanak a gümőbacillusokhoz.

A légzési nehézségek csakhamar teljesen megszűntek és a második bronchoskopia a tracheában és a bronchusokban normalis térviszonyokat mutat. Kevés nyálkás váladék és a nyálkahártya belöveltsége észlelhető.

Schmiegelow szerint légcsőszűkület állott fenn, mely tuberculosus nyirokmirigy nyomása folytán keletkezett és ezen mirigy áttört a tracheába.

3. *Hirschland*.[49] 3 éves fiú. Dyspnoë miatt tracheotomia és alsó tracheobronchoskopia. Ugy a bal, mint különösen a jobb főbronchusban genyes tömegek. A jobb főbronchusban mintegy 1—1½ cm.-nyire a bifurcatio alatt a bronchoskopiás cső kicsi, vakon végződő üregbe jut, mely telve van genynyel. A második vizsgálat ugyanezt a képet mutatja a jobb főbronchustól jobbra, de most már szükebb volt az üreg bemeneti nyílása és az üreg falai sarjakkal voltak borítva, a mi által a kép olyanná vált, mintha az üreg kisebbednék.

A kanült 11 nappal később eltávolíthatták és a gyermek meggyógyult.

A gyermek, a ki Amerikából származott, hazájába utazott vissza és ¾ év után is teljesen jól van. A pontos vizsgálat teljesen ép szervezetet mutat.

Hirschland, jóllehet a tuberculosis minden jele hiányzott és a *Pirquet*-féle reactio is negativ volt, mégis azt hiszi, hogy gümős bronchialis nyirokmirigy áttöréséről a jobb bronchusba volt szó.

Ezek szerint korábbi 4 esetünk hozzászámításával *összesen 10 olyan esetünk van, a melyben a mirigyáttörés bronchoskopiás uton kezeltetett;* ezen esetek közül 7 észleltetett a Stefánia-gyermekkórházban. A 10 eset közül meggyógyult 7, utóbbiak közül egy (*Schmiegelow* esete), a melyben csak a felső bronchoskopia került alkalmazásba. Három beteg meghalt, valamennyi saját észlelésünk. Ezek között szerepel egy 6 hónapos leányka és egy 20 hónapos fiú, mindkettő általános miliaris tuberculosissal és egy négyéves fiú, a kin egyúttal idegen test (bab) aspiratiója is fennforgott. Sikerült ugyan az idegen testet a bal alsó lebeny egyik hátulsó bronchialis ágából eltávolítani, azonban a gyermek jobboldali pleuritis folytán elpusztult. A bonczolás kimutatta, hogy sajtos nyirokmirigy tört be a jobb főbronchusba. A lépben több kisebb gümő találtatott.

Az elért eredmények mutatják, hogy a tracheobronchoskopia directa kitünő eljárás, melynek segítségével mirigyáttörés eseteiben a fenyegető fulladás veszélyét elháríthatjuk.

Betke[50] közleményében a mirigyek áttörésekor is a külső sebészi beavatkozás mellett emel szót, mondván:

„5. Sebészileg kell beavatkoznunk, ha a mirigyek nyomása folytán fulladási rohamok jelentkeznek, avagy a légutakba történt mirigyáttörést kórjeleztünk. Jogosult a beavatkozás, ha a mirigyek nyomása nagy zavarokat (izgatott köhögés, dyspnoë, gyüjtőérpangás stb.) okoz. Megfontolandó, ha a megnagyobbodott — elsajtosodott és elmeszesedett — mirigyekben az egyetlen virulens gümős góczot látjuk.

„6. A légcsőmetszés mint nem észszerű műtét elvetendő.“

Ezen végső következtetések bizonyára helyesek nyomási stenosis eseteiben, de semmiesetre sem azok kezdődő avagy már megtörtént mirigyáttöréskor. *Ezen eseteket éppen úgy kell kezelnünk, mint a belégzett idegen testeket*, és pedig olyan módon, a hogyan *szerves idegen testeket* általában kezelnünk kell: *először légcsőmetszés és azután alsó tracheobronchoskopia.* A tracheobronchoskopia directa a mirigyáttörések gyógykezelése alkalmával a külső sebészi beavatkozással szemben épp oly fölényesnek fog bizonyulni, a mint az az idegen testek aspiratiója esetén már régóta bebizonyosodott.

Éppen bekövetkezett mirigyáttörés esetén a külső sebészi kisérlet egyenesen veszedelmes volna. A mélyben tapintó ujj a mirigytályogra gyakorolt nyomással a kicsiny áttörési nyílást nagygyá változtathatja át és így a megfulladást — ha előzetesen légcsőmetszés nem történt — siettetheti. A már áttörő mirigyeket sem lehet mindig oly könnyen tompán kifejteni, mint a hogyan az *Rehn* esetében sikerült. A már áttörő mirigyek a légcső és a bronchusok falával rendszerint erősen összenőttek és a friss hullakészítményben sem választhatók le könnyen kés és olló nélkül. Ha már most az ilyen mirigytályogot kívülről nyitjuk meg és az elsajtosodott mirigyek nem távolíthatók el gyökeresen, akkor a legjobb esetben gümős sipoly keletkezik, a mi valóban nem kívánatos sebészeti eredmény. Más a helyzet *paratrachealis mirigytályogok* esetén, ha azok át is törtek a légcsőbe. Ezek kívülről könnyen hozzáférhetők és jól kitakaríthatók, a mint azt *Alapy*-nak[51] egy ily módon kezelt esete is bizonyítja.

A mi már most a bronchoskopiás csövön át való beavatkozást magát illeti, az természetesen csak a már szabaddá vált mirigysequesterek eltávolítására és a már hozzáférhető mirigytályog kitakarítására szorítkozhatik. Lehetséges volna ugyan, hogy a légcső és a bronchusok falán beboltosuló mirigytályogot directe megnyissuk, avagy szívófecskendővel punctio útján kiürítsük, azonban erre ritkán lesz szükségünk és ez csak akkor volna alkalmazható, ha a mirigytályog áttetszősége által jól megkülönböztethető. A trachea jobboldali falán a bifurcatio felett, úgyszintén a jobb főbronchus belső falán, a mely helyeken a compressio és a perforatio leggyakrabban észlelhető, nincs ugyan semmi veszély, hogy valamely nagyobb vérért kellő elővigyázat mellett megsérthessünk, azonban mégis tanácsosabbnak tartom, ha bronchoskopiás műtéteink alkalmával nem csábíttatjuk magunkat eredménynyel nem kecsegtető és veszélyessé válható beavatkozásokra. Megtörténhetnék, hogy a mirigytályog már közlekedik valamely vérérrel avagy a nyelőcsővel is, de a légutakkal még nem. Ha a bronchoskopiás csövön át megnyitnánk egy ilyen tályogot, akkor a fenyegető elvérzést avagy a légutak és a nyelőcső közötti rendellenes közlekedést természetesen egyenesen elősegítenénk — mind olyan okok, a melyek azt parancsolják, hogy beavatkozásunkkal óvatosak legyünk és az ilyen eshetőségekre okot ne szolgáltassunk.

Prognosis. Jóllehet a bronchialis mirigyek tuberculosisa mindig igen komoly megbetegedésnek tekintendő, mégis *Widerhofer*[52] pessimistikus felfogása ma már nem jogosult. Fiatalabb, a második életéven innen levő gyermekeknek több mint fele elpusztul ugyan, ha tuberculosisban szenved és ezen esetekben mindig a tracheobronchialis mirigyek gümős elfajulását is megtaláljuk, azonban bebizonyosodott az is, hogy a gyermekkori tuberculosis igen sok esetben teljesen meggyógyul és hogy a tracheobronchialis mirigyek tuberculosisa elmeszesedés és eltokolódás által szintén gyógyul. Különösen *Hamburger*[53] figyelmeztet arra, hogy a 6.—7. életéven túl gyógyult tuberculosis jelei igen gyakran találhatók. A tüdőtuberculosis elhegesedés és elmeszedés által gyógyul.

Hamburger szerint Wien-ben a 7. életéven túl igen sok gyermekben találhatók a tüdőkben és a bronchialis nyirokmirigyekben egészen kicsi elmeszesedett góczok. Igy *Ghon*

[48] *E. Schmiegelow:* Klin. Beitr. z. Bedeutung der Oesophagoskopie und Tracheoskopie u. s. w. Arch. f. Laryng. und Rhin., 1908, XX. köt.

[49] *Hirschland*: Zwei kasuistische Beiträge für die Wichtigkeit der direkten Rohruntersuchungen. Zeitschrift f. Laryng., Rhinol. u. ihre Grenzgeb., 1910, II. köt.

[50] *Betke*, l. c. 568. l.

[51] *L. Paunz*, l. c.

[52] *Widerhofer*, l. c. 1016—1017. oldal.

[53] *Fr. Hamburger:* Allg. Path. u. Diagnostik der Kindertuberkulose. Leipzig u. Wien, 1910, 19. és 20. oldal.

1908-ban 13 gyermekben, a ki nem tuberculosis folytán halt meg, 13-szor, azaz minden esetben elmeszesedés által gyógyult tuberculosist talált. Ebből következik, hogy a 7. életévben és azon túl a gyógyult inactiv tuberculosis igen gyakori.

Ha ez így van, akkor ebből az következtethető, hogy nem egy esetben a légutakba áttörő nyirokmirigyek a spontan gyógyulásnak egy bizonyos nemét alkotják és pedig minél idősebbek a gyermekek, annál gyakrabban. Ezt az a körülmény is bizonyítja, hogy a légcsőmetszés és bronchoskopia által megmentett gyermekek legtöbbje később is egészséges maradt és csak egyesekben fejlődött utólag a tüdő gümős beszűrődése. De ezt bizonyítja több, a mirigyek áttörése folytán megfulladt eset is; a bonczolás ezekben kimutatta, hogy sem a tüdőben, sem más szervekben tuberculosis nem volt kimutatható, hanem csakis a fulladást okozó áttört tracheobronchialis nyirokmirigyekben.

Kötelességünk tehát minden esetben, ha áttörés forog fenn, a gyorsan végzett légcsőmetszés és a tracheobronchoskopia directa által a fulladási veszély elhárítására törekednünk. A klinikus feladata, hogy a tracheobronchialis nyirokmirigy-tuberculosis minden phasisát gondos figyelemmel kisérje és így remélhető, hogy a jövőben az áttörés után gyógyult esetek száma is még növekedni fog.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A belorvostan körébe tartozó idősült vesegyuladások sebészeti kezelésére vonatkozó tapasztalatait közli *Rovsing* tanár. Mindenekelőtt figyelemreméltó az az állítása, hogy nem csupán az interstitialis, hanem a parenchymás vesegyuladás és a glomerulo-nephritis is egyoldali lehet, és hogy ez nem is olyan nagyon ritka dolog; ennélfogva nephritis minden esetében szükséges az ureterkatheterezés és az elkülönítetten felfogott vizeletek megvizsgálása. A továbbiakban a nephrolysis gyógyító hatására hívja fel a figyelmet úgy egy- mint kétoldali parenchymás és glomerulo-nephritis eseteiben. Az albuminuria orthostaticát az eseteknek egy részében vándorvese okozza s azért alkalmas kötelékkel avagy nephropexiával meggyógyítható. (Hospitalstiende, 1915, 1. és 2. szám.)

Sebészet.

A vérátömlesztésnek igen egyszerű módját írja le *Lewisohn*. Kivitele a következő módon történik: A vértadó egyén egyik alkarvenájára tournique-t helyezve, a venát kipraeparáljuk s centralis végét lekötve, a distalis lumenbe vastag, mandrinnal ellátott szúrcsapot vezetünk, a melyen keresztül 500 gr. vért bocsátunk oly sterilezett üvegedénybe, a melybe előzőleg 25 cm³ 2%-os teril natriumcitrat-oldatot öntöttünk. Mialatt a vér kifelé folyik, az edényben levőt üvegbottal kevergetjük. Ha az üvegedény félig megtelt, újabb 25 cm³ natriumcitrat-oldatot öntünk hozzá. Fontos, hogy a vér sugárban ömöljön. Ha a szükséges mennyiséget megkaptuk, a szúrcsapot kihúzva a sebet összevarrjuk. Az így kapott vért infusiós vagy salvarsan-készülékkel a beteg karvenájába juttatjuk, vigyázva légbuborékok elkerülésére.

A 2%-os natriumcitrat-oldat a vért kémlőcsőben 2—3 napig oldva tartja, a szervezetben azonban e hatás csak 24 óráig tart. A natriumcitrat teljesen veszélytelen.

A szerző 10 esetben próbálta ki eljárását, mely nemcsak heveny vérveszteség esetén, hanem különböző vérbetegségekben is jól alkalmazható eljárásnak bizonyult. (Münch. med. Wochenschr., 1915, 21. szám.) *M.*

Bőrkórtan.

„Az orosz keleti tengeri tartományokban előfordult lepra veszélyezteti-e Németországot?" czímen közöl actualis adatokat *Blaschko* (Berlin). Az a hír, hogy a német keleti hadsereg az orosz balti tartományok egy részébe hatolt, bizonyára fölkelti a hygienikusok figyelmét. Németországnak idáig csak egyetlen leprás gócza van, és ez Memel vidéke. *Blaschko* már 1896-ban kimutatta, hogy ez is csak úgy jött létre, hogy Memel és a szomszédos orosz provinciák között régi hagymányos kereskedelmi érintkezés folyik, holott ezek a vidékek már régóta leprásak. E provinciák közül Livland a főfészke a leprának, a hol az már a középkor óta otthonos. Hivatalos adatok szerint (1898-ból) Kurlandnak 56, Livlandnak 237, Kownonak 2 leprás esete van. Bizonyos azonban, hogy ezek az adatok hiányosak. Egyébként is az újabb szerzők adatai azt bizonyítják, hogy a lepra ezekben a kormányzóságokban az utóbbi időben jelentékenyen terjedt. *Prissmann* 1904-ben az összes esetek számát 1000-re teszi. Hogy a szomszédos német Memel-ben mindeddig csak gyér számban maradtak a leprások, annak a szigorú német ellenőrzés és a leprások internálása az oka. Most azonban megváltoztak a viszonyok. Igaz ugyan, hogy a leprának fertőző képessége igen jelentéktelen, mindazonáltal, ha csak minden 10.000 katona közül egy fertőződik, úgy az, 300.000 katonából álló hadsereget vévén alapul, már 30 beteget jelent. Ez a 30 beteg pedig egész Németországra veszedelmes lehet. Már pedig tudnivaló, hogy az orosz parasztházakban mennyire hiányos a legelemibb hygienés berendezkedés. A betegség rendkívül lassú fejlődése s a korai esetek nehéz felismerhetése mindmegannyi körülmény, hogy a már leprás egyén hosszú ideig családi körében élhessen s így a fertőzés terjesztését előidézhesse. A védekezés nehéz, a míg az átvitel módozatai nincsenek véglegesen tisztázva. Ujabban nyert tapasztalások azt látszanak bizonyítani, hogy a vérszívó parasiták (bolha, tetű, poloska) azok, melyek útján a fertőzés terjed. *Blaschko* ez alapon a következő javaslatokat teszi: 1. A mint valamely német csapat egy helységbe vonul, az első teendő, hogy leprás betegek után érdeklődjenek. 2. Oly házakban, melyekben leprások laktak, német katona ne tartózkodjék. 3. A csapatokat megfelelő szerekkel (naphthalin, kresol-por stb.) kell ellátni, hogy védekezhessenek a parasiták ellen. 4. További előrenyomulás esetén tanácsos volna a leprosoriumok törzskönyveiből a betegek nevét és lakóhelyét megtudni, hogy a védekezés még pontosabban történhessék. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1915, 23. sz.) *Guszman.*

Venereás betegségek.

A bőrbajoknak és nemi betegségeknek a háborúban való elterjedéséről és gyógyításáról ír *W. Scholtz* (Königsberg i. Pr.). A szerző előadása során több olyan érdekes kijelentést tesz és oly új szempontokból tekinti a viszonyokat, hogy egészében lényegesen elüt az utóbbi időben nagy számmal közlött idevágó közlésektől. A háború folyamán a dermatologusoknak egyik feltűnő tapasztalása, hogy a hiányos testápolás következtében várható különböző bőrbajoknak nagyobb számú előfordulása teljesen elmaradt. A parasiták által létrejött s gyorsan gyógyuló bőrgyuladásokon, valamint furunculosisokon és pyodermiákon kívül más bőrbaj, pl. főként eczema, csak igen korlátolt számban került szemünk elé. Különösen föltünő a súlyosabb eczemák hiányzása. Pedig a külső körülmények bizonyára bőven megvoltak, hogy kifejlődhessenek. Úgy látszik azonban, hogy hiányoztak az eczemás állapotot kiváltó belső körülmények és okok. Nyilván az egyszerű, olykor eléggé szűk táplálkozás és a szabad levegőn való tartózkodás az egyik főoka annak, hogy az eczemák csak kivételesen fordulnak elő. Egyébként ismeretes, hogy az otthon ülő és táplálkozó egyének között fordulnak elő leginkább az eczemás bajok.

A nemi bajok nagyjában ugyanúgy folynak le, mint béke idején s az előfordulásukra vonatkozólag az a tapasztalás, hogy a lágyfekély nagyobb számban fordul elő mint egyébkor. A nemi bajok gyakoriságára vonatkozóan a szerzőnek az a véleménye, hogy e téren általában sok a túlzás. Nem hiszi, hogy az arány jelentékenyen rosszabb volna mint béke idején. Természetes, hogy a mikor több millió katonából áll a haderő, a nemi bajosok száma is jelentékeny. E

tapasztalás mindenesetre a keleti harczterekre vonatkozik s lehet, hogy más a nyugati harczteren. A német keleti hadsereghez tartozó katonák között azonban egyenesen alacsonynak mondható a nemi betegségek aránya száma. Még aránylag legtöbb a fertőzés egyes csapatközpontokban, oly városokban, a melyekben a katonák kiképzésüket nyerik. A szerző eddigi tapasztalataiból arra következtet, hogy a nemi bajok arányszáma a hadseregben a háború alatt sem rosszabb, mint béke idején. Ez volt a tapasztalás az 1870/71.-i háborúban is. Az egy évre eső százalékszám akkortájt 4 volt. Tekintve azonban, hogy azóta a nemi bajok morbiditási aránya csökkent, valószínű, hogy az arányszám a mostani háborúban 2 és 3 között fog mozogni. Már most alapul véve, hogy városokban a férfi polgári lakosságnak béke idejében a megbetegedési száma 25% (nagy egyetemek polgársága), 16% (kereskedők) és 8% (nagyvárosok munkásai) között mozog, nyilvánvaló *Scholtz* szerint, hogy mostanában, a mikor milliók állanak fegyverben, a nemi betegségek előfordulási aránya lényegesen csökkent. A szerző a legtöbb sötéten látó véleménynyel szemben azt hiszi, hogy e tekintetben a háború javítólag fog hatni. Mindez természetesen a nőtlen katonákra áll, mert, sajnos, a nős katonák között más a helyzet. Ezek a polgári életben természetszerűen inkább lettek volna megkímélve a nemi bajoktól. Ily módon kétségtelen, hogy a nős katonák közül sokan fogják a fertőző bajt a családba beczipelni, de azért attól nem kell tartani, hogy általuk az egész lakosság szenvedhetne.

A syphilis kezelésében a szerző azt ajánlja, hogy aránylag csak igen kis adagokban adjuk a salvarsant, illetőleg a neosalvarsant, mert véleménye szerint a harczterről jött katona intoleránsabb e szerek iránt. Két, halállal végződött salvarsan-encephalitist észlelt. A salvarsant főként csak primaeraffectiók ellen alkalmazza kénesővel kombináltan, ellenben secundaer lues ellen legtöbbször csak kénesőt használ. A gonorrhoeát a szerző igen gyakran novinjectol-lal (6%-os protargolkenőcs) kezeli, bár nem lát tőle oly jó hatást mint *Neisser*. A szernek technikai alkalmazását különbözőképpen variálta. Sokkal jobbak az eredmények véleménye szerint akkor, ha a beteget valamilyen ezüstsóoldattal fecskendeztetjük s ezt a novinjectol-kezeléssel kombináljuk. A kezelési idő ezáltal átlagban 14 napra csökkenthető s a recidivák száma csak valamivel több 20%-nál. Tekintve azt, hogy egyfelől a katonák között aránylag alacsony a nemi bajokra vonatkozó megbetegedési szám, másfelől meg a megbetegedett katona kötelező kórházi kezelésben részesül, könnyen belátható a szerző szerint, hogy ez a körülmény az egész férfilakosságnak a nemi bajok tekintetében való jelentékeny szanálására fog vezetni. A mily kedvezőtlen aránylag a fertőzési arány a nős katonákra nézve, oly fölötte kedvező az a nőtlen katonákra nézve, főként, ha összehasonlítjuk a béke idejében tapasztalt adatokkal. Szükséges, hogy ezt a férfinemre vonatkozó közegészségügyi javulást már a háború folyamán s még inkább a háború végével teljes mértékben kihasználjuk. Ha valamikor, úgy most van az alkalom, hogy eredményesen cselekedhessünk a nemi bajok elleni küzdelemben.

A szerző véleménye szerint a szükséges intézkedések ezek volnának: 1. A csapatok elbocsátásakor, illetőleg már a béketárgyalások megindulása idején minden katonát, a ki előzőleg nemi bajos volt, újra vizsgáljunk meg (syphilis esetén Wassermann-reactio!) s esetleg szakkezelésnek vessünk alá. Egyidejűleg a csapatbeli orvosok vizsgálják meg a legénységet esetleges nemi betegségre nézve. Ez alkalommal különös gonddal kell a nős katonákat megvizsgálni. 2. Nevelés a személyi prophylaxisra, annak az egész haderőben való kötelező végrehajtása által. 3. A háború végével és a békekötés után meggátlása a férfinemnek minden kiterjedtebb fertőzéstől. Ez elérhető *a*) a prostitutiónak erélyes rendezésével, a mi a háború alatt könnyebben is hajtható végre; *b*) intézkedésekkel, melyek az elbocsátott csapatok kicsapongását megakadályozzák (figyelmeztető-, oktató-lapok szétosztása, a távozó katonákhoz intézett fölvilágosító beszédek stb.). (Deutsche med. Wochenschr., 1915, 25. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Diabetes mellitus eseteiben a fermocyltablettákkal szerzett újabb eredményeit ismerteti *Schnée*. Ismeretes, hogy e tabletták lényeges alkotórésze az élesztőgomba invertinje, mely a czukrot oly módon bontja, hogy a diabeteses szervezet is fel tudja használni. Használata mellett az eseteknek 50%-ában számíthatunk kedvező eredményre, vagyis a vizelet czukortartalmának megkevesbedésére, a szénhydrátok iránti tolerantia fokozódására és a diabetes-szel járó többi zavar mérséklődésére. Néha már néhány nap alatt feltünő az eredmény. A szerző még megjegyzi, hogy újabban a fermocyltabletták készítéséhez egy új eljárással előállított erjesztőkészítményt használ, mely sokkal hatásosabb. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1914, 46. szám.)

Decubitus ellen *Herff* tanár nagyon ajánlja a porrá tört czukrot; a lepedő megfelelő helyére 1—2 evőkanálnyi ilyen czukrot öntünk és erre helyezzük a beteget. Sarjadzó és necrosisos sebekre is igen jó hatású a czukorpor, a melyet a sebre szórunk és egyszerű fedőkötést alkalmazunk. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 17. szám.)

Az intravenás jodtherapiáról ír *F. Klemperer*. 5—20 gramm jodnatriumot fecskendezett be intravenásan 10%-os oldatban, többnyire hetenkint 2—3-szor, sürgős esetekben pedig egymásután több napon át is, minden káros következmény nélkül. Főleg aortitis luetica eseteiben gondolja előnyösnek ezt az eljárást. (Therapie der Gegenwart, 1915, 3. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1915, 29. szám. *Szécsy Jenő*: A typhus exanthematicus klinikája, diagnosisa és serotherapiája.

Vegyes hirek.

Kinevezés. *Egyed Balázs* dr.-t Székelyudvarhelyen járásorvossá nevezték ki.

Meghalt. *Ticserics Ferencz* dr., Sajkásgyörgye község nyugalmazott orvosa, 77 éves korában. — *Szentkirályi Lajos* dr., Torda város tiszti orvosa, 59 éves korában. — *Nagy Lajos* dr. szobi járásorvos 55 éves korában. — *Rottenberg Mór* dr. cs. és kir. főtörzsorvos. — *László Imre* dr. tartalékos segédorvos, 24 éves korában július 12.-én a jaroslaui járványkórházban.

A cholera állása hazánkban. Magyarország területéről a június 28.-ától július 4.-éig terjedő héten 223 cholerabetegedést jelentettek 80 halálozással. Az esetek következőképpen oszlanak meg: *Törvényhatósági városok*: Baja 2, Budapest 2, Debreczen 65, Győr 10, Kassa 1, Kolozsvár 3, Miskolcz 4, Sopron 1, Ujvidék 1. *Vármegyék*: Bács-Bodrog vármegye: Dunagálos 1, Bulkeszi 2; Baranya vármegye: Üszög 1; Bars vármegye: Léva 4; Bereg vármegye: Munkács 11; Esztergom vármegye: Nána 28; Fejér vármegye: Sárosd 2, Érd 1; Győr vármegye: Nagybajos 3; Hajdu vármegye: Egyek 1, Mikepércs 10; Heves vármegye: Hatvan 1, Eger 1, Gyöngyös 4; Jásznagykúnszolnok vármegye: Mezőtúr 2; Kolozs vármegye: Bonczhida 1, Almásszentmihály 6; Pest vármegye: Solt 2, Dunaegyháza 2; Szepes vármegye: Lőcse 7, Márkusfalva 2; Szolnok-Doboka vármegye: Szamosujvár 2, Szék 5; Tolna vármegye: Bonyhád 1; Torda-Aranyos vármegye: Hadrév 12; Torontál vármegye: Józseffalva 2, Csóka 1; Ung vármegye: Ungvár 2, Őszemere 1, Nagyberezna 1, Hajasd 1, Csontos 1; Zemplén vármegye: Homonna 1, Laborczfalva 2, Takcsány 5, Zuhatag 3, Szinna 2. A megbetegedések közül 68 katonák és katonai munkások között történt, 51 hadifoglyokra esik. A többi 104 megbetegedés a polgári lakosság körében fordult elő. Utólagosan érkezett jelentések szerint folyó évi június hó 14.-étől 20.-áig Nyiregyházán hadifoglyok között 19, Kolozsvárott katonák közt 2, a polgárság között 1, június hó 21.-étől 27.-éig Nyiregyházán katonaság közt 1, hadifoglyok közt 22, Kolozsvárott a polgárság körében 1 choleramegbetegedés történt. — A július 5.-étől 11.-éig terjedő héten 259 betegedést jelentettek 138 halálozással. Az esetek következőképpen oszlanak meg: *Törvényhatósági városok:* Debreczen 8, Kassa 4, Miskolcz 4, Pécs 2, Szatmárnémeti 7. *Vármegyék:* Alsófehér vármegye: Vizakna 1; Bács-Bodrog vármegye: Vajszka 8; Bars vármegye: Garamvezekény 1, Léva 1; Bereg vármegye: Volócz 9, Munkács 58, Oroszvég 4, Beregszász 1, Hársfalva 1; Borsod vármegye: Felsőzsolcza 2; Esztergom vármegye: Nána 2; Fejér vármegye: Százhalombatta 1; Hajdu vármegye: Egyek 1, Mikepércs 2; Heves vármegye: Hort 1, Eger 1, Gyöngyös 2; Jásznagykúnszolnok vármegye: Jászalsószentgyörgy 1; Kolozs vármegye: Almásszentmihály 1, Válaszút 3, Csomafája 3, Apahida 2, Váralmás 1; Komárom vármegye: Tata 1; Liptó vármegye: Rózsahegy 2; Pest vármegye: Dus-

nok 5, Isaszeg 1, Szigetszentmiklós 1; Szabolcs vármegye: Nyiregyháza 3; Szolnok-Doboka vármegye: Szék 4; Torda-Aranyos vármegye: Hadrév 3; Torontál vármegye: Törökkanizsa 1; Ung vármegye: Ungvár 5, Oszemere 38, Patakófalu 14, Egreshát 2; Vas vármegye: Olad 1, Sé 1; Zemplén vármegye: Sátoraljaújhely 3, Laborczfalva 2, Szirina 5, Takcsány 3, Homonna 10, Ujszék 10, Berezócz 12. A megbetegedések közül 38 osztrák és magyar katonákra esik, 1 megbetegedés a német katonaság között fordult elő, 63 megbetegedés hadifoglyok közt történt. A többi 153 megbetegedés a polgári lakosság körében fordult elő.

Személyi hírek külföldről. *S. Latkowski* krakói magántanár (belorvostan) rk. tanári címet nyert.

A harctéri sebesülések után a szolgálatképesség a német hadseregben az eddigi tapasztalatok szerint nagyon kedvező arányokat tüntet fel. A sebesültek közül 88·5% térhetett vissza a csapathoz, 1·9% halt meg és 9·6% bocsáttatott el. Ezen átlagos számokhoz képest azonban az utóbbi hónapok tetemes javulást mutatnak, a mennyiben áprilisban 91·2, 1·4 és 7·4 voltak a megfelelő százalékok az augusztus havi 84·8, 3·0 és 12·2%-kal szemben.

Mai számunkhoz a „*Chinoin*“ *gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t. (Dr. Kereszty és Dr. Wolf) Ujpest-Budapest* „**Arsotonin**“ készítményének prospectusa van mellékelve.

Orvosi laboratorium: Dr. SZILI SÁNDOR, v. egy. tanársegéd VII., Király-utcza 51. Telefon 157—71.

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos **bőrgyógyitó és kosmetikai intézete**

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forrólégkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Kozmetikai eljárások és műtétek.

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

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.

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.

6052/915. alisp. sz.

Az Udvarhely vármegyei közkórháznál megüresedett **kórházi segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állással a X. fizetési osztálynak megfelelő illetmények élvezete van egybekötve.

Pályázóknak igazolniok kell az 1883: I. t.-cz. 9. §-a II. pontjában és az 1876: XIV. t.-cz. 63. §-ában előírt minősítést.

A pályázati kérést a vármegye főispánjához kell címezni és hozzám kell benyujtani.

Egyébként ezen pályázatnál is azokat a rendelkezéseket kell betartani, a melyeket a vármegyei ügyviteli szabályzat 3.—5. §-ai előírnak.

A pályázat határideje: **1915. évi augusztus 22. napja.**

Székelyudvarhely, 1915 július 19.

Az alispán.

15599/1915. kig. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött egyenként évi 1260 korona fizetéssel, fűtéssel, világítással és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott **három alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

A folyamodni óhajtók felhivatnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos *Purgly Sándor* dr. főispán úrhoz **legkésőbb folyó évi július hó 31. napjáig** nyujtsák be.

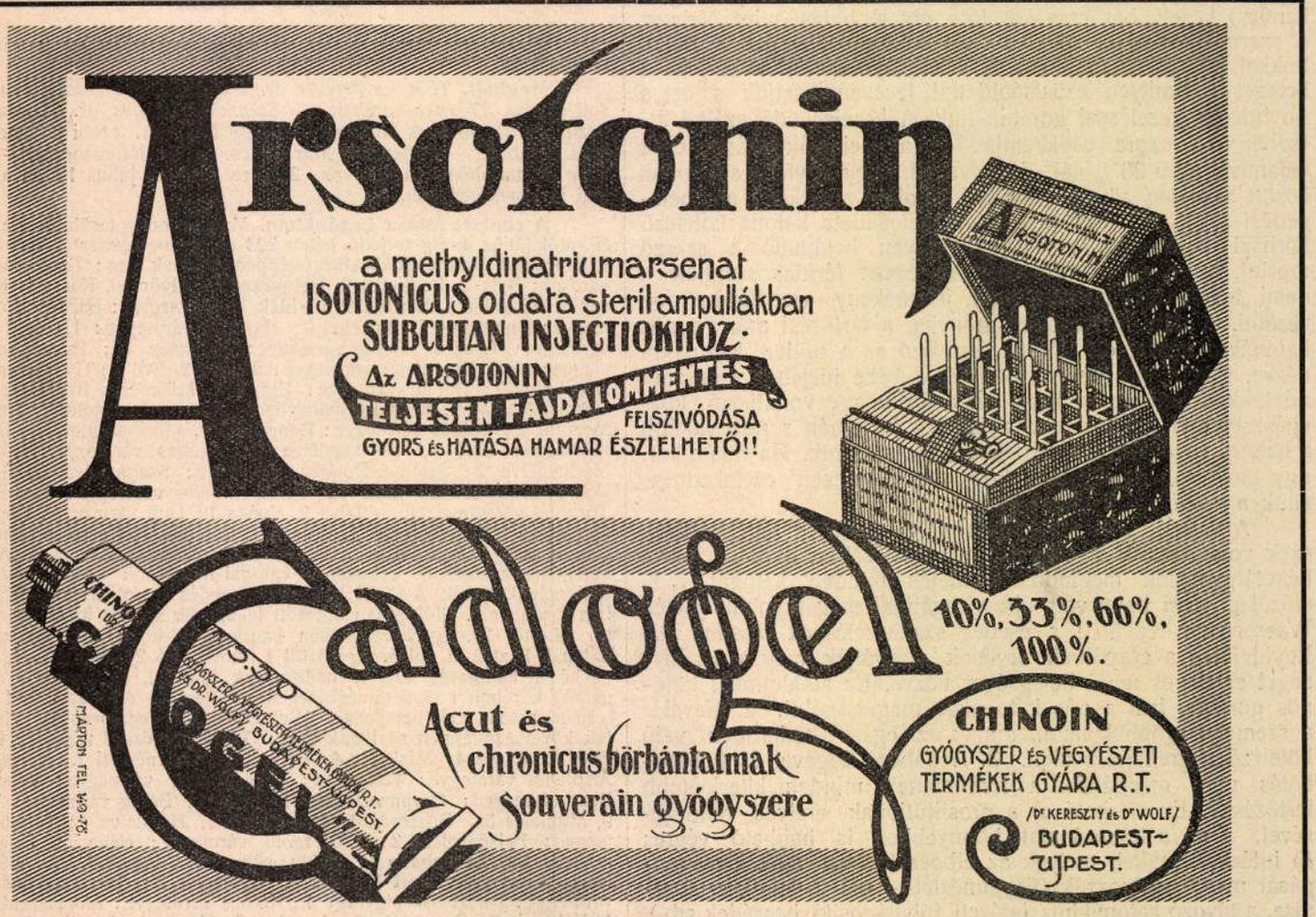
Az elmeosztályra beosztandó alorvos évi 300 korona működési pótlékot élvez.

Mind a három állásra szigorló orvosok is pályázhatnak.

Baja, 1915 július 2.

Erdélyi, h. polgármester.

MEDIC. UNIV. DR. PETŐ JÁNOS
fürdőorvos BALATONFÜREDEN
rheumás, izületi betegségek, gyógygymnastika, massage s szívbántalmak kezelése.
Budapest, VI., Vilmos császár-út 31., I. em.



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