

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Csiky József: Közlemény a kir. magy. tud.-egyetem II. számú belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., nyilv. r. tanár.) A traumás neurosisról. 244. lap.
Hollós József: A gyermekkori tuberculosis főlismerése és gyógyítása. 245. lap.
Erdélyi Jenő: Közlemény a Magyar Vöröskereszt-Egylet 2. számú kiegészítő kórházából (Javitó intézet) Kassán. A koponya lövés-sérüléseiről. 248. lap.
Irodalom-szemle. Könyvismertetés. J. Schäffer: Die Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten. — Lapszemle. Belorvoson. Hochenegg: A rákra hajlamosság be-

folyása. — *Sebészet. Bier*: A lövésű sérülések utóvérvései. — *Gyermekorvoson. Jensen*: A hátulsó nyak- és tarkómirigyek vizsgálata újszülötteken. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Tugendreich*: Kifehélyesedett éves rákdaganatok. — *Herxheimer*: A szappan pótlása. 252—253. lap.

Magyar orvosi irodalom. 253. lap.

Vegyes hírek. 253. lap.

Tudományos Társulatok. 254—256. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a kir. magy. tud. egyetem II. számú belklinikájáról.
(Igazgató: Jendrassik Ernő dr., nyilv. r. tanár.)

A traumás neurosisról.

Irtta: Csiky József dr., egyetemi magántanár.

Azt a beteganyagot, mely a háború ideje alatt idegbajjal az orvos kezelésébe kerül, nagyjában két csoportba oszthatjuk. Az esetek egy részében akár a központi, akár a perifériás idegrendszer közvetlen sérülése az, a mely a többé-kevésbé súlyos tüneteket okozza; másik részében minden testi sérülés nélkül sokszor a legsúlyosabb tünetek között kerülnek a betegek szemünk elé, s mind a pontos anamnesis, mind a részletes vizsgálat az idegrendszer sérülését nem deríti ki, vagy ha sérülés van is, annak helye és könnyű volta olyan, hogy a beteg észlelt tüneteket semmiképpen sem magyarázza meg.

E második csoport megbetegedései nemcsak érdekes megjelenési formájuk és mai tudásunkkal még nem a végéig követhető mechanizmusuk miatt érdeklik az orvost, hanem azért is, mert a háború után ezen betegek további sorsának ítélő-bírái leszünk, éppen úgy, mint a békeidőből ismert ilyen esetek sorsa is, bármennyire korlátoznak is minket a jogi formák, sokszor ítéletünk alá jut.

Ily esetek már a régebbi időben is ismeretesek voltak, különösen a mióta az ipar, a kereskedelem és főként a forgalom nagyarányú fejlődése következtében egyszerre nagyobb embertömegek voltak váratlan szerencsétlenségnek kitéve. Különösen vasuti szerencsétlenségek okozta legkülönbözőbb súlyosságú ideges állapotok kerültek észlelés alá, melyeket az amerikai orvosok railway-spine néven ismertettek.

Az ilyen eseteket a német irodalomban „traumás neurosis“ elnevezés alatt foglalták össze. E megnevezés alatt a legtöbb szerző az idegrendszer oly megbetegedését értette, a melyben a tünetek magyarázatára az idegrendszer anatómiai elváltozását felvenni nem lehetett.

A jelen háború ez esetek százait hozza az orvos megfigyelése alá.

A betegek elmondása szerint gránátrobbanás okozta hirtelen megrázkódtatás, vagy erős légnyomás, földbetemetés szerepel legtöbbször mint kiváltó ok a keletkezésében. Gyakran órák hosszat fekszik eszméletlenül a beteg és mihelyt

öntudatra jut, a betegség súlyos tünetei teljesen kifejlődnek rajta. Nem ritkák azonban az olyan esetek sem, mikor a beteg még saját lábán keresi fel a segélyhelyet és csak órák, esetleg napok, sőt hetek múlva kezdődnek betegségének tünetei.

E kóralak tünetei a legkülönbözőbbek lehetnek az egyszerű neurastheniás panaszoktól, azonkívül ijedősségtől, álmatlanságtól, rémálmodtól, hallucinálástól a legsúlyosabb melanchóliáig és psychosisos tünetekig; ezeknél gyakoribbak azonban a legvariáltabb bénulások, akár paraplegia, akár hemiplegia vagy monoplegia, részben petyhüdt, részben merevgörcsös bénulás alakjában, astasia-abasia, contracturák, mutismus, dadogás, süketség, részleges és általános tremor, tic-ek, torticollisnak megfelelő állapotok. Gyakoriak a fájdalompanaszok, paraesthesiák, hyperaesthesiák, fejfájás, szédülés, nagyfokú vasomotoros zavarok, melyek izzadás, hyperaemia, cyanosis alakjában néha csak egyes testrészekre, máskor az egész testre kiterjednek. Gyakran látjuk, hogy a beteg szédülése oly nagyfokú, hogy ágyából felkelni sem bír, éppen úgy a remegés is a legkisebb mozgási kísérletkor annyira fokozódhatik, hogy miatta egy lépést sem tud tenni a beteg. Sokszor hacsak egy mankót is adunk a betegnek, ezek a tünetek annyira csökkennek, hogy ilyen hiányos támasztás mellett is tud járni. Kényszermozdulatok sem tartoznak a ritka tünetek közé, pl. a beteg minden járási kísérletkor védekező tartásba helyezkedik, vagy hosszabb egy helyen való állás után csak futólépésben vagy apró lépésekkel tud az egyik ágytól a másikig haladni, a másik ismét a legkülönbözőbb rhytmusban tud csak járni, vagy pedig állandóan beszél, fel-és alá jár izgatottan, mely izgatottság a legkisebb vagy bizonyos ingerlésre annyira fokozódhatik, hogy az illető összeesik. Igy pl. a doberdói fensíkről hazatért tiszt, a hányszor a „Doberdó“ szót hallotta, izgatott lett, sirni, ugrálni és szaladni kezdett.

Ezen nagyszámú és tarka tünetcsoport vizsgálatakor objective csak igen kevés adatot kapunk. Mindazon tünetek, melyekből az idegrendszer organikus megbetegedésére szoktunk következtetni, hiányzanak, s fokozott reflexeken, izomgyengeségen, esetleges inaktivitások atrophian és vasomotoros zavarokon kívül nem is találunk egyebet, semmi esetre sem olyan tünetet, a mely az első pillanatra oly súlyos állapotot megmagyarázná.

Majdnem minden esetben találunk érzéskiesést, néha foltok, máskor hemianaesthesia alakjában, mely elrendező-

désében teljesen megfelel a hysteriásnak, vagyis elterjedése sem az agybeli, sem a gerincvelői, sem a periferiás ideg-elosztás typosát nem követi, hanem a köznapis ember anatómiai felosztása szerint terjed el: pl. a kézre szorítkozik, vagy az egész felkar anaesthesiás. Az érzéskiesés nem is állandó, ismételt vizsgálatkor kitűnik, hogy a helyét és intenzitását változtathatja, néha olyan végtagon is van, melynek funkciójában kóros elváltozást nem találunk. Nagyfokú érzéskiesés dacára az illető jól tudja használni a végtagját. A kiesés minden érzésqualitásra kiterjedhet, más esetben csak a fájdalomérzésre vagy a tapintásra szorítkozik. Számos esetben a hysteriára jellemző nagyfokú koncentrikus látótérszűkületet találunk. Ennek dacára a beteg a térben egészen jól tájékozódik. Gyakran a kékszín látóterét a vörösnél szűkebbnek találjuk, ilyen vizsgálatkor megtörténik azonban, hogy bármelyik szín, melyet másodszor vizsgálunk, adja a szűkebb látóteret, a mi egyszerűen fáradás tüneteként is értelmezhető. Ugyancsak fáradásos tünet az is, a mit a hysteriás látóterek eltolódásának neveznek. A hysteriás látótérszűkület csökken, kisebb szűkület egészen eltűnik, ha a beteget a vizsgálat előtt hosszabb ideig (pár óráig) sötét szobában tartjuk. Ez is elfáradás mellett szól.

Valamennyi érzékszerv funkciója csökkent lehet, vagy teljesen hiányozhatik. Jellegzetes a hysteriás anaesthesiára is, hogy az orvos maga öntudatlanul is gyakran suggerálja s valószínű, hogy a legtöbb ilyen tünet ilyen eredetű.

Mai gondolkozásunk és ismereteink szerint már a tünetek sokfélesége alapján is legvalószínűbbnek látszik, hogy azok eredete psychogen; mégis ezen tünetcsoport első leírója és magyarázója, *Erichsen* s utána számosan a baj okát szervi elváltozásban keresték.

Itt is, mint sok más idegbaj felismerése terén, *Charcot* volt az, a ki éleslátásával a némely amerikai szerzőtől már hangoztatott azon nézet helyességét felismerte, hogy ezen tünetek s a hysteria megnyilvánulása között lényeges különbség nincsen. *Charcot* hypnosisban traumás neurosisos tüneteket tudott suggerálni; ebből azt következtette, hogy a betegség jelenségei autosuggestio útján keletkeznek, s tisztán psychés eredetűek. Azonban joggal használták fel ellenvetésül azokat az eseteket, melyekben az öntudatlan beteg mindjárt felébredésekor kapja meg a neurosis tüneteit. *Charcot* autosuggestiós felvételét most is érvényben tartják azokra az esetekre, amelyekben a betegen a trauma után bizonyos, néha elég hosszú idő múlva jelentkeznek a neurosisos tünetek.

Ezzel szemben *Oppenheim* ugyanabban az időben megfigyelései alapján szintén állást foglalt a régi felfogás ellen, azonban ezen baj és a hysteria meg neurasthenia tünete között oly lényeges különbséget látott, hogy monographiájában tagadta a traumás neurosis tiszta működésbeli voltát és ha nem is látható anatómiai, de legalább is chemiai vagy physikai láthatatlan átalakulásokat vett fel. E két különböző vélemény igen tanulságos s a baj megismerését elősegítő vitára adott alkalmat a *párisi és berlini iskola között*, mely a betegség lényegét illetőleg megegyezésre mégsem vezetett és jelenleg a háborús neurosisok gazdag anyagának tárgyalásakor *Oppenheim*, *Nonne* és követői vitájában folytatódik.

Oppenheim utolsó közleményében a túlerős trauma befolyását az idegrendszerre úgy magyarázza, hogy ez mintegy forgalmi akadályt okoz a centralis innervatio mechanizmusában, részben azért, hogy egyes kapcsolatok megszűnnek, vagy a legfinomabb, a legapróbb részecskék elrendeződésében változás áll elő, részben pedig egyes pályák elzáródása miatt oly vezetési akadály keletkezik a mozgató ingerrel szemben, mely mikroskoppal nem látható és nem okozza egyes idegelemek végleges pusztulását. Szerinte tehát mind a mechanikai, mind a psychés eredetű rázkódtatások súlyos idegrendszeri elváltozásokat okozhatnak, a melyek izgalmi és kiesési tünetekben nyilvánulnak meg.

Ha *Oppenheim* ezen nézetét a neurastheniára vagy a hysteriára is alkalmazni akarná, nem lehetne ellenvetésünk. A magyarázatra ugyan sem bizonyító, sem czáfólo adatokat

nem hozhatnánk fel, de logikai gondolkozásunk ilyen teoriának nem mond ellent. Azonos tünetű, azonos keletkezésű és azonos gyógyítású betegségek azonban azonos eredetre is engednek következtetni.

Oppenheim felfogásával szemben *Nonne* álláspontja szerint a traumás neurosis tüneteinek hysteriás, neurastheniás és hypochondriás tünetekből tevődnek össze, melyekhez vasomotoros zavarok is csatlakoznak s a melyek trauma nélkül is előállhatnak. *Nonne* a betegség kifejlődésében és makacságában nagy szerepet juttat a néha rögtön, néha csak későbbi időben támadó kártalanítási képzeteknek, kivánalmaknak, reményeknek.

Mi *Nonne* felosztását is túlságosan részletesnek tartjuk; az eddig észlelt esetek figyelmes elemzése azt mutatja, hogy ezek semmi esetre sem különböznek attól a két fogalomtól, melyet mi, *Jendrassik* felfogása alapján, mint neurastheniát és hysteriát ismerünk.

Jendrassik szerint mind a két betegség öröklött hajlamból, az idegrendszer öröklött sajátos alkotásából származik. A neurastheniás idegrendszere általában is vagy csak bizonyos helyén túlérzékeny, normalos ingerekre is túlerősen reagál. Így keletkeznek a kényszerképzetek, a phobiák és a neurastheniások jólismert egyéb panaszai. Jellegzetes a neurastheniára, hogy nem suggerálható és indirecte is nehezen befolyásolható.

Ezzel szemben a hysteriás idegrendszer characterét éppen a könnyű suggerálhatóság adja meg. Ez a magyarázata annak is, miért utánozza a hysteria valamennyi betegséget.

A mi gazdag anyagunk is — több mint 450 esetet volt alkalmam észlelni —, nem tekintve a psychosisba átmenő eseteket, erre a két csoportra oszlik.

A beteg anamnesisében is mindig megtaláljuk hysteriájának vagy neurastheniájának a jelen megbetegedés előtti megnyilvánulását, a melyet *Kollarits* „Charakter und Nervosität” című munkájában oly kitűnően elemez. Az illető előbb is magába zárkózott, csendes természetű volt, társaságba nem szeretett járni vagy felszeg, különczködő, mindig ideges volt, könnyen haragudott és különösen sok neurastheniás characterű beteg már azelőtt is saját magának pontos megfigyelője volt. Feltűnő gyakori az ily egyének neuropathiás terheltége átöröklődés útján. Kétségkívül nagy befolyással bír még az alkoholismus, a lues és a testi degeneráltság is.

A neurastheniás tünetcsoportba tartoznak a depressiók, kedélyállapot, a félelemérzések, szívdobogás, gyors elpirulás, izadás, álmatlanság, izgatottság, hirtelen harag, objectiv lelet nélküli fájdalomérzések, fáradság érzete, kéztremor stb.

A hysteriás csoportba soroljuk az organikus jel nélküli bénulásokat, astasia-abasiát, görcsöket, tic-eket, torticollis mentalist, csuklást, a hysteriás typosú anaesthesiát, a látótérszűkületeket stb. Természetesen ezek a tünetek ugyanazon egyéneken együtt is előfordulhatnak.

A srappellrobbanást, a légnymást stb. psychés traumaként kell tekintenünk, mely éppen úgy, mint a békés életben más természetű psychés shock, a lappangó neurastheniát vagy hysteriát felszínre hozza.

Igy a mondottak alapján az egyedüli helyes felfogás az, ha a traumás neurosis minden esetét — kivéve a psychosisokat — a tünetek szerint vagy traumás hysteriának, vagy traumás neurastheniának minősítjük. Keletkezésében semmi esetre sem szerepelnek a *Nonne* és mások által oly nyomtérrel hangsúlyozott képzetek, melyek békében a kártalanításra, háború idején pedig a szolgálat alól való menekülésre vonatkoznak. Az emberfeletti kivánalmak, nélkülözések, éhezés és elfáradás, valamint a látás és hallás útján ható váratlan és szokatlan benyomások, a félelem és ijedség elegendő okot szolgáltatnak arra, hogy az amúgy is disponált egyéneken a hysteria és neurasthenia legsúlyosabb alakja is hirtelen kifejlődjék.

De nemcsak a harcztéren és nemcsak a katonákon támad háborús traumás neurosis, hanem az itthonhagyottakon is. A szülők, feleségek jönnek traumás neurasthenia és hys-

teria jellegzetes kórképével hozzánk, pedig bajukból semmiféle hasznuk nem származik, tehát kártalanítási kívánalmaik nem lehetnek.

Legjobban bizonyítják ezen felfogás helyességét therapiás eredményeink. Mindkét csoportban a kezelés teljesen megegyezik a megszokott therapiánkkal, s míg a neurastheniás egyének gyógyítása igen hosszadalmas és a háládatlan feladatok közé tartozik, addig a hysteriás tünetek gyógyulása a legtöbb esetben olyan, mely nemcsak a köznapi embernek és a betegnek tűnik fel csodálatraméltónak, hanem magát az orvost is meglepi és kezdetben ambícióval tölti el.

Tapasztalatunk ezen a téren teljesen megegyezik *Nonne* tapasztalatával: a hysteriás alaknak legtöbb tünetét hypnossal meg tudjuk szüntetni. Egyszerűbb és gyorsabb eljárás a villamosság alkalmazása erős fáradós áram alakjában, a mikor nem fontos, hogy a beteg részt villanyozzuk, hanem erős árammal idegben okozott hirtelen fájdalommal oly psychés behatást érünk el, hogy sok esetben legsúlyosabb bémulásokat vagy mutismust is így megszüntethetünk. Szükséges azonban ugyanakkor a verbalis suggestio alkalmazása is.

Legrosszabbul befolyásolhatók a reszketéssel járó esetek, tic-ek és torticollis állapotok, teljesen megegyezőleg a békében tett tapasztalatainkkal.

Más megítélést kívánnak és a gyógyítás sikerét is megnehezítik azon esetek, a melyek a behatás után csak hetek múlva keletkeznek, vagy mint több esetben láttam, akkor fejlődnek ki, a mikor egy könnyű sérülés pár heti kezelés után meggyógyult és az illető annak a tudatára ébred, hogy ismét vissza kell mennie a tűzvonalba. Ezen esetekben elfogadható az a felfogás, hogy mint békében a balesetjáradék megvonásának a félelme, itt is a csapatszolgálatot járó testi és lelki fáradalmaktól való irtózás nemcsak megakadályozza a beteg gyógyulását, hanem egyszersmind szimulálásra vagy valóságos recidivára is vezet.

Békében, háborúban az ily beteget nem a bizalom, hanem a kényszer hozza a szakértő orvos elé; ezért oly nehéz feladat hárul rá ez esetek megítélésében, melyet néha nem is tud megoldani. Némely esetben a hysteriás jellegű érzés-zavarok, a látótérszűküllet, a vasomotoros zavarok, esetleges egyéb tünetek, mint állandó szívdobogás, a szimulálás gyanuját hamar eloszlatják; biztos és minden esetben megkülönböztető eljárásunk azonban a többi tünetet illetőleg nincsen.

Ebből önként következik a baj *prognosisa*, melyről azt mondhatjuk, hogy a háborús hysteriák és neurastheniák legtöbb esetében csak akkor érhetünk el biztos gyógyulást, ha a kiváltó ok, a háború megszűnik. Bármennyire is szép és biztató éppen a hysteriás alakban is a gyógyítás, az eredmény nem állandó és gyakran már az első alkalomkor, mikor a beteg újra csapatszolgálatot teljesít, visszaesik a régi állapotába.

Ennek dacára nem minősíthetjük őket e miatt szimulánsoknak, s csak analogiaképpen említem azon mindnyájunktól, esetleg magunkon is és másokon tett tapasztalatot, hogy van olyan egyén, a ki, ha pl. létráról vagy lóról, vagy tornaeszköztől leesett, nem mer pl. a létrára újra felmászni, vagy ha meg is kísérli, ideges félelem vesz rajta erőt s oly ügyetlen lesz, hogy képtelen reá. Már pedig az ilyen egyénekre általánosan elfogadjuk a neuropathiás constitutiót anélkül, hogy egyéb okát keresnénk az ilyen phobiáknak.

A háború befejeztével nagy feladat vár az orvosra azon esetekben, a mikor a traumás hysteriát és neurastheniát kiváltó elsődleges okhoz társulni fognak járadék reményéből származó káros befolyások, melyek már békében is annyira megnehezítették az orvos szakértői működését.

Ha előbb kifejtett álláspontunk helyes, azt mondhatjuk, hogy a traumás hysteriában és traumás neurastheniában szenvedő és nem gyógyítható katona éppen olyan rokkant, mint akár a nyomorékká vált sebesült, vagy a szemévilágától megfosztott ember. A különbség azonban mégis igen szembe-tűnő és a rokkant további sorsára nagy fontosságú: míg az utóbbi egyének a segélyezés csak javíthat a helyzetén, esetleg

betegségén, az előbbieken sok tekintetben fordítva van a dolog. A járadék alakjában történő kárpótlás egyenesen káros hatással lehet a gyógyulásra, s több eredményt érünk el, ha mindjárt kezdetben e járadék szűkös kiszabásával munkára kényszerítjük a beteget. Oly esetekben pedig, a melyekben szükségesnek látjuk mégis a károsult kártalanítását, sokkal czélszerűbb a végleges kielégítés.

Eddigi tapasztalataink alapján azt mondhatjuk, hogy a mai kártalanítási törvények alapelvei úgy a sérüléssel rokkantak, mint a traumás neurosisok megítélése szempontjából helytelenek. Ezek szerint csak azok részesülnek kártalanításban, kik munkaképességük csökkenését, vagy munkaképtenségüket bizonyos balesettel, tehát hirtelen okkal tudják összefüggésbe hozni. Nehéz lenne megmagyarázni, miért érdemelnék meg a járadékot kevésbé azok, kik munkájuk közben szerzett, ezen idő alatt rohamosan rosszabbodó betegségük — vitium, tbc. — miatt válnak munkaképtelenné. Kártalanítást adunk oly embernek, ki esetleg iszákosság, degeneráltság, lues következtében végzett hanyag és vigyázatlan munka közben balesetet szenved, oly emberrel szemben, ki esetleg fokozott szorgalmának az áldozata.

Mindezen kérdések a háború gazdag anyagán sürgős megoldásra várnak és fontos szerep jut az orvosnak a helyes középút megállapításában.

A gyermekkori tuberculosis felismerése és gyógyítása.

Irta: *Hollós József* dr. (Szeged).

A mióta bebizonyult, hogy a paralysis és tabes a syphilis következménye s tulajdonképp nem egyéb, mint a központi idegrendszer syphilise, a fertőzés meggyógyításában e két rettegett betegség megelőzése is adva lett. A *spirochaeta* fölfedezése arra is megtanított, hogy a fertőzést annak legkorai szakában kell leküzdeni, s minél hamarabb látunk hozzá, annál hamarabb és annál biztosabban küszöbölhetjük ki a szervezetből, megóva ezzel betegünket a kiújulásoktól és a központi idegrendszer halálos elváltozásaitól. A tüdővészről is tudjuk ma már, hogy csak az utolsó állomása annak a gümőkóros fertőzésnek, a mely számos év, gyakran évtizedek előtt, többnyire a gyermekkorban jutott a szervezetbe s hosszú lappangás, egy csomó kiújulás és mindenféle betegeskedés előidézése után végre a tüdő elpusztítására vezet. De bármily nagy az analogia a tüdővész és a paralysis, tabes között: a tüdővész gyógyításának, helyesebben mondva megelőzésének elve legkevésbé sem ment még át az orvosi gondolkodásba, holott a gümöbaccillus ismerete jóval régebb, mint a syphilis kórokozójáé. Ennek két oka van. Először is az, hogy a tuberculosis kezdeti szakát nem igen ismerik föl, sőt azokat a tüneteket, a melyeket a már talán évek óta tartó gümőkóros fertőzöttség okozott, általában félreismerik s a betegséget többnyire csak akkor diagnosztikálják, midőn már nagyobb bonczolástani elváltozások keletkeztek.

A másik ok, hogy a gümőkór specifikus kezelése még csak most kezdi áttörni az orvosi előítélet ködét, s noha már köztudomású, hogy a serdülésig a gyermekek nagyobb része a bacillustól fertőzött, csak nagyon kivételesen szokták a gyermekfertőzést specifikus kezeléssel gyógyítani. Holott a gümőkór meggyógyítása éppen a gyermekkorban sikerül a legkönnyebben, a mi nemcsak a megtörtént fertőzés kiűzését, hanem az újabb fertőzéssel szemben való ellentállóképesség mesterséges fokozását is jelenti.

A betegség legelőször többnyire a tüdő körüli nyirokcsomókban jelentkezik. Ha nem túlvirulensek a bacillusok s nem tömeges és túlgyakori a fertőzés, a gümősödés csak lassan halad előre a nyirokpályákon, a fertőzés többnyire évekig, sőt végleg is egy vagy néhány mirigyben lokalizálódva marad, legfeljebb ráterjed még a tüdőszövetre kisebb gümős gócz vagy góczok alakjában, melyek csak igen lassan növekednek. Esetleg az elsődleges góczok mind-

járt a tüdőben keletkeznek s csak onnan jutnak a bacillusok a környező nyirokcsomókba. Időnként a vérpályába is kerülnek s nem ritkán valamely traumás behatás elegendő ahhoz, hogy a helybeli resistenciacsökkenést elszenvedett csontban, izületben vagy akár agyhártyán a tuberculosis manifestálódjék.

A gyermekkori gümőkór gyakoriságára nézve elegendőnek tartom *Hamburger* statisztikájára hivatkozni, ki a bécsi gyermekklinikán végzett 617 olyan bonczolás közül, hol nem tuberculosis okozta a halált:

1 éves korban	4.5%-ban
2 " "	17%-ban
3-4 " "	30%-ban
5-6 " "	34%-ban
11-14 " "	53%-ban

talált gümőkórt mint mellékes leletet.

Továbbá *Pirquet* statisztikájára, ki ugyancsak Bécsben 693 olyan gyermek közül, kiken gümőkór klinikailag nem volt kimutatható, a bőrreactio segítségével:

1 éves korban	3%-ban
2-4 " "	13%-ban
4-6 " "	17%-ban
6-10 " "	35%-ban
10-12 " "	55%-ban

állapított meg tuberculosisist.

12-14 éves korig tehát a gyermekek felénél több fertőződik a bacillussal klinikai kimutathatóság, vagyis a gümőkór manifestálódása nélkül.

Vajjon ezek a lappangó góczok a mellkasi nyirokcsomókban, vagy akár másutt csakugyan klinikai kimutathatóság nélkül fejlődnek-e?

A gümőkóros intoxicációról s a lappangó és álcázott gümőkórról írt munkáimban¹ kimutattam, hogy a felnőttek activ lappangó tuberculosis a legváltozatosabb képet mutatja, a mely anaemia, neurasthenia, neurosisok, rheumatismus s általában aetiologiailag bizonytalan betegségek alakjában jelentkezik; az ilyenek többnyire félreismertetnek, a mi a gyógyítást lényegesen megnehezíti, illetőleg lehetetlenné teszi. A gyermekek lappangó tuberculosis a hasonlóképpen egész sereg olyan klinikai, fejlődési, idegrendszeri, vérkeringési, anyagcsere-tünetet, működési zavarokat vált ki, a melyek helyes értelmezése a diagnózisra azonnal rávezet. Ennek fontossága különösen szembeötlik azon tapasztalatom alapján, hogy a gyermekkori tuberculosis, főleg lappangó stadiumában, specifikus kezeléssel aránylag rövid idő alatt tökéletesen gyógyítható.

A fertőzés intenzitásán és gyakoriságán kívül (miként ezt a tuberculosis-immunitásról írt dolgozatomban kifejtettem)² a betegség lefolyását az *immunitás foka* szabja meg. Ennek a fokmérője pedig a méregérzékenység, a melynek következtében a szervezet élénken reagál saját gümőkóros toxinjaira, avagy a kívülről jövő újabb fertőzésekre. Minél méregérzékenyebb a szervezet, annál kevésbé halad előre a gümőkóros folyamat — épp a fennálló immunitás folytán —, de a különféle működési zavarok annál kifejezettebbek. Évek és évtizedek is eltelnek — főképpen a gyakorta megismétlődő fertőzések folytán —, míg a szervezet a fertőzést teljesen kiküszöböli s így az ilyen méregérzékeny egyének évtizedekig, sőt életük végéig is többé-kevésbé betegeskednek, nagyon gyakran anélkül, hogy eközben gümőkórjuk különösebben manifestálódna. Csak ha valamely oknál fogva (rossz hygienés viszonyok, alkoholismus, kanyaró, terhesség stb.) elvesztik immunitásukat, jelentkezik a tüdővész, s egyszersmind immunitásuk és így méregérzékenységük csökkenésének jele gyanánt igen gyakran eddigi, többnyire subjectiv kellemtlen-

ségeik csökkennek, sőt el is mulnak. Az immunitás megszüntére szomorú példákat szolgáltat a jelenlegi háború, a melyből a harczképesen bevonult férfiak gyakorta tüdővésziesen térnek vissza; a lappangó gümőkór a nagy fáradsalmak, nélkülözések, meghülések következtében rövidesen manifestálódik.

A gyermekkor lappangó gümőkórjára igen gyakran *fejlődési zavarok* hívhatják fel figyelmünket. Az eddig rendszeren fejlődő gyermek kezd súlynövekedésében elmaradni, sőt lefogy, egészséges arcszíne romlik, bőrének feszessége csökken, izmai elvékonyodnak, lanugója egyes helyeken, főleg az alkaron, a lapoczkák között halvány szőrözötté növekedik; a csontok ellágyulnak, a mi főleg a gerincoszlopon, az alsó végtagokon okoz elváltozást, az előbbi túlegyenessé lesz, vagy ellenkezőleg erősebben meggömbül vagy oldalt görbül. Ugyanez az eredete a legtöbb X-lábnak és lúdtalpnak is. A gyermek magassági növekedésében is gyakran visszamarad, ellenben 11-13 éves korban hirtelen kezd nőni, valószínűleg az intoxicációnak a vérmirigyekre (főleg thyreoidéára, hypophysisre, ivarmirigyekre) való hatása következtében, de hosszú növekedésével semmiképp sincs arányban súlyának stagnálása. Avagy ellenkezőleg, ritkább esetekben, a gyermek a rendesnél is erőteljesebben fejlődik, túl nagy és kövér s csak a serdülés felé jövünk reá, hogy a túlfejltség mögött gümőkór rejtőzik. A későbbi tüdővész testalkat és óriás növekedés alapját a gyermekkorban elszenvedett gümős fertőzésnek a csontrendszerre gyakorolt hatása adja.

A legkorábbi tünetek közé tartoznak az emésztőrendszer működés-zavarai. Mindenekelőtt étvágyzavarok. Az eddig jól evő gyermek kezd válogatni, egyik-másik eledelt nem tűri, sőt undorodik tőle, ami hányásig fokozódhat, étkezésében rendkívül szeszélyes. Nagyon hamar kap hasmenést minden különösebb ok nélkül, többnyire azonban szék-szorulásban szenved. Utóbbi gyakran a serdülésig és azon túl is megmarad s nem ritkán minden kezelésnek ellentáll.

Ez utóbbi tüneteknek érdekes példáját mutatom be a következő esetben.

B. S., 10 éves leány. Első vizsgálat 1914 augusztus hóban. *Kór-előzmény.* Az állandóan jól fejlődő és jól táplált gyermek egy év óta étvágytalan, azóta nem gyarapodik. Megelőzőleg pár év óta székszorulásban szenvedett, mely egy év óta hasmenéssel váltakozik. Négy év előtt 3-4 hónapig tartott vizelés-inger és véres vizelés. 1/2 év előtt néha szédült. Gyorsan megizzad és kimerül. Újabban sósavat és pankreont kap, azóta széklete rendszerben van.

A jól fejlett, mérsékelt táplált gyermekben physikai elváltozást nem találtam, de a tünetek alapján gümőkórra tettem a diagnoszt. Ez a föltevés határozottan visszautasítván, ily irányú kezelésre nem került a sor.

Ismét elem került a gyermek 15 hónap mulva, 1915 novemberben. A diaeta és sósav-pankreon kezelés ellenére a bélzavarok ismét kifejlődtek. Három hét óta folyton vizes széklet, naponta 1-2-szer, mely hirtelen görcscsel kezdődik és semmiféle kezelésre sem javul. 5-6 hét óta teljesen étvágytalan, az ételtől teljesen undorodik, úgy hogy gyakran azonnal kihányja a reggelit. Két hónap óta egész nap kedvetlen és bágyadt. Ideges, hamar megijed, néha lefekvéskor szív-dobogást kap.

Jelen állapot: A gyermek fejlődésében visszamaradt, erősen lesoványodott, halavány. A jobb csúcs kissé mélyebben áll, úgyszintén a jobb lapoczká, a jobb csúcs felett minimalisan rövidült kopogtatási hang. A szívhangok tiszták, pulsus 80. A kezek hidegek. A has puha, nem érzékeny. Testsúly 31.20 kgr. A kívánságomra elrendelt végbél-hőmérzés 37.7^o-ig menő hőemelkedést mutat, napi 1 fokos és azon felüli ingadozással.

Lefolyás: November 10.-én kezdtem meg az Immunkörper-kezelést (8-14 naponként egy-egy injectio, közben naponta vagy kétnaponta bedörzsölés) s egyszersmind minden gyógyszert elhagytam.

Fekvőkúrát nem rendeltem. Az étvágy csakhamar kezd megjönni, 4 hét mulva a széklet is kezd rendessé válni, 7 hét mulva teljesen rendes. A gyermek ekkor már mindent eszik, súlya a kezelés kezdete óta állandóan növekszik, 1916 január 19.-én már 37 kgr., vagyis 10 heti kezelés alatt közel 6 kgr.-ot hizott, arcszíne jó, bágyadsága, idegessége elmúlt.

A kezelés abbahagyása után a következő 5 hét alatt még további 1.80 kgr. súlygyarapodásról értesültem.

A fejlődési, emésztési zavarokkal többnyire együttesen, de azok nélkül is jelentkeznek különféle zavarok az idegrendszer részéről. A gyermek idegessé, izgékonyvá lesz. Min-

¹ A gümőkóros intoxicációk. Budapest, 1906, Franklin-Társulat. Symptomatologie und Therapie der latenten und larvirten Tuberculose. Wiesbaden, 1911, J. F. Bergmann.

² A tuberculosis-immunitás s az ebből levonható prognosztikai következtetések. Orvosi Hetilap, 1913.

den csekélység kihozza sodrából. Kis gyermekek igen sokat sírnak, kötözködnek, a nagyobbak sokat gubbasztanak; reggel nehezükre esik a felkelés, mert fáradtan ébrednek, hamar kifáradnak, gyakran egész nap bágyadtak. Néha folyton álmosak s hamar és mélyen elalszanak, többnyire azonban rossz alvók, nehezen szunnyadnak el és hamar felébrednek, zavaros, nyugtalan álmuk van, a melyből nem ritkán felriadnak. Szellemi fejlődésük a legtöbb esetben gyorsított. Kitünő felfogásúak, jó emlékezőtehetségűek, általában élénk szelleműek, miért is mindig „jó tanulók”. Vajjon a toxinoknak, esetleg a többnyire jelenlévő hőemelkedéseknek az agyra gyakorolt közvetlen hatása okozza-e a szellemi fejlődés gyorsaságát, élénk ellentétben a testi fejletlenséggel? Talán inkább a toxinoknak a thyreoidéára gyakorolt izgató hatása szerepel, mert az ily gyermekeken a thyreotoxicosisnak egyéb jelenségei is kisebb-nagyobb mértékben kimutathatók: vasomotoros zavarok, szapora pulsus, izzadásra való hajlam stb.

Élénk ellentétben áll ezen esetekkel a tuberculosis torpid alakja, mikor alacsony termet, lesoványodás, s a szellemi képességnek inkább visszamaradottsága található. Úgy látszik ezen esetekben a gümőkóros toxinoknak a pajzsmirigy működését csökkentő hatása szerepel.

Elég gyakori a tünet a *fejfájás, szédülés*, mely különösen a későbbi gyermekkorban jelentkezik, néha igen heves alakban. Továbbá a *szívdobogás* is szapora, igen változékony, néha szabálytalan az érverés s más *vasomotoros zavarok* is vannak, a milyen az arc halványsága, néha gyors kipirulása, hideg kéz és láb, a kéznek gyakori szederjes színeződése, fázékonyosság stb. Előfordul, hogy főleg egyes testrészek fázékonyak. Ebbe a tünetcsoportba sorozható a gyakori orrvérzés is. Az *izzadásra való hajlam* gyermekek gümőkórjában épp oly gyakori, mint a felnőtteken. Néha csak egyes testrészek izzadnak erősebben, pl. a fej, a tenyerek, a hónalj. A hűvös, nyirkos kéz már a gyermekkorban gyorsan feltünő jele a betegségnek.

A gümőkóros gyermekek többnyire igen *hajlamosak a meghűlésre*, hurutokra; könnyen kapnak náthát, garat-, légcső-, hörgőhurutot, hasmenést, conjunctivitist. A bőrön gyakoriak az eczemák, pruritus, acne. Részint hörgőhurut kapcsán, de akár anélkül is előfordul a *nehéz légzés*, a mely néha rövidebb-hosszabb ideig tartó rohamok alakjában jelentkezik.

A *hőmérséklet* többnyire szabálytalan; nagy ingadozások mutatkoznak, igen gyakoriak az állandó vagy időnként visszatérő hőemelkedések, a néha minden kimutatható ok nélkül jelentkező lázak.

Gyakoriak a különféle testrészekben beálló *fájdalmak*. A fejfájáson kívül zsábaszerű arcfájások is előfordulnak. Igen gyakori tünet a háticsigolyák fővisnyúlványainak fájdalma, továbbá úgynevezett szúrások a mellben; néha fájdalmak az ízületekben, izmokban. Nem ritka a *gyomor-fájás*, mely hol az étkezés előtt, hol utána jelentkezik, a *bélfájdalom*, mely néha kifejezetten a vakbél tájára lokalizálódik és appendicitis képét utánozva, fölösleges operációkra ad alkalmat.

A gyermekkori gümőkór még nem mutatja azt a rendkívül változatos klinikai kórképet, a melyet a felnőttek tuberculosisánál találunk, mert az attenuált fertőzésnek és a toxinoknak még nem volt elég ideje ahhoz, hogy a szervezetben a különböző szöveti elváltozásokat, fejlődés- és működés-zavarokat előidézhessek. A serdülés alatt azonban az elváltozások és zavarok is mind gyakoribbá és változatosabbá válnak. Különösen nevezetes itt a gümőkóros toxinoknak az ivarmirigyekre kifejtett hatása, a mi által a serdülés képe a rendestől egészen eltérő jelleget mutat.

A gümőkóros mérgezés épp úgy csökkentheti, mint fokozhatja a vérmirigyek működését; innen van az, hogy idősült és főképpen lappangó gümőkórban a legellentétebb szervi zavarok fejlődhetnek ki és így a hosszú, vékony termet épp úgy lehet a gümőkór következménye, mint az alacsony, csenevész; a végletekig menő lesoványodás épp úgy, mint a rendkívül nagyfokú elhízás; a korai, gyors nemi kifejlődés épp úgy, mint a rendkívül lassan bekövet-

kező, elhúzódó serdülés; a gyakori bőséges menstruatio épp úgy, mint a menstruatio elmaradása. Különösen jól megfigyelhetjük a serdülési zavarok ezen ellentétességét leányokon, a mennyiben a menstruatiók a fennálló zavaroknak könnyebben kimutatható jelét teszik. Előfordul, hogy a 10—11 éves leány feltünően fejlődik, e korban már bőségesen menstruálni kezd, nem ritkán azonban már ekkor különféle zavaroktól (dysmenorrhoea, fejfájás, szívdobogás stb.) kísérve; e korai fejlődés tulajdonképp nem egyéb, mint a gümőkóros toxinoknak a petefészetre gyakorolt izgató hatása. Más esetekben, és ez gyakoribb, a serdülés alig akar bekövetkezni, 15—16 éves gyermekek még véznák, soványak, a menstruatio gyakran csak 16—18 éves korban, néha még későbbben kezd jelentkezni, az is igen kevés, kimaradozó. Néha az első menstruatiót 5—6 hónap, sőt akár egy év mulva követi a második, s a helyett, hogy a szokásos súlynövekedés bekövetkeznék, a gyermek kezd szemlátomást megnyúlni, miközben mindinkább halványodik és betegeskedik s végre is kifejlődik az a kép, a melyet már régóta gümőkóros testalkatnak tekintenek.

Fiúkon a korai és gyakori pollutiók, valamint a serdülés alatt és után jelentkező nemi idegesség szintén felhívhatják lappangó gümőkóra irányuló gyanunkat. A fejlődési zavarokból, a serdülés hiányosságából s mindazon különböző működési zavarokból és szöveti elváltozásokból, a melyeket a lappangó gümőkór éppen a gyermekkor végén és a serdülés idején előidéz, tevődik össze az a kórkép, a melyet *Stiller* astheniának mond, és az a kórkép, melyet általában infantilismusnak, lymphatismusnak neveznek, veleszületett, örökölhető, a legkülönfélébb idegbajokra és más zavarokra hajlamosító alkati betegségnek tekintenek és a mi egyáltalában nem egyéb, mint a gyermekkorban elszenvedett gümőkóros fertőzés következménye, miként ezt egyébként *C. Kraemer* a tuberculosis aetológiájáról írt értékes és nagy figyelmet érdemlő munkájában szintén megállapította, tehát nem veleszületett hajlam és öröklött testalkat, hanem szerzettbetegség, a mely megfelelő kezeléssel, nevezetesen korán megkezdett specifikus gyógyítással tökéletesen megszüntethető.

A gyermekkorban elszenvedett gümőkóros fertőzés sorsa igen különböző. Független a fertőzés erősségén és gyakoriságán kívül az öröklött és szerzett hajlamosságtól, valamint az öröklött és szerzett immunitástól is.

Kifejezett *hajlamosságot örökölnek* az alkoholisták leszármazottai, mert ezeknek vereséjtei kevésbé alkalmasak immuntetek termelésére. *Bunge* idevonatkozó statisztikája, *Laitinen* nagyszámú állatkísérletei és azon tapasztalatok mellett, hogy az alkoholizmus fokozódásával a tudóvész fokozódása is együtt jár, hivatkozhatom saját megfigyeléseimre, a melyek szerint alkoholisták gyermekei kevésbé vagy egyáltalában nem voltak meggyógyíthatók, főleg a későbbi gyermekkorban vagy mindinkább a serdülés után.

Egy ilyen alkoholista leszármazott kórtörténete a következő:

P. G., 12 éves. Egy év óta nőnek jobboldalt az állszöglet alatt fekvő mirigyek. 3 hónap előtt láz, azóta gyakori orrvérzés, rossz étvágy, soványodik, aluszékony. Néha köhög; igen legyengült.

A gyermek igen gyengén fejlett és táplált, lesoványodott, feltünően halavány. Jobb csúcs fölött erősen rövidült kopogtatási hang. A jobb állszöglet alatt mogyoró-diónyi kemény mirigyekből álló ökölnagyságú mirigyecsomag, a nyak jobboldalán és a kulcs fölött is mogyorónyi kemény mirigyek. Két zápfog és egy metszőfog carieses. Testsúlya 24-80 kgr. Pulsusa 120.

Terheltség. Atyai nagyatyja iszákosság folytán halt meg 57 éves korában. Atyja mérsékelt alkoholista, 36 éves. Atyjának két nővére 32 és 33 éves korban tudóvészben halt meg. Anyja és anyjának családja egészséges. Hat gyermek közül az egyik 2 éves korban meningitisben, a második 8 éves korban tudóvészben, a harmadik 13 éves korban szintén tudóvészben halt meg, csak rövid ideig voltak betegek. A megindított I.-K.-kezelés, a melyhez az alkoholtérheltség miatt nem sok remény nyel fogtam hozzá, teljeseen eredménytelennek bizonyult. Három hét mulva 1 kgr. fogyás, pulsus 128 s az állapot egyébként is rosszabbodott.

Szerzett hajlamosság keletkezik általában a rossz higiénés viszonyok, nem megfelelő vagy hiányos táplálkozás, tisztatlanság, rossz lakásviszonyok, levegő és napfény hiánya

stb. következtében; mindehhez nem utolsó sorban a mi egészségtelen iskolázatásunk is hozzájárul, továbbá némely fertőző betegség, kanyaró, szamárhurut stb. Helybeli hajlamos-ságot valamely trauma válthat ki és lehet okozója metas-tasisos góczok kifejlődésének.

A mi a *veleszületett immunitást* illeti, kétségtelen, hogy a gümőkórosok leszármazottai bizonyos fokú immunitással szü-letnek. Csakis így magyarázható a betegség intenzitásának csökkenése nemzedékről-nemzedékre, másrészt a tüdővész rohamos elterjedése oly néptörzseknel, melyek eddig a gümőkórtól érintetlenek maradtak. Nagyszámú tapasztalataim is a mellett bizonyítanak, hogy a gümőkórmentes családban jelentkezett tuberculosis általában sokkal rosszabb indulatú és a betegséget kevésbé vagy egyáltalán nem kísérik intoxicációs tünetek. Ugyanez áll az alkoholisták utódairól. Előző munkáim-ban kimutattam, hogy ezek a szervezet reakciós jelenségei, a melyek relatív immunitás alapján kifejlődött mérgeérzékeny-séggel vannak összefüggésben s éppen ezért a prognostikai-lag jó eseteket jellemzik.

Az elsődleges fertőzés, mely többnyire a tüdők körüli nyirokcsomókban okoz változást, relatív immunitás meg-szerzésére adhat alkalmat, mely a betegség további lefolyá-sára szintén döntő jelentőségű.

Végeredményben egész csomó tényező: veleszületett tu-lajdonságok, külső behatások, a fertőzés gyakorisága és erő-sége működik közre abban, hogy a betegség lappangó álla-potából mikor megy át nyilvánvaló tuberculosisba, mily gyor-san terjed a folyamat, mennyire lehet vagy nem lehet azt megállapodásra birni még a gyermekkorban, avagy meny-nyiben marad lappangó és álcázott állapotban a serdülés alatt és után is stb. A mennyiben a gümőkór a gyermek-korban nem gyógyul meg teljesen, a serdülésnek általa oko-zott zavarai s az idősült intoxicációs jelenségek következté-ben elszenvedett fejlődési, idegrendszeri s egyéb zavarok folytán a betegnek egész életére reányomja bélyegét, tekintet nélkül arra, hogy az illetőben a gümőkór jóindulatú folya-mat marad-e, avagy átmegy idővel halálos tüdővészbe.

Kétségtelen ennél fogva, hogy a gümőkór legtokéletesebb gyógyítását a gyermekkorban végezhetjük. Ez természetes is. A folyamat nem régi, a tuberculomok, a gümőkóros sarj-szövetek még fiatalok, regressiv elváltozásokat, vegyes fertő-zést, a szervek vitalitásának csökkenését még nem, vagy legalább is sokkal kisebb mértékben szenvedték el.

S az is kétségtelen, hogy a mennyiben a fertőzést még a gyermekkorban meggyógyítjuk, ezáltal a tüdővész prophylaxisát is a legtokéletesebben végrehajtottuk.

(Vége következik.)

Közlemény a Magyar Vöröskereszt-Egylet 2. számú kiségitő kór-házából (Javitó-intézet) Kassán.

A koponya lövés-sérüléseiről.

Irtá: *Erdélyi Jenő* dr., a szegedi közkórház fül-, orr-, gége-rendelő-orsosa, jelenleg beosztott tart. ezredorvos, helyettes orvosfőnök.

Kórházunk a kárpáti harcok idején mint front mögötti első nagyobb tartalékkórház, az áttörés óta pedig mint meg-figyelő kórház szerepel, mindenkoron kizárólag súlyos sebé-sültek számára. Így meglehetősen nagy az idekerült fejsérülések száma, melyeket az intézet fentemlített fekvésénél és rendelte-tésénél fogva meglehetősen friss állapotban kaptunk, a mult télen gyakran már a sérülést követő napon. Az intézet nagy ágyszáma — 1000 — lehetővé tette, hogy ez eseteket hóna-pokon át, teljes gyógyulásukig — a mennyiben teljes gyó-gyulásról egyelőre beszélni lehet — megfigyelésünk alatt tart-hattuk.

Szolgáljanak ezen esetek, a kezelésük és az elért ered-mény kapcsán szerzett tapasztalatok a világháború bőséges anyaga alapján építés és tökéletesítés alatt álló hadi sebé-szethez adalékul. A közlés jogosultságát az egy egyén által megfigyelt esetek nagyobb száma és a megfigyelési idő hu-zamosabb tartama adja meg.

A háború kezdetén bizonyos conservativismussal indul-tunk a munkának a „minden lött seb aseptikusnak tekintendő“ jelszó és a béke idejében tapasztalt és meglehetősen kidol-gozott agysebészet egy részének zárt kezelésen alapuló ked-vező tapasztalataira támaszkodva. A koponya lövés-sérüléseinél szerzett tapasztalataink azonban csakhamar megtanítottak az e nézetünkbe vetett hit tarthatatlan voltára, s mint mások közle-ményei is igazolják, most a radicalis elv válik irányadóvá. Min-ket már békeidőkben a fülsebészettel kapcsolatos agysebészeti tapasztalataink a ma már szinte általánosan vallott radicalis, mielőbbi beavatkozás és nyitvakezelés elve szerinti eljárás-hoz vezettek. Ha fel is állítottunk egyes elveket és szabá-lyokat, melyeknek követését célirányosnak, helyesnek itéltük, sémához nem ragaszkodtunk, minden egyes esetet külön-külön individualiter vettünk bírálat alá. Ha alább közölt össze-állításunk gyógyulási eredménye jobb is a nagy statisztikák átlagánál, ebből sem szándékunk végleges, megdönthetetlen következtetéseket levonni.

A koponyát ért lövésű sérülések jó része — mint tud-juk — halálos, s vagy a harctéren marad — így a kö-zelből jövő áthatoló lövések, hol a löveg explosiv erejénél fogva nagyfokú agyrontcsolást hoz létre, vagy életfontos centru-mokat ér —, vagy pedig az első 24—48 órában az elől fekvő harctéri egészségügyi intézetekben pusztul el. E ne-héz, halálos sérülések a hátrább fekvő kórházakba nem ke-rülnek tehát, ami a statisztika jó eredményét lényegesen be-folyásolja. Viszont bizonyára nagy az oly esetek száma, melye-ket a harctéri intézetek mint szerencsésen operáltak könyvel-tek el és továbbítottak, s kik a hátrább fekvő kórházakba kerülve, a korai transport vagy a sérülés mineműsége miatt a 2.—3. héten vagy azon túl kifejlődött szövödmények áldozataivá lettek.

Mint említettük, eseteink nagy számát a kárpáti har-czok folyama alatt frissen, a 2.—3. napon kaptuk s így meg-figyelhetjük a korai beavatkozás üdvös voltát. Az utóbbi fél-évben anyagunk a sérülést követő 2.—3. hétről származott s ez esetek némelyikén a conservativ vagy nem elég radicalis kezelés hátrányait láttuk, másokon a zárt kezelésre irányuló törekvések — plastikák — meddő voltát, valamint az épp ez időre eső szövödmények veszedelmeit észlelhetjük.

Eseteink száma 94, melyekből 7 tangentialis, illetőleg az egyik szemet roncsoló segmentalis lövést kivéve — utóbbiból 3 eset —, 87 esetben a koponyacsont sérülése mellett agy-hártya- és agysebészet is volt jelen a legkülönbözőbb formá-ban és mértékben.

Általános statisztikánk a következő:

	Áthatoló lövés		Segmentalis, tangentialis, vájúalaku, stb. lövés		Rejtett lövés	
	gyógyult	meghalt	gyógyult	meghalt	gyógyult	meghalt
operált	5	3	45	9	7	3
nem operált	9	5	3	1	2	2
Összesen	14	8	48	10	9	5

Gyógyult tehát összesen ... 71 = 75·50%, meghalt ... 23 = 24·50%
 Operálva lett tehát összesen ... 72 = 76·40%, nem operált 22 = 23·40%
 Az operáltak közül gyógyult ... 51 = 79·20%, meghalt ... 15 = 20·80%
 A nem operáltak közül gyógyult 14 = 54·50%, meghalt ... 8 = 36·50%

Mint említettük, a háború kezdetén felállított szabály: „minden lövés-seb aseptikusnak tekintendő“, a háború folyamán nyert tapasztalatok alapján, különösen a koponya-sérüléseket illetőleg, épp ellenkezőleg módosult: „minden koponyasérülést fertőzöttnek kell tekinteniünk!“

Számítanunk kell, és természetesen számítunk is, a szervezet ellentálló és a bacterium-invasiót gátló hatására, e mellett azonban mindent el kell követnünk, hogy a fertőzés továbbterjedését meggátoljuk. Az e háborúban észlelt nagyszámú koponyasérülések jobban igazolják mint valaha a törvényszéki orvostan régi tételét: „omne vulnus capitis est contumendum!” Hányszor tapasztalhatjuk, hogy kicsiny, jelentéktelennek látszó lágyrész-sérülések alatt már pörkkel fedett, gyúgylóban levő, alig észlelhető ki- és bemeneti nyílás között mily mélyreható végzetes csont- és agysérülés van. S ha felületes megvizsgálás alapján prognosisunkban kellemetlen, váratlan csaldódások érnek, akkor ez innen magyarázható.

A koponyasérülések tehát minden esetben pontosan revidélandók. Beavatkozásunk tulajdonképpen beható, alapos sebtoilette. A szervezetnek van elég védőereje a fertőzéssel szemben idejében végzett műtétnél, ezért az activ, mielőbbi beavatkozásnak vagyunk hívei: a sérülés helyének teljes feltárása, idegen testek, csontszilánkok, roncsolt agyszövetek eltávolítása, a sebváladék akadálytalan levezetéséről való gondoskodás, szóval a seb ellátása a régi, jól bevált békesebészeti szabályai szerint.

Active avatkozunk tehát be mielőbb, alaposan és lehetőleg véglegesen. A félmunka rosszabb, mint semmi, nemcsak azért, mert az ismételt beavatkozás már kedvezőtlenebb viszonyok között találja a beteget, hanem mert, mint több esetben meggyőződünk, a harcztéren végzett műtét nem lévén kielégítő, a kiegészítő műtét későn érkezett.

Az agy zárt üregben levő szerv, mely az infectióra könnyen reagál. Már a sérülés okozta mechanikai insultus miatt is a sérült agy környezete duzzadt, oedemás, a rendes keretekben nem fér el. A sebnylás mintegy ventil szerepel. A ventil szabadon tartása egyik legfőbb, de legnehezebb, még sokat vitatott és vitatandó feladatunk. Az átvődött vagy a sebre rászáradt kötés könnyen elzárja a sebváladék szabad lefolyását, amit a beteg rendszeren azonnal megérez: fejfájás, agnyomás stb. tünetei mutatkoznak. E nyomásemelkedés egyszersmint rendkívül veszedelmes az infectio befelé való terjedése szempontjából. Az agyállomány csekély ellentálló erejénél fogva úgyszajlamos a beolvadásra, és az agysérülést, sajnos, az oly gyakori és rettegett szövődmények: az encephalitis, meningitis követhetik.

Ha a csont sérüléséről meggyőződünk, az agyhártyákra és esetleg agyra gyakorolt káros hatását mielőbb meg kell szüntetnünk. A symptomák erre figyelmeztetni fognak bennünket, ha a sérülés az agy motoros vagy érző központjainak megfelelőleg éri a koponyát. Nem szabad azonban felednünk, hogy az agy más részeiben — associációs központok — nagy elváltozások, mélyreható roncsolások és kóros elváltozások lehetnek jelen a legkisebb klinikai tünetek nélkül s így symptomákra várni nem lenne tanácsos. Ugyanez áll a nyomási pulsusra (Druckpuls) is, mely úgy a mi, mint mások tapasztalatai szerint gyakran cserben hagy bennünket, sőt néha kétségtelen és igen nagyfokú koponyauiri nyomásnál is hiányzik. Az activ beavatkozás, a sebzés helyének alapos feltárása az ily esetekből folyó kellemetlen meglepetésektől meg fog óvni bennünket. Ez annál könnyebben kivihető, minthogy a koponyaműtétek, ellentétben pl. a hasműtétekkel, nem sok időt, igen gyakran alig 15—20 percet igényelnek.

Hogy a korai műtéttel a sérülés természeténél fogva esetleges későbbi complicatiókat nem kerülünk el, jól tudott dolog, de mindenestre kisebb leend a veszély.

Moribund állapotban vagy kifejezett általános agy-agyhártyagyuladás esetén a műtétől esetleg elállhatunk, holott itt is széles feltárással és a váladék levezetésével a betegnek utolsó napjait könnyebbé tehetjük. A hol minden elveszettnek látszik, ott mélyreható activ beavatkozással semmi esetre sem árthatunk. Körner-nek a béke idejében az otochirurgia terén felállított szabálya: „Bei Meningitis ist das nicht operieren kein Fehler,“ ma már nem állhat meg.

Akár activ, akár conservativ legyen is eljárásunk, minden-

esetre főelvünk a koponyatartalmat fenyegető káros hatások távoltartása. Ezek 1. a nyomás, 2. az infectio.

1. A nyomás lehet általános vagy helybeli. Az általános nyomás vérzés következtében áll elő. Alárendelt szerepet játszik úgy a sérülés, mint a complicatiók sorozatában; még a nagyobb vérekek is — szakított sebek lévén — hamar thrombotizálnak. Így a secundaer haematoma is ritka.

A helybeli nyomás már sokkal fontosabb. A benyomult vagy környezetüktől leszakadt és az agyállományba hatolt csontrészek, mint idegen testek, nyomják az agyat és irreparabilis elváltozásokat hozhatnak létre. Minél tovább tart a nyomás, annál több agysejt és vezeték pusztul el. A nyomás következtében azonban nemcsak a közvetlenül érintett agyrészlet, hanem a szomszédos részek is szenvednek, melyek, ha a nyomás sokáig tart, szintén elpusztulnak. Ez is indokolja többek között a mielőbbi beavatkozás szükségességét, és hogy későn érkezett eseteinkben sem várunk a seb teljes gyógyulásáig, hanem ha a koponyacsont-, kivált az agyhártya- vagy agysérülés jelei kétségtelenek: azonnal operálunk. A tapasztalat igazolta eljárásunkat. Nem egy ily késői műtét után mutatnak a kiesési tünetek lényeges és rapid javulást, ami csak a fentiek szerint magyarázható. Eltekintve az infectio tovaterjedésének veszélyétől, a közvetett nyomás által működésükben akadályozott, de még ép agyrészletek a conservativ álláspontra vagy a későbbi időszakban végzett műtét mellett elpusztultak volna.

2. Infectio. A fejsebek, mint tapasztalatból tudjuk, igen alkalmasak a fertőzésre. A fertőzés a sebbe behatolt löveg vagy az általa bevitt idegen test: haj, ruházat, piszok útján történik. A sebzett terület beható feltárása mindenestre csökkenti a fertőzés veszélyét. Sohasem tudhatjuk, hogy a fertőző anyag mennyi, milyen és mily mélyre jutott be a koponyán keresztül, hol esetleg a sérült agy- és agyhártyarészletek között kellő levezetés hiányán a tovaterjedés előfeltételei kiválóak. Ellenben ha a benyomult csontrészeket, idegen testet, váladékot stb. eltávolítjuk, ezzel a szervezetnek védekezésében segítünk, a sebváladék kifelé folyását, levezetését biztosítjuk s a fertőzés tovaterjedésének útját álljuk.

Ha minden törekvésünk odairányul is, hogy a műtét minél előbb végrehajtsassék, mégis felmerül a fontos kérdés: hol operáljunk. Erre határozottan válaszolni természetesen nem lehet. Az adott viszonyok határozzák meg. Más a helyzet álló, más mozgó harcznál. Ugyanez a tábori egészségügyi intézet egyszer nyomorult viskóban, máskor esetleg a harcztér mögött fekvő helység valamely modern épületében, talán kórházában ütheti fel sátorfáját. Mindenesetre ott végzendő, a hol az asepsises műtevésnek minden feltétele megvan, a hol esetleg segítőeszközök — Röntgen — igénybevehetőek és hol kilátás van, hogy a megoperált beteg hosszabb időn át maradhassék. Természetesen ez nem mindig vihető ki, néha az eset súlyossága és a gyors beavatkozás szüksége megkivánja, hogy a műtét valamely elől fekvő, kevésbé ideális viszonyok között működő egészségügyi intézetben hajtsassék végre.

Ez esetben is a műtét legalább alapos sebrevizio legyen. Néha bizonyára dilemma elé kerülünk, hogy megoperáljuk-e oly helyen a beteget, ahol további nyugalma biztosítva nincs s ahol huzamosb ideig nem maradhassék. Ha lehetséges, ha a kedvező transport eshetősége fennáll, továbbítsuk a sérültet oly helyre, hol a műtét kedvező kivételére fentebb említett feltételek megvannak. Sémát itt sem lehet felállítani s minden egyes eset individuális megítélése lesz az az eljárás, mely célunknak legjobban meg fog felelni.

Ha a fentebb vázoltak alapján az activ beavatkozás szüksége fenforog, eljárásunk a következő:

A beteg egész hajzatát nullás géppel lenyírjuk és a műtési területnek megfelelően nagy terjedelemben leborotváljuk, utána alapos benzines tisztogatás és jodtinctura. A sebből a látható piszkot, váladékot eltávolítjuk, a sebszeleket excindáljuk.

A műtétet, megelőzőleg 1—2 cgr. morphint subcutan

adva, rendszeren 1%-os novocainnal végzett localis, illetőleg regionaer anaesthesiában hajtjuk végre. A befeckendezés subperiostealisan, a sérült és operálandó területen kívül regionaer történik. Ha a szükséges 10—12 percet megvárjuk, teljes anaesthesiát kapunk és a betegnek a műtéttel járó csontmanipulatio okozta kellemetlen zajtól eltekintve, tulajdonképeni fájdalommal nincsen. Az érzéstelenítés e módja a legkényelmesebb és legjobb, a beteg ébren van, a narcosis utókövetkezményei — pl. a hányás — káros befolyást nem gyakorolnak s a tünetek a műtét alatt és után jól megfigyelhetők. Csak kivételes esetekben kellett narcosishoz fordulnunk, ha a beteg ideges, félénk volt, vagy nagy kiterjedésű beavatkozásról volt szó. A béke-sebészeti tapasztalásaiból tudjuk, hogy fejműteteknél az altatás könnyű, a betegek a chloroform aránylag kis mennyiségétől könnyen és jól alszanak. Öntudatlan betegen a műtétet minden érzéstelenítés nélkül végezzük.

A vérzés csillapítása rendszeren helybeli, a Heidenheim-féle körülöltéshez csak pár esetben fordultunk. A sinus-érzés, mint az otchirurgiából tudjuk, tamponadera könnyen eláll, a dura ereinek vérzését körülöltéssel csillapítjuk. Az agy ereiből nagyobb vérzést nem tapasztaltunk, csillapítása leköttetéssel mindenkor sikerült.

A műtétet véső és kalapács lehető mellőzésével Luer-, Jansen-, Dalgren-féle csontfogókkal végezzük. A csonthártával összefüggő csontrészeket, ha az alattuk fekvő agyhártya- és agyvelősérülés megengedi, elevatorium segítségével a kellő niveaura emeljük és meghagyjuk. A szabaddá vált csontszilánkokat csipeszszel, golyófogóval emeljük ki. Néha már a felületesen fekvők kiszabadítása után a mélyből vér-alvadék, agypép, igen gyakran geny tör elő. Az intima az általános tapasztalatnak megfelelően nagyobb terjedelemben törik be. A nyílás megfelelő tágítása és lekerekítése után a roncsolt agyrészletben fekvő, valamint a csont és dura közé szorult levált intima-részletek után kutatunk. Az utóbbiak hajlított szondával jól fellelhetők, míg az agytörmelékben való kutatáskor óvatosan bevezetett gummikeztyűs ujjunk tehet jó szolgálatot: ezzel jobban, finomabban, pontosabban érzünk, mint a fémműszerekkel, s tájékozódhatunk a még esetleg bennmaradt csontszilánkok nagysága, fekvése, valamint a roncsolt agyrész alakja, terjedelme felől is. Természetesen óvatosan kell dolgoznunk, hogy a környező egészséges agyszövetet ne sértsük s az amúgy is fenyegető encephalitis kifejlődését ne segítsük elő. Nagyon mélyen fekvő, nehezen hozzáférhető szilánkok eltávolításától, ha az csak egészséges agyrészletek megsértésével volna lehetséges, esetleg elállhatunk, remélve, hogy — mint számos esetben tapasztaltuk — az agy pulzáló hatása következtében maguktól kilökődnek. Nem egyszer már az első kötést váltáskor csontszilánkokat találunk a seb felületén.

Mint a műtét végrehajtásakor a széles feltárásnak, úgy az utókezelésben a teljes nyitvakezelésnek vagyunk hívei s ettől csak a legritkább esetben térünk el, hol minden reményünk meg van arra, hogy a fertőzés veszélye nem forog fenn. Több ízben volt alkalmunk tapasztalni harcztéri egészségügyi intézetekben műtött és onnan továbbított esetekben, hogy mily veszedelmet rejt magában a sebnyílás szűkítése, vagy a csonthiány fedését célzó, esetleg azonnal végrehajtott plastikai műtét. Csak a varratok rögtön eltávolítása s a sebüregek teljes feltárása útján sikerült e már fenyegető tüneteket mutató betegek megmentése. Kezdetben magunk is megkíséreltük a műtétet seb szűkítését, gondoskodva a seb-váladék kellő levezetéséről. Már rendszeren másnap a felemelkedett hőmérséklet, vagy más tünetek a varratok eltávolítását tették szükségessé. Tudatában vagyunk a nyitott kezelés későbbi esetleges kellemetlen következményeinek, az agy-sebészeti esetek egy részében békeidőben zárt kezeléssel elért jó eredmények csábítanak is bennünket, de a harcztéri agy-sérüléseket jellemző, könnyen beálló oedema és beolvadási tendencia megtanított arra, mennyire czélszerűtlen, sőt veszélyes az ily sérült agy fertőzésének tovaterjedését beszűkítéssel vagy plastikai műtétekkel elősegíteni. A koponya-hiányok pótlása csak később, a teljes sebgyógyulás után jöhet

szóba. Itt a Müller-Krönig-féle plasztika vagy sípcsont-implantatio ajánlható leginkább.

Az orr melléküregeivel való sérülési szövödmények figyelembe veendőek. Gondoskodni kell a sérült üreg vagy üregek — már kozmetikai szempontból is — lehetőleg endonasalis feltárással, hogy a váladékot kellőképpen levezetve, az agy ez úton való ujólagos fertőzésének útját álljuk.

Agyhártya- és agysérüléseknél prophylacticum gyanánt, valamint szövödményeknél gyógyszerül napjában 3—4 gramm urotropint adunk.

Prognosisunk felállításakor legyünk óvatosak. A lövés okozta depressziós törések prognosisa rosszabb, mint a békében tapasztaltaké. Oka a lövés okozta kiterjedtebb, nagyobb szilánkos törés és a csontszilánkoknak mélyebb behatolása az agyba. Ha a fentvázolt módon megoperált és utókezelt eseteink kedvezőbb képet mutatnak is, s biztos javulás vagy annak látszata mutatkozik, a beteg végleges sorsa, biztos felgyógyulása még nem minden kétségen felüli. Néha az első hét végén, a második héten a beteg állapota rosszabbodni kezd, hőmérséke emelkedik, a seb mélyén visszamaradt váladék, csontszilánk, idegen test okozta agyvelősövödmény lassanként kifejlődik.

A sérülés mineműsége némelykor nem áll arányban a functionalis zavarokkal vagy kiesési tünetekkel. Az utóbbiak különösen áthatoló lövés egyes eseteiben voltak feltűnő nagyok. E zavarok és tünetek a sérült agyrészletekkel szomszédos agyrészek reakciójára vezethetők vissza s a reactio visszafelzárásával szintén eltűnnek. Az agysérültek az első időben különben is bódultak, kábultak, s a hol nem azonnal operálunk, a pontos idegrendszerbeli lelet a harmadik, negyedik napon veendő fel.

A prognosist általában a következő körülményektől függ:

1. A távolságtól és ezzel együtt a löveg eleven erejétől. Középről ért lövés esetén a löveg exploziós hatása is érvényesül, mely különösen áthatoló lövés eseteiben bir fontossággal, az ilyenek rendszeren halállal végződnek. Csak nagyon kevés esetben tudunk betegeinkről a távolságra vonatkozólag legalább megközelítő felvilágosítást kapni.

2. A félretolt, illetőleg elpusztított agyállomány mennyiségétől.

3. A sérült agyrész milyenségétől.

4. A dura-seb nagyságától, mely utóbbi a fertőzés lehetőségének szempontjából bir jelentőséggel.

5. A lövés mineműségétől. Áthatoló lövés esetén nagyobb a veszély, itt az élet fenntartásához nélkülözhetetlen agyrész, esetleg agykamara könnyebben sérülhet, míg érintői lövés esetén, ha kis távolságból történik is, az agy felületét érve, nagyobb az életbenmaradás lehetősége.

A rejtett lövések prognosisa szintén rosszabb.

6. A lövegtől. A gyalogsági golyó — ez a leggyakoribb — adja a legjobb prognosist, a srappell már kevésbé jót, míg a gránát atypusos, különböző alakú és nagyságú sérüléseivel a legrosszabb prognosist adja. Eseteink között 75 gyalogsági lövegtől okozott, 11 srappell- és 3 gránát-sérülés volt, 5 esetben nem tudunk a löveg mineműségét illetőleg felvilágosítást nyerni.

7. A műtét végrehajtásának idejétől: minél előbb történik a beavatkozás, a prognosist annál jobb lesz. A sérülés napjától a műtét napjáig eltelt idő szerint eseteink a következő eredményt adják:

A műtét napja	Gyógyult	Meghalt	Összesen
1—3	18	3	21
4—8	20	1	21
9—14	9	3	12
15—21	5	4	9
22-nél több	5	4	9
Összegezés	57	15	72

E fenti összeállítás is mutatja, hogy az első nyolcz napban műtetre kerülő esetek eredményei a később operáltaké felülmúlják, igazolva egyúttal a korai beavatkozás helyességét. A később operált esetek rosszabb gyógyulási eredménye onnan ered, hogy intézetünk e betegeket későn kapta, ezek nagyrészt kifejezett agyvelő-szövődmény tüneteivel vétettek fel, megmenthetők már nem voltak.

Ha akár radikális, akár conservatív úton kezelve, sérültjeink kedvezően gyógyultak, a seb záródásával a beteg sorsa még nincs biztosítva, részint egyes kísérő tünetek állandósulása, részint újak jelentkezése, részint késői szövődmények keletkezése miatt. Ez utóbbiak:

1. Késő agytályogok. Néha csak hónapok mulva fejlődnek ki. Ha az ú. n. associatiós centrumban fejlődnek, teljesen észrevétlenek, tünetek nélküliek lehetnek és éppen ez teszi őket veszedelmessé. Manifestté esetleg csak az agykamarába való áttörés alkalmával válnak. Egy az intézetünkbe júniusban felvett, az alsó végtag lágyrészein sérült német tiszt, ki a múlt év őszén a francia harctéren gránáttól fején sérült s ennek gyógyultával az egész téli kárpáti harcot végigküzdötte, néhány hét mulva tőlünk reconvalescensként távozva, arról értesít, hogy az őszi sérüléséből származó, eddig észrevétlenül fejlődött agytályogja miatt operálták.

2. Kéreg-epilepsia a sérülés helyén képződő cysta, hegek, összenövés vagy visszamaradt impressio következtében.

3. Koponyacsontiánnyok miatt később szükségessé váló fedések — plastica — kérdése. E correctiós műtétek későn, lehetőleg a sérülést követő $\frac{1}{2}$ éven túl végeztessenek. Korai beavatkozás talán még valamely visszamaradt szunyadó genyegoczfellobbanását és a műtét sikertelenségét, vagy még mélyebbre ható veszélyeket vonna maga után.

4. A mozgató vagy érző centrumot ért sérülések okozta bénulások, hűdések sok esetben, sajnos, csak részben javulnak, azután makacsul megmaradnak, állandósulnak. Itt különösen érdekes az oly esetek csekély gyógyulási tendenciája, hol a sértetlen durán keresztül történik az alatta fekvő agyrészek sérülése, hol makroszkopice semmi elváltozás sincs, csupán molekulárisak az elváltozások. Eseteink közül hétben maradt állandónak mutatózó bénulás, 6 esetben a motoros centrumot, 1 esetben a Broca-tekervényt ért sérülés következtében.

5. Ideges, psychés zavarok a legkülönbözőbb változatban, fokban és mértékben.

Felmerül még a prognózis és ezzel együtt az indicatio szempontjából a késői műtét kérdése. Ha a beteg nem frissen, hanem a sérülést követő héten, vagy még később, 2—3 hét mulva kerül fel hozzánk és valamely agyszövődmény tüneteit mutatja, vagy megfigyelésünk alatt rosszabbodás áll be, akkor az azonnal való beavatkozás kérdése nem szenved kétséget. Előfordult azonban nálunk is több esetben és bizonyára másutt is nagy az oly betegek száma, kiken az agy részéről semmi tünet sem mutatkozik, láztalanok, közérzetük jó, a koponyacsont sérülései, impressiói stb. azonban kétségtelenek, a seb reactionmentes, fájdalomtalan ugyan, de genyed. Kérdés, nem volna-e célszerűbb a seb teljes gyógyulásának megvárása s a secundaer műtétnek azután való elvégzése; nem veszedelmesebb-e a seb feltárása, az érintetlen s a műtét útján feltárt agyhártya és agyrészletek óvhatatlan érintkezésbe hozása a fertőzött területtel és annak váladékával? Nem egy szerző vallja azt a nézetet, hogy a késői, még be nem gyógyult, genyedő folyamatnál végzett műtét az eddig láztalan és veszélyen kívül hiit beteget a műtét terület fertőzése folytán beállott agyszövődmény veszélyébe sodorta, esetleg ennek áldozata is lett. A nézetek e tekintetben nem tisztázottak, az indicatio körvonalai még nem határozottak. E kérdés megoldása az adatok szorgos gyűjtése mellett ama intézetekre hárul, melyek nagyobb anyaggal rendelkeznek, hol a betegek operálva vagy nem operálva teljes gyógyulásukig maradhatnak s így sorsuk fegyellemmel kísérhető.

A mi tapasztalataink alapján a késői műtét mellett is állást foglalunk a conservatív, várakozó állásponttal szemben minden oly esetben, 1. hol a koponyacsont sérülése kétségtelen, a seb váladékos, genyes, 2. esetleg emellett agysérülés jelei állanak fenn: motoros, sensorius, látás- stb. zavarok, 3. a sérülés az associatiós centrumoknak — homloklebeny — megfelelően fekszik, s ha tünet nincs is, de az agy sérülése feltételezhető. Nem várjuk meg tehát, míg a csontszilánk magától kigenyed, kilökődik, tekintettel vagyunk az esetleg csak nyomott, funkciójában felfüggesztett agyrészletekre is, melyek műtét segítségével a nyomás alól felszabadulva — mint azt már fentebb kifejtettük —, működőképességüket teljesen vagy részben visszanyerhetik, így a prognosist s vele a végleges eredményt javíthatják. Tekintettel vagyunk továbbá arra, hogy a kifelé való genyedés mellett az infectio, a beolvadás befelé is terjedhet s tünetek jelentkezése mellett már rosszabb viszonyok között kell operálnunk, vagy minden tünet nélkül kifejlődött agytályog veszélyei érik a beteget. A műtét után való nyitva kezelés meg fog óvni bennünket a kellemetlen szövődményekről.

Két esetünket veszítettük el ily várakozó álláspont mellett. Mindkettő későn érkezett, teljesen tünet nélkül való, reactionmentes, csekély váladékú, homloktáji, tangentialis lövés volt, mindkettő észrevétlenül fejlődött s hirtelen az oldalkamarába áttört agytályog következtében néhány óra alatt elpusztult. A műtét segély mindkét esetben későn érkezett. Másik két esetünkben kétségtelenül a műtét beavatkozása adta meg az insulust az addig láztalan és tünetnélküli betegünkön — az egyik áthatoló, a másik tangentialis lövés volt — a fenyegető agytünetek s a systematikus lumbalpunkcióval szerencsésen levezetett meningitis kifejlődéséhez a műtétet követő 7., illetőleg 8. napon. Viszont kérdés, hogy ez inficiált és roncsolt agyrészlettel bíró sérülések nem vezettek volna-e a fentemlített két esetünkhöz hasonlóan occult agytályog vagy más szövődmény kifejlődésére.

Az bizonyára kétségtelen, hogy a háború folyamán sok ú. n. könnyű asepsisek, sem korai, sem késői műtétnek alá nem vetett esetben fertőzés folytán idővel agyszövődmények fejlődtek és esetleg halálra vezettek. Üdvös volna az idevágó esetek közlése a kérdés tisztázása céljából.

A fentiek után nézzük egyenként a különböző lövésű sérüléseket és azok szövődményeit.

I. Áthatoló lövések.

Megfigyelésünk alá került 22 a következő eredménynyel:

	Gyógyult	Meghalt
Operált	5	3
Nem operált	9	5
Összesen	14	8

Az áthatoló lövések nagy része a harctéren marad vagy rövid idő mulva az elülfekvő egészségügyi intézetekben hal el. A hátrábbi kórházakba az ú. n. könnyű esetek jutnak. Innen a gyógyult esetek aránylagos jó statisztikája. Az áthatoló lövésekkor a löveg a koponyát merőlegesen találja, egyenlő nagyságú be- és kimeneti vagy valamivel nagyobb kimeneti nyílást okozva. A koponyacsont így keveset szenved, a bemeneti nyílás kiszakított vagy a löveg átmetésének megfelelő kiütött csontrészelete a löveg irányában vitetik, elszóródása az agyállományban kicsiny, egyes részei a löcsatornában maradnak vagy maradhatnak, más része pedig a löveggel a löcsatornán át hajtatik. A kimeneti nyílás csontszilánkjai mindenkoron a durán kívül a csonthártya, illetőleg a bőr alatt fekszenek. Az agyállomány így arány-

lag keveset szenved. Ilyenek rendszeren a kezelés alá kerülő esetek.

Műtéti indicióink attól függ, mikor és mily állapotban kapjuk a sérültet. Ha jókor, az első napokban kapjuk, akkor a be- és kimeneti nyílásnál legalább is gondos sebtoiletet végzünk. Ha a sérülés és felvétel között több idő, egy vagy több hét telt el, a be- és kimeneti nyílás már begyógyult vagy reactionmentes, tiszta, gyógyuló sarjakkal fedett, láz és tünetek nincsenek, akkor várakozó álláspontot foglalunk el.

Therapiánk activ lesz azonban minden oly esetben, hol 1. a be- és kimeneti nyílás vagy ezek egyike fertőzött, genyed, rajtuk keresztül agypép, geny, esetleg csontszilánkok ürülnek, 2. láz vagy agyszövődmény tünetei mutatkoznak, 3. a motoros vagy sensorius centrumot érte a sérülés, 4. a koponyaüregben gyuladós folyamatra utaló agyelőesés van, 5. vagy végül, hol a beteg állapotában rosszabbodás állott be.

Eljárásunk a be- és kimeneti nyílás alapos revisiója. Ezzel ugyan a szervezetet a lócsatorna egész hosszában létrehozott fertőzés veszélyétől nem szabadítottuk meg, mégis a be- és kimeneti nyílásnál a csontszilánkok, vérömleny, váladék, geny stb. eltávolításával, a levezetési viszonyok javításával a gyógyulás lehetőségét lényegesen elősegítjük. Ez az activ beavatkozás localis anaesthesiában, véső, kalapács kerülése mellett könnyen kivihető. Különösen áll ez olyan esetekre, hol a be- és kimeneti nyílás nagy és a csont a nyílás körül szilánkosan törött. A lócsatorna szondázása, oda behatolt csontszilánkok stb. kutatása nagyon megfontolandó dolog, az agyállomány a véralvadéktól nehezen vagy meg sem különböztethető, és ily beavatkozásunkkal csak az ügyis fenyegető fertőzés továbbterjedését, a lócsatornát környező agyrészek beolvadását idézzük elő.

A prognosira vonatkozólag az általános részben említeteken kívül kiemelendő, hogy áthatoló lövések némely esetében, fontos centrumok látszólagos sérülése nélkül is, a gyógyulás folyamán a legkülönbözőbb psychés zavarok, kedélyjellemváltozás, emlékezőtehetség-gyengülés, a betegségbe való belátás hiánya stb. figyelhetők meg.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

J. Schäffer: Die Therapie der Haut- und venerischen Krankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der Behandlungstechnik für Ärzte und Studierende. Mit 87 Abbildungen im Text. Verlag von Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1915. Ára kötve 12 korona.

Az előttünk fekvő könyv orvostanhallgatók és gyakorló orvosok számára készült. Az érdemes szerző azt tűzte ki magának célul, hogy oly könyvet adjon az orvosi közönségnek, mely mindazokat az ismereteket, gyógyszereket és eljárásokat felöleli, melyek a bőr- és nemibajok sikeres gyógyításához szükségesek. S bátran állíthatjuk, hogy még kevés orvos-író oldotta meg oly tökéletesen a feladatát, mint szerzőnk. A gyakorlati célnak megfelelően főként azokra a gyógyeljárásokra van az olvasó figyelme irányítva, melyeket a gyakorló orvos könnyen elsajátíthat s legnagyobb részben ambulánsan végezhet. Különös gondossággal tárgyalja a szerző a kezelések technikáját, mely éppen a bőr- és venerás bajok gyógyításában igen fontos. A legjobban megválogatott gyógyszer vagy eljárás sikertelen, sőt káros lehet, ha nincsen aprólékos gondal alkalmazva, illetőleg végrehajtva. Igen jó eljárása a szerzőnek, s ez nagy gyakorlati érzékére vall, hogy az egy célú szolgáló különféle gyógyszerek hatásuk ereje szerint sorrendben, skálában vannak csoportosítva. Kevés tapasztalással rendelkező orvos ezeket a tanulságos összeállításokat szívesen foja használni. Igen nagy gondal van egyébként a gonorrhoea s elsősorban a syphilis terapiája

ismertetve. Az egyes technikai fogások ügyes leírását (salvarsan-injectio) még jobban megvilágítják a szöveg között bőven elhelyezett ábrák.

A szerző tárgyalási menetében szorosán a „breslauer iskola“ elveihez ragaszkodik, a mi csak természetes, tekintve, hogy Neisser-nek régi volt tanítványa és munkatársa, a ki egyébként ezt a szép munkáját mesterének 60. születése napjára ajánlja. A mintegy 27 ívre terjedő könyvet nyugodtan ajánlhatjuk minden gyakorló orvos figyelmébe. Kiállítása is kifogástalan.

Guszman.

Lapszemle.

Belorvostan.

A rákra hajlamosság befolyásolásáról irt cikkében *Hochenegg* tanár mindenekelőtt ama meggyőződésének ad kifejezést, hogy a rákos gócnak lehetőleg gyökeres operatív eltávolításával a kezelés csak egy, noha legfontosabb részének tettünk eleget, mert ezenkívül megfelelő utókezeléssel és az életmód szabályozásával a dispositiót is meg kell szüntetni, továbbá a rák okozta megkárosodását az egész szervezetnek kiküszöbölni és a szervezetet olyan állapotba hozni, hogy a műtét után a szervezetben esetleg visszamaradt rák-csírák fejlődésének eleje vétessék. A szerző nagyon érdekes eseteket említ állításainak támogatására és nagyjából irányító elveket állít fel a jelzett irányban kísérletezésre és munkálkodásra. Nagyon fontos az anyagcsere, a táplálkozás, az életmód, szóval az egész milieu megváltoztatása, a melyben az operált rákos megbetegedett. Kísérletes vizsgálatok is bizonyítják már, hogy a táplálkozás folyamán fejlődő bizonyos anyagcsere-termékek elősegítik a rák fejlődését, ennek folytán különösen a kellő bélműködésre nagy súlyt kell helyezni. Ki kell kutatnunk a praecarcinomas betegségeket és állapotokat, hogy fokozott mértékben küzdhessünk ellenük a műtét után. Nagy fontosságot tulajdonít a szerző a lakás, illetve a tartózkodáshely megváltoztatásának, esetleg a hivatás, foglalkozás megváltoztatásának is. A psychés izgalma az általuk okozott anyagcserezavarok útján szintén fokozhatják a dispositiót. A szerző utal az intercurrents betegségek utáni alapos üdülés fontosságára; főleg Gasteint és Joachimstalt ajánlja. A májműködés zavarai kísérleti vizsgálódások szerint is disponálónak hatnak rákra, ezért a májra nagy súlyt kell helyezni, s e szempontból jelentősek lehetnek pl. a karlsbadi kúrák. Mindezen teendők főleg a házi orvos hatáskörébe esnek, a ki az eddigi s a jövőben még nagyobb mértékben szerződő idetartozó ismeretek felhasználásával sok jót tehet. Még csak azt a véleményét említjük fel a szerzőnek, hogy a rákos betegekkel való érintkezés a nem hajlamosokra teljesen veszélytelen ugyan, a rák-operáltaknak, tehát disponáltaknak azonban kerülniök kell a gyakoribb érintkezést rákos betegekkel. (Medizinische Klinik, 1916, 18. sz.)

Sebészet.

A lövés sérülések utóvérzéseiről, ezek kezeléséről és megelőzéséről ír *Bier* tanár. Ez az igen gyakori és sokszor életveszélyes complicatio, mely a sérülés napjától kezdve több héten át fenyegeti a beteget, csakis a sérülés helyének felkeresésével és annak szabályszerű ellátásával (kettős lekötés vagy érvarrat) kerülhető el. Sohasem szabad a taponálással megelégedni, mert ez csak kivételesen, a kis lumenű verőerek sérülésekor lehet elégséges.

Az utóvérzés beállhat, ha a sérülés helyén képződött véralvadék meglazul avagy szétesik; továbbá ha hosszabban fennálló genyedés az ér falát kimarja. Elég gyakran idéz elő utóvérzést a hosszabb ideig a sebben bennhagyott drainső, mely az ér falára mintegy idegen test hat; ennél azonban még veszélyesebb az érre helyezett és ott hagyott ércsípő.

Jól vezetett kórházakban az oly betegeket, a kiken utóvérzésre lehet kilátás, állandó ellenőrzés alá veszik és az Esmarch-csővet ágyához készítve, ennek alkalmazására az ápolót kitanítják; ha pedig az utóvérzés oly helyen fordulhat

elő, a hol Esmarch-pólya nem alkalmazható, ki kell oktatni az ápolót arra, hogy a míg az orvos megérkezik, a vérzést ujjnyomással hogyan csillapítsa. Azonban az ér lefutásában a centralis irányban gyakorolt nyomással sem sikerül minden esetben csillapítani a vérzést. Ekkor ujjunkkal be kell hatolni a sebbe s a vérzés helyét felkeresve, a nyílást ujjunkkal befogni. Ha lehet, előzőleg gummikeztyűt húzunk.

A legkétségbeesett esetekben a sebbe jókora nagy tampont préselünk be és e felett a sebszéleket mélyreható és sűrű öltésekkel összevarrjuk; csak a vér pótlása után fogunk a radicalis műtéthez.

A vétagokon a verőeret centralis irányból keressük fel s reátéve a *Sehrt*-féle szorítót, csak ezután keressük fel a sérülés helyét s eltávolítva az alvadékokat, az adott körülményekhez képest járunk el. A sepsises sebet nyitva kezeljük. A nagyobb ereket, ha csak lehetséges, varrjuk, hogy a lekötés folytán beálló elhalást elkerüljük. Az érvarrat sepsises sebeken kevés eredménnyel szokott járni, mert a műtét helyén az ér thrombotizálódik.

Az elvérzés nemcsak a nagy, hanem a közepes verőereken is elég gyakori, kivált elgyengült sebesülteken.

Végül utal *Bier* a hullagyakorlatok nagy jelentőségére. (Mediz. Klinik, 1916, 17. sz.) M.

Gyermekorvostan.

A hátulsó nyak- és tarkó-mirigyeket vizsgálta újszülötteken az első kilencz életnapon *Jensen* (Drezda). Ez ideig általános volt azon különösen *Czerny* által hangsúlyozott nézet, hogy a tarkó-mirigyek mindig azt bizonyítják, hogy a garatüregben fertőző folyamatok zajlottak le, sőt *Czerny* ezen mirigyek mutatkozásából fertőzés iránti fokozott hajlandóságra, exsudatív diathesisre következtet. Nem állanak azonban rendelkezésünkre nagyobb szabású klinikai vizsgálatok, hogy ilyen következtetéseket bizonyossággal vonhassunk le. Így pl. nem tudjuk, vajon újszülötteken előfordulnak-e tapintható nyirokmirigyek és nincs nagyobb anyagra vonatkozó klinikai bizonyítékunk, hogy az olyan gyermekek, a kiken ilyen tarkó-mirigyeket találunk mindjárt a születés után, később mutatják-e az exsudatív diathesis más tüneteit. Ezen hézag pótlására 240 újszülöttön vizsgálta a szerző az első kilencz életnapon napról-napra, hogy ezen mirigyek tapinthatók-e. Ezek között 104 újszülöttön, tehát 43%-ban talált megnagyobboldott tarkómirigyeket részben azonnal a születés után, részben a következő életnapok valamelyikén. Megnagyobboldott állalatti mirigyeket nem észlelt. Szerinte a tarkómirigy-megnagyobboldások ezek alapján nem mindig a garatüreg fertőzésének következményei, sőt kétségesnek tartja, vajjon mindig alkati rendellenességgel kell-e vonatkozásba hozni őket. Csak annyit mondhatunk bizonyossággal, hogy a gyermek az első életnapokban nagyon hajlamos nyirokmirigy-megnagyobboldásokra, különösen pedig a tarkó-mirigyekére, és hogy ilyenek olyan újszülötteken is előfordulnak, a kik császármetszés útján jöttek világra, s így az esetleges fertőzés a hüvely bacteriumaival kizárt. Hogy ezen gyermekek exsudatív diathesisek-e, azt csak nagy anyagon éveken át folytatott észlelések mutathatják meg. (Zeitschr. f. Kinderhk., 1916, 14. kötet, 176. l.) Flesch.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Kifekélyesedett éves rákdaganatok kezelésére *Tugendreich* szerint elég jó eredménnyel használható az isomylhydrocuprein. 2—5%-os, forró olajjal készült oldata használandó kötés alakjában. Ha nagyon erős égetést okozna, 1%-os oldat veendő. Különösen a fájdalmat és a fekélyedést befolyásolja kedvezően. A nevezett készítmény *encuprin* néven kerül forgalomba. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1916, 10. szám.)

A szappan pótlására új készítményt állított elő a frankfurti „Hirsch-Apotheke“. Ez a készítmény külsőleg szappanra emlékeztet és silikátokból áll, a melyeket valamilyen növényi nyálka tart össze; tisztító hatását saponinek fokoz-

zák. *Herxheimer* tanár nagyon dicséri a tisztító hatását; ezenkívül nagyon lassan fogy és olcsó (100 gr. súlyú darab ára kb. 20 Pfennig). Kereskedésmeli neve *sapartil*. (Berliner klin. Wochenschrift, 1916, 17. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 18. szám. *Sümei József*: Megfigyelések a szív- és vérérendszert bántalmairól a háború alatt. *Ferenci Sándor*: Előzetes megjegyzések a háborús neurosis néhány típusáról.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 18. szám. *Zsakó István*: Nemi bajok a frontban levő legénységénél.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Lénárt Zoltán* dr. egyetemi magántanárt a székesfőváros főpolgármestere kinevezte a Rókus-kórház gégészeti osztályának főorvosává.

Meghalt. *Gustav Schwalbe*, az anatomia nyugalmazott tanára a strassburgi egyetemen, április 28.-án 72 éves korában. Az elhunytban korunk egyik legnagyobb anatomusa és anthropologusa száll sírba. Dolgozatai az anatomianak csaknem minden fejezetét felölelik, mindentől maradandó nyomatokat hagyva hátra. E század eleje óta különösen a diluvialis emberfajok s az emberi nem származásának kérdésével foglalkozott s e téren korszakalkotó tevékenységet fejtett ki. Három év előtt vonult betegeskedése miatt nyugalmába.

Személyi hírek külföldről. A marburgi élettani tanszékre *Fr. Hoffmann* königsbergi tanárt, a giessenire *P. Trendelenburg* freiburgi magántanárt nevezték ki. — *Guleke* dr. czimzetes rendkívüli tanár Strassburgban (sebészeti) valóságos rendkívüli tanár lett.

Hírek külföldről. Május 1.-én nyílt meg Berlin mellett Dahlemben az új biológiai kutatóintézet, mely a Vilmos császár által 1910-ben, a berlini egyetem 100 éves jubileuma alkalmával alapított, csak a tudományos búvárkodásnak szánt intézetek közül eddig a harmadik (az első a chemiai és physika-chemiai, a második a kísérleti therapiai intézet). Az új intézet élén *K. Correns* dr., eddig a münsteri egyetemen a növénytan tanára, az átörökléstan terén ismert búvár áll, aligazgatója *H. Spemann*, eddig rostocoki zoologus. A protistologiai osztályt *M. Hartmann* dr., az élettant *O. Warburg* dr., a kísérleti fejlődéstant *K. Herbst* dr. vezeti.

Lapunk mai számához *Dr. R. és Dr. O. Weil* vegyi gyógyszerész gyára *Frankfurt a. M.*, „*Droserin*“ készítményének prospectusa van csatolva.

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égőkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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

Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

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

Vízgyógyintézet, gyógymechanika, orthopédia, svédgymnasztika, inhalatorium. :: Bejáró betegeknek is.

Dr. HALPERTH ÁKOS

KARLSBAD

HAUS HERZOG v. BRABANT

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

Dr. FORBÁT bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratorium. Antigenek, haemolysin, vaccinák. V., Személynök-u. 7. Telefon 36-95.

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

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

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (IV. rendes tudományos ülés 1916 február 19.-én.) — (V. rendes tudományos ülés 1916 február 26.-án.) 254. lap. — A XVI. számú helyőrségi kórház tudományos értekezlete. 255. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(IV. rendes tudományos ülés 1916 február 19.-én.)

Elnök: Liebermann Leó, később Grósz Emil. Jegyző: Bence Gyula.

(Folytatás.)

Facialis-hűdésnek fascia-transplantációval javított esete.

Fischer Aladár: A facialis-hűdésnek azon esetei, melyekben az idegműködés spontán helyreállítására nem számíthatunk, már régebben operatív törekvések tárgya. A facialis varrata az ideg vékonyságánál fogva igen nagy nehézségekbe ütköznék és sokszor a bñncztani viszonyoknál fogva, ki sem volna vihető. Ez okból az idegbeültetés felé fordult a sebészek figyelme és a peripheriás arczidegcsomónak a hypoglossus- vagy accessoriussal való összekötése volt szokásos. Az elért eredmények azonban nem feleltek meg a várakozásnak; vagy nem állott be mozgékony, vagy pedig az arcmozgásokkal egyidejűleg nyelv- vagy vállmozgások is végeztettek, úgy hogy ily módon a beteg sokszor igen kínos helyzetbe került. Ez okból *Busch* egy drótkacs behelyezésével igyekezett a lelógó arczefelelet felfüggeszteni. Az eljárás nem volt megfelelő, mert a drót mint merev idegen test az arc aránylag vékony lágyrészei közt könnyen kigenyedt vagy átvágott. Ez okból *Kirschner* a *Busch*-féle eljárást úgy fejlesztette tovább, hogy drót helyett egy a fascia hátából vett csíkot helyezt be és evvel fűggesztette fel a lelógó arczefelelet. Az eljárás lényege az, hogy a fascia latából vett mintegy 10—12 cm. hosszú $\frac{1}{2}$ —1 cm. széles csíkot a járomív köré hurkolunk és azután a sulcus nasolabialis táján a lágy részekhez erősítve, a járomívhez ismét visszavezetjük. A technikai részletekre nem akar kitérni, csak azt akarja kiemelni, hogy az egész műtétet az arczon két kis metszésből könnyen el lehet végezni.

A bemutatott eset T. hadnagyra vonatkozik, a kin a jobboldali processus mastoideus és a jobb középfület ért sérülés után következett be rögtön a teljes arczideghűdés. A középfül föltárását már régebben másutt végezték a nélkül, hogy ez a hűdést befolyásolta volna. Tekintettel a nagyfokú eltorzulásra, a *Kirschner*-féle fascia-plasztikát végezte a bemutató, teljes kozmetikai eredménnyel. A jobb arczfél lógása és a száj ferdesége nyugvó arc mellett megszűnt. Hogy beszéd és mimikai mozgások alkalmával is kevésbé föltűnő legyen a fogyatkozás, *Sarbó* tanár gyógypedagógiai beszédgyakorlatokat végeztetett, a melyek szintén sikerrel jártak. A hűdött arczfél felfüggesztésének nemcsak kozmetikai hatása van, hanem functionalis eredményt is ad, nevezetesen evés, ivás és beszéd alkalmával van nagy haszna a hűdött arczfél felfüggesztésének.

Belgyógyászati harcztéri tapasztalatok.

Benczúr Gyula: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

(V. rendes tudományos ülés 1916 február 26.-án.)

Elnök: Salgó Jakab.

Jegyző: Dollinger Béla.

Interlobaris empyema gyógyult esete 2 $\frac{1}{2}$ éves gyermekeken.

Fritz Sándor: A 2 $\frac{1}{2}$ éves fiú 1915 december elején hirtelen magas lázzal betegedett meg. Az objectiv vizsgálat jobboldali pleuro-pneumoniát állapított meg. Jobboldalt elül a III. bordától, hátul a lapoczká közepétől intensiv tompulat, felső részén hörghi légzés, alsó részén apró hólyagú zörejek. 12 napig febris continua, ettől kezdve a hőmérsék rendetlen, a tompulat pedig kisebb lesz. Exsudatum gyanuja miatt a hátulsó hónaljvonalon próbapunctiót végez, a mely negativ eredményt ad. Az általános állapot rosszabbodik, a beteg

soványodik és feltűnően halavány lesz. A gyanu tüdő-tályogra vagy eltokolt genyes exsudatumra irányul.

Röntgen-vizsgálat (*Rosenthal Jenő*): A jobb mellkasfélben intensiv árnyékot adó homály, melyet a középárnyék felé körülbelül ujnyi légtartó csík választ el. A felső széle nem éles, a II—III. borda magasságában vész el, lefelé a magasan álló jobb rekesz árnyékába folytatódik, a jobb rekesz a légzés-mozgásokat alig követi. Oldalátvilágításkor e homály a mellkas elülső felében levőnek bizonyul. Diagnózis: eltokolt exsudatum.

E Röntgen-lelet alapján elül a bimbóvonalon a IV. bordaközben végzett próbapunctio sűrű zöldes-sárga genyet adott. Műtét: 4—5. borda resectiója elül (*Fischer Aladár* magántanár); a pleura megnyitása után az interlobaris hasadék irányában eltokolt tályog körülbelül 50 gr. sűrű zöldes-sárga genyvel. Drain. 2 hét múlva teljes gyógyulás. Jelenleg a jobb mellkasfél fölött eltérés nem mutatható ki, Röntgen-átvilágítással sem, a jobb rekesz teljesen jól mozog. Azóta a beteg 3 $\frac{1}{2}$ kgr.-ot hízott.

A műtét helyi érzéstelenítésben történt. Az előadó véleménye szerint a gyermekkorú empyema műtéteket csak helyi érzéstelenítésben kell operálni, a gyógyulás kedvezőbb, mint a narcosisban operálás után.

Az interlobaris pleuritisnek két főalakja van:

1. Metapneumoniás
 - a) serosus,
 - b) genyes-empyema.
2. Tuberculosis.

A bemutatott eset a metapneumoniás genyes csoportba tartozik és ritkasága miatt mutatja be.

Szontagh Félix: Figyelmeztet arra a tanulságos esetre, melyet osztályáról régen, még a Röntgen-korszak előtt, bemutattak. Ez az eset diffus genyedéses hashártyagyuladással szövődött. Az interlobaris empyema baloldalt foglalt helyet a két tüdőleány között. Felismerése próbapunctio segítségével volt lehetséges. A pleura-üregben genyet nem találtak, de megtalálták az interlobularisan elhelyeződött genyedéses izzadmányt a tüdőn át történt punctio segítségével. Kiürítése pneumotomia segítségével történt. Az eset teljes gyógyulással végződött, annak dacára, hogy később csekélyfokú tüdőroncsolásos — tüdőgangraenára valló — jelenségek állottak be, s mint említettük, a folyamatot általános genyedéses hashártyagyuladás komplikálta. Mindenek szerint úgy az interlobaris empyema, mint a hashártyagyuladás is metapneumoniás eredésű volt, a mire a herpes és a genynek bakteriologiai megvizsgálása, mely pneumococust derített ki, utalt.

Az interlobaris empyemák a műtétkor is tályognak imponálhatnak. A Röntgen-vizsgálat ma könnyűvé teszi fölismerésüket s megengedi talán fölismerni azokat a ritka eseteket is, a mikor eltokolt empyema foglal helyet a rekesz és a tüdő basisa között, avagy a tüdő és a pericardium között.

Az a. iliaca externa elgenyedt közlekedő vérömlenyének (álaneurysmájának) műtéttel gyógyított esete.

Makai Endre: A 27 éves önkéntes 1915 október 26.-án szenvedett lött sérülést és november 19.-én került az Augustia-kórházba.

Felvételkor a jobb Poupart-szalag közepe fölött gyógyult bemeneti, hátul a keresztcsont fölött, kissé jobbra, gyógyult kimeneti nyílás. A jobb Poupart-szalag fölött jókora lúdtojásnyi, pulzáló, már érintésre is igen fájdalmas térfogat-nagyobbodás. Állandó, 39° C. fölé emelkedő lázak, kisugárzó fájdalmak a csontban.

Műtét a folyton fokozódó elesettség miatt vitalis indicatiból 1915 november 29.-én aethernarcosisban. *Momburg*-féle vértelenítés korlátozta volna a szükséges feltárást, egyébként is kivihetetlen volt a genyedő folyamat miatt. Ezért az art. iliaca communis időleges lekötését tervezte a bemutató

transperitonealis úton. Trendelenburg-helyzetben laparotomia a köldök s a symphysis közt. A vékonybelek egymással s a fali hashártyával a IV. ágyékcsigolyától lefelé, a kereszt-csontvájulatban lapszerint összenőttek. Óvatos és fáradtságos felszabadítás után visszatolja a beleket a mellkas felé. 6 cm. hosszúságban meghasítja a hátulsó hashártyát a IV. ágyékcsigolya testének megfelelően a középvonaltól kissé jobbra. A hashártya erősen megvastagodott, szakadékonny, a subperitonealis szövettel kérgesen összenőtt. A retroperitonealis kötőszövet hatalmasan infiltrált, részint heges callosus, részint succulens, morzsálékony, úgy hogy alig érezni a nagy erek lüktetését. Az iliaca communis kpraeparálása igen fáradtságos a lapos széles hegek közt. Nyilvánvaló, hogy a gyuladás alulról propagálódott a retroperitonealis ürben s ráterjedvén a fali hashártyára, okozta a belek adhaesiv peritonititit. Az art. iliaca communis dextra-t ujnyi széles vászonszalaggal lekötve, csípőkkel összefogtuk a hasmetszés sebére s rátérünk az aneurysma megoldására.

Két harántujnyira a Poupart-szalag fölött s vele párhuzamosan 12 cm. hosszú metszés, a retroperitonealis ür feltárása Kocher szerint az obl. internus és transversus haránt átmetszésével, a rectus-fascia hosszirányú megnyitásával. A háromszögű lebeny lehatásakor kitűnő áttekintés. Jókora lúdtójsányi, részben eves, bűzősen szétesett alvadéktömeg. A jobb iliaca externa közvetlenül eredése alatt teljesen átlóve, folytonossága $1\frac{1}{2}$ cm.-nyire megszakadt. Érvarratra a verőér heges rögzítettsége következtében gondolni sem lehet, szabad venaátültetés a genyedés miatt kilátástalan: mindkettő egyébként fölösleges, mivel a környéki csontból — az iliaca communis leköttése daczára — kiadós vérzés van. A czombok leköttése. A sértetlen vena szabadon fut a genyür közepén; már a sebviszonyok egyszerűsítése kedvéért is kétszeres leköttés után átvágjuk. Most felszabadítjuk az art. iliaca communis provisoriussal leköttetését s a retroperitonealis, alsó seb revisiója után csomós varratokkal összeöltjük a hátulsó fali peritoneum sebére s a hasfalat három rétegben teljesen zárjuk. Az elgenyedt közlekedő vérömleny helyére csíkot helyezünk, melyet az alsó seb belső zúgában kivezetünk s a hasfal alsó szegélyét Bassini szerint varrjuk. 2 cm.-nyi felső zúg kivételével teljes csomós bőrvarrat.

Műtét után a beteg azonnal deferveskál. A sebek primára gyógyultak, 10 nap múlva a tamponálást teljesen elhagyjuk. Tökéletes gyógyulás, a beteg jól jár.

Az art. subclavia aneurysmájának érvarrattal gyógyított esete.

Makai Endre: A 20 éves gyalogos 1915 szeptember 24.-én szenvedett lött sérülést és 1915 december 1.-én vették fel az Augusztá-kórházba.

Felvételkor a jobb felkar felső harmadának külső oldalán gyógyult bemeneti nyílás. A jobb felkarcsont gyógyult törése. A jobb kulcsontfölső árokban jókora tyúktójsányi, lüktető daganat. Kisugárzó fájdalmak a karban, paresés izmok. Jól hallható surranás a hónaljárokban is.

Műtét 1915 december 20.-án aether narcosisban. < alakú metszés, melynek haránt szára 12 cm. hosszú s a kulcsont fölött, vele párhuzamosan fut és a sternoclavicularis ízületnél találkozik a fejbiczentő elülső szélén vezetett 10 cm. hosszú metszéssel. A háromszögű lebeny visszapraeparálásakor kiderül, hogy a kulcsont fölötti táj rendkívül kemény, kérges hegszövettel van kitöltve, a melyben a praeparálás igen nehéz. Fáradtságos; lassú praeparálással sikerül csak szabadá tenni a scalenus-rést, a melyben a környezettől el nem határolt jókora diónyi pulzáló térfogatnagobbodás van. Hogy a tőle centralisan eső ép érrészletet, az art. subclavia mellkasi részletét kpraeparálhassuk, subperiostalisán reszekáljuk a kulcsont belső harmadát. Lassankint sikerül az aneurysmát centralisan kocsányosítani, illetve az art. subclaviát körülbelül 2 cm.-nyire szabadá praeparálni, úgy hogy az anonymából való eredés jól látható.

E helyen a verőeret ujnyi széles vászonszalaggal provisoriussal leköttjük s a szalag meghúzásával előre lassankint izoláljuk a tömlőt s az abból kilépő verőeret. Nagy

óvatosságot igényel annak a heges kötegnek felszabadítása, mely a zsákot a m. scalenus ant.-hoz rögzíti és felfelé vongálja. A tömlőből kilépő verőeret is leköttjük provisoriussal, mint a centralis részt, s a két ligaturát mint kantárt kifestítve, köröskörül izoláljuk az aneurysmát, miközben a nyak-fonat kötegeit részben élesen leválasztjuk. Most megnyitjuk a tömlő hártás fibrinosus falzatát, azt köröskörül leválasztjuk az érről s eltávolítjuk a verőeren tapadó s annak ürterébe részben belógó alvadékrészleteket. Kiderül, hogy a subclavia elülső falán körülbelül 2 cm. hosszú, a hátulsó falán az előbbtől centralisabban fekvő, $1\frac{1}{2}$ cm. hosszú gomblyuk alakú rés van. Az egyenetlen érfelsebet fel-frissítve, egyrétegű finom tovaftó selyemvarrattal bevarrjuk mindkét sebet, miközben a két leköttőszalag igen jó szolgálatot tesz az érnek kezünk alá fektetésével. Varrat után eltávolítjuk az utóbbiakat, vérzés nincs, a distalis érrész jól pulzál, a radialis pulsusa igen jól tapintható. A nyak-izomzat rekonstruálása a fejbiczentő fejének a m. pectoralishoz való varrásával. Teljes bőrvarrat.

Teljesen zavartalan, prima gyógyulás. A kéz funkciójában semmi zavar. A radialis pulsusa azonban 4—5 hét múlva lassankint mind kevésbé tapintható, jelenleg nem érezhető, noha a kulcsontfölső árokban az érlüktetés jól tapintható.

*

Míg az első esetben az art. iliaca ext. leköttése semmi zavart sem okozott, a másodikban a jól sikerült érvarrat daczára a radialis-ulsatio lassankint megszűnt anélkül, hogy a végtag táplálása a legcsekélyebben is szenvedett volna.

Bemutat egy esetet annak illusztrálására, hogy az art. subclavia leköttése közvetlen az anonymából való kilépésének helye fölött, tehát még a collateralis vérkeringést közvetítő ágak leadása előtt sem okoz szükségképpen táplálkozási zavart a végtagban. A 31 éves gyalogoson varix aneurysmaticus, illetve aneurysma arteriovenosum volt jelen az art. subclavia dextra s az előtte lefutó vena subclavia és jugularis egyesülésének helye közt. A verőér oly erősen volt fixálva az alapjához, a heges szövetben a praeparálás annyira lehetetlen volt, hogy csak Déchamps-tível lehetett a subclavia mögötti szöveteken fonalat áterőszakolni, a melynek leköttetésével azután sikerült megoldani az esetet.

Mindezek azonban nem bizonyítják azt, hogy — mint sokan állítják — az érvarrat felesleges és csak időtrábló mesterkedés. Kétségtelenül az esetek egy részében, talán túlnyomó részében, collateralis pályák elejét vehetik a végtag elhalásának, és valószínű, hogy főleg aneurysma eseteiben az ily collateralisoknak sokkal nagyobb lehetőségei vannak jelen, mint a hogyan általában képzeljük. Viszont nincs kizárva, hogy a legnagyobb praecisióval, ideális viszonyok közt végzett érvarratoknál is képződhetnek és képződnek a varrat helyén intravascularis thrombosisok, melyek megnövekedve, vagy a varrat helyén zárják el idő multával az érlument, vagy belőlük leszakadt embolusok állítják el a keringést peripheriasabb érrészletekben. A fontos azonban az, hogy ilyenkor is lassan és fokozatosan történik az ér elzáródása, a mi a collateralis pályák kifejlődése és érvényesülése szempontjából cardinalis fontosságú. Tekintve az érvarrat, főleg az oldalagos varrat aránylag egyszerű technikáját, a hol csak az anatómiai viszonyok ezt nem teszik lehetetlenné, minden esetben megkísérlendőnek tartja. Ezen principialisan keresztül vitt eljárásnak tudja be, hogy számos aneurysma-műtéte daczára egyetlen egy esetben sem látott végtagelhalást.

A XVI. sz. helyőrségi kórház tudományos értekezlete.

Elnök: Mohr Mihály.

Jegyző: Ifj. Háhn Dezső.

(Folytatás.)

Ertl János: A koponyatető óriási defectusának fedése tibia-transplantációval.

K. M. 25 éves gyalogos. Lövés folytán gyermektenyérynny csontdefectus a koponya tetején, melyet vékony bőrréteg fed.

Az egész terület pulzál. Hajlaskor előesik, már a legkisebb mozgáskor is fájdalmi vannak. A defectus fedésére 10 cm. hosszú tibialemezt használ fel. A hiány helyén a műtét után 14 nappal kellő domborulatú consolidatio észlelhető. A beteg teljesen jól van.

Ertl János: A koponyatető bal parietalis részén levő ötkoronásnyi ovalis csontdefectus pótlása módosított Müller-König-plastikával.

L. W. 34 éves orosz katona lövés következtében sérült. Az agy pulsatiója jól látható, szédül, jobb keze kissé paresises. Bemutató a Müller-König-féle plastikát olyképpen módosítja, hogy a szomszédos corticalisból levéselt csontlemez subcutan, vagyis csak galea-nyélen csúsztatja el. Teljes gyógyulás.

Ertl János: Emberfejnyi femoralis aneurysma érvarrattal operált és gyógyult esete.

K. S. gyalogos márcz. 20.-án czomblövést szenvedett. A jobb czomb középső harmadának medialis részén emberfejnyi aneurysma. A betegnek oly nagy fájdalmi vannak, hogy egy alkalommal önmaga akarja a daganatot felhasítani.

Szept. 6.-án műtét. Az aneurysmazsák és a vérrögök eltávolítása után az art. femoralis izolálása, mely 4 helyen mutat folytonossághiányt. Mind a 4 nyílás longitudinalis szűcsvarrattal záratik el s e fölött izomlebennyel biztosítatik. A beteg meggyógyult.

Ertl János: Brachialis aneurysmának circularis érvarrattal, medianus- és ulnaris-hűdésnek neurolysis-sel és ideg-rostegyesítéssel operált és gyógyult esete.

G. J. kadett május 24.-én felkarlövést szenvedett. A bal felkar középső harmadának medialis részén tojásnyi pulzáló daganat, medianus- és ulnaris-hűdés consecutiv atrophiaikkal és anaesthesiákkal. Aug. 10.-én műtét. A tojásnyi aneurysma kiirtása s a brachialis csontok egyesítése circularis érvarrattal. A n. medianus kiszabadítása, melyet az aneurysma tömlője papírvékonyágúra komprimál. Az érvarratnak izomlebennyel való biztosítása. Pulsus érezhető, a n. medianus hűdésének tünetei múltfélben. Második műtét alkalmával a nervus ulnaris sérülése miatt resectiót végez s az ideget összevarrja. 3 hét alatt az ideg vezetése helyreáll.

Ertl János: Aneurysma brachialis circularis érvarrattal operált és gyógyult esete.

H. J. gyalogos. A bal felkar medialis felszínén lúdtojásnyi pulzáló fájdalmas daganat.

Műtét ápr. 30.-án. Aneurysma-kiirtás s az art. brachialis circularis érvarrattal való egyesítése. Per primam gyógyulás, jól telt pulsus. A fájdalmak megszűntek. Teljes gyógyulás.

Ertl János: Lövés okozta gyermekfejnyi rekeszalatti hernia operált és gyógyult esete.

R. Gy. gyalogos. A jobb hónaljvonalban a XI.—XII. borda magasságában roncsoló lövést szenvedett. Felvételtkor a XI.—XII. bordáiban a jobb hónaljvonalban csontdefectus, mely alatt gyermekfejnyi kitüremkedés látszik, mely köhögésre és légzésre megnagyobbodik és fájdalmas. Műtét szept. 3.-án. Feltárás után gyermekfejnyi defectust talált, mely a sérvkapunak felel meg. Hasfalreconstructio, a transversus abdominis és az obliquus externus aponeurosisának V-alakú egymás alá húzása s ily módon a sérvkapu elzárása. Sima gyógyulás.

Ertl János: A bal vállizület roncsolását okozó és a lapoczká testéből resectióval eltávolított löveg; feltűnő jó functionalis eredmény.

F. S. főhadnagy vállizület-lövést szenvedett. A golyó Röntgen szerint a lapoczká-testben van, az izület duzzadt, fájdalmas, karját mozgatni nem tudja. Műtét júl. 29.-én. Arthrectomia Kocher szerint. Az izület feltárásakor kiderült,

hogy a felkarfejec teljesen arrodált, szintúgy a fossa glenoidalis. A felkar fejecét reszekálja, a golyót a lapoczká testéből eltávolítja. A fejec resectiója alkalmával a csontvelő üregéből, mely a löcsatornát is alkotta, erős venosus vérzés indul meg, a melyet tamponálással szüntet és az izület anatómiai reconstructio után zárja. A beteg gyógyult, karját elég jól mozgatja, csak az abductio korlátolt.

Ertl János: Enuresis nocturnát okozó hólyagkövek operative eltávolított esete.

L. S. gyalogos katona az Albrecht-kaszárnya urológiai osztályára utasított ágybavizelés miatt; hólyagkővet konstataálnak. A bemutató sectio altát végez, több követ távolít el, mire az enuresis megszűnik.

(Folytatása következik.)

HIRDETÉSEK.

Előkelő fővárosi sanatorium keres bentlakó
orvost vagy **orvosnőt** folyó hó 15.-én
való belépés
mellett. Ajánlatokat dupla borítékban „ALORVOS 9687” jeligére
Haasenstein és Vogler-hez Budapest, Dorottya-u. 11. kéretnek.

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

STOÓSZ gyógy- fürdő

(Abaujtona megye)

Elsőrangú klimatikus gyógyhely és vizgyógyintézet.
Igen mérsékelt árak, kiténő ellátás. Elő- és utóidényben a szobaárakban jelentékeny engedmény.
Fürdő-idény: május hó 15.-től szeptember hó végéig. Posta- és távirdeállomás helyben. Vasuti állomás: Meczenzef. 650 méter a tenger színe fölött, gyönyörű fenyvesek között, különösen kedvező tavaszi és őszi időjárással. Klimája enyhe, levegője ózondús és pormentes, ivóvíze páratlan.
Gyógyeszközök: **Vizgyógymód, tejkúra, fenyőoxigen- és szén-savas fürdők, massage és villamozás.**
Igazgató-főorvos: **Dr. Czirfusz Dezső** kir. tanácsos, a Vaskorona- és a Ferencz József-rend lovagja.
Bővebb tevilágosítást készséggel ad **a fürdőigazgatóság.**

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

EGGER EMULSIÓ
KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Csernel-Furka-Gerlőczy-Kaiser: Előzetes közlemény a belügyministerium Központi Vizsgáló Állomásáról és a székesfőváros szent Gellért-kórházából. A variola vaccinattherapiája. 257. lap.

Kenessey Aladár: Látóidegsorvadás optochin belső adagolása után. 258. lap.

Hollós József: A gyermekkori tuberculosis fölismérése és gyógyítása. 259. lap.

Erdélyi Jenő: Közlemény a Magyar Vöröskereszt-Egylet 2. számú kiegészítő kórházából (Javitó intézet) Kassán. A koponya lövés-sértüléseiről. 262. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Epstein: La pensée et la polyglossie. — *Lapszemle.*

Belorvostan. Friedmann: Meningitis epidemica. — *Sebészet. Wilms:* A gerinczvelő lövésű sérülése miatt teljesen bénult betegek gyógykezelése. — *Szüllészet és nőorvostan. Charles B. Reed:* Fájások megindítása a normalis terhesség végén. — *Veneréus betegségek. Bruhns:* A nemibajosok számára létesített charlottenburgi városi tanácsadó állomás. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Buccosperin.* — *A. Beeck:* Hexophan 265—267. lap.

Magyar orvost. irodalom. 266. lap.

Vegyes hírek. 266. lap.

Tudományos Társulatok. 268—269. lap

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Előzetes közlemény a belügyministerium Központi Vizsgáló Állomásáról és a székesfőváros szent Gellért-kórházából.

A variola vaccinattherapiája.

Közli: **Csernel Jenő** dr. bakteriologus, **Furka Sándor** dr. kórházi főorvos, **Gerlőczy Zsigmond** dr. egyetemi tanár, vezető főorvos és **Kaiser Károly** dr. műegyetemi magántanár, a vizsgáló-állomás vezetője.

Az immunitástan leggyakrabban idézett pontja a Jenner-oltás, a mely, bár felfedezése óta 120 esztendő telt el, „még mindig a legrégebb ugyan, de legjobb immunizáló eljárásunk” (*Pirquet*). Az empiria vetette meg az alapját és ez volt az igazolója egészen az utolsó évtizedig, a mikor a kérdésnek nemcsak gyakorlati, hanem elméleti vizsgálgatásával is foglalkozni kezdtek. Ha csak egy-két szóval is jelezzük ennek eredményeit, már akkor is értékelhetjük nagyságát. Megtalálták a vaccina vírusát a „*Paschen*-féle testecskék”-ben, a melyek variolában szintén jelen vannak. Sikertült ezeket többé-kevésbé kulturálisan szaporítani. A variola kórokozójának vaccina-virusba való átvihetősége eldöntött problémává lett. A vaccinaimmunitás kérdése is kezd tisztázódni. Ez utóbbi pont az, melyről pár szót akarunk mondani.

Az eredményes vaccinatio után immunitás áll be úgy a variola, mint a vaccina vírusával szemben. Az előbbit a statisztika, a tapasztalás konstataálta, míg az utóbbira vonatkozólag kísérletek végeztek. Gyerekeket egymás után következő napokon beoltottak és azt tapasztalták, hogy az 5. vagy 6., de legkésőbb a 11. napon az oltás többé nem fogamzik meg, a gyermek bőre immunissá lett, az előző napok oltásai pedig időrendben mind kisebb vesiculaképződéssel jártak, a fokozatosan beálló immunitás jeleképpen.

Még a múlt század első felében rájöttek arra is, hogy nemcsak cutan-oltással lehet vaccinaimmunitást létrehozni, hanem lehet subcutan, intravenás úton adott anyaggal is és mint *Kraus* és *Volk* találta, a vaccinának 1:1000 hígításával is lehet még ily módon biztos és szabályszerűen beálló immunitást elérni. Az oltás után sem helyi, sem hőmérvével kimutatható reactio nincsen. *Nobel* és *Knöpfelmacher* ugyanezt emberen is tapasztalták.

E vizsgálatokat megelőzőleg *Janson* (1891) már a subcutan oltásnak a Jenner-vaccinációra gyakorolt hatását írta le és azt tapasztalta, hogy gyermekeken gyorsítja a lefolyást

és a beszáradás hamarabb áll be. Az oltáson sikeresen átment gyermek seruma a vaccinatio lefolyására semmi hatással sincs. *Süpfle* szerint pedig a testsúlyhoz 1:100 viszonyos mennyiségben adott immunserum sem elegendő arra, hogy az ugyanakkor történt oltás fogamzását meggátolja.

A variolára nézve már a dolog természeténél fogva is kevesebb kísérlettel találkozunk.

A passiv immunizálás a variolával szemben, mint *Camus* közli, egyáltalán nem használható. Pro kgr. testsúlyra 37 cm³ serumot adva, sem lehet eredményt várni. Az activ immunizálásra vonatkozólag már kedvezőbb tapasztalatok vannak. *Bäumler* írja legutóbb, hogy a még nem oltott, de himlővel fertőzött egyén tüstént beoltva, a megbetegedést kikerülheti; minél később oltják, annál kevésbé véd a cutan oltás. A revaccinatio is hasonló hatású az egyszer oltott, de himlővel fertőzött egyéneknél.

Ezeknek ismerete után választottuk a subcutan és intravenás immunizálást variolás betegek gyógyítására. Ez az eljárás t. i. az immunitás létrejöttére a legtöbb garantíát nyújtja. A Jenner-oltás sikere számos körülménytől függ, hogy egyebet ne említsünk, az oltóanyag virulentiájától, korától, származásától, kezelésétől stb., aminek eredménye az, hogy a legjobb oltóanyag is csupán 60—80 fogamzási százalékot ad. Míg a fenti eljárást semmi esetlegesség sem gátolja (a vírus elölt is lehet), a befecskendezés technikája is olyan, hogy el nem hibázható.

Tudjuk, hogy a borjúnyirok glycerinnel keverten jó forgalomba és a legtöbb esetben coccusokkal fertőzött. Oly oltóanyag-ról kellett tehát gondoskodnunk, mely lehetőleg élő virustartalom mellett bacteriumoktól mentes. Ennek elérése könnyen sikerült. A vaccina virusa egyes fertőtlenítőszerrel szemben rendkívül ellenálló. Így *Fornet* aether hozzáadására tapasztalta a vaccina kísérő bacteriumainak pusztulását. Az eljárás hibája, hogy az aether 1—2 hét múlva a vaccinavirust is meg-támadja, sőt *Gins* szerint már 24 óra múlva. A másik kellemetlen hatása, hogy az aetheres vaccina intravenásan adva magas hőemelkedést okoz.

Clintock találta, hogy a carbol és a cresolok a vaccina-virusra alig gyakorolnak fertőtlenítő hatást. *Friedberger* és *Jamamoto* vizsgálták e kérdést részletesebben és azt konstataálták, hogy az 1%-os carbol, mely az erős ellenállású staphylococcusokat 90 perc alatt előli, a vaccinavirust kimutathatólag nem befolyásolja. Ezekből a vizsgálatokból

indult ki a borjúnyirok egy kezelésmódja, a „japán eljárás“, f. i. 1% carbollal kevert nyirok használata a cutan oltáshoz, azért, hogy a szövödményes fertőzés kikerültesse. Ez eljárás az, a melyet a központi vizsgáló állomáson végzett kísérleteink eredményeképpen a subcutan és intravenás oltásra legalkalmasabbnak tartottunk.

A tömény borjú- vagy szárnnyirkot mozsárban szétörve és physiologiás konyhasóoldattal 1:5 arányban hígítva vattán átszűrjük, mire törmeléktől ment zavaros folyadékot nyertünk. Ehhez annyi 5%-os carbolloldatot adva, hogy 1% carboltartalmú legyen, 24 órára félreállítottuk hűvös helyre; 24 óra után agarra való oltással győződünk meg a coccusok elpusztulásáról, s ennek megtörténtével még ugyanannyi konyhasóvízzel hígítva (0.5% carboltartalom) jégszekrényben helyeztük el. A belőle vett nyirok még két hét múlva is nyúl corneáján typosus elváltozást hoz létre.

Mielőtt emberen alkalmaztuk volna, állatkísérletekkel vizsgáltuk meg ártalmatlanságát, illetve hatékonyságát. Tengeri malacot intracardialisán oltva az oltóanyag 1—2 cm³-ével, reactiv hőemelkedés nem mutatkozott. Az ugyanakkor bőrön oltott állaton cutanreactio nincs. Nyúlnak hátát szőrtelenítve és scarifikálva, erős virulentiájú asinolympohával bedörzsöltük. Harmadnap a bőr vörös, duzzadt, 1—2 hólyagcsa kezd felemelkedni; az állat apathiás. Oltva 1 cm³ oltóanyaggal intravenásan, másnapra a bőrpír megszűnt, helyette a scarificatio helyeinek megfelelően pörkök. Következő napokon intensív hámlás. Hólyagos eruptio és genyedés tehát nem következett be.

Ezzel a vaccinával (Kaiser-Csernel) a betegágnál szerzett tapasztalatainkat jelezze az alant csatolt néhány kórtörténet:

1. D. M., 17 éves nő, felvétel 1916 április 5.-én. 4 nap óta beteg. Tegnapelőtt oltották himlő ellen.

Április 5. Kezdődő göbös eruptio. Napi maximum 40.6° C.

Április 6. Az arczon elszórtan, az alkarokon kiterjedten göbcsés, hólyagcsás eruptio; a mellkas és hát bőrén 15—20 apró hólyagcsa. 38.9° napi maximum.

Április 7. A göbcsék kezdenek hólyagcsákká válni, lényegesen szaporodtak, különösen a mellkas és lábszárak bőrén. 3 cm³ vaccina subcutan. 37.9° C.

Április 8. A pustulák durványosan fejlődnek. Nyelés nehezített. 37.0° C.

Április 9. Feltűnő kedvező lefolyás. A suppuratio stadium alig alakul ki. 36.6° C.

Április 10. Kezdődő beszáradás. 36.7° C.

Április 11. Gyors beszáradás. 36.6° C.

2. F. M., 43 éves férfi. Felvétel 1916 február 11.-én.

Február 11 délután. 37.6° C napi maximum.

Február 12. Az egész testen mérsékelt számban látható friss variolahólyagok. Nyelési fájdalmak. 38.0° C.

Oltás délelőtt 11 órakor 1 cm³ vaccinával intravenásan.

Február 13. Éjjel nyugtalan volt. A külső kép nem változott. A nyelés nehezített. 38.2° C.

Február 14. A hólyagcsák tartalma zavarosodni kezd. A közérzet jobb. 38.0° C.

Február 15. Az arczon kezdenek száradni a pustulák. A pustulák kétségtelenül szokatlanul gyorsan összeestek és beszárásnak indultak. A toroksymptomák is elég gyorsan visszafejlődtek. 37.0° C.

Február 17. A pustulák beszáradtak.

3. H. T., 20 éves nő. Felvétel 1916 április 4.-én. 5 nap óta beteg. Az egész köztakarón fejlődő göbös pustulák. A nyelés nehezített. 38.2° C. napi maximum.

Április 4.-én 2 cm³ vaccina intravenásan.

Április 5. Az arczon teljesen kifejlődtek a pustulák. 38.2° C.

Április 6. A törzsön teljesen kifejlődtek a pustulák. 37.9° C.

Április 7. Suppuratio. 5 cm³ subcutan.

Április 8. A pustulák kezdenek összeesni.

Április 9. Mindenütt száradnak. Feltűnő jó lefolyás, gyors száradással.

4. G. F., 9 hónapos. Felvétel 1916 április 3.-án délután 1 órakor. Négy nap előtt anyja kiütést vett észre rajta. A köztakarón erős variolae eruptio. Az egész testen már jól kifejlett középnyag pustulák. 39.5° C. napi maximum.

Április 4. A pustulák kifejlődtek. Reggel subcutan 1 cm³ vaccinával oltás. 40.4° C.

Április 5. Az arczon kezdenek már száradni a pustulák. 39.3° C.

Április 6. A törzsön is beszáradtak a pustulák.

Április 28. Hegek nincsenek.

5. P. M., 29 éves katona. Felvétel 1916 február 19.-én.

Február 20. A köztakarón kiterjedt göbös eruptio. A göbök túlnyomó része már hólyagos stadiumba jutott, genyes tartalmú és közöttük sok a haemorrhagiás. Délelőtt 11 órakor oltás 1 cm³ vaccinával intravenásan. 39.0° C napi maximum.

Február 21. Az arcz és szemhéjak erősen duzzadtak. Erős torokfájás, véres nyálkát köpköd. 38.7° C.

Február 22. A nyelés erősen nehezített; rosszul táplálkozik. Az arczduzzanat fokozódott. Igen súlyos kórkép. 38.7° C.

Február 23. Erős foetor. Exitus letalis.

A borjúnyiroknak variolahólyag-tartalommal való helyettesítését is megpróbáltuk. Ezirányú számos eset közül csak egyet citálunk. Eddigi tapasztalataink szerint hatásában nem különbözik a borjúlymphától.

6. R. S., 25 éves katona. Felvétel 1916 április 16.-án.

Február 12.-e óta beteg.

Április 16. Elesett. A szájpardon hólyagcsák. A testen szétszórtan piros, kiemelkedő exanthema látható. 40.8° C napi maximum.

Február 18. Piros foltok és göbcsék. Kezdeti stadiumban levő, súlyosnak induló variola.

1 cm³ variolavaccina intravenásan.

Vaccinálás után 1/2 óra múlva hidegrázás. 40.2° C.

Február 18. Az arcz tele variolae-efflorescentiával; a törzsön a göbcsék szaporodtak, de kicsinyek és kissé genyesek. 38.4° C.

Február 19. Az arczon és végtagokon kezdődő genyedés.

0.5 cm³ streptococcusvaccina. 39.1° C.

Február 20. Az arczon a genyedés előrehaladott, egy pár pustula konfluált; a többi kisebb, nem nőtt nagyobbra, de genyed. 38.3° C.

Február 21. A genyedés általános, de a pustulák nem nagyok. 37.8° C.

Február 22. Itt-ott egy nagyobb pustula; kezdődő beszáradás. 37.1° C.

A fől sorolt kórtörténetek csak egy részét adják eseteinknek, melyekről annak idején részletesen be fogunk számolni. Tekintve, hogy therapiás és elméleti irányú vizsgálataink még folyamatban vannak, a conclusiót ezidőszert csak a következőkben állapíthatjuk meg:

I. A vaccinás kezelés általunk közölt módja a betegeken (akár intravenásan, akár subcutan adott anyaggal történjék az oltás) semminemű kellemetlenséget sem okoz. Az oltás sem helyi, sem általános reactiót nem kelt.

II. A variola lefolyását gyorsítja.

III. Nagyon elesett egyéneknek, továbbá midőn a szervezet nem ad időt a vaccinahatás kifejlődésére, hatástalan a nélkül, hogy bármi káros befolyása volna látható.

Végül köszönetet kell mondanunk Pécsi Dani dr. himlőnyirktermelő intézet tulajdonosnak, ki oltóanyagot nagy quantumban bocsátott rendelkezésünkre.

Irodalom. 1. C. Janson: Versuche zur Erlangung künstlicher Immunität bei Variolavaccina. Zentralbl. f. Bakt. 10. kötet, 40. oldal. — 2. K. Süpfle: Die Vakzineimmunität. Arch. f. Hygiene, LXVIII. kötet, 237. oldal. — 3. E. Paschen: Zur Aetiologie der Variola und Vakzine. Deutsche med. Wochenschrift, 1913, 2142. oldal. — 4. Ch. Bäumlner: Pockeninfektion und Vakzination in ihrer gegenseitigen Beeinflussung. Münchener med. Wochenschrift, 1914, 18. sz. — 5. L. Camus: De la valeur de l'immunité vaccinale passive. Zentralbl. f. Bakt. Ref., 55. köt., 554. oldal. — 6. Mc. Clintock, Chas T. and Ferry, Newell S.: The resistance of smallpox vaccine to the coal tar disinfectants. Zentralblatt f. Bakt. Ref., 1914, 248. oldal. — 7. E. Friedberger und Z. Jamamoto: Ueber den Einfluss von Desinfektionsmitteln auf invisible Virusarten. Zeitschrift f. Hygiene, 76. kötet, 97. oldal.

Látóidegsorvadás optochin belső adagolása után.

Közlő: **Kenessey Aladár** dr., a pécsi közkórház szemész-főorvosa.

M. L.-né, 41 éves, özvegy, pécsi lakos, magánzó, mindezeideig egészséges volt. Egy gyermeke él, egészséges, több nem is volt. Luesnek az anamnesisben nincs nyoma és annak tünete sincs jelen. Megbetegedése előtt teljesen jól látott, szemével semmi baja sem volt.

Február elején tüdőgyuladással betegedett meg, mely baja ellen kezelőorvosa optochinum hydrochloricumot rendelt, 20 port à 0.20 gr., két óránként 1 port. A porokat a betegség negyedik napján kezdte bevenni, s ettől számított újabb négy nap múlva, 18 por bevétele után estefelé látása **hirtelen**

megromlott, majd hallása is rosszabbodott. A beteg a hátralevő két port ennek daczára még bevette. Hallása egy hét alatt visszatért, látása azonban nem.

Két hét múlva a beteg a bal alsó végtagon beállott thrombophlebitis miatt kórházba került, hol tartósan szedett jodkaliumot, a nélkül, hogy a látását visszahozta volna.

En a beteget május hó 8.-án, tehát az optochin bevétele után 3 hónap múlva láttam először a következő állapotban:

A jól fejlett és táplált, kissé halavány bőrszínű beteg pupillái középtágak, diffus fényre elég jól reagálnak.

Látás: J.: kívül $\frac{1}{2}$ méterről kml.

B.: tárgylátás nincs.

Fényérzés: J.: } $1\frac{1}{2}$ méterről lát gyertyafényt.
B.: }

Localisatio: Csak a látótér temporalis quadransában jó, egyebütt hiányzik.

Tükörrel: Mindkét papilla halvány, szürkés-fehér, kissé elmosódott határokkal, a retina fátyolozott, az arteriák erősen megszűkültek. E tünetek a bal szemben kifejezettebbek.

Véleményem szerint itt, tekintve a szer bevétele óta eltelt hosszú időt (3 hónap) s hogy ez idő alatt semmi javulás sem mutatkozott, az optochin okozta látóideglaesió-nak látóidegsorvadássá fejlődő szomorú képe áll előttünk, mely a szemészeknek sürgős kötelességévé teszi a belgyógyászok figyelmét az optochin adagolásának a szemre igen veszélyes voltára felhívni, annyival is inkább, mert például a jelen esetben a látás elvesztése a megengedett 5 gr. maximális adagon innen, s minden intő előjel nélkül hirtelen következett be.

A gyermekkori tuberculosis felismerése és gyógyítása.

Irta: *Hollós József* dr. (Szeged).

(Vége.)

A gyógyításnak három szempontot kell felölelnie, még pedig:

1. meg kell akadályozni az ismételt fertőzéseket;
2. fokozni kell az ellenállóképeséget;
3. rendszeres specifikus kezelést kell alkalmazni.

A két első pontot egyszerűen úgy is mondhatjuk, hogy a gyermeket hygienés viszonyok közé kell helyezni, s így a gyógyításnak tulajdonképpen két része van: társadalmi és orvosi része.

Ahhoz, hogy a gyermeket jó hygienés viszonyok közé helyezzük, vagyis hogy izoláljuk, jó táplálkozást, jó levegőt, elegendő napfényt, egészséges lakást és iskolát kell biztosítanunk számára, olyan mélyreható reformok és társadalmi átalakítások szükségesek, a melyek belátható időn belül — legalább Magyarországon — nem igen remélhetők. Szükséges tehát, hogy a kérdésnek orvosi részét a legnagyobb figyelmünkre méltassuk, annál inkább, mert megfelelő specifikus kezeléssel a gyermekkori tuberculosis, még változatlan hygienés viszonyok mellett is, az esetek legnagyobb részében tökéletesen meggyógyíthatjuk s ezzel a tüdővészlekedés lehetőségeit pozitívabb, szabadjon így mondanom: orvosibb alapra fektethetjük.

Minden csecsemőt és minden gyermeket, a ki tüdőveszes környezetben él, a priori gümőkórral fertőzöttnek tekinthetünk. De nagy számmal találhatunk gümőkóros gyermekeket oly családban is, a hol a családtagok egészségesnek vallják magukat, hisz sokan vannak bacillushordozók a látszólag egészséges felnőttek, különösen az öregek között. A fertőzőtségre irányuló gyanunkat még inkább felköltheti a fent leírt tünetek figyelemre méltatása, s a mint e gyanu felmerül, azonnal indítsuk meg a specifikus gyógykezelést.

Ha a felnőttek kezelése alkalmával a *Spengler-féle Immunkörpert* hatásosabb, tökéletesebb specificumnak állítottam a tuberkulinoknál, ez állításomat a gyermekek gümőkórjánál tett tapasztalataim sokszorosan megerősítik. Minde-

nekelőtt antitoxinos hatását emelem ki, melylyel a teljesen leromlott, activ védekezésre már képtelen betegen is a siker reményével kísérhetjük meg a gyógykezelést. Különösen áll ez gyermekeken, a hol egészen reménytelen, mondhatnám a sár szélén álló betegeket is sikerült I.-K.-kezeléssel talpraállítanom. Egy ilyen esetről a magyar orvosok tuberculosis-egyesületének I. nagygyűlésén (1913 április) tettem említést a specifikus kezeléssel tartott vita folyamán.

„... *Diósszilgyi* dr. tagtárssal Makón együttesen volt alkalmam egy 6 éves (a szövegben tévesen 8 évesnek van feltüntetve) fiú rendkívül súlyos, általános (tüdő- és has-hártya-) gümőkórját megfigyelni, kin ő biztos és elkerülhetetlen halált jósolt s épp ezért az I.-K.-t meg sem kísérlette. Valóban a csonttá-bőrré lesoványodott, hónapok óta ágyban sánylódozó lázas beteg semmi reményt sem nyújtott és mégis a tanácsomra megkezdett rendszeres I.-K.-bedörzsölések a legfényesebb eredményt biztosították s a fiú 3 hó múlva már szegedi rendelésemen — aránylag igen jó állapotban — meg tudott jelenni“ (I. „Munkálatok“ 289. l.). A gyermek szemlátomást gyarapodott, $\frac{1}{2}$ év múlva már iskolába ment és azóta is rendesen jár.

A bedörzsöléseket egy éven át folytatta. $2\frac{1}{2}$ év óta a gyermeket nem láttam, csak 5 hét előtt került ismét rendelésemre, enyhe recidivával (rendes következménye a kezelés korai elhagyásának). A gyermek 5 hó óta nem gyarapodik, azóta folyton sápadt, étvágya gyenge s gyakran van orrvérzése, fázékony. A gyermek kitünő felfogású, folyton a könyveket bujja.

A $9\frac{1}{2}$ éves gyermek gyengén fejlett és táplált, halvány. Jobb tüdőcsúcs felett kissé rövidült kopogtatási hang, hátul hangos kilégzés, bal csúcs felett hátul csekély bűgás. Kezek hidegek, pulsusa 92. Testsúlya (félmeztelen) 23 kgr. A gyermeket ismét kezelés alá vettem s a mennyiben a kezelést elég ideig folytathatom, meg vagyok győződve teljes meggyógyulásáról.

Ebbeli meggyőződésemet 8 év tapasztalataiból merítem, mely idő alatt igen sok gyermek súlyos gümőkórját volt alkalmam rendszeres I.-K.-kezeléssel véglegesen meggyógyítani, avagy oly állapotba hozni, a melyből a végleges gyógyulás bizton remélhető. Ezen súlyosabb esetek közül bemutatam a következőket:

I. eset. K. M., 7 éves. Első vizsgálat 1908 márcz. 30. A gyermek 3 hét óta köhög, azóta lázas, étvágytalan. Soványodik.

Jelen állapot: Gyengén fejlett és táplált. Bal felső lebeny fölött elől relatív tomputat, hörgi légzés, pulsusa 126.

A súlyos állapotra való tekintettel a specifikus kezelést elutasítottam. Négy hét múlva ismét elhozták kórházi rendelésemre, a midőn állapota a következő volt: Bal felső lebeny fölött relatív tomputat, igen hangos, részben hörgi légzés, alsó lebenyekben számos szörtyözrej. Pulsusa 140. Az anya kérésére, a ki tüdőgümőkórjával szintén kezelés alatt állott, mégis rászántam magamat az oltások megkezdésére, még pedig a *Spengler-féle* Perlisucht-vaccinával (akkor még azzal dolgoztam), majd 4 hó múlva I.-K.-rel folytattam a kezelést.

Lefolyás. Kezdetben $39-39.3^{\circ}$ -ig menő láz, mely a 3. oltás után leesik 38° maximumra, de időnként még 38.5° , sőt 39.2° -ig menő kilengések fordulnak elő. Három hó múlva állandó maximum 37.6° C mely az I.-K.-rel való kezelés megkezdése után 37.4° -ra esik s egy-, szersmind a beteg számlátomást gyarapszik. 1909 január és februárban a kezeléssel $1\frac{1}{2}$ hónapig szüneteltem, ezalatt megint 38° -ig menő lázas állapot, majd ismét subfebrilis, mely hőmérséklet az 1909 szeptember közepéig folytatott állandó hőmérözés ideje alatt nem változott. Másfél évi kezelés után a gyermek alig köhög; a csúcokban s alsó lebenyekben erősen rövidült kopogtatási hang, hangos légzés, főleg baloldalt. 1910 szeptemberben a gyermek teljesen jól van; bal felső lebeny fölött erősen rövidült kopogtatási hang, kissé hangos légzés; pulsusa 80. Testsúlya 21 kgr.-ról $1\frac{1}{2}$ év alatt 28 kgr.-ra emelkedett, és tovább is állandóan gyarapodik, 1911 szeptemberben 35 kgr., 1912 szeptemberben ($12\frac{1}{2}$ éves korban) 40 kgr.; ekkor már az emlők kezdenek mutatkozni s megkapta az első menstruációját, mely ettől kezdve rendszeren, fájdalommentesen jelentkezik. Az I.-K.-kezelést (injekciók és bedörzsölések) időszakonkénti megszakításokkal 1913 júliusáig folytattam, mikor is teljesen gyógyult állapotban elbocsátottam, de tovább is szem előtt tartottam s 1915 októberben újabb vizsgálat végett berendeltem. Ekkor a jelen állapot a következő: Igen jól fejlett és táplált, jó arcszín. Tüdő felett eltérés nincs. Testsúlya 59 kgr. Subjectiv panaszok nincsenek. Pulsusa 100. Utóbbira tekintettel újra kezelés alá vettem, az eredmény végleges biztosítása végett. A kezelése kihagyása alatt az első 5 esztendőben, mint intoxicációs tünetek, étvágytalanság, fejfájás és székszorulás jelentkezett, melyek azután teljesen eltűntek.

2. eset. J. J., 10 éves. Első vizsgálat 1907. okt. 15. A fiú egy év óta köhög, lázas, eleinte hónapokig fektült. Néha fejfájásban szenved, időnként orrvérzés.

A bal tüdő fölött elöl a II. bordától lefelé abszolút tompulat, mely a szívtompulatba megy át; hátul a bal alsó lebenynek megfelelően relatív tompulat. A májtompulat fölött egy ujnyira tompulat. A tompulatok fölött hangos légzés. Pulsus 124.

A kezelést itt is vaccinával kezdtem meg, majd 3 éven át I.-K.-injecciónokkal folytattam. A tompulatok évről-évre csökkentek, 3 év múlva a jelen állapot a következő: Baloldalt elöl a III.—IV. borda között relatív, alatta abszolút tompulat, mely a szívtompulatba megy át; fölött hangos légzés. Pulsus 100. A testsúly lassan, de állandóan növekszik, közben különféle intoxiciós tünetek, mint étvágytalanság, gyomorfájás, fejfájás, álmatlanság jelentkeznek. 9 éves korától 13 éves koráig iskolába nem járhatott s csak akkor folytatta ismét. 13 éves korától kezdve rendszeresen fejlődik, jelenleg 19 éves, erőteljes csontrendszerű, izmos, teljesen egészséges. Egy év előtt besorozták, a katonai kiképzést jól eiviselte s három hónap óta a harcüzemben küzd.

Szándékosan választottam ezt a két tuberculosos-esetet, főképpen azért, mert a legszegényebb emberek gyermekeiről van szó, a kik állandóan ugyanabban a környezetben maradtak, soha a legcsekélyebb levegőváltozásban nem volt eészük s minden higiénés életmódot nélkülöztek. Az előbbi egy szegény és beteg napszámosasszony gyermeke, az utóbbi egy kishivatalnoké, a ki nagy családjával hatodmagával lakik egy szobából és konyhából álló külvárosi lakásában.

A következő esetben ugyan időnként 1—1 hónapi klimatikus kúra (tengerpart, Tatra) is befolyással volt, mindazonáltal az 5 éves gyermekben jelentkező heveny, súlyos tüdőtuberculosos gyógyulását mégis a kitartó I.-K.-kezelésnek kell tulajdonítani.

3. eset. H. E., 1909 december végén hirtelen megbetegszik, naponkénti borzongás mellett a hőmérsék 39°-ra, majd 40°-ra száll föl, remittál, szapora légzés (percenként 40-ig). Kezek szederjések, hidegek, a beteg teljesen étvágytalan, nagyon elesett, kissé köhög. Az eset kezdetben typhusra volt gyanus, amit azonban a serologiai vizsgálat nem igazolt s csak később gyanakodtam tuberculososra. A láz 10. napján kezdtem közepes adag (1 : 10.000-szeres) I.-K.-bedörzsöléseket végezni, a mire az ijesztő tünetek gyorsan kezdtek javulni, a láz harmadnapra 38°-ra, következő nap 37°-ra, majd 36°-ra esett, azután subfebrilissé vált. Csak a heveny kezdet lefolyása után volt a jobb felső lebenyben tompulat kikopogtatható, mely intenzitásában növekedett, fölötté hörgibe átmenő hangos légzés. 1913 áprilisban a jelen állapot a következő: A jobb csúcs fölött relatív tompulat, hangos légzés. A jobb váll kissé mélyebben áll. A gyermek éveken át állandóan enyhén lázas, köhéccsel, hőmérséklete rendkívül labilis, pulszusa igen szapora, gyakran szabálytalan. A betegség kezdetén az addig jól táplált gyermek rohamosan lefogyott és testsúlya igen lassan gyarapodott, mialatt hosszönvekedése különösen 7—8 éves korában gyorsított.

A betegség kezdete óta állandóan folytatott I.-K.-kezeléssel (kezdetben bedörzsölések, azután injecciónok) végre is sikerült a lázakat végleg megszüntetni. 8 éves kora óta a gyermek rendszeren jár iskolába (az első két osztályt magánúton végezte), pulszusa rendessé vált, súlya csak kevésbé maradt a normalis alatt (jelenleg 10½ éves korban 29½ kgr.), nem köhög s a tüdőben volt tompulat helyén már csak minimalis rövidültség található. Csupán a halvány arcszín, némi soványság és hideg kéz vall a lefolyt súlyos fertőzöttségre; a gyermek teljes és végleges meggyógyulásában azonban nem kételkedem.

Szintén súlyos, heveny tüdőtuberculosos rohamos javulásának szép esete a következő:

lött tompulat. A has jobboldalt fájdalmas. Pulsus 140, kissé szabálytalan. A gyermek erősen lázas és oly gyenge, hogy a lábára sem tud állni. Testsúlya 13·40 kgr. Az anyának 1 : 30.000 I.-K.-oldatot adtam át naponkénti bedörzsölésre, de nem számítottam gyógyulásra (különösen a rendkívül szegény, antihigiénés viszonyok között) s így a hőmérőzést el sem rendeltem. A lefolyás a következő:

Nov. 25. A feje kevésbé fáj, már tud kissé menni, eszik valamit. Erősen köhög. Gyakran hideglelés. Testsúlya 15·40 kgr. Pulsusa 144, szabályos. Injección VI. hig. I.-K., további naponkénti bedörzsölésekre 1 : 20.000 higitású I.-K.

Decz. 29. Feje nem fáj, a hideglelés megszűnt. Éjjelente köhög. Igen élénk. Súlya 17·80 kgr. Pulsusa 124.

Injección V. hig. I.-K., továbbá naponkénti bedörzsölésre 1 : 15.000 higitású I.-K.

Febr. 11. Étvágya jó. Testsúlya 18·70 kgr. Pulsusa 104. Injección IV. hig. I.-K. További bedörzsölések 1 : 15.000 higitással.

Márcz 12. A gyermeknek igen jó étvágya van, mindent megeszik. Sokat szaladgál. Széklete 4 hét óta rendes. Nyugodtan alszik. Nem köhög. A has nem érzékeny. Tüdőlelet: A jobb felső lebeny fölött hátul rövidült kopogtatási hang. A kezek hidegek. Testsúlya 18·10 kgr. Pulsusa 96.

Ezen esetben a szintén hevenyen fejlődött, súlyos tüdőtuberculosos a legrosszabb külső viszonyok ellenére az I.-K.-kezeléssel a leggyorsabban volt megállítható. A testsúly november 2.-ától február 11.-éig, tehát jó 3 hónap alatt 5·30 kgr.-ot emelkedik s a pulszus 140—144-ről 4 hónap alatt fokozatosan leesik 96-ra, a súlyos általános tünetek megszűntek.

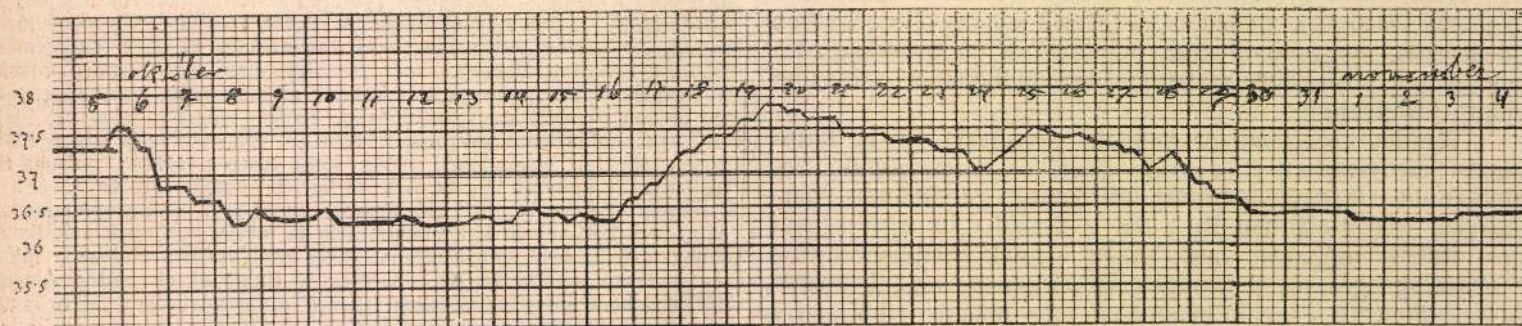
A két utóbbi esetben különösen szembetűnik az I.-K.-antitoxinos hatása, mely a nagy lázat és súlyos általános tüneteket rohamosan javította s ezzel a szervezetet activ védekezésre alkalmassá tette. Az utolsó esetben feltűnő a testsúly gyors növekedése is.

Ugyancsak szembetűnik az I.-K. ebbeli fölénye a tuberculinokkal szemben erősen méregérzékeny betegeknek, a hol a folyton zavaró intoxiciós tünetek miatt a kezelés tuberculinokkal sokszor alig vagy nagyon nehezen vihető keresztül. Ennek érdekes példaként utalok egy 14 éves leánybetegemre (K. T., első vizsgálat 1908 febr. 24.-én), a ki egy év óta köhög, feje gyakran fáj és szédül. Mindkét tüdőcsúcs mérsékelten beszűrődött. Testsúlya 49 kgr. A vaccinákkal megindított kezelés 4 hónap alatt mindössze 1 kgr. súlygyarapodást eredményezett s a folyton jelentkező súlyos fejfájások és szédülések miatt a specifikus kezelést a leggondosabb körültekintés mellett sem tudtam helyes irányba terelni. Jún. 20.-ától szept. 23.-áig a kezeléssel szüneteltem s ez idő alatt is a beteget folytonos szédülés és fejfájás gyötörte. Éjjel izzad. Pulsusa 130, testsúlya 50·20 kgr.

Ekkor adtam az első I.-K.-injecciónt (IV. higitás) s pár óra múlva a szédülés, másnapra a fejfájás megszűnt stöbbé a szédülés egyáltalában nem, a fejfájás is csak egy lysises lázreactio idejében jelentkezett s azután végleg elmaradt.

Három hónapi kezelés alatt a beteg 4 kgr.-ot s a kezelés abbahagyása után 2 hónap alatt még további 3 kgr.-ot hízott. Később recidivált (a mi természetes, hisz a kezelés még sokáig lett volna folytatandó), de a beteg a további kezelés alól kivonta magát. Érdeemesnek tartom az I.-K.-kezelés ideje alatt nyert lázgörbéjét ideiktatni:

K. Teréz lázgörbéje.



4. eset. B. R., 6 éves. Első vizsgálat 1915 nov. 2.

Csecsemőkora óta székszorulásban szenved, 5 hét óta fáj a feje azóta fekszik, soványodik; éjjel álmában fölkiált, mostanában köhög. Ma hidegrázás.

A gyermek gyengén fejlett, igen gyengén táplált, igen erősen lesoványodott, arcz fakó, szederjes, nyelv száraz. A jobb felső lebeny fö-

Látnivaló, hogy a kezdetben állandóan 37·3°-on levő hőmérséklet egyetlen csekély emelkedés után normalisra esik, majd egy 12 napos lysises lázas állapot után teljes immun-görbébe megy át.

Még inkább kiviláglik az I.-K. nagyszerű antitoxinos

hatása olyan esetekben, mikor gümőkóros elváltozásoknak tulajdonképpen semmi nyomát sem találjuk, csupán subjectiv tünetek és functionalis zavarok, vagyis tisztán intoxicatiós jelenségek utalnak gümőkór jelenlétére. Ilyenkor akárhányszor az I.-K. a legértékesebb *diagnosticumnak* is bizonyul, mert azáltal, hogy egy vagy néhány kis adag (VI.—VII. higitás) injectiójával, avagy közepes adagok (20—40-ezerszeres higitású) naponkénti bedörzsölésével ilyen tüneteket megszüntetünk, nem csupán a gyermek fertőzöttsége, de az illető tünet vagy tünetek gümőkóros eredete is megállapítható. Különösen csöcszemőkön és kis gyermekeken tapasztalhatjuk, hogy pár napon át folytatott bedörzsölések már jelentékeny változást eredményeznek, pl. megszüntetik az emésztési zavarokat, a székszorulást, nyugtalanságot, a súlygyarapodás elmaradását stb.

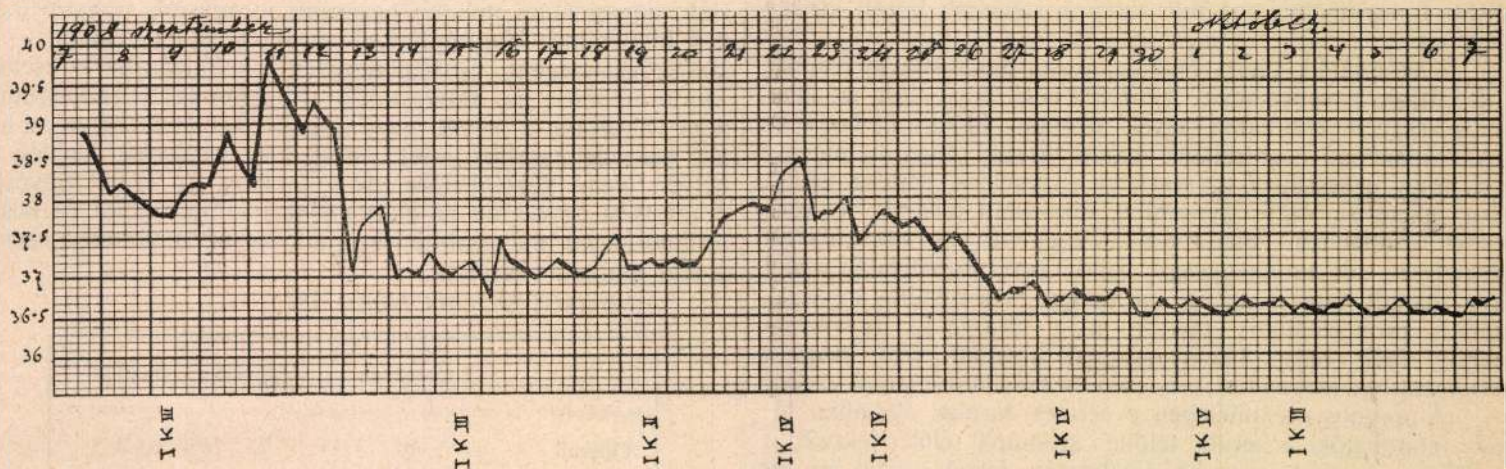
A míg az I.-K. antitoxinos hatása a toxinok megkötése, az intoxicatiós tünetek megszüntetése által a szervezet tápláltságát, fejlődését javítja, a szervek működés-zavarait megszünteti és ezzel a szervezet ellentálló képességét helyreállítja, addig lysintartalma által közvetlenül is hat a bacillusokra, azokat feloldja s a kiszabadult endotoxin által a szervezet activ immunitását fokozza. A következő eset lázgörbéje igen szép példáját nyújtja az I.-K. lyses hatásának.

Z. K., 15 éves. Néha fáj a feje, reggelente szédül, éjjel izzad, étvágya rossz. Keveset köhög; egy hét óta oldalszúrást érez.

A beteg kissé gyengén fejlett és táplált, halavány. Mindkét csúcs fölött rövidült kopogtatási hang, hangos be-, hangos, megnyúlt kilégzés. A jobb basison elől 1 bordányi, hátul 2—3 bordányi absolut tom-pulat, fölötte, elől és oldalt gyöngült légzés, hátul száraz szörtyzörejek. Elszórva az egész tüdő felett csekély számmal száraz szörtyzörejek. Testsúlya 48 kg.

Az első I.-K.-injectióra (1908 szept. 9) a 38^o maximumos láz harmadnapra 39^o-ra szökik, 3 nap mulva subfebrillissé válik. Továbbá 9 nap mulva újabb lysis, 38^o-ig menő hőemelkedés, mely 6 nap alatt leesik s az immungörbébe megy át. E közben a beteg (1 hó alatt) 3½ kgr.-ot hízik, nov. 16.-án már 56 kgr., tehát jó 2 hónapi kezelési idő alatt 8 kgr.-ot gyarapodott.

Z. Kálmán jázgörbéje.



A lysesek folytán bekövetkező activ immunitásnak lehet tulajdonítani, hogy akárhányszor egyetlen, pár hónapig tartó kezelés már elegendő ahhoz, hogy a betegség végleges gyógyulásba menjen át, főképpen, ha a gyermek a további fertőzésektől védve marad. Ez azonban többnyire nem kerülhető el, de egyébként is biztosan csak úgy számíthatunk teljes és végleges gyógyulásra, ha kellő ideig és többször megismételve végezzük a kezelést.

Enyhe esetekben, főleg ha a gyermek jó hygienés viszonyok közt s újabb fertőzésektől védve maradhat, egyszeri, pár hónapos kezelés is annyira reparálhatja a szervezetet, hogy a megindult javulás a fertőzés végleges kiküszöbölésére vezethet a kezelés folytatása, illetve megismétlése nélkül is; szabálynak tekintjük azonban ennek gyakori megismétlését. Magától értetődik, hogy a kezelésnek individualisnak kell lennie, alkalmazkodnia kell a fertőzés súlyosságához, a lázak-

hoz, a beteg méregérzékenységéhez, melynek fokára a jelenlevő vagy lefolyt intoxicatiós tünetekből következtethetünk a kezelés folyamán; ez utóbbiak, mint a kezelés tulajdonképpeni irányítói, a legnagyobb figyelemmel kísérendők (miért is a specifikus kezelés eredményesen csakis a legpontosabb körtörténet vezetése mellett végezhető) stb. Az individualis kezelés finomabb árnyalataira az önálló gondolkodó magától is rájön, a kik pedig a gyógyításban csak utánózni tudnak, a kezelést másoktól kell elsajátítaniok.

Mindenesetre nagyon figyelemreméltó *Somogyi István* dr.-nak az I.-K. alkalmazásáról megjelent közleménye (Orvosi Hetilap 1916), a melyben meghatározott szabályt tudott fölállítani és kezelésének eredményeit erre visszavezetni. Az állandó hőmérszötetés és a betegek minden három napban berendelése azonban nem minden esetben vihető ki. Betegeim jelentékeny része messze vidékről jár hozzám; ezeket 3—6 hétben, sőt 2 hónapban látom egyszer s az injectiókat így csak igen nagy időközökben adhatom, ezeket tehát a naponként vagy 2—3-naponként otthon végzett I.-K.-bedörzsölések pótolják. Az adagok helyes megválasztása mellett azonban ilyen esetekben is épp oly jó vagy közel oly jó eredménnyel dolgozhatunk, mintha a beteget állandóan szemünk előtt tartjuk, egyes, nehezebben kezelhető esetek kivételével.

Az I.-K.-kezelésnek ellenjavallata tulajdonképpen nincsen. Mindazonáltal tudnunk kell, hogy adott esetben mennyiben számíthatunk eredményre. Eseteim azt bizonyítják, hogy éppen gyermekeken, még a legsúlyosabb betegeken is, a siker reményével kezdetünk a kezeléshez, s kifejezett tüdővész esetek is, melyek kezelés nélkül egész biztosan és aránylag rövid idő alatt elpusztulnának, még teljesen meggyógyulhatnak.

A serdülés éveiben már sokkal nehezebb a helyzet; a serdülés idejében és a serdülés után jelentkező manifest

tüdővész, főleg ha intoxicatiós tünetek nélkül áll fenn, gyógyulásra nem igen birható, ha kezdetben (toxinmegkötés folytán) látszólagos javulás el is érhető. Az I.-K.-kezelés azonban ezeken is megkísérlendő, mert éppen a desintoxicatio folytán beállt javulás a szervezet védekező erejét annyira helyreállíthatja, hogy akárhányszor ilyen esetekben is kitaró kezeléssel a legjobb eredményt érhetjük el.

A Immunkörperrel közel 8 év óta állandóan folytatott kezelésem eredményei nemcsak arról győztek meg, hogy ez az anyag a gümőkórnak eddig ismert legkitűnőbb gyógyszere, hanem arról is, hogy ez a kezelési módszer magának a tüdővészlekedésnek is egyik leghatásosabb eszköze s mint ilyen a legnagyobb jövő előtt áll.

Közlemény a Magyar Vöröskereszt-Egylet 2. számú kisegítő kórházából (Javitó-intézet) Kassán.

A koponya lövés-sérüléseiről.

Írta: Erdélyi Jenő dr., a szegedi köz-kórház fül-, orr-, gége-rendelő-
orvosa, jelenleg beosztott tart. ezredorvos, helyettes orvosfőnök.

(Vége.)

II. Visszapattanó, tangentialis, vályúalakú segmentalis lövések.

A fenti lövés-formákat egy csoportba foglalhatjuk azon közös tulajdonságuknál fogva, hogy a löveg többé-kevésbé hegyes szögben éri a koponyát és a röperő nagysága szerint visszapattan, felületesen sért, mélyebb vajútot okoz vagy kis távolságban átüti a koponyát és a be- és kimeneti nyílás közötti csontrészt teljesen összetöri.

Közös tulajdonságuk, hogy az intima itt is nagyobb terjedelemben sérül és nem a golyó, hanem a golyó útjának egyik eredője irányában szóródnak a szétrepesztett, összefüggésüktől felszabadult csontrészek a koponya-üregbe, néha hihetetlen mélységbe: az agykamrákba vagy azok közelébe. E lövésformáknál tehát, minthogy a csontsérülés nagyobb és szóródása az agy felé történik, sokszor nagy kiterjedésű agyhártya- és agysérüléssel találkozunk. A bőrön néha csak kis be- és kimeneti nyílás található és csak a feltárás alkalmával látjuk, hogy a jelentéktelennek látszó sérülés a koponya belsejében mily mélyreható, nagy, irreparabilis elváltozást hozott létre.

Az itt vázolt sérülési mechanizmusból önkéntelenül következik, hogy az ily koponyasérülések mielőbbi műtéti beavatkozást igényelnek, hogy az agyállományba bejutott levált csontszilánkok eltávolításával, a nyomott vagy roncsolt, oedemásan duzzadt agyat a nyomástól felszabadítsuk, a váladék szabad lefolyását biztosítsuk. Gyakran tapasztalható, hogy az agyállományba bejutott első ily csontszilánk eltávolítása alkalmával agypép, vérvaladék, de néha igen jókor már geny tör elő nagy nyomás alatt, mintegy szökőkútból. Ez a tapasztalat már magában véve elegendő, hogy a primaer mielőbbi végződő műtét végrehajtása mellett foglaljunk állást. E tekintetben ma már talán a sebészek között eltérés nincs is.

Therapiánk: széles feltárás, a csontszilánkok kiemelése, eltávolítása, a sebvaladék levezetésének biztosítása az általános részben elmondott elvek szerint. Előfordul, hogy az agyállományban csontszilánk marad vissza, mivel oly mélyen van, hogy egészséges agyrészletek roncsolása, sértese nélkül nem vehető ki, vagy egyszerűen, mert nem találjuk. Ily esetekben ismételt tapasztaltuk, hogy az agyállományban gesztenye-, sőt almanagyságú, különböző szabálytalan alakú üreg maradt hátra s az agy az üreget csak később, a visszamaradt csontszilánkok távozta után töltötte ki. Ily visszamaradt üreg teljes bizonyossággal amellet szól, hogy a koponyaürben idegen test, rendszeren csontszilánk maradt vissza.

A prognózis tekintetében e sérülési formák általában jónak mondhatók, a sérült felület szemünk előtt fekszik, a sérülés rendszeren az agynak felületesen fekvő részeit éri. Itt kell megemlékeznünk a már említett, a centralis agytekervényeket ért és csak molecularis elváltozásokat szenvedett agysérüléseknek makacosságuk és maradandóságuk miatt kedvezőtlen prognózisáról.

Az e csoportba tartozó 58 esetünk a következő:

	Összesen	Gyógyult	Meghalt
Operált	54	45	9
Nem operált	4	3	1
Összesen	58	48	10

Hét esetben hűdések maradtak vissza, hat esetben a motoros centrumot, egy esetben a Broca-tekervényt ért

sérülés következtében. Ez esetekben is a műtéti beavatkozás óta lényeges javulás állott be.

III. Rejtett lövés.

Tulajdonképpen elgyengült áthatoló lövés, hol a lövegnek nincs elég ereje, hogy a koponyán keresztül hatoljon.

Az eleven erő nagysága szerint többé vagy kevésbé mélyen hatol a koponyaüregbe. A bemeneti nyílás körül a csont rendszeren nagyobb terjedelemben szilánkosan törött, az interna itt is nagyobb területen.

Ennek következtében nagyobb kiterjedésű agyhártya- és agyroncsolást okoz, míg maga a löveg az agy belsejében gyengébb eleven erejénél fogva kisebb fokú sérülést von maga után. A golyó néha nem is hatol át a csonton, a bemeneti nyílásnál megtalálható (srappell-golyó), de ily esetben is mély, kiterjedt impressiót és az alatta levő agyképletek irreparabilis sérülését okozhatja. Ha frissen kapjuk az esetet és Röntgen-vizsgálat nem végezhető, vagy a golyó oly helyen fekszik, honnan az eltávolítása lehetetlen: az áthatolási hely revideálása, a benyomult csontrészek eltávolítása föltétlenül indikált, minthogy complicatiók e helyről is fejlődhetnek. Hasonlóképpen haladéktalanul avatkozzunk be a golyó eltávolítása lehetőségének reménye nélkül is, ha fenyegető agynyomás-tünetek a benyomult csontszilánk mielőbbi kiemelését, roncsolt agyrészlet, váladék eltávolítását, levezetését teszi szükségessé vagy ha a II. csoport lövés formáinál kifejtett indiciók valamelyike forog fenn.

Ha a löveg nem felületesen, könnyen diagnoskálható helyen fekszik, akkor az eltávolítása csak előzetes, pontos Röntgen-localisatio után kísérelhető meg.

A Röntgen-felvétel abban a helyzetben végzendő, a melyben a beteg a műtét alkalmával fekvődni fog. Ha csak lehetséges, távolítsuk el a löveget, mert az később is encephalitishez, cysta-képződéshez, agytályoghoz, esetleg vándorlás útján az agyalapra jutva, bénulásokhoz vezethet. Ha a löveg vagy lövegrészlet bármilyen okból nem távolítható el, legalább bennlétéről tudomással kell birnunk és a koponyát az első hónapokban minden hevesebb mozgástól, rázástól meg kell kímélnünk. Tudnunk kell továbbá, hogy a löveg — a kötőszövet-szegény agyban nehezen tokolódván be — esetleg vándorol, miért is időközönként Röntgen-nel ellenőrizendő: nem változtatta-e helyét, nem vándorolt-e olyan helyre, a hol léte veszedelmesebb, mint a műtéti beavatkozás, esetleg új helyén nem közelíthető-e meg jobban. A rejtett lövések prognosisa egybeesik az előbbi lövés formák korai és késői prognosissával, súlyosabbá teszik a löveg bennmaradása esetén a fent említett veszélyek.

Megfigyelt eseteink száma 14.

	Összesen	Gyógyult	Meghalt
Operált	10	7	3
Nem operált	4	2	2
Összesen	14	9	5

Agytályog.

Az agytályog a sérült, roncsolt agyrészletben, vagy a bennmaradt csontszilánk, idegen test stb. körül fertőzés folytán fejlődik ki. Elválasztani az encephalitisztől az első 8—10 napon alig lehet, csupán később, miután a reakciós lobgát, illetőleg a tályog fala kifejlődött. Az utóbbi képződéséhez legalább 3 hét szükséges. Az agytályognak tünet nélküli fejlődése hetekig, sőt hónapokig tarthat, különösen ha az agy functionálisan nem fontos részében fejlődik — associatiós centrum — s csak a manifest stadiumban, esetleg az agykamarák valamelyikébe való áttörés pillanatában válik diagnoskálhatóvá.

Mi otologusok a középfülgyenedések szövődményeként gyakorta találkoznak agytályogokkal, melyek a fülnek megfelelő agyrészletekben, halántékkelemben, kis agyban fejlődnek ki. Diagnostikájuk jól kidolgozott s tekintettel az előfordulható functionális zavarokra, kiesésekre, igen gyakran jókor felismerhetők s a szakirodalom közlése szerint prognózisuk is lényegesen javult. A statistika e téren sem fedt valóban a tényeket, hisz a sikerült, kedvező kimenetelű esetek szívesen közöltetnek, míg bizonyára nagy a letalisan végződő nem közölt esetek száma! A diagnosztikát és szerencsésen feltárt agytályog még korántsem jelenti a beteg életének megmentését. A végleges eredmény még nagy kérdés. Néha erősebb falzattal bíró tályog egyszerű megnyitása is elégséges ahhoz, hogy környezete beolvadjon és encephalitis kifejlődésére vezessen. Az agytályog utókezelése már békében is sokat vitatott nyílt kérdés, melynek egész irodalma van. Itt is, mint minden orvosi kérdésben, helyes úton akkor járunk, ha nem ragaszkodunk sémákhoz, elfogadjuk a sok nézet és eljárás közül azt, melyiket az adott esetben legjobbnak és célravezetőnek tartunk. A mi a felületes agytályog kezelésében helyes, célirányos, az mélyebben levő, a felülettől egészséges agyrészlettel elválasztott esetben helytelen lehet. Már a tályog diagnosztikáskor felvetődik a kérdés: a próbapunctiót tüvel vagy késsel végezzük-e? Épp így, hogy a durán ejtett nyílás nagy vagy kicsiny legyen-e, ellennyilást — a hol lehet — készítsünk-e, a feltárt tályog nyitvamaradását hogyan biztosítsuk, miképpen gondoskodjunk az üreg nagyságának, alakjának áttekinthetőségéről, tisztításáról, a geny levezetéséről, hogyan viselkedjünk az üreg falával szemben. E felhozott kérdések már békeidőben az agychirurgia sokat vitatott kérdései s fontosak, mert a beteg jövőjét ezeknek jól és helyesen megválasztása határozza meg. Nem akarjuk itt e kérdéseket vita tárgyává tenni, mely messzire vezetne, csupán vázolni akarjuk, hogy figyelembevételükkel eseteinkben hogyan járunk el.

A koponyalövések okozta tályogok szerencsére az esetek nagy számában felületesen fekvők s az agyállományba bemélyedt csontszilánkok eltávolításakor felbukkan a geny. Ez esetek, ha megnyitásuk jókor történik, jó végződésűek, habár nem is körülírtak és semmi erősebb tok, legfeljebb lobgát által határoltak.

Ha a tályog mélyebben fekszik és az ismert diagnostikai jelekből annak feltárása válik szükségessé, a keresést a vélt irányban előbb vastagabb próbapunctió s tüvel végezzük, és ha ez negatív eredményt ad, akkor fordulunk a késhez, mindenkor vigyázva, hogy az agykamarákat ne nyissuk meg s így az agytályognak az agyba való áttörését ne segítsük elő. Nem egyszer megtörtént, hogy a hol a próbapunctio negatív, a kés pozitív eredményt adott. Előfordul az is, hogy a tályogot nem találjuk s másnapra a már praeformált úton előtűnik. Ha tűnkel sikerült felfedeznünk a tályogot, a tűt in situ hagyjuk s szorosan melléte vezetett késünkkel tárjuk fel azt.

A feltárást lehetőleg szélesen végezzük, kisebbnek tartjuk az így megnyitott subduralis ür és agyrészlet fertőzése okozta veszélyt, mint a melyet az esetleg nem elegendő feltárás okozta retentio okoz. Az üreg nagyságáról, mélységéről, alakjáról a sebszéleknek tompa kampóval óvatos feltárásával, Killian-féle orrtükörrel, néha óvatosan bevezetett keztyűs ujjunkkal tájékozódunk, a szerint, hogy az üreg vastagabb falú-e, vagy csak lobgát által határolt. A legnagyobb fokú óvatosság ajánlandó e műveletnél, az üreg falának megsértése a környezet beolvadásának, encephalitis létrejöttének válhat okozójává. Ha a tályog mélyebben fekszik, az ép agyrészleten át késsel készített nyílást magfogóval tágtítjuk, így aránylag csekély agyrészlet megy tönkre. Ily feltárás mellett a geny jórésze magától kiürül, amit az agy pulzáló mozgása lényegesen elősegít. A még bennmaradt genyet igen óvatosan bevezetett tamponok útján igyekszünk eltávolítani. Kiöblítést e traumás eredetű, rendszeren vékonyfalú tályogokon nem végzünk.

Az utókezelés legnagyobb gondját a drainage kérdése teszi. Megoldása a jövő feladata. A felületesen fekvő tályogokat egész szélességükben feltárjuk, nem drainezzük, hanem

naponként egyszer vagy kezdetben kétszer is kötést váltunk, az összetapadó tályogszéleket csipesszel széjjelvesszük. Ez rendszeren elégséges a geny kiürülésének biztosítására. Más a viszony mélyenfekvő tályog esetén. Itt a felette levő, néha 3—4 cm. vastag ép agyrészlet ismét összeesik, összetapad és elzárja a kifelé vezető utat, a drainage tehát feltétlenül szükséges. Pedig sem az üreg, sem a gummi-drain nem ideális, eldugaszolódik, e mellett mint idegen test nyomás útján a környező agyrészlet ellágyulását okozza. A jodoformtampon sem felel meg a célnak, mert teleivódva nem vezet. A cigaretta-drainról ugyanez mondható. A *Bárány* által ajánlott guttaperchacsik sem hiszem, hogy célhoz vezetne. Ez utóbbi, igaz, nem okoz nyomást, meggátolja a sebszélek összeforradását, de a geny levezetésére nem elegendő, különösen nem mélyebben fekvő tályog esetén. Jobb hiányában a gummi-drainnál maradtunk, vigyázva elhelyezésére, hogy a tályogüreg minden részéről jól vezessen, a tályog alapját azonban ne nyomja, annak elhalását és a kamarákba való áttörést ne segítse elő. A draint naponta kitisztítjuk, a tályogüregre revideáljuk; az utóbbi fontos, mert daczára a drainagenak, e szellőztetés mellett még mindig található az üregben maradt, le nem vezetett geny.

Nem kevésbé fontos a geny levezetésére a beteg fektetése. Lehetőleg úgy fektetjük, hogy a drain nyílása a legmélyebb pontra kerüljön. Ha a geny bűzös, H₂O₂-t öntünk a tályogüregbe. Ellene vagyunk a tályogfal kikaparásának, vagy bárminő insultusának.

A prognózis általában nem nagyon kedvező. *Haimann* 519 szerencsésen operált esetet gyűjtött össze, melyek közül 198 = 37%, gyógyult véglegesen, *Max Maier* 154 hasonló esetéből 36 = 23%. Mint említettük, a lövéses sérülések okozta agytályogok rendszeren felületesen fekvők, könnyen drainezhetők s így a prognózisuk is kedvezőbb. Nem szabad azonban felednünk, hogy a beteg látszólagos sebgyógyulása után is még sokáig nem tartható gyógyultnak. Recidiva még később, hónapok múlva is beállhat. A későbbi szövődmények közül, leszámítva az általános rész prognózisában említett epilepsiát, cystát stb.-t, kiemelendő, hogy az agytályog gyógyulása az agyállomány és agyburok széles területen való heges összenövésére vezethet, mely az egész koponyaürbeli felfüggesztést megváltoztatja. A testnek mozgása, különösen hirtelen mozdulatok, a legkellemetlenebb sensatiókat okozhatják: a fejfájástól egészen a shockig — ájulásig —, gyakori behatásuk pedig az illető agygóc ellágyulására vezethet. Eseteink között 15 agytályog volt. 10 gyógyult, 5 meghalt. Ez utóbbiak közül 2 a homlokkelemben észrevétlenül fejlődve, az oldalkamarába való áttörés alkalmával diagnosztizáltak. A műtét nem járt eredménnyel, mindkét eset pár óra alatt halálosan végződött.

Encephalitis.

A szövődmények egyik leggyakoribb letalisan végződő formája. A szervezet nem tud gátat vetni a fertőzésnek, a sérüléssel szomszédos agyrészletek előbb reactiv gyuladásba jutnak, majd beolvadnak. Máskor az agytályoghoz társul mint halálos szövődmény. Az encephalitis vagy csak reactiv, vagy fertőzött, genyes. Az utóbbihoz meningitis is társul. A korán beálló bódultság, agynyomás tünetei jellemzik a szövődményt. Kezdetét gyakran az agypulsatio megszűnése, a granulatiók petyhüdtté válása jelzi.

A háborús sérülések között gyakran találkozunk az encephalitis chronica kórképével. Szabad, többé-kevésbé hosszú időköz után köszönt be fejfájással, bódultsággal, agynyomás-tünetekkel. Ha genyes, halállal végződik; ha reactiv eredetű — posttraumás — idegen test vagy tönkrement agyrészlet körül, akkor esetleg savós-traumás cysta képződésére vezethet.

Therapiánk az eset minősége és kifejlődése szerint a széles feltárás, a váladék levezetése, az idegen test stb. eltávolítása — mindenestre activ beavatkozás. A koponyaüri nyomás szüntetése, a fájdalom-csillapítás érdekében — a fájdalmak

némelykor feltűnő csekélyek — rendszeres lumbalpunkció végeztünk.

A prognosis meglehetősen rossz. A hol minden ok eltávolítható, mely a beállt okozta, a szervezet ellentálló képessége jó és csak reactiv jellegű, még megállhat, visszafejlődhetik, mint nem egy esetünkben tapasztaltuk. Rendesen, sajnos, továbbhaladva, halállal végződik. 23 halálesetünk közül 8 esetben szerepelt mint domináló halál-ok.

Meningitis.

Vagy mint önálló kórkép, vagy más szövödményekhez társulva jelentkezik, így a tünetei is többé-kevésbé dominálnak. A fertőzés csak a legritkábban terjed az agyburkokon tova, azaz nem társul a sérüléshez direct diffus meningitis, hanem áterjed az agyállományba directe vagy valamelyik sulcuson át, a melyben előbb encephalitis vagy agytályog keletkezik, melyhez azután a meningitis az oldalkamara, illetőleg subarachnoidalis ür fertőződése folytán másodlagosan társul. A convexitást ért sérüléseknél is a meningitis előbb vagy erősebben az agyálon fejlődik ki, mint azt az idevágó sectiók igazolják, ami a fertőzés terjedésének említett módjából, valamint a fekvési és sülyedési viszonyokból magyarázható. A sérüléssel szomszédos agyrészlet fertőződését az oedemán duzzadt, szorosán a csonthoz nyomuló sérült agyrészlet akadályozza meg, ellentétben az otogen eredetű agytályogok felnyitásokor tapasztalható agyhártyafertőzéssel. Ha a fertőzés nem erős, a bacteriumok virulentiája kisebb, csak serosus meningitis fejlődik ki.

Tarkófájdalom, hányásinger, hányás, időközönként főfájások, a seben levő sarjszövet renyhülése, az agypulsatio megszűnte, kezdődő prolapsus jelzik a beálltát. Ha koponyaüregbeli gyuladással folyamat legkisebb gyanuja is felmerül, forduljunk a lumbalpunkcióhoz.

A lumbalpunkció kellő gyakorlat és asepsis mellett könnyen és veszély nélkül végezhető. A beszűrés az I.—II. vagy II.—III. ágyékcsgolya között mindig sikerül. A nyomás-nagyobbodás még látszólag tiszta liquor mellett is értékes bizonyítékát adja a koponyaüregben meginduló gyuladással folytatnak, ha pedig a legkisebb zavarosság is mutatkozik, ne várjuk meg a bacteriologiai vizsgálat eredményét, mely különben sok esetben és helyen ki sem vihető, hanem fogjunk azonnal a sérült terület széles feltáráshoz, melylyel esetleg a meningitis további fejlődését meggátolhatjuk. Ily módon és rendszeres lumbalpunkcióval több esetben sikerült a fenyegető meningitist megakadályozni, három esetünkben pedig, hol nagy nyomás alatt ürülő zavaros liquor, magas láz, kifejezett tarkómerevség, positiv Kernig-tünet volt jelen, gyógyulást elérni.

A kibocsájtott liquor mennyiségét illetőleg pontos méretekhez nem tartjuk magunkat. Kibocsájtunk, ha a nyomás nagy, a szokottnál nagyobb mennyiséget, 45—55 cm³-t is, mindenestre annyit, míg nagy nyomás alatt ürül. Habár a vélemények eltérők és vannak szerzők, kik a lumbalpunkció kedvező hatását nem észlelték, eltekintve saját tapasztalatainktól, általános sebészeti ismereteink is mellette szólnak. Hiszen mintegy ellen-nyílás szerepel, melyen át a felhalmozódott gyuladás-termék, bacteriumok egy része a szervezetből kiürül.

Igy a rendszeres, naponként egyszer, sőt kétszer végrehajtása a szervezetre csak hasznos lehet! A ki látta a föltétlenül halálos meningitises betegen is a lumbalpunkció megnyugtató, csillapító hatását a beteg nagy, kínzó, még morphiummal sem szüntethető fájdalmaira, az ezen alapján egyszerű művelet végrehajtásáról nem fog lemondani.

Gyógyszeres kezeléssel az urotropint adjuk napi 2—3 gr. adagban úgy a positiv esetekben, mint prophylactice minden esetben, hol a dura vagy agy sérülése legcsekélyebb mértékben is jelen van s a fertőzés továbbterjedésének lehetősége fennáll.

Prognosis: Egyik leggyakoribb halál-ok, akár primaer fejlődik ki, akár secundaer társul más agyszövödményhez. Jókora, kezdetén diagnoskálva, activ beavatkozás, széles feltárási, rendszeres lumbalpunkció mellett, mint említettük, a beteg

néhá megmenthető. A serosus és haemorrhagiás meningitis prognosisa kedvezőbb.

23 halálos végződésű esetünkben 12, tehát több mint a fele, meningitis tünetei közt pusztult el.

Agyelöesés.

Tulajdonképpen csak tünet, annak a jele, hogy mögötte az agyban gyuladás-folyamat: meningitis, encephalitis, agytályog, vagy ezek combinatioja van jelen. A beszűródött agyrészletek és felhalmozódott gyuladás-termékek miatt a koponyatartalom nem fér el az üregében és a nyíláshoz legközelebb eső agyrészlet kiszoríttatik. Beálltanak egyik gyakori oka a korai transport. A harctéren operált és korai transportnak kitett nem egy láztalannak és normalis lefolyásúnak jelzett esetben láttuk kifejlődését a beteg megérkezéig. Eljárásunk várokozó. Ha lágy, széteső, genyes: eo ipso békében hagyjuk, ilyenkor úgyis a kötésen marad egy része. Ha normalis consistentiájú, ez esetben sem távolítjuk el, hanem, ha az agygyomlás tünetei a mögötte levő gyuladás-folyamatok miatt szembeötlők, a koponyasebet tágtjuk, mi által az előre-esett rész elhalását meggátolva, egyszersmint a koponyaüregbeli nyomást is csökkentjük. Nagyon sok, majdnem valamennyi nehéz complicatióval járó esetünkben észleltük kifejlődését s a gyuladás visszafejlődésével a koponyaüregbe való visszahúzódását. Ha incarcerálódik, elhal, gangraeneskál: lemetszendő. Ily esetünk egy sem fordult elő.

Halálosan végződött eseteink.

Nem érdektelen végül az elhalt esetek különböző szempontok szerinti áttekintése.

Lövési formák szerint:

	Áthatoló lövés	Tangentialis etc. lövés	Rejtett lövés	Összesen
operálva	3	9	3	15
nem operálva	5	1	2	8
Összesen	8	10	5	23

Meghalt tehát 23, az összes esetek — 94 — 23,4%-a. Az áthatoló és rejtett lövések aránylagos nagyobb halálozási száma e lövési formák rosszabb prognosisa mellett szól. Feltűnő ez különösen az áthatoló lövéseknél — 22-ből 8 —, minthogy e lövés-esetek közül — mint említettük — csak az u. n. könnyű esetek kerülnek a front mögötti kórházakba.

A sérülés napjától számítva:

Sérüléstől számított nap	1-3	4-8	9-14	15-21	22-	Összesen
Áthatoló lövés	2	1	1	2	2	8
Tangentialis etc. lövés	2	2	2	1	3	10
Rejtett lövés	2	—	—	2	1	5
Összesen	6	3	3	5	6	23

A 3. és 4. héten történt halálozások aránylagos nagy száma — 5 és 6 — az épp ez időre eső complicatiók beálltáról mondottakat igazolja.

Állapot a felvétel alkalmával:

12 esetben meningialis és agy-tünet: láz, kisebb-

nagyobb tarkómerevség, bódultság, 4 esetben teljes öntudatlanság.

5 esetben agyvelőesés.

1 „ nagyfokú agyrontsolás.

1 „ agytályog rejtett lövésnél.

4 eset volt tünet nélküli a felvétel alkalmával: egy áthatoló lövés, egy agyalapi töréssel kombinált segmentális és 2 tangentialis lövés. Az utolsó kettőben a tünet nélkül kifejlődő agytályog áttörése az oldalkamarába okozta a halált.

Operálva volt 15, 8 esetben épp a súlyosságuk és kilátatlanságuk miatt nem operáltunk.

Löveg neve:

16 esetben fegyvergolyó,

2 „ shrapnell-golyó,

2 „ ismeretlen löveg.

Halál oka:

1 esetben agyvérzés,

12 „ meningitis,

8 „ encephalitis,

2 „ agytályog hirtelen áttörése az agykamarába.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Epstein: La pensée et la polyglossie. Essai psychologique et didactique. Lausanne. Megjelent Payot et Cie kiadásában 1915-ben. IV + 216 lap. Ára 2 franc 50 cent.

Epstein vizsgálataiban azt találja, hogy bármiképpen történik az idegen nyelv tanítása, az idegen szó sok embernél nem közvetlenül az anyanyelv szavához, hanem a megjelölt tárgyhoz vagy gondolathoz van kötve. A vizsgálatok arra is kiterjeszkednek, hogy a különféle nyelvek egymást miképpen zavarják meg. Főleg az anyanyelv szavai és szófordulatai azok, amelyek előtérbe tolakodva, megnehezítik az idegen nyelven való beszédet. Ez pszichológiailag a konkurrens associatio válfaja. Köztudomású, hogy a gyermek könnyebben tanul nyelveket. Az ember hajlandó volna föltenni, hogy a gyermek emlékezőképessége jobb. Ezt a nézetet azonban *Binet* és *Henri* megdöntötte. Így ez a jelenség *Epstein* szerint inkább úgy volna magyarázható, hogy ebben a korban az anyanyelv nincs még eléggé rögzülve és nem zavarja meg az idegen szót. Emellett szól, hogy a külföldre kerülő gyerek nagyon gyorsan teljesen elfelejti az anyanyelvét, ha aránylag rövid ideig nem hallja. Nem érdektelenek *Epstein* megfigyelései arról, hogy a soknyelvű ember miért vet közbe más nyelvű szavakat beszédébe. *Epstein* a sok nyelv tanulásának kénytelen-ségét nagyon helyesen csapásnak mondja. Többet ér szerinte ötféle fának a levelét megösmerni, mint a levél szót öt nyelven tudni. A nyelvtanulás olyanra pazarol energiát, a minél hasznosabbra lehetne azt fordítani. Minthogy azonban nyelvekre ma mégis szükség van, azt ajánlja, hogy egy nyelven tanuljunk beszélni és a többi nyelven elégedjünk meg a megértéssel (polyglossie impressive, monoglossie expressive). A szerző e fölfogását a gyakorlat annyiban már magáévá tette, mert a sok nyelv tanulásának többnyire úgyis ez a vége. Minthogy a felnőtt ember nehézsége a nyelvtanulásban az anyanyelv zavaró hatásából folyik és ez a zavaró hatás csak a beszédben, de nem az olvasásban nyilvánul, *Epstein* szerint az olvasás céljából való tanulásra az ember felnőtt korban is ráér. A szerző azt gondolja, hogy a több nyelven való beszélőképeség egy tárgyhoz vagy gondolathoz kapcsolva több kifejezést köt és ilyenkor ezek concurrentiája egymást zavarja és ebből azt következteti, hogy a polyglossia a gondolkodást is lassítja. Ebben tévedés rejlik. Igaz, éppen a soknyelvű emberen esik meg, hogy valamelyik szó az adott pillanatban nem jut eszébe azon a nyelven, a melyiken éppen beszél és némi küzdelem támad a több szó közt, a minek folytán az illető megakad, de alig hiszem, hogy ebből a gondolkodás lassúbbodása származnék,

vagy hogy ki lehetne valahogy mutatni általában a sok nyelvet tudó ember gondolkodásának lassúbb voltát. Ennek bizonyítását *Epstein* munkájában hiában keressük. *Epstein* nem helyesli, hogy a fiatalabb gyermekek egyszerre több nyelven tanuljanak beszélni. Ezt sem tartom helytállónak. Kár volna azt az időt, a mikor ez a fajta tanulás olyan könnyű, elveszni hagyni. Akkor, föltéve, hogy az állandó gyakorlat a könnyű felejtésnek ellenszegül, később nem kell hasznosabb irányú energiát és időt erre pazarolni. A szerző itt is arra támaszkodik, hogy az idegen nyelv kifejezéseinek concurrentiája az anyanyelv kialakulófélben levő utait zavarja és hogy ez a kifejezőképesség és gondolkodás fejlődését gátolja. Ez azonban sehogy sem bizonyítható. E kifogások a könyv sok szép megfigyelésének értékét nem akarják érinteni. Tárgya az orvost két oldalról, a pszichologia és különösen az aphasia tekintetében érdekli.

A kiadóhoz azt az óhaját intéznők, hogy tudományos könyvről ne hagyja el a címlapon az évszámot.

Kollarits Jenő dr.

Belorvosan.

Meningitis epidemica eseteiben *Friedemann* tanár a berlini Virchow-kórházban megkísérelte az optochin intralumbaris befecskendezését. A szokásos módon megejtett lumbalis punctio után 10—20 cm³-t fecskendezett be az optochin 2—4%-os oldatából. Későbbi eseteiben csak a 2%-os oldatot használta. Feltéve, hogy még a megszaporo-dott liquor mennyisége sem több 100 cm³-nél, 20 cm³ 2%-os optochin-oldat befecskendezése esetén, az optochin-concentratio a liquorban 1:2500, oly töménység, mely a meningococcus fejlődését biztosan megakadályozó töménységet négyszeresen felülmulja. A mi a befecskendezés gyakoriságát illeti, kezdetben elég gyakran, 1—2 naponként végezte a befecskendezést, hogy ily módon a kívánatos optochin-concentratio megmaradjon a liquorban. Különböző megfontolások alapján azonban későbbi eseteiben úgy járt el, hogy csak akkor ismételte a befecskendezést, ha a fokozódó agynyomástünetek miatt újabb punctiót kellett végezni. Egyéb-ként káros hatását az eljárásnak nem látta. Eddig 8 esetet kezelt ilyen módon, s valamennyiben kedvező volt az eredmény. Ezek az esetek körülbelül ugyanolyan súlyosságúak voltak, mint a kórházban ugyanakkor serummal kezelték, a melyeknek 50%-a végződött halálosan. Végleges ítélet természetesen még nem mondható ez új eljárásról az esetek csekély száma miatt; az eddigi eredmények azonban mindenesetre indokolták teszik, hogy kiterjedtebb további kísérleteket végezzenek vele. (Berliner klin. Wochenschrift, 1916, 16. szám.)

Sebészet.

A gerinczvelő lövési sérülése miatt teljesen bénult betegek gyógykezelésében *Wilms* tanár alapfeltételnek tartja, hogy a mennyiben előzőleg laminectomia útján meggyőződést szereztünk arról, hogy a gerinczagy folytonosságában teljesen meg van szakítva, a beteg beleegyezésével mindkét czombot jó magasan amputáljuk. Habár a beteg beleegyezését idejekorán megnyerni nem minden esetben sikerül, hanem az esetek többségében csak akkor, midőn már több decubitusa van, mégis nagy jótétemény úgy a betegre, mint a kezelőorvosra egyaránt, mert az amputálással a beteg jelentékeny súlyú felesleges teherrel megszabadulva, önmagától is meg tud fordulni az ágyában s újabb decubitusok kevésbé fenyegetik, a már meglévők pedig jóval gyorsabban gyógyulnak.

Az amputálást *Wilms* a trochanterektől lefelé tenyér-szélességnyire végzi úgy, hogy az art. és vena femoralist a Poupart szalag alatt kilépésük helyén kipraeparálva leköti, majd elülső-hátulsó lebenyt készítve a csonkot fedi. A műtéti sebek a bénult területen igen jól gyógyulnak.

A második veszedelmes complicatiót — a cystitist — *Wilms* egy, a békében szerzett tapasztalata nyomán oly módon igyekszik elkerülni, hogy a hólyag kiürülését teszi

könnyebbé úgy, hogy a penist a symphysishez rögzítő szalagokról leválasztva, a herezacskó tapadása mögött helyezi el, miként azt *Thiersch* a peniscarcinoma miatt amputáltak penisonkjával teszi. (Mediz. Klinik, 1916, 17. sz.) M.

Szülészet és nőorvostan.

Fájások megindításáról a normalis terhesség végén ír *Charles B. Reed* (Chicago).

A terhesség physiologiai tartamát csak hozzávetőleg tudjuk és azon aetiologiai okokat, a melyek a szülőfájások beálltában szerepelnek, még kevésbé ismerjük.

A terhesség tartama 240—330 nap között ingadozik; pontos megfigyelések bizonyítják, hogy a magzat 275 nap elteltével érettnak tekinthető (*Winckel*). Ugyancsak *Winckel* állítja, hogy a túlhordott magzat a méhben úgy saját magára, mint az anyára nézve a morbiditas és mortalitas egyre fokozódó veszélyét rejti magában és lényegesen megnehezíti az operatív beavatkozást is.

Igy tehát a szülőfájások megindulása idejét nem bízhatjuk *Reed* szerint csupán a véletlenre, a jószerencsére, az öröklött hajlamosságra. Miért ne lehetne a szülőtevékenység bizonytalanságát bizonyossággal, rendszerrel helyettesíteni és ezzel a szülészetet a sebészethez megillető helyre emelni.

A szerző az elmúlt évben a Wesley Memorial Hospitalban a szülőtevékenység egyszerűsítését és szabályozását célzó kísérleteket végzett sebészi alapon.

Érett magzatok nagysága és súlya igen különböző lehet, ezért átlagos értéket állapítunk meg. Érett gyermek hossza 50 cm, súlya 2½—4 kgr. A 4 kilónál súlyosabb újszülött *Winckel* szerint az esetek 70%-ában túlhordott.

A medencze megmérése után a magzat hosszára *Ahlfeld* eljárásával, fejének nagyságára *Müller* módszerével, a fejnek a medenczébe való nyomásával következtethetünk.

Számításainkat támogatja az utolsó menstruatio és az első magzatmozgás ideje. Ha a bemandott és a vizsgálat adatai egyezők, megállapítjuk a szülőtevékenység megindításának idejét.

A meghatározott napon a legszigorúbb asepsissel balont vezetünk be.

Rendszerint 5—30 percz mulva jelentkeznek a fájások és evvel megkezdődött a szülés. Átlag 3 óra 20 percz elteltével erős fájások közben megszületik a ballon s ezzel befejeződött a tágulás. A fej követi a ballont, a magzathólyag megreped s kezdődik a kitolás. Most már a szokott módon járunk el.

A kimerítő tágulási időszak lényegesen megrövidül és állandóan ellenőrizhető. Ezenkívül a ballon védi a burkokat, míg a physiologiai burokrepedés bekövetkezik. A szerző véleménye szerint a szülés megrövidítésével és a szülőnő erejének ily módon kimelésével immunitása a fertőzéssel szemben lényegesen fokozódik.

A szerző által ismertetett 100 eset közül 35 primipara és 65 multipara. A szülés átlag 7¼ óráig tartott. Egy placenta praeviás és egy pneumoniás anya meghalt, e halálesetek azonban nem írhatók a ballon rovasára. Figyelemreméltó a fogó-műtétek nagy száma. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1916, 16. sz.) *Selymes Sarolta.*

Venereás betegségek.

A nemibajosok számára létesített charlottenburgi városi tanácsadó állomásról ír *C. Bruhns* tanár (Charlottenburg). Már több mint két évtizede annak, hogy a szakférfiak körében fölmerült a nemibajos egyének, valamint a közegészségügy érdekét szolgáló tanácsadó állomásoknak, másként gondozóknak is nevezhető helyek felállításának a szükségessége. *Blaschko* már 1890-ben ajánlotta az ilyen gondozóknak létesítését, a melyekben a kórházból távozott nemibajosok további ellenőrzése megtörténhessék. Ezt a kívánalmát ő később is több alkalommal nyilvánosan szorgalmazta. Most, hogy a háború a nemibajosok kérdésének egész tömegét egyszerre lavinaszerűen megindította, ez a szükségesnek bizonyult tanácsadó

állomás nemibajosok számára a tüdő- és csecsemőgondozók mintájára folyó évi január hó 1.-én a charlottenburgi városi kórházban megnyílt. A gondozónak elsősorban a jövőre leszerelés idején lesz nagy hivatása, bár bizonyos, hogy később, a béke idejében is jó szolgálatot fog teljesíteni. A tanácsadó állomásnak nem feladata az esetleg szükségesnek talált gyógyítást végezni, mert az továbbra is az arra létesített intézetek vagy az azzal foglalkozó orvosok feladata marad. A gondozó csak tanácsot ad az életmódra, a kezelésre, esetleg a házasság kérdésében is. Szükség esetén kötelezheti is a beteget, hogy valóban kezeltetni fogja magát. De talán még fontosabb célja az intézménynek, hogy a syphilitis beteget lehetőség szerint ellenőrizi. Ez az ellenőrzés különösen arra vonatkozóan értékes, hogy a tünetmentes időben is szemmel tartja a lueses betegeket, a mikor ezeknek további gyógyítását csak a gondos mérlegelés, esetleg a vérvizsgálat eredménye irányíthatja. Számolnunk kell azzal, hogy a békekötés idején nagy tömegben kerülnek vissza oly nemibajos egyének, a kik még fertőzőképesek s így még gyógyításra szorulnak. Igaz ugyan, hogy az újabb tapasztalások arra engednek következtetni, hogy a veszedelem nem oly nagy, mint azt a háború első hónapjaiban hinni lehetett. *Bruhns*, csak úgy mint *Blaschko*, azon a véleményen van, hogy nem lehet minden katonát addig az időpontig visszatartani, a míg a nemibajnak valami nyomát is magán viseli, a mint azt *Zeissl* kívánja. A gazdasági romlás igen sok emberre s családra különben a háború utáni időre is kiterjedne. A gondozónak remélhetően bőven lesz megfigyelni s ellenőrizni való beteganyaga. A visszatérő katonák reáeső részén kívül a várható beteganyag alkalmasint a következő 3 csoportból fog állani: 1. Önként jelentkező egyének, kik főként a nyilvános fölhívások alapján fognak megjelenni. 2. A kórházban kezelt s onnan távozott betegek. 3. Betegek, kiket orvosok küldenek be. (Dermatologische Wochenschrift, 1916, 9. sz.) *Guszman.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A buccosperin nevű, a húgyszervek betegségei ellen való újabb szer balsamicumot (copaivabalsam), diureticumot (extr. bucco) és antisepticumokat (kámforsav, salol, hexamethylentetramin, salicyl- és benzoésav) tartalmaz és capsulák alakjában jön forgalomba. Kellemetlen mellékhatásai nincsenek; kellemes mellékhatásként azonban kiemelhető a bélperistaltikát fokozó hatása. (Medizinische Klinik, 1916, 18. szám.)

A hexophan nevű új köszvény- és csúzellenes szerről ír *A. Beeck*. Az új szer nem más, mint az atophan összekötése salicyllal. Úgy köszvény, mint heveny és idősült csúz eseteiben nagyon jó eredménnyel használható; káros hatása a gyomorra és a belekre nincs. 1 grammos adagokban veendő be naponként 3—4-szer. Minthogy vízben oldhatatlan, jól oldódó natrium-sóját is előállították; ebből 0.5 gramm 3 cm³ steril vízben oldva fecskendezendő be subcutan, intramuscularisan vagy intravenásan. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1916, 16. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 19. szám. *Hatiegan Gyula*: Egyoldali dobverőujjak az arcus aortae, arteria anonyma és subclavia dextra aneurysmájánál. *Mohr Mihály*: Typhusbacillus okozta kötőhártyagyulladás.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 19. szám. *Szedlák Ödön*: Bilateralis athetosis mellett fellépett elmezavar.

Magyar orvosi archívum, 1916, 1. füzet. *Melczér Miklós*: Az egészséges lép termelte szintelen vérszövetek mennyiségéről és fajtáiról. *Rohonyi Hugó*: Vizsgálatok a therapiás typhus-vaccina hatásának tényezőiről.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Popper Izidor* dr. kisszebeni járásorvost Sáros vármegye tiszteletbeli főorvosává, *Aczél Sándor* dr.-t Losonczon tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

A venereás betegségeket tárgyaló tanfolyamokon bármely magyarországi orvos, tehát minden magánorvos is részt vehet, de az

58.993/916. sz. belügyministeri rendelet értelmében ebbeli szándékát kivétel nélkül minden orvosnak be kell jelentenie az illető törvényhatóság első tisztviselőjénél (alispánnál, illetve polgármesternél), a ki a jelentkezéseket a nélkülözhetetlenség és helyettesítés szempontjából sürgősen elbírálja s a nélkülözhető jelentkezőket a kormánybiztosnak azonnal bejelenti.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület áprilisban 1187 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1074 szállítást végzett, 69 esetben mint mozgóórség szerepelt és 13-szor vaklárma és téves jelentés folytán vonult ki. Az április havi működés főösszege tehát 2343 volt.

Meghalt. Cseke Margit dr. 30 éves korában május 6-án Debreczenben. — Král Tamás dr. Nagybecskerekén 57 éves korában. — Weiner Miksa dr., a győri közkórház nyugalmazott főorvosa. — O. v. Herff, a nőorvos tanára a baseli egyetemen, ismert gynaekológus, 60 éves korában. — M. Straub, a szemészeti tanára az amsterdami egyetemen, április 14-én, 57 éves korában. — W. Dibbeli, a kórbonczolástan cz. rendkívüli tanára a tübingeni egyetemen, hősi halált halt Verdun-nél.

Pályázat. A Magyar Tud. Akadémia 1500 koronás pályadíjat tűzött ki a Pollák Henrik-alapítványból a cholera és typhus elleni oltások statisztikáját tárgyaló munkára. Kivántatik: 1. Az eddig közzétett statisztikák eredményei és kritikája. 2. Az újabb oltások eredményei a katonaság és a polgári lakosság körében, különös tekintettel Magyarországra és Ausztriára. 3. A védőoltások eredményei az oltóanyag készítménye szerint. Határidő: 1917 szeptember 30. A jutalmat csak abszolút becsú munka nyerheti el. A jutalom csak abban az esetben fizethető ki, ha szerzője igazolja, hogy a jutalmazott munka könyv alakjában és legalább 200 példányban megjelent.

A tuberculosis elleni védekezésre való társadalmi szervezkedés tárgyában a belügyminister a következő rendeletet bocsátotta ki: A most folyó világháború kihatásai között az állami élet szempontjából nagy jelentőségűek a közegészségügy terén megnyilvánuló káros következmények. A hadrakelt seregeket követő járványoknak: a cholera, vérhasnak, typhusnak pusztításait megfelelő hatósági intézkedésekkel és egészségügyi berendezésekkel sikerült ha nem is teljesen megakadályozni, de aránylag szűk korlátok közé szorítani, úgy hogy azok pusztításai a harcban álló rendkívül nagyszámú seregek szempontjából mérsékeltnek mondhatók s a polgári lakosság vesztesége aránylag csekély maradt. A megszűntetett és remélhetőleg ezután is elhárítható, illetőleg korlátozható járványok helyett azonban más veszedelem fenyegeti az ország közegészségi állapotát, t. i. a tuberculosisnak, nevezetesen a tüdővésznek nagy arányban mutatózó megnövekedése. Ez a népbetegség békében is a legnagyobb jelentőséggel bíró ártalmak egyike, a melynek leküzdése minden fejlettebb állami élettel bíró ország kormányának állandó gondja. A tuberculosisnak mostani nagyarányú elterjedése kettős súlylyal esik latba, mert a javakorban levő férfinepesség részben elpusztult s így a megmaradtak között a nemzedék elsatnyulását előidéző betegség hatványozott közegészségi veszedelmét jelent. A mi a tuberculosis nagymértékű jelentkezésének okait illeti, e részben rámutatni kívánok arra, hogy a legtöbb ember már gyermekkorában megszerzi, de a kellő ellentálló erővel bíró ép test jó közegészségi és megfelelő életviszonyok között leküzdheti a bajt. A test erejével arányban nem álló elcsigázó munka, kedvezőtlen egészségügyi viszonyok, rossz táplálkozás stb. viszont előbb-utóbb az erős test ellentállóképességét is megörlék. A mai háború rendkívüli megerőltetéseket ró az emberekre s így sok gyengébb fejlettségű egyén egészsége rokkant meg, mert ebben a háborúban a lakosságnak oly rendkívüli nagy tömege vevén részt, mint eddig még soha, a testi alkalmasság megőrzésére nem történhetik azzal a kiváló gondossággal, mint béke idején. Tekintetbe jön másrészt az is, hogy az itthonmaradtak egészségét a hosszantartó lelki izgalom és gond, s a háborúnak rendes velejárája, a kedvezőtlenebb élelmezés aláassa, a mi az itthonmaradt és élemedettebb koruknál vagy gyengébb testalkatuknál fogva katonai szolgálatra nem alkalmas egyénekben a szunnyadó betegség fellobbanását idézi elő. A veszedelemmel, a mely a tüdővésznek egyének számának fokozódása révén a jövő nemzedéket fenyegeti, szembe kell szállnunk. A baj legyőzése annak természeténél fogva nehezebben és lassabban sikerül, mint a heveny fertőző járványoknál, de kitartó és céltudatos működéssel — a társadalom és a hatóságok vállvetett munkájával — az állam támogatása mellett az eredmény nem maradhat el. Hivatalt elődöm a tuberculosis leküzdésére irányuló országos mozgalom továbbfejlesztése, szervezése és irányítása céljából alakította meg néhány évvel ezelőtt a Tuberculosis Ellenli Küzdelem Országos Bizottságát, a mely báró Müller Kálmán kormánybiztos-elnök vezetése alatt működik. Erre a központi vezető szervre vár a feladat, hogy rendelkezéséhez és tőlem nyert megbízatásához képest a tuberculosis elleni küzdelemnek a jelen állapothoz mérten szükséges újraszervezését keresztülvigye. Ilyen országos arányú társadalmi mozgalomnak kellő eredményt csak akkor lehet, ha mindenütt, minden törvényhatóság területén megtörténik a kellő szervezkedés, azonos elvek szerint, egymást támogatva és egymás működésének hiányait pótolva és kiegészítve. A társadalmi körök szervezkedését és tömörülését a hatósági szerveknek és közületeknek teljes erejükből kell támogatniuk és nemcsak erkölcsileg kell buzdítólag hatniuk, de lehetőleg életképes intézmények megalkotásával követendő példát kell mutatniuk. Felhívom tehát a törvényhatóság közönségét, hogy a tüdővész leküzdésére irányuló társadalmi mozgalmat a saját területén, a maga sajátos viszonyainak figyelembevételével szervezze; a hol még külön ilyen szervezet (vármegyei egyesület, szövetség stb.) nem volna, ilyennek létesítését

kezdemenyezzé és megvalósítsa; a hol pedig ilyen szervezet már fennállana, de időlegesen szünetelne, hasson oda, hogy az működését újból és haladéktalanul felvegye s teljes erővel s odaadással álljon ismét fontos hivatásának szolgálatába. A mennyiben a törvényhatóság területén már régebben fennálló egyesületnek vagy hasonló szervezetnek a tuberculosis elleni küzdelem szolgálatában álló valamelyes intézménye: sanatorium, gondozó stb. már volna, a mozgalom újraszervezésének kiinduló- és gyűjtőpontjául legcélszerűbben ez a meglévő intézmény szolgálhat. Különösen figyelmébe kell továbbá ajánlanom a törvényhatóság közönségének, hogy a tuberculosis elhárítása megfelelő anyagi áldozatokat is követel s így, habár tudatában is vagyok annak, hogy a hosszúságos háború társadalmunk anyagi teljesítőképességét leszállította, mégis nyomatékkal kell utalnom arra, hogy mindenki anyagi tehetőségéhez mérten igyekezzék hozzájárulni a tuberculosis elleni védekezést saját területén gyakorlatilag szolgáló intézmények létesítéséhez. A magam részéről kijelentem, hogy ezentúl az állami segínyt csak oly intézmények részére fogom továbbra is folyósítani, a melyeknek fentartásához az érdekelte társadalom is kellően hozzájárul és az állami hozzájárulás mértékét is ennek az arányában fogom megszabni. A mennyiben a törvényhatóság közönségének a mozgalomra vonatkozólag közlelőbbi útbaigazításra s további teendőire nézve bővebb irányításra volna szükség, forduljon e tekintetben a Tuberculosis Ellenli Küzdelem kormánybiztosához (Budapest, VIII., Főherceg Sándor-utca 2), a ki a tájékoztatást készséggel megadja. Ebből az alkalomból — tekintettel az említett bizottság és az ennek élén álló kormánybiztos hatáskörére — értesítem a törvényhatóságot, hogy a szóban levő bizottság, illetőleg kormánybiztos a belügyminister olyan szerveknek is tekintendő, a mely összekötő kapcsul szolgál a kormány tevékenysége és a társadalmi működés között; így valamennyi az országban létező hasonló célú egyesület szakszerű működése felett felügyeletet gyakorolni hivatott és jogosult. A Tuberculosis Ellenli Küzdelem Országos Bizottságának elfogadott ügyrendje értelmében a tuberculosis elleni védekezés célját szolgáló és jóváhagyott alapszabályokkal működő minden egyesület, belső autonómiájának teljes érintetlenül hagyásával, a Tuberculosis Ellenli Küzdelem Országos Bizottságának kebelébe tartozik s ebben képviselve is van. Ekként az említett szervei beilleszkedés már kezdettől fogva ügyrendileg is biztosítva van. Ezzel kapcsolatban tudatom, hogy az érdekelte egyesületek által fenntartott intézmények részére engedélyezett államszolgálatok további folyósítását az említett központi felügyelet és ellenőrzés eredményétől teszem függővé. Teljes bizalommal várom a törvényhatóság közönségének szervezkedését és működésének megindítását, abban a meggyőződésben, hogy a magyar társadalom a veszedelem pillanatában, mint a harcmezőn a külső ellenség ellen, úgy idehaza is, a családok egészségét, életét fenyegető alattomos ellenség ellen buzgalommal és áldozatkészséggel fog sikra szállni.

Személyi hírek külföldről. A königsbergi egyetemen az élet-tani tanszékre O. Weiss dr. magántanárt nevezték ki, a belorvosstanira M. Matthes marburgi tanárt hívták meg. — E. Behring tanár, a marburgi egyetem világhírű hygienikusa, e félév végével nyugalmába vonul. — A prágai cseh egyetem két magántanára: W. Libensky dr. (belorvosstan) és O. Leser dr. (szemészet) rendk. tanári címet kapott.

Hírek külföldről. Ausztriában ez év márczius 19-én rendelet jelent meg, mely többek között az orvosi, állatorvosi és bábai honorariumok elévülési idejét három évben szabja meg. Eddig az elévülés csak 30 év múlva állott be. — A német ideggyógyászok társulatának szept. 22-én és 23-án Münchenben tartandó ülésén a következő kérdéseket fogják tárgyalni: 1. A harctéri sebesülések utáni neurosisek. Referensek: Oppenheim (Berlin) és Nonne (Hamburg). 2. Az érzés-zavarok topikája ideggyógyászoknál. Ref.: Foerster (Boroszló).

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légekészülékek, frigidtherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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

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

Dr. HALPERTH ÁKOS KARLSBAD HAUS HERZOG v. BRABANT

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (V. rendes tudományos ülés 1916 február 26.-án.) 268. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(V. rendes tudományos ülés 1916 február 26.-án).

Elnök: **Salgó Jakab.**Jegyző: **Dollinger Béla.**

(Vége.)

Gránát- és srappellrobbanás okozta siketnémaság és kórtana.**Sarbó Artur:** Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.**Szász Tibor:** Fülészeti szempontból szól hozzá az előadáshoz. Nagy anyagon tett tapasztalatai alapján állítja, hogy a szóbanforgó siketiséget functionalis zavaroknak tartja és nem olyan értelemben vett organikusnak, mint azt az előadó vázolta. Az acusticus-magvak fekvése és a hallópályák komplikált kereszteződése mellett nem tud elképzelni olyan erőművi ártalmat, amely teljes siketiségre és egy egész sorozat agyvelő-ideg és idegmag sérülésére vezetessen, a nélkül, hogy egyszerűen a vestibularis készülék is szenvedne, pedig ezt a hozzászóló egy esetben sem tudta kimutatni, másrészt az előadó által supponált neuritis, eltekintve attól, hogy kifejlődéséhez idő kell, nem jelentkezik azonnal teljes siketiség alakjában és jellemző adatokat szolgáltat a functionalis hangvillavizsgálatkor.

A fülészeti szempontból való megfontolás ezek szerint ellene szól az előadó elméletének, és addig, a míg megfelelő histológiai bizonyítékok nincsenek szóló nincsen megingatva azon meggyőződésében, hogy a tárgyalt esetek a functionalis zavarok csoportjába tartoznak.

Donáth Gyula: A gránátrobbanás okozta hallás-zavarok magától értetődően különböző természetűek lehetnek. Találhatunk dobhártyarepedéseket, labyrinthusrázkódásokat vagy vérzéseket és a hallókészülék egyéb bonczani elváltozásait. Az ezekhez csatlakozó teljes némaság természetesen főleg psychés, illetőleg functionalis eredetű lehet, mert különben kiterjedt vérzéseket kellene felvennünk a beszéd corticalis centrumaiban vagy a kiejtésre szolgáló idegek magvaiban, melyek okvetlenül egyéb súlyos tüneteket is okoznának. A hallókészülék sérülése maga aphasiás zavarokat nem okozhat, ellenben tudjuk, hogy erős psychés behatások, mint az ijedtség, a szavat elállíthatják, mint a népkifejezés is mondja, illetőleg a hysteriás némaságnak hirtelen véget vehetnek. Ismeretes e tekintetben a történelmi adat, hogy Kroesus királynak némán született fia hirtelen megszólalt, midőn atyjának élete a csatában veszélyben forgott. Azonban anatómiai elváltozások dacára a hallás kedvező viszonyok közt gyorsan visszatérhet, a mint azt a Pannonia-hadikórház egy esetében észlelte. A katonát San-Martinónál 1915 október 21.-én gránát okozta légnyomás kivetette a fedezékből és ugyanakkor nagy szikladarab maga alá temette, mely alól ki kellett húzni. Eszméletét elveszítette, a füleiből, orrából és szájából vérzett és aztán hányt. A beteg kissé kábultan feküdt, erős főfájása miatt folyton nyögött, álmatlan volt, *a mellett teljesen siket*, úgy hogy írásban kellett vele közlekedni. Ő maga felszólításra egy rövid fogalmazványt lassú, nehézkes írással meg tudott írni.Miután itt agyalapi vérzést és haematoma okozta agygyomást kellett felvennie, az agygyomás csökkentése céljából nov. 3.-án lumbalis punctiót végzett. Kiürített nagy nyomás mellett 40 cm³ kristálytiszt liquor, melynek mikroszkopos és bakteriológiai vizsgálata semmi különöset sem mutatott. A hatás feltűnő volt, harmadnapra a hallás teljesen visszatért, a főfájás azonnal csökkent. Ezután még voltak egy ideig subfebrilis, helyi-közzel 40° fölé is emelkedő hőmérsékek, melyeket resorptionalis láznak lehetett tekinteni. Valószínűleg az acusticusok a vérzés okozta nyomás alól felszabadultak. Tehát a hallás gyors visszatérése ily esetekben anatómiai okokból is történni lehet. A beteg azután még a bal végtag és a jobb facialis paresisét mutatta, a nyelv és különösen a bal kéz reszketett. Az emlékezőtehetség csökkent volt, olvasáshoz nem volt türelme. Éjjel még egy ideig harctéri álmak voltak, melyekben hangosan vezényelt. A gyógyulás zavartalanul haladt elő.**Jendrassik Ernő:** Ugy látta, hogy ezek az esetek mind hysteriás természetűek. A szöveti elváltozással járó eseteknek egészen más a képe. A háborús traumás neurosisok teljesen olyanok, mint a békében megfigyelt hysteriás esetek. A mikrostrukturális elváltozás felvétele ellen szól az, hogy ezeket az eseteket, főképp a siketeket és némákat, a klinikán két-három nap alatt meggyógyították. Azt a felfogást, hogy a gránátrobbanástól elütött nem kapott psychés traumát: nehéz elfo-

gadni. Nagy psychés trauma a fronton lenni, s egyáltalában nincsen kimutatva, hogy a neurosis-eseteket elütötte a gránát. A recidiva, amely eléggé gyakran fordul elő, érthetetlen marad akkor, ha felveszszük, hogy a vérzéses baj már meggyógyult.

Holitsch Rezső: A fronthoz közel levő táborikórházba beszállított, robbanás következtében eszméletlen betegek, ha durva sérüléseik vannak, rendszerint feltüntetnek traumás neuritishez, vagy traumás neurosishoz hasonló megbetegedést. A sebesülés nélküli, eszméletlen állapotban beszállított betegek eszméletük visszatérése után gyakran látszanak siketnek vagy siket-némának. Feltűnő azonban, hogy ezek a tünetek csakhamar — egyik napról a másikra — elmúltak, ha e tünetekkel nem foglalkoztunk. Viszont, ha a betegnek panaszával (siket-ségével stb.) bővebben foglalkoztunk, akkor e panaszai maradandóbb jellegűvé lettek. Valószínű tehát, hogy e panaszok (siket-ség stb.) többnyire hysteriás természetűek.**Pollatschek Elemér:** Különösen az utolsó hozzászóló készletét egynehány megjegyzést tenni. A szóló a vita folyama alatt csupán általában gránát-légnyomás következtében beállott siketiségről hallott beszélni. Alkalma van több mint egy év óta nagyszámú ilyen beteget észlelni és ezen idő alatt a gránát-légnyomás következtében beállott siketiségnél következő alakjait látta:

1. A középfül kétoldali sérülése után beállott siketiség.
2. Traumás neurosisok.
3. Commotio labyrinthi után beállott siketiség.

A traumás neurosisok és a labyrinthus-rázkódás után beállott siketiség teljesen hasonló körülmények között jönnek létre. Mindkettőnél eszméletlenség van, de az esetek tünetei habár külsőleg hasonlóak, a vizsgálat alkalmával és a gyógyulás és gyógyíthatóság tekintetében lényegesen különböznek. A traumás neurosisokban nem elégszünk meg a scleralis érzékelenség tünetével, hanem vizsgáljuk, hogy van-e a betegnek látótérszűkülete, vizsgáljuk a garat és gége érzési eltéréseit és egyáltalában rendes neurologiai vizsgálatnak vetve alá a beteget, nem elégszünk meg egy tünettel. A labyrinthus-rázkódás utáni siketiséget, dacára a normalis dobhártya-leletnek, nagyon pontosan meg tudjuk állapítani (nystagmus, egyensúlyzavarok, hangvilla-vizsgálat, calorikus vizsgálat) és ezen módon a kettő közötti differentialdiagnózis csak az elég ritka kétoldali labyrinthus-commotio eseteiben nehezebb. Fontosnak tartja tehát megjegyezni, hogy ne beszéljünk általában siketiségről, hanem különböztessük meg a leírt két alakot.

A mi traumás neurosisokban a gégeleletet illeti, erre vonatkozólag az a megjegyzése, hogy ezen esetekben a gegékép olyan változó, a mozgási zavarok nem vonatkoznak egyes izomcsoportokra, mint szervi hűdésekben, hogy a vizsgáló orvosnak igazán nem lehet más kórisméje, mint az „aphonia nervosa“. Az ilyen mozgás-zavarok teljesen utánozhatják a szervi hűdéseket és mégis functionálisak. Felemlít egy esetet. A beteg 1915 májusban jobboldali lágyszájpad-hűdést és baloldali recurrens-hűdést talált. A lelet alapján a katonát szabadsággolták. Most február 25.-én látta ismét a beteget: a leírt mozgás-zavarok teljesen visszafejlődtek, a katona teljesen szolgálatképes lett.

Ismételve felszólalásának célját, kiemeli, hogy a harctéri siketiség-esetekben lényeges különbséget kell tenni a traumás neurosisok és a labyrinthus-rázkódás következtében beállott siketiség között.

Berend Miklós: Az „idegshock“ fogalma megoszlott. Kezdetben, a mikor még nem volt positioharc, igen gyakoriak voltak azok az esetek, mikor már a pár lépésnyire levágott gránát szelétől is jogot formáltak ahhoz, hogy meglegyen a jó kis, hazavezető „idegshock“. Ezek részben tiszta hysteriások, de nagy részben aggravalók. Ezek jöttek a segélyhelyre eltorzult arczzal, hebegéssel, dadogással, remegéssel.

De ma, a segélyhelyen legalább, nem látjuk ezeket az eseteket; a kik ma kerülnek oda „idegshock“-kal, azokat eszméletlenül hozzák; ezeken súlyosabb agyrázkódást feltételezni megvan minden ok. Nem szabad, meggyőződés szerint, sem a kizárólagos functionalis, sem a kizárólagos organikus elváltozások nézőpontjából itélkezni; mert mindkét eset elképzelhető. Ellenben hangsúlyozni kívánom azt is, hogy láttam olyan egyéneket, akiket a közvetlenül mellettük levágó gránát betemetett a fedezékbe s akiknek, ha lerázták magukról a földet, semmi bajuk sem volt.

Szász Tibor: Félreértett szavai helyreigazítása czimén megjegyzi, hogy a fülész el tudja dönteni, van-e organikus elváltozás vagy nincs.

Sarbó Artur: Sine ira et studio hagyta magára hatni az eseteket. Minden régi tudását elfelejtette. És észlelte az eseteket, mi lett belőlük és így alakult ki a véleménye. Kellemetlen helyzetben volt, mert nem egyformán remegnek a betegek. Az egyik átkelt a Drinán, a másikonak a lövészárokban dagadt meg a lába, és remeg. Százával vannak ilyen esetek. De előfordul olyanon is, a ki sohasem volt a harc-téren. Minden esetben ki kell kutatni az okot és meg kell találni, mert gránáthatásnak vettek oly esetet is, melyben a betegnek bal lába 13 éve rezeg, és kiderült, hogy az uraságnak egy árokból vizet lapátolt, az egyik lába benne volt az árokban, a másik a szárazon volt, és így ki lehetett hozni az okot, a mire előbb nem gondoltak.

A hozzászólók más malomban örölnék. A hysteriásokat a szóló is gyógyítja. Ő is tudja, mi a hysteria, mi a hypnosis, csodagyógyulásokat ő is tud produkálni. De ezek az esetek nem gyógyultak meg. Szívesen odaadja az eseteket kezelésre és várja az ígért rövid néhány napos gyógyulást.

Ezen esetekben a psychés behatás hiányzik, mert álmában vagy olyan gyorsan éri a behatás a beteget, hogy nincs ideje megjedni, hamarabb elveszti eszméletét.

Eberlein különben szóról-szóra ugyanezen tüneteket gránátrobánás után lovakon találta.

A szóló 2400 sérültet észlelt kórházában és nem látott traumás neurosist, míg pénztári praxisában minden kis sérülésnél jelentkezett ilyes, mert a specialista szemész vagy gégész ennek nevezte, mintha a traumás neurosis körülírható kórkép volna. A szóló ezt külön kórképnek nem ismeri el.

Pollatschek-nek megjegyzi, hogy a kötőhártya- vagy garatérzéselenség csak jel, a melynek jelentősége nincs, nem értékelhető, mert más betegeken is az esetek 50—60%-ában előfordul és a beható idegvizsgálat sem derített ki bizonyára mást. Ezen egyének habitusa ellít attól, a mit hysteriásnak ismerünk. Hysteriás viselkedésük ezen egyéneknek nincs, nyugodtan és úgy viselkednek, mint más organikus betegek.

A szóló nem psychésnek, hanem physikainak tartja e laesiókat; ezek nem neurosisek, hanem súlyos betegségek.

PÁLYÁZATOK.

3420/1916. sz.

Besztercebánya sz. kir. városnál elhalálozás folytán megüresedett és a város képviselőtestülete által választás útján betöltendő **városi ügyvezető orvosi** és az ennek betöltésével esetleg megüresedő **városi rendőrorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

A 35 évi szolgálat után teljes nyugdíjra igényt adó ügyvezető orvosi állás az 1912: LVIII. t.-cz.-hez csatolt C. illetménytáblázat szerinti IX. fizetési osztály 3. fokozatában megállapított javadalmazással, vagyis 2600 korona kezdőfizetés és 700 korona lakáspénzzel, nemkülönben 30 ürköbméter kemény hasábfának előállítási áron való megvételeire való jogosultsággal van egybekötve.

Az ugyancsak 35 évi szolgálat után teljes nyugdíjra igényt adó rendőrorvosi állás után pedig az említett C. táblázat szerinti X. fizetési osztály 3. fokozatában megállapított javadalmazással, vagyis 2000 korona kezdőfizetés és 630 korona lakáspénzzel, nemkülönben 30 ürköbméter kemény hasábfának előállítási áron megvételeire való jogosultsággal van egybekötve.

A fizetési osztályon felül a magasabb fokozatba az előlépés a városi szervezési szabályrendelet értelmében történik.

Felhívom azokat, a kik ezen állások valamelyikére pályázni akarnak, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában s illetve az 1912: LVIII. t.-cz. 22. §-ában előírt kellekeket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket **1916. évi május hó 30.-áig bezárólag** hozzám nyújtsák be.

Az elkészve beadott kérvények nem vétetnek figyelembe.

Besztercebánya, 1916 május 5.

Répási Mátyás dr. s. k., alispán.

RÖNTGEN ERICSSON magy. vill. r.-t.
 és egyéb villamos ezelőtt: DECKERT és HOMOLYA
gyógyászati BUDAPEST,
készülékek VI., Vörösmarty-u. 67. Telefon: { 28-09
 — Röntgen-csővek, lemezek, erősítőernyők állandóan raktáron. —

<p>Asomnia Ideges testi fájdalmak vagy psychikus és ideges bántalmak által előidézett álmatlanság.</p>	<p>Magán- pénztári- kórházi- csomagó- lások</p>		<p>Prof. K. v. Noordensze- rint. Natr. di- aethyl. barb. Phenac. Cod. tabletták és porok.</p>	<p>Igen hathatos aliatószer és sedativum mellékhatás nélkül. Rp.: Veranacetin-Tabl. Egy eredeti cso- magolás (24 tableta) K 3.20. S.: 2—3 tableta lehetőleg forró folya- dékban, szükség szerint két óra múlva két további tableta. Rp.: Veranacetin-por á 0-6. S.: Este, vagy szükség szerint 1 por.</p>
<p>Vérveszteségek, Étvágytalanság, Ideges bajok, Női bajok, Ekzémák, Véranomáliák, Gyengeségi állapotok.</p>	<p>Különösen bevált vas- és arsen- therapia Ovo-Lecithin- Manganvas (alkohol- szegény) és Arsen-Regenerin</p>		<p>Arsen-Ovo- Lecithin- Manganvas váltakozóan alkalmazva.</p>	<p>Enyhe vaskészítmény, mely gyomor-, bélyengéségnél, továbbá bőr- és sexuales bajoknál is, hathatósan bizonyult. Rp.: Egy eredeti üveg K 3.— A vérképzésre és testsulyra éltetően és regenerálóan, nagy fokban hat. Dugulás kizárva. Gyomorzavar nem lép fel. Jó ízű szirup-alak. Rp.: Egy fél literes üveg K 3.50.</p>
<p>Idült, garat- és gégefőhurutok, csökkenti a köhögési ingert.</p>	<p>Extract. fruct. Pini Dr. Weil</p>		<p>cum Menthol satur.</p>	<p>Kitünően bevált idült garathurutnál. Csil- lapítja a köhögési ingert, kellemesen hűsít, kítő expectoráló hatással. Rp.: Menthol-Turiopin. Egy eredeti üveg K 1.50. S.: 3—10%-ig inhalatióra és gargari- zálásra. 1—5%-ig injectióra és a larynx ecsetelésére.</p>
<p>Száraz garathurut.</p>	<p>Jod jodkali 2%, Glycerin 5%</p>		<p>Menthol 1%, Turiopin.</p>	<p>Különösen bevált a száraz garathurut minden alakjánál. Kellemesebb és hathatósabb, mint a Lugol Mandl-féle oldat. Egy eredeti üveg K 1.50. S.: Higítás nélkül ecsetelésre.</p>

Irodalom és minták a t. orvos uraknak díjmentesen küld:

Dr. R. és Dr. O. Weil, vegyi gyógyszer. gyár Frankfurt a. M.

és a képviselő: **Pogány Gábor,** Bakos János czimén Esztergom, Kölcsey-utca 18.

**HIRDETÉST TERVEZ
REKLÁMOT SZERVEZ**

GYŐRI-NAGY

hirdetési iroda
Budapest, VII., Erzsébet-körút 19.
Telefon József 19-95.

Hirdetést az összes lapok számára felvesszünk.

Wessely István és Társa utóda

cégtulajdonos: NAGY KÁROLY FRIGYES

orvosi műszerész

Budapest, IV., Kigyó-tér 1.

TELEFON 6-86.

REICHERT K.

utóda

REIMANN GYÖRGY

BUDAPEST, VIII., Üllői-ut 12. szám.

Különleges szaküzlet:

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

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



Mikroszkopokat és egyéb készülékeket kívánatra előnyös részletfizetés ellenében is szállít.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

EGGER EMULSIÓ
KITÜNÖ CSUKAMAJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

Kuranstalt Friedmann

Vöslau-Gainfarn, Wien mellett.

Intern sanatorium az összes természetes-diaetikus gyógymóddal.

Egész éven át nyitva.

Vezető főorvos: Dr. K. Linnert.

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

**Walthers' Elixir Condurango
peptonat. Immermann's**

Kiváló stomachicum.

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

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

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

— Irodalom és próbáiüvegek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre. —

Egyedüli készítő

F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium
STRASSBURG, Elsass, Rheinziegelstr. 12.

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



Tabl. Ferri Protoxal.

Dr. Deér

sine et cum arseno

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

4437

Sanatorium Davos-Dorf

Gyógyintézet a tuberculosís valamennyi alakja számára.

Vezető orvos: Dr. L. v. Muralt.

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

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség:
IX., Knežits-utca 15.

Megjelenik minden vasárnap
2¹/₂—3¹/₂ íven.

Egyes számok kaphatók Kállán
Frígyes egyetemi könyvkeres-
kedésében (Váci-utca 32 sz.)
Egyes szám 60 f. Mellékletes
szám 1 kor. 20 f.

ALAPITOTTA:

MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

FOLYTATTA

ANTAL GÉZA és HÓGYES ENDRE.

SZERKESZTI ÉS KIADJA

LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON

FŐSZERKESZTŐ.

SZERKESZTŐ.

Küldemények és előfizetések cízme

Orvosi Hetilap szerkesztősége és kiadóhivatala Budapest, IX., Knežits-utca 15. sz.

Hirdetések kizárólagos felvétele

Pesti Alfréd "PETŐFI" irodalmi vállalata, Budapest, VII., Kertész-utca 16. szám. Saját ház.

Kiadóhivatali

IX., Knežits-utca 15.

Előfizetési árak:

helyben és vidéken:

egész évre... 20 kor.

fél évre... 10 "

negyed évre... 5 "

Orvostanhallgatók, szigorló

orvosok és a kötelező kórházi

gyakorlatot teljesítők felét és

a portót fizetik.

CAPHOCAL

diätetikus calcium phosphátos készítmény (7%).

Alkalmaztatik: Budapest-székesfőváros összes kórházaiban.

Zita (3000 ágyas) hadikórházban.

Az Erzsébet királyné tüdőbeteg-sanatóriumában.

Az összes állami gyermekmenhelyeken.

Orvos uraknak irodalommal és mintával készséggel szolgál a „Caphocal”-főraktár:

Garay-gyógyszertár: Budapest, VII., Garay-tér 19. sz. — Telefon: József 23—39.

Katarrhusok

ellen!

GLEICHENBERG GYÓGYHELY

Steiermark

Saison: május 15-től szept. 30-áig.

Prospectust küld a

Kurkommission.

RÖNTGEN ERICSSON magy. vill. r.-t.

és egyéb villamos
gyógyászati
készülékek

ezelőtt: DECKERT és HOMOLKA

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

Röntgen-csővek, lemezek, erősítőernyők állandóan raktáron.



STEPANEK ANTAL

orthopédiai gépek- és orvosi műszer készítő.

Ajánlja legelsőrendű saját készítményű orvosi
műszer, kötszer, orthopaed gépek és beteg-
ápoláshoz szükséges összes gyártmányokat.Műszerjavítások, dynamo-nik-
kezelések, műköszőrülések
jutányos áron elvállaltatnak.

A magyar kir. állami klinikák szállítója.

Budapest. VIII., Szentkirályi-utca 49.

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.

Künstl.
Heliotherapie

Gewinnt täglich an Bedeutung auf überaus zahlreichen Anwendungs-
gebieten und gilt heute als unentbehrlich für jeden Arzt, jedes
Krankenhaus, Sanatorium, Kriegslazarett und für Tuberku-
losebekämpfung. 273 Publikationen. 3000 Bestrahl-Apparate
„Künstliche Höhensonne“ im Gebrauch. 3 grosse Preise. Literatur gratis.
Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H., Linz a. d. Donau

Dr. PÁPAY VILMOS-féle oltóintézet BUDAPEST, VI.
Teréz-körút 31.

Pontosan mérsékelt árakon szállít kítőnő minőségű

himlőnyirkot

Telefon: 20—19.

typhus-, kolera-, tetanus-, dysenteria-, men-
ningitis, diphtheria-elleni és minden más bevált
oltóanyagot és serumot.

Sürgőnyczim: PÁPAY oltó-intézet.



Ulcus cruris

ellen

„Sozjodol“-Hydrargyrum

1%, kenőcs a következő formula szerint:

Rp. „Sozjodol“-Hydrargyri	1,0
Lanolini	90,0
Vaselin. flav. ad	100,0
Késhátnyi vastagságban felkenve.	

Utókezelésre: „Sozjodol“-Hydrarg. 1,0, Talc. venet. 99,0.

„Mindenesetre én és a beteg igen kellemesen voltunk meglepve, hogy a lábfelekérek, melyek előbb hónapokat igényeltek a gyógyulásig, ily rövid idő múlva simán gyógyultak.

(Vad. d. S. Therapie 1910, 84. old.)

„Sozjodol“-higany oly kevésbé mérge, hogy 1%-os dörzsölésekkel még nagyobb sebfelületek is kezelhetők. Még kétségbeesítő eseteknél is hatásos.

U különlegességi brosurát és kísérleti mennyiséget díjmentesen küld a t. orvos uraknak H. Trommsdorff, vegyi gyár, Aachen 7 O

Merjodin syphilis ellen.

Magas titerű hazai szérum-készítmény.

Erőssége állandóan ellenőrizve.

DYSENTERIA-SZÉRUM

a) antitoxikus (Shyga-Kruse), b) antiinfectiosus (Flexner), c) polyvalens

befecskendezési adag:
profilaktikus célból = 10–20 cc.
kuratív „ = 20–40 cc.

JENNER-PASTEUR-INTÉZET, Budapest VIII.

MÁTÉ MIHÁLY orvosi műszerész

kórházberendezési vállalata

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

Egyetem templommal szemben.

Orvosi műszerek, teljes orvos- és kórház-berendezések.

:: Szakszerű pontos kiszolgálás. Jutányos árak. ::

Költségvetésekkel készséggel szolgálók. Vidékre személyesen utazom.

Kuranstalt Friedmann

Vöslau-Gainfarn, Wien mellett.

Intern sanatorium az összes természetes-diaetikus gyógy módokkal.

Egész éven át nyitva.

Vezető főorvos: Dr. K. Linnert.



Legjobban ajánlhatom önműködő zárrakkal 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. Apotheke, WIEN II., Castellezg. 25.

Wessely István és Társa utóda

cégtulajdonos: NAGY KÁROLY FRIGYES

orvosi műszerész

Budapest, IV., Kigyó-tér 1.

TELEFON 6-86.

Dr. Erényi Jenő kir. tan. és Dr. Simon Hermann specziális gyógyintézete.

Gyomor-, bél- és cukorbetegék részére hizlaló- és fogyasztókúrák. Sanatorium Esplanade, Karlsbad, Alte Wiese 36.

Belföldi pótkészítmény.

Hashajtó gyümölcskonfekt

LAXIPOMIN

Orvosilag számos oldalról rendelve és ajánlva:

Székrekedésnél, a belek renyheségénél, haemorrhoidáknál.

Eladási ára 1 kor. — Kapható minden gyógyszertárban.

Készíti és szállítja:

Alte f.-e. Hofapotheke, Salzburg.

Bad Hall

in Ober-Österr.

Elsőrangú jódbromfürdő. Európa legrégebb és leggyógyhatásosabb jodos forrása.

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

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

Sanatorium Dr. v. Gerstel.

Télen át is nyitva.

Dr. EGGER-fele készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

EGGER EMULSIÓ
KITÜNÖ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Ónodi A.: A gégefedő xanthomája. 271. lap.

Elischer Gyula: Közlemény a budapesti kir. magy. tud.-egyetem III. sz. belklinikájáról. (Igazgató: Báró Korányi Sándor dr., egyetemi nyilv. r. tanár.) A vesék Röntgen-átvilágításának módszere. 271. lap.

Leitner Fülöp: Közlemény a laibachi cs. és kir. 5. sz. tartalékkórházból. Adatok egy harcztéri typhusjárványról. 274. lap.

Szana Sándor: Csik vármegye 1915.-i nagy gyermekhalandóságának okai. 275. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Fritz Winther: Körperbildung als Kunst und Pflicht.

— *Lapszemle. Belorvostan. Schlesinger*: A meningitis epidemica atypusos és abortiv alakjai felnőtteken. — *Spitzky*: A Röntgen-sugarak befolyása a gyomor chemismusára. — *Sebészlet. Bruegel*: Az ujjakon és a kéztőn gyógyult phlegmonék után beálló heges inzsgorodás. — *Szülészlet és nőorvostan. Jung*: A gyermekágyi fertőzések kezelése. — *Bőrkórtan. M. Joseph*: Dermatológiai czélokra alkalmas glicerinpótszer. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Reiss*: Granugenol. 279—280. lap.

Magyar orvosi irodalom. 280. lap.

Vegyes hírek. 280. lap.

Tudományos Társulatok. 281—283. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A gégefedő xanthomája.

Irta: Ónodi A. dr., egyetemi tanár, az egyetemi orr- és gégegyógyászati klinika igazgatója.

Tudomásunk szerint az irodalomban csupán egy eset van felemlítve. Ugyanis *Rhodes E. J.* (Internationales Zentralblatt f. Laryngologie, 1907, 1910) egy fiatal emberen multiplex xanthelasmákat észlelt a gégeében, s légcsőmetszés végeztetvén rajta, a gége duzzanata két év múlva felényire visszafejlődött.

Mint ismeretes, a xanthomákat három csoportba osztják, ú. m.: 1. a valódi xanthomák, 2. a xanthelasmák vagy tüneti xanthomák és 3. a pseudoxanthomák csoportjába. A xanthomákra jellegzetesek a xanthomasejtek, különböző nagy sejtek ezek, melyek egy vagy több magvat tartalmaznak, plasmájuk habszerű szerkezetet mutat, zsíros anyagból álló cseppekkel és tűkkel, a kettős fénytörésű anyag cholesterin-savas esterrel beszűrődött kötőszöveti sejtekből áll. A tiszta xanthomák valódi kötőszöveti daganatok és a kötőszöveti fibrillák között elhelyezett xanthomasejteket mutatnak, de kombinálva más daganatokkal is előfordulhatnak, ilyen a fibroxanthoma, fibrosarcoxanthoma, sarcoxanthoma és óriás-sejtxanthoma. Míg a valódi xanthomák maradandó daganatok, addig a xanthelasmák vagy tüneti xanthomák önként vagy kezelésre visszafejlődnek a xanthomasejtek elfajulása és szét-esése folytán. A xanthelasmák icterus, diabetes és nephritis mellett is előfordulnak. Pseudoxanthoma elnevezéssel azon eseteket jelöljük, amelyekben xanthomasejtekhez hasonló képletek fordulnak elő. A xanthomasejtek pathogenesisét és pathológiáját illetőleg utalunk *Krompecher* tanár kimerítő munkájára, melyben saját beható tanulmányai mellett az idevonatkozó irodalom is megtalálható.*

A xanthomák lencse- vagy borsónagyságú foltok csomók alakjában fordulnak elő és többnyire a szemhéjon, továbbá a könyökön, a térden, a felső végtagok feszítő oldalán stb. *Krompecher* xanthoma-, illetve pseudoxanthomasejteket nyelvvrák három esetében és leukoplakia linguae egy

* Vergleichend-biologische Studien betreffend die Fibroblasten und Makrophagen (Eiterphagocyten, Pseudoxanthom, Typus Gaucher — Malakoplakie — Rhinoskleromzellen) des menschlichen Granulationsgewebes. Aschoff u. Marchand: Beiträge zur pathol. Anat. u. zur allg. Pathologie, 1913.

esetében, továbbá az alsóajak egy sarjdaganatában, egyszer a fül cholesteatomájában látott, végül az arcbőr xanthomáját és retrobulbaris fibroxanthomát is észlelt.

Esetünk egy 42 éves K. A. nevű katonára vonatkozik, ki a következő panaszszal jelentkezett: nyeléskor kellemetlen érzés a nyelvgyökön, krákogás és köhögés. A garat és gége nyálkahártyájára vérbőséget mutatott. A gégefedő lingualis felületén, közel a széléhez, a plica glossoepiglotticától kissé jobbra borsónagyságú, halványvörös, sima, körülírt daganat ült, mely eltávolított. *Krompecher* tanár szövettani vizsgálata a következő leletet nyújtotta:

A szövetrészet rétegzett laphámmal borított, a mely helyenként diffus módon vastagodott, máshol vékony csapok alakjában nyomul a mélybe, de sehol annyira kiterjedt szaporodást nem mutat, hogy carcinomának volna minősíthető. Lényegileg kötőszövetből áll, a mely főleg a megvastagodott hám alatti rétegekben gömbsejtesen beszűrődött. Maga a kötőszövet azonban annyiban tér el a közönséges egyszerű polypusokban is található kötőszövetétől, hogy igen sejtűs, vagyis rostokban igen szegény és sejtei nagyok, polygonalisak, vagyis bizonyos fokig hámra emlékeztetők és magvuk aránylag kicsi, a sejtek protoplasmájában finom törmelékes, *van Gieson* szerint piszkos lila-rózsaszínűre festődő anyag foglaltatik. A mondottak alapján kétségtelen, hogy eme sejtek pseudoxanthomasejteknek felelnek meg és így a gégefedő daganata a xanthoma szerkezetét mutatja.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem III. számú belklinikájáról. (Igazgató: Báró Korányi Sándor dr., egyetemi nyilv. r. tanár.)

A vesék Röntgen-átvilágításának módszere.

Irta: *Elischer Gyula* dr., egyetemi magántanár, a Röntgen-laboratorium vezetője.

A vesék Röntgen-sugaras átvilágítása azért nem volt lehetséges, mert a hasfal, a has-szervek és az ágyékizomzat árnyéka elfedi azokat, másrészt az átvilágítás alkalmával a hasban keletkező nagyfokú secundaer sugárzás is akadályozza a vesék árnyékának megjelenését az átvilágító ernyőn. Csak igen kivételes esetekben sikerül nagy fokban lesóványodott egyéneken dislokált vesék mellett azoknak árnyékát az ernyőn megkülönböztetni, de az ilyen esetek csak mint véletlen leletek említhetők a más okból történt átvilágítás adta leletek mellett.

A compressiós fényrekeszek segítségével készült vese-fényképfelvételek sikere ama körülménynek köszönhető, hogy ezzel a módszerrel a vese Röntgen-képének létrejövetelét akadályozó tényezőket bizonyos fokig kiküszöbölhetjük. A compressiós fényrekesz hengerével ugyanis a vese felett és körül fekvő szerveket dislokáljuk, a mi által a vese szabadabban fekszik, a nyomással pedig a lámpa focustávolságát és a secundaer sugárzást csökkentjük.

Bár a fényképfelvétel a mai igen fejlett technika mellett nemcsak a vesékben levő concrementumok felismerését, de a vesemedenczének és veseállománynak bizonyos elváltozásait is hozzáférhetővé teszi, egyik hátránya az, hogy segítségével a veséknek csak alsó része lesz látható, és minthogy mindegyik oldali vesét külön-külön kell lefényképeznünk, azoknak nem nagyon kifejezett nagyságbeli különbsége esetén erre vonatkozólag felvilágosítást nem adhat. Ezen utóbbi körülmény abban leli magyarázatát, hogy a fényrekesz tubusának beállítása és a vele gyakorolt nyomás a két oldalon nem történhetik pontosan ugyanazon beállítási szöglet és nyomás alatt. Az egész vese képének előállítása kedvező feltételek mellett ezen módszerrel is sikerülhet, de ez megint csak a véletlen ritkaságok közé tartozik.

A vesék Röntgen-felvételeiből az derült ki, hogy az ágyékizomzat a vese képének létrejöttét nem akadályozza és így feltehető az, hogy az átvilágításakor sem fogja megakadályozni azt, hogy rajta keresztül a vesék árnyékát az ernyőn felismerhessük. Ha tehát a veséket az átvilágításnak akarjuk hozzáférhetővé tenni, akkor csak ugyanazokat a zavaró körülményeket kell kikapcsolnunk, a melyek a fényképfelvételkor is szerepelnek, nevezetesen a hasi szervek zavaró helyzetét és a secundaer sugárzást.

1904-ben közölte *Korányi Frigyes* módszerét a vesék kikopogtatásáról, a mely a következőkben áll: A vizsgálandó egyént hasfekvésben úgy helyezte el egy henger alakú párnán, hogy a harántul elhelyezett henger felső határa a processus xiphoidesnél fekszik, alsó határa nem éri el a két spina anterior superiorit. Más szóval a vizsgálandó egyén főképpen az epigastriumával fekszik a hengerpárnán. Ilyen helyzetben azt érzük el, hogy a felső test lejtősen fekvő helyzete folytán a belek előre kerülnek, az ágyékizomzat elernyed, a horpasztáj bemélyed és a máj a gerincoszloptól 4—15 cm.-nyire távolodik, a minek folytán a vesék szabadabban fekszenek, illetőleg a kopogtatási hangjukat a szomszédos szervek kevésbé befolyásolják. *Korányi Frigyes* ezen módszerével a vesék helyzete, nagysága és mozgékonyasága állapítható meg kopogtatás útján; e módszer eredménye és klinikai hasznavehetősége azóta beigazolódott.

Ha az előbb leírt módszer alapjául szolgáló elvet tekintetbe vesszük, akkor önként kínálkozik a veséknek ilyen helyzetben való átvilágításának kísérlete. A vesék átvilágítását hátráltató okok tulajdonképpen ugyanazok, mint a melyek azok kikopogtatását gátolják, mert mindkettőnek sikere, a mint az a Röntgen-felvételekről leírtakból is kitűnik, ugyanazon feltételekhez, a zavaró hasi szerveknek a veséktől való eltávolíthatóságához van kötve.

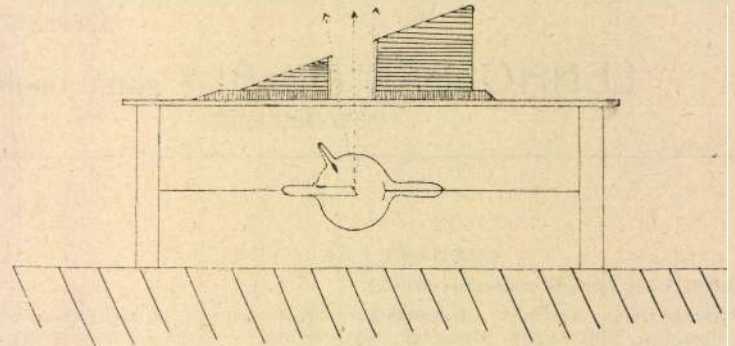
Ezek szem előtt tartásával először egy igen sovány egyénnel végeztem kísérletet oly módon, hogy az illetőt trochoskopon a *Korányi*-féle helyzetben ventrodorsalisán átvilágítottam. Ez a kísérlet feltevéseim helyességét beigazolta, a mennyiben a rekesz alatt az utolsó borda árnyékával együtt a gerincoszlop két oldalán a légzési mozgásokat kissé követő, a vesék alakjának megfelelő árnyékok jelentek meg az ernyőn.

Az átvilágítás kedvezőbb feltételek mellett való keresztülvitelére a következő készüléket szerkesztettem. (Lásd az 1. ábrát.)

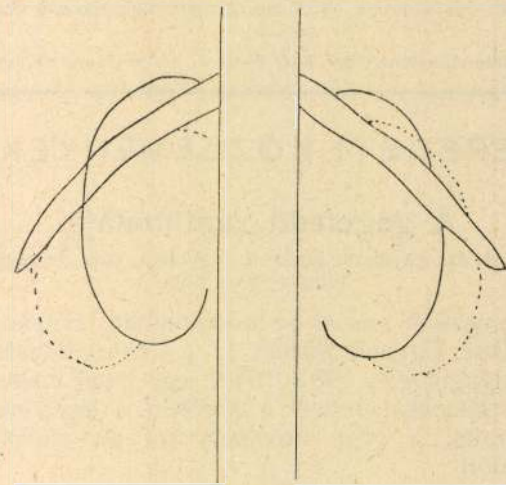
A trochoskop asztallapjára egy közepén 20 cm. átmérőjű kör alakú nyílással ellátott, ólomlemezsel bevont falapot helyeztem, melynek nyílására egy ugyanolyan átmérőjű, felül ferdén levágott, ólommal bélelt hengert állítottam. A hengert egy ék alakú párna veszi körül, melynek felső ferde síkja a henger ferde síkjával lejtőt alkot, úgy hogy a henger a

párna síkjából nem áll ki. A henger felső kerülete ebonit-karikával van körülveve. A Röntgen-lámpa a henger alsó nyílása alatt foglal helyet.

A vizsgálandó egyént, miután a beleit előzőleg jól kitisztítottuk, úgy fektetjük a párnára, hogy medenczéje annak legmagasabb részén feküdjön, a henger alacsonyabb széle a processus xiphoides metszse. Ilyen berendezés mellett nem-

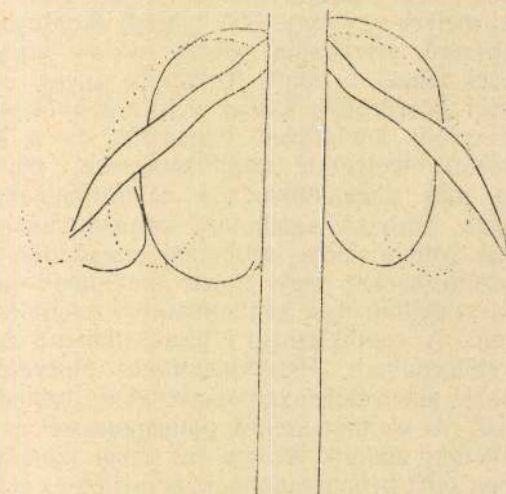


1. ábra.



2. ábra.

— Normalis vesék, - - - - - mély belégzés.



3. ábra.

— Normalis vesék, - - - - - mély belégzés.

csak azt érem el, hogy a has-szervek előbbre csúsznak, de azt is, hogy a tubus segítségével csak a vesetájakat világítom át és a secundaer sugárzást küszöbölkö ki, s ezenkívül a tubus az egyén súlyánál fogva az egyén hasára a compressiós fényrekesz módjára enyhe nyomást is gyakorol.

Ha már most a vizsgáló szemének kellő accomodatiója után, a mire ezen eljárásnál különösen nagy súlyt kell helyezni, a Röntgen-lámpát bekapcsoljuk, akkor a fluoreszkáló ernyő

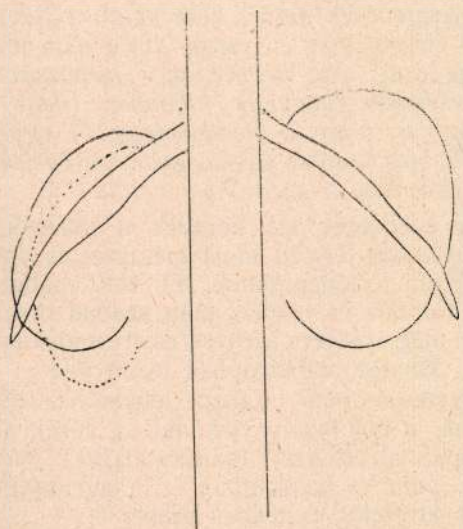
világos körében a következőket látjuk: A világos kört a gerincoszlop árnyéka két részre osztja és a két félkör mindegyikének felső részén a XI és XII. vagy csak az utolsó borda árnyékát láthatjuk. A gerincoszloptól jobbra és balra a borda árnyékával együtt a vesék egész alakjának megfelelő árnyék tűnik fel. A bal vese mellett a legtöbb esetben a lép alsó polusának árnyéka attól élesen elhatárolva látható. A jobb oldal természetesen általában homályosabb, mint a bal, de a vese képe itt is jól kivehető.

Normalis viszonyok mellett a vesék mély belégzéskor leszállnak és az alatt a világosabb környezetben még jobban kivehetők (2., 3. ábra). Ilyenkor a lép elmozdulása folytán annak árnyéka is kifelé kerül, miért is a lép és a vese között világos csík jelenik meg. Légvételkor a vesék mozgása úgy meg végbe, hogy azok nemcsak lefelé szállnak, de egy-szersmind hosszátmérőjük ingaszerű kitérést végez kifelé; a legnagyobb kitérés az alsó poluson van, míg a felső polus a gerincoszloptól alig távolodik el. A vesék nagysága normalis viszonyok mellett egyforma, helyzetük egymáshoz viszonyítva sok esetben lefelé vagy felfelé kisebb eltéréseket mutat.

Kóros viszonyok mellett az eljárással a vesék nagyságbeli különbsége és azok mozgékonyasága igen pontosan megállapítható (4., 5., 6., 7., 8. ábra).

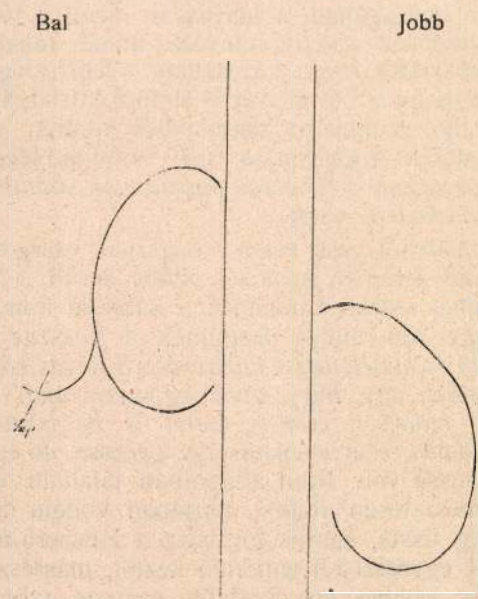
Olyan esetekben, ahol az ernyőkép homályos volta miatt különösen jobboldalt a vese képe nem jól vehető ki

vagy egyáltalában nem látható, ennek kiküszöbölésére a vastagbél felfúvását kísérelhetjük meg, ilyenkor a felfújt vastagbél a máj hátulsó részét felfelé tolja és a vese a belek világos területén az ernyőn jól kivehető. A mellékelt ábrákat a látható árnyékok ernyőrajzai után készítettem. A mód-



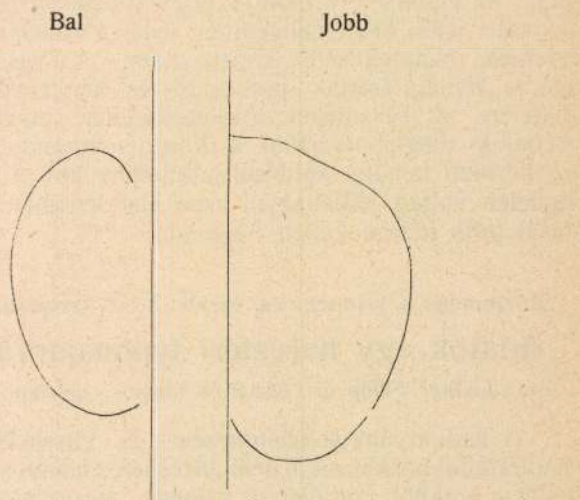
4. ábra.

Morbus Basedowi, Catarrh. apic. tbc. renis.
Nagy fixált jobb vese. A jobb vese légzéskor nem tér kifelé.



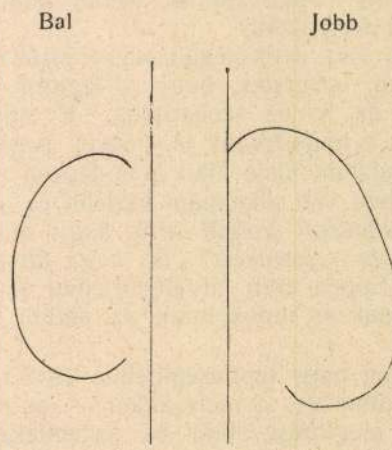
5. ábra.

Ptosis renis I. d.



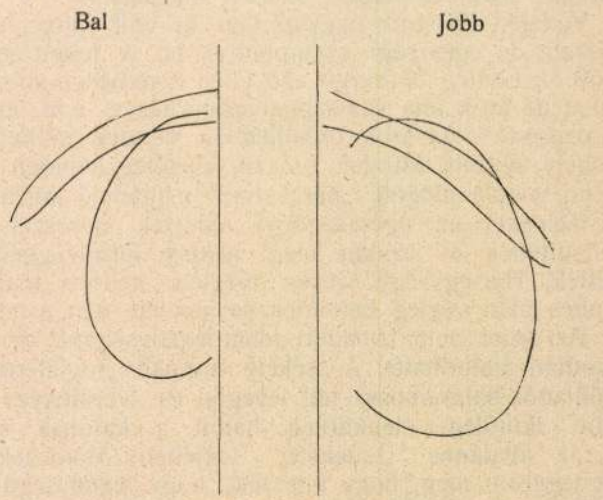
6. ábra.

Hólyagtuberculosis. A jobb vese nagy, nem mozog.
Hólyagcapacitás 40 cm³.



7. ábra.

Haematuria, pyuria. Érzékeny, tapintható jobb vese.
Klinikai diagnózis: Tbc. renis.



8. ábra.

Haematuria. Jobboldali vesefájdalmak. Jobb vese nem mozog.

szernek gyakorlati értéke ott lesz, ahol a vesék más vizsgáló eljárásoknak nem hozzáférhetők, mint pl. vesetuberculosis mellett fennálló hólyagcomplicatio esetén (lásd a 6. ábrát).

A centralis projectio miatt az ernyőn ezzel az eljárással is a veséknek valamivel nagyobbított képét nyerjük, de ez

természetesen nem zárja ki azt, hogy azoknak egymáshoz viszonyított méreteit a diagnózis céljaira értékesíthessük.

Érdekesnek látszott a vesék nagyságát orthodiagraph-fal meghatározni; e kísérleteim szintén eredményesnek bizonyultak, technikai okokból azonban még nem alkalmazhattam az eljárást oly módon, hogy következtetéseket vonhassak, ezért jelen közleményemben csak a veseátvilágítás módszereinek ismertetésére szorítkoztam. A vesék Röntgen-sugaras átvilágításának pontosabb és kényelmesebb keresztülvitelére a készüléket tökéletesítettem, ezzel akarván a vesebajok diagnostikájának a Röntgen-sugaras vizsgálatnak hozzáférhető néhány kérdését tanulmányozni. A háború miatt kénytelen voltam félbehagyni ezen kísérleteimet, azoknak folytatását jobb időkre kellett hagynom.

Közlemény a laibachi cs. és kir. 5. sz. tartalékkórházból.

Adatok egy harcztéri typhusjárványról.*

Irta: *Leitner Fülöp* dr., osztályos főorvos, egyetemi tanársegéd.

A hadijárványok jelentkezését és elterjedését általában a hadifáradalmakkal, a sok nélkülözéssel és hiányos testápolással, illetőleg ezekből eredőleg a katonák szervezetének csökkent ellenállóképességével szokás összefüggésbe hozni és magyarázni. Kétségtelen, hogy általánosságban így is áll a dolog. Azonban ezen általános okok mellett csak igen ritkán sikerül valamely nagyobb hadijárványnak valódi kiinduláspontját, a fertőzés forrását megtalálni.

A háborús viszonyok eléggé magyarázzák e nehézségeket.

Általánosan ismeretes, hogy a legtöbb typhusjárvány fe forrását az ivóvíz szolgáltatja. E tapasztalatot csak megerősíti azon typhusjárvány is, melyet majdnem 1½ évig tartó frontszolgálatom ideje alatt a budapesti m. kir. 1. honvédgyalozredben volt alkalmam észlelni és a mely egyúttal igen érdekes példaként szolgál arra, hogy miképpen lehet a kifogástalan tiszta „forrásvíz“ is nagy járvány terjesztője és fenntartója. Éppen ezen járványtörténeti szempontból tartom tanulságosnak és indokoltnak az alábbi járvány ismeretét.

Az aránylag nagy typhusepidemia 1915 tavaszán jelentkezett az ezredünkben, a mely akkor — az oroszok kárpáti offenzívájának megtörése utáni és az emlékezetes gorliczei áttörés előtti időkben — a Kárpátokban foglalt el védelmi állást. Teljesen nyugodt napokat éltünk akkor körülbelül 6 héten át a Kárpátoknak *Oroszvágs és Hegyzávod* községek környékén (Zemplénmegye) elterülő magaslatain.

Védelmi állásunk nagyszerűen ki volt építve, nemcsak hadászati, de egészségi szempontból is. A fedett shrapnell-ernyők az esetleg becsurgó eső ellen is védték honvédeinket; emellett az árok alja valósággal csatornázva volt és rózsával „padozva“. Az árok oldalfalában minden ember részére fekvőhely készült. Minden század, illetőleg minden szakasz védelmi vonala mögött „harcszerű“ megfelelő latrinák ásatkák, melyeket az egészségügyi altisztek mésszszel naponta fertőtlenítettek és azután még vékony földréteggel is behintettek. Ha egy-egy latrina megtelt, kellően alapos fertőtlenítés után végleg betömték és helyette újat ástak.

Az orosz nem támadott, tehát legénységünk az éjjeleket nyugodtan átaludhatta. A csekély nappali „foglalkoztatás“ a fenyőillattól balszamossá tett levegőn és verőfényes időben inkább üdítőleg, élénkítőleg hatott a katonák szervezétére az általános „tétlenség“ idejében. Mindezeket csak azért jegyzem meg, hogy kitéssék, hogy legénységünk szervezetének ellentáloképességét nem viselték meg ezen időben a hadifáradalmak.

Az ezred élelmezése úgy minőség, mint mennyiség szempontjából kifogástalan, jó volt. Ivóvizet az ezred védelmi állásai környékén nagy számmal talált kristálytisza vizű források szolgáltattak.

* A budapesti m. kir. I. honvédgyalozred segélyhelyén személyesen szerzett tapasztalatok alapján.

Mindezen igazán idealisnak mondható harcztéri viszonyok dacára tömegesen jelentkeztek lépcsőzetes emelkedést mutató magas hőmérsékkel, fejfájással, általános gyengüléssel és hasmenéssel járó, szóval a hastyphus kezdeti tüneteit mutató megbetegedések. Ennek következtében naponta átlag 12—15, sőt olykor 20 honvédet voltunk kénytelenek kórházba küldeni, eleinte természetesen a typhusra irányuló gyanunkat is kifejező, de mégis óvatos (helyesebben „bizonytalan“) „lázás bélhurut, typhus abdominalis (?)“ kórjelzéssel.

Az egész járvány alatt (négy hétig tartott) mintegy 500 typhusgyanus beteget adtunk le az ezredből.

Az idők folyamán aztán jelentkezett a segélyhelyen egy-egy a typhus előrehaladott stádiumában levő beteg is nagyfokú meteorismussal, roseolákkal, lépmeagnagyobbodással, de különösen a jellemző typhosus nyelvtünettel. Ezen esetek csak növelték és megerősítették a hastyphusra irányult eddigi gyanunkat. *Észleléseinket kiegészítették, feltevéseinket pedig megerősítették a kórházakból nyert magánértesítések, majd „hivatalos“ közlések, melyek révén kétségtelen megállapítást nyert, hogy beteg katonáink igen nagy része hastyphusban szenvedett és így az is, hogy ezredünkben csakugyan typhusjárvány uralkodott.*

Minden typhusgyanus beteget elkülönítettünk a csapattól, pontos, minden egyes „gyengélkedőn“ végzett hőmérőzés és alapos orvosi vizsgálat alapján.

A megbetegedések száma nem akart csökkenni! Ismételt ellenőrző vizsgálat az élelmezés körül nem tudott semmi gyanusát felfedezni. Az élelmezésre, „menázsira“ irányuló minden legcsekélyebb gyanunak különben ellene szólt már azon körülmény is, hogy a tréningénységéből egyetlen ember sem betegedett meg hasonló (typhusgyanus) tünetekkel. A betegek mind a rajvonalbeli katonákból kerültek ki.

Szigorú ellenőrzés alá kerültek a latrinák, melyek a rajvonat környékével együtt most mésszszel és chlormésszszel még alaposabban fertőtlenítettek. El volt rendelve, hogy a vizet csak felforralás és lehülés után szabad meginni. Hogy rövid legyek: meg volt téve az ilyen esetben kívánatos minden óvintézkedés. Mindez hiábavalónak bizonyult!

Természetesen nem szabad felednünk, hogy „harcztéren“ voltunk, a hol bizony például „a kezek alapos megmosása szappannal és vízzel minden étkezés „előtt“ és minden székelés „után“ a valóságban — a legénységnél — legfeljebb egyes kivételes esetekben érhető el.

Körülbelül 3 hét óta dühöngött már a járvány, a mikor reám került a sor, hogy ezredünknek ú. n. „előretolt“ segélyhelyére kimenjek szolgálatra. A járvány okának felderítése céljából személyesen végigvizsgáltam a rajvonat és környékét, megvizsgáltam a latrinákat, majd a forrásokat is. Gyanum különösen a vízre irányult, annál inkább, mert a mint kérdezősködés révén megtudtam, a legénység feleslegesnek tartotta, hogy a föld mélyéből előtörő kristálytisza forrásvizet felforralja. A mint az alábbiakból kiténik, *a víz maga eredetileg valóban kifogástalan volt, minden tekintetben, de mégis ez közvetítette a fertőzést, bakáinknak könnyelmű, saját-szerű berendezkedése révén.*

A forrásokból csak vékony sugárban csurgott eredetileg a víz; e miatt azonban igen sok időbe került, a míg egy-egy szakasz, illetve század katonának a kulacsai mind megteltek. A bakák egy idő múlva megúnták a hosszas várakozást, kiszélesítették és kimélyítették kútszerűen a forrás közvetlen környékén a talajt, úgy hogy abba egyszerre akár 8—10 vagy több tábori kulacsot, esetleg vedret is be lehetett meríteni. A vízszolgáltatás, illetve ellátás így gyorsá, de egyszersmind igen veszélyessé vált. Ilyen állapotban találtam én a forrásokat. Természetesen rögtön tisztában voltam a helyzettel. Az eredetileg tiszta, sterilis forrásvíz a kútszerű mélyedésben a meritéskor egyrészt a belemérülő kéztől, másrészt az összefogdosott és esetleg így fertőzött számos tábori kulacstól fertőződött. Ez a fertőzött víz került aztán a kulacsok útján elosztásra a katonák közt és így érhető a tömeges megbetegedés.

Észleleteimről, valamint véleményemről jelentést tettem az ezred parancsnokának, *revisnyei Reviczky László alezredesnek*, kit egyidejűleg kértem, hogy utászok segítségével a kútszerű gödröket betömöttethessem és valamennyi forrást újból *csurgóvá* alakíttathassak át. Mindezt sikerült is elérnem. Az előtörő víz most már ócska konzervdobozokból készült kis pléhszatornán át került felszínre és erről csuroghatott a kulacsokba. Az ezredparancsnokság öröket állított a fontos csurgó-források őrzésére, másrészt annak ellenőrzése céljából, hogy mindenki csakugyan csurgassa a vizet a kulacsokba. A kirendelt örök egyúttal arra is ügyeltek, nehogy valaki türelmetlenségéből vagy indolentiából a közelben folyó aránylag elég bővizű, de szennyes és fertőzött vizű csermelyből merítsen.

Az eredmény frappáns volt. El lévén rendelve, hogy a századparancsnokok minden honvédet, a ki hasmenésben szenved, lázasnak látszik vagy egyébként nem jól érzi magát, gyengélkedő vizsgára küldjenek, 4–5 nap alatt sikerült az addig megfertőzötteket a csapattól elkülöníteni.

Napról-napra kevesbedett a typhusgyanus betegek száma, egy hét múlva pedig teljesen megszűnt a járvány. És bár még két hétig maradtunk ugyanezen állásokban, ezen idő alatt katonáink ugyanúgy éltek, mint előbb, ugyanazt a forrásvizet itták, mint előbb, egyetlen typhusgyanus megbetegedés sem fordult elő.

Meg kell még jegyeznem, hogy a víznek bakteriologiai vizsgálatára — az akkori viszonyok mellett — csak gondolni lehetett, de valóban keresztülvinni annál nehezebb lett volna.

Azt, hogy az ezredünkben uralkodott járvány valóban typhusjárvány volt, igazolták a kórházunkban nyert és betegeknek klinikai meg bakteriologiai vizsgálatán alapuló magán-, de főleg „hivatalos” értesítések. Másrészt az is kétségtelen, hogy az aránylag nagy járvány hirtelen és gyors megszűnése pontosan egybeesett a kútszerűvé változtatott forrásoknak újból csurgóforrásokká történt átalakításával.

Mindezek alapján azt hiszem, azt is beigazoltnak tekinthetjük, hogy a typhusjárvány oka a kútszerű mélyedésekben összegyűjtött és a bemerülő kulacsoktól, meg a merítő kezektől fertőződött forrásvíz volt.

Csik vármegye 1915.-i nagy gyermekhalandóságának okai.

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

Közegészségügyi törvényünk (1876 : XIV. t.-cz) 9. §-a elrendeli :

„A belügyminister oly vidékeken, hol a halálozás — járvány nem létében — a rendes arányt tetemesen felülmúlja s ennek elhárításáról az illető törvényhatóság sikerrel nem intézkednék: saját küldöttje által e körülmény okait kinyomoztatja és a szükséges intézkedések megtételét elrendeli.”

E szakaszsal a törvény 40 éves történetében még igen keveset éltek. Csik vármegye nagy halandóságára az elmúlt évben több oldalról felhívták a belügyminister figyelmét, úgy, hogy őnagyméltósága 12.448.916. számú rendeletével Csik vármegye gyermekhalandósága mérvének s az emelkedés okainak tanulmányozására kiküldött engem.

Minthogy hasonló kiküldetések még csak igen kivételesen fordultak elő, az irodalomban az ily vizsgálatok methodikájáról egyáltalán — tudtommal — nem lehet semmit sem találni, azt hiszem, hogy kötelességem ezen tanulmányt közzétenni, már azért is, hogy methodikája bírálat tárgyává tehető legyen. A közegészségügynek oly jelentőség jut majd nemzeti néperőnk megújulásában, hogy sürgős kötelességünk ily irányban tehető minden egyes lépéssel behatóan foglalkozni. Ezért jelentésemből őnagyméltósága engedélyével a következőket közlöm :

12.498/1916—XII. számú rendeletre márcz. hó 13.-án Csikszeredára utaztam, s a mai napon — tehát 8 nap múlva — onnét visszatértem.

Mielőtt jelentésemhez hozzáfogok, kötelességem Nagyméltóságodnak arról az érdeklődésről és örömről beszámolni, a melylyel kiküldetésem az arról értesült közönség fogadta. Hol mint Nagyméltóságod kiküldöttje bemutatkoztam, mindenütt meglepetésszerű örömet keltett, hogy a kormányzat figyelme, atyai gondoskodása ily részletkérdésekre is kiterjed. Ennek hírlapban az értekezletek s előadásom után többszörösen kifejezést is adtak.

A hatóságoknál ugyanazt a benyomást nyertem, a melyet Nagyméltóságod kiküldöttjei a jársági és hevesmegyei halálozás tanulmányozásánál nyertek. Meglepetés elsősorban az iránt, hogy bajok vannak, a legteljesebb tájékoztatás a vármegye halálozási viszonyairól, és midőn megismerkednek az ügygyel, a legmelegebb és legbehatóbb érdeklődés, rögtön nagy buzgóság és igyekezet az ügygyel a legbehatóbban foglalkozni.

A vármegye főispánja s alispánja rendkívül nagy melegséggel fogadták az ügyről adott ismertetésem, annak minden részletkérdése érdekelte őket és kétségtelennek tartom, hogy ez ügyek iránt még fokozottabb figyelemmel fognak ezentúl érdeklődni.

A vármegye főorvosa, *Veress Sándor* dr., ki buzgó, nagyműveltségű orvos, nagy kötelességtudással tölti be hivatalát. Eddig a vármegye népesedési mozgalmát, tehát a közegészségügyi működés végeredményeit nem kísérte figyelemmel. Szokatlan nagy érdeklődéssel vette át nagy tábláimat, melyekben bemutatam neki a statisztikai hivatal közleményei alapján a vármegye utolsó tíz évének népesedési mozgalmát és a fertőző betegségek lezajlását. Egész rövid idő alatt teljesen átértette azokat, átértette a népesedési mozgalmak vizsgálati módjait és útaimon, melyeken elkísért, teljes szakértelemmel már önmaga végezte az anyakönyvek ily irányú feldolgozását. Ebből kétségtelennek látszik előttem — a mely benyomást már az előző kiküldetések tagjai is nyerték —, hogy könnyű dolog lesz tisztí orvosaink érdeklődését oly irányban felkelteni, hogy közegészségügyi működésüket ellenőrizték a népesedési mozgalmak eredményei útján. Ott pedig, a hol az eredmények az országos néperő fentartása és fejlesztése céljából rosszak, érezzék, hogy működésük eredménytelen volt.

A vármegyei ellenzéki lap, a „Csikvármegye”, igen behatóan foglalkozott kiküldetésemet megelőzőleg is a gyermekhalandóság ügyével és meleg köszönettel nyugtázta Nagyméltóságod azon intézkedését, hogy a halandóság tanulmányozására szakközeget küldött ki. Az egyes általam felvetett eszmék is élénk megbeszélés tárgya voltak. Gyergyószentmiklóson tartott előadásomban, a „Csikvármegye” szerkesztősége felszólítására lapjába írt cikkemben a társadalom kötelességeire is ráutaltam a gyermekhalandóság elleni harcban.

Jelentésemet a Csik vármegyei nagy gyermekhalandóság okairól a következőkben teszem meg :

1. Csik vármegye eddigi szerepe Magyarország népesedési mozgalmában.

a) 1913-ban Csik vármegye természetes szaporodása, vagyis az összes szülésekből levonva a haláleseteket, 119 volt ezer lakosra, míg az országos átlag 111 volt. Míg tehát az ország tízezer lélekre 111 emberrel szaporodott természetes úton, a bevándorlások figyelembe vétele nélkül, Csik vármegye 119 lélekkel szaporodott természetes úton.

b) *Drágán*, éppenséggel nem takarékosan érte el a szaporodást. Míg ugyanis az országban átlagosan évente ezer lélekre 34,3 szülés történt, Csikmegyében 39,6 szülés történt, de míg az egész országban ezer lélekre 23,2 halálozás történt, Csikmegyében 27,7 volt a halálozás. Tehát ezer lakosként a vármegyében sokkal többet szültek, de sokkal több halt is meg ezekből. Magyarország maga is már az európai koncertben még Oroszországnál is kevesebb oekonomiával szaporodik. A vér-, vagyonpocsékolás nálunk egész Európánál, még Oroszországnál is nagyobb. Míg Magyarország az

1913. évben száz lélekkel gyarapodott, 309 szülés és 209 halálozás történt, tehát 518 vér-vagyonban drága esemény. Csikmegye még a magyarországi átlagon is túlszáz és száz lélek szaporodásához Csik vármegyének 332 szülés és 232 haláletet, összesen tehát 564 vérben és vagyonban drága esemény kellett. Az országos átlagos vér-vagyonpocsékolásnál tehát még nagyobb pocsékolás.

c) Érdekes itt talán megjegyezni, hogy Csik vármegyében az említett számok, a melyek az 1913. évből valók, teljesen egyeznek az 1909—1910.-i átlagos számmal, tehát semmiféle javulás az utolsó években nem történt.

d) Az orvosi viszonyok rosszak, mert a 10 éves átlagban 1915 orvosilag gyógykezelésben részesült halottra 2105 orvosilag nem gyógykezelt halott esik.

2. Csik vármegye szerepe az 1915.-i népesedési mozgalomban.

a) Az 1915.-i háborús évben természetszerűen a szülések száma a háború kilencedik hónapjától, áprilistól kezdve az egész országban csökkent. 1915-ben az országban az élve szülések száma 32%-kal csökkent (630.000-ről 424.000-re).

Csikmegyében ezzel szemben 37%-kal csökkent a szülések száma (6017-ről 3886-ra).

b) A haláletetek száma az egész országban 1915-ben 8%-kal emelkedett. A vármegyében az egész évben a haláletetek száma csak 24-gyel emelkedett.

Igy tehát a megye átlagát véve, a halálozás csak némileg rosszabbodott, mert hisz egyenlő halálettel szemben a szülések száma csökkent.

c) 1914-ben a vármegyében 6017 szülésre esett 4138 haláletet és így a természetes szaporodás 2022 lélek volt.

1915-ben — e szomorú évben — a szülések száma már csak 3885 és meghalt 4164. Tehát nemcsak hogy természetes szaporodás nincs, hanem 278 lélekkel fogyott a megye lakossága.

Sajnos, ugyanez történt az egész országban is. Az egész országban 1915-ben tízezer lélekre 19 lélekkel fogyott a népesség, Csikmegyében a fogyás 18, tehát csak épp oly nagy, sőt még valamivel kisebb.

Látszik tehát itt is egy régi tételünk igazsága, hogy a vármegyét mint egészet véve, a halálozási számokból sem mire sem következtethetünk. Csakis ha községenként vizsgáljuk a viszonyokat, látjuk, hogy Csikmegyében magában vannak bajok, vannak veszélyeztetett községek.

3. Csik vármegye 1915. évi halandósága járások szerint.

A megye viszonyait mint egészet véve, láttuk, hogy az eredmények az átlagnak felelnek meg.

Ha járásonként vizsgáljuk a halálozást, akkor a következőket látjuk:

A halálozás megnövekedését a következő táblázat mutatja.*

Sorszám	A járás neve	Haláletetek száma		Haláletetek többlete	Többlet % -ban	Halálozás ezer lakosra 1900—1910. évek átlagában
		1914	1915			
1.	Szépvízi járás	405	525	120	29	24.6
2.	Gyergyótölgyesi járás	388	438	50	13	22.6
3.	Gyergyószentmiklósi járás	1190	1343	153	12	27.7
4.	Felcsiki járás	1100	1134	34	3	29.5
5.	Kászonalcsciki járás	685	667	-18	2	28.8
Rendezett tanácsú városok						
1.	Csikszereda	110	110	0	0	23.8
2.	Gyergyószentmiklós	260	276	16	6	27.4

* A statisztikai hivatal előzetesen e célra készített kimutatása szerint.

Ezen táblázatból látszik mindenekelőtt, hogy még járásonként is egy megyében mily óriási különbségek vannak. Míg a kászonalcsciki járásban a halálozás javult, a szépvízi járásban közel egyharmaddal emelkedett a haláletetek száma. Érdekes, hogy a két járás, a mely békeidőben a legnagyobb halálozással bírt — t. i. Felcsik és Kászonalcscik —, alig rosszabbodott. Úgy látszik, hogy az ártalmak ott már oly nagyok voltak békében is, hogy a háború sem változtathatott már sokat rajtuk. Az eddig legjobb két járásban, a szépvíziben és a gyergyótölgyesiben vitte véghez a háború a legnagyobb pusztítást.

Érdekes továbbá, hogy Csikszeredán, melynek népesebbi viszonyai már békében is egészen városias jelleget mutattak, t. i. igen kevés szülest és az országos átlagnak megfelelő halálozást, a háborúban, úgy mint Budapesten, a halálozás nem emelkedett. Gyergyószentmiklós majdnem falusias szülesi számmal bír, de a halálozása is az békében. Itt a halálozás 6%-kal emelkedett. A szülések száma 36%-kal csökkent, mint az egész megyében. E két rendezett tanácsú városban a városnak a háborúban kedvezőbb helyzete tűnik ki, a mennyiben mégis több a munkaalkalom és a társadalmi jóléte is többet tesz, de a fertőző betegségek sem pusztítanak annyira, mint falun.

Nyilvánvaló azonban, hogy a járasok közt ezen óriási nagy különbség is bizonyítja, hogy még a járás is mint egység a halandóság okainak megértéséhez és a cselekvéshez túl nagy, szét kell bontanunk a járást is tényezőire, községekre, ha tisztán és világosan akarunk látni.

4. A veszélyeztetett községek.

Csik vármegye 47 anyakönyvi hivatalában, ha a haláleteteket vizsgáljuk, azt látjuk, hogy 16 oly község van, a melyben a haláletetek száma a tavalyival szemben 18%-nál nagyobb arányban emelkedett. Ezen 16 községben 493 haláletettel volt több, mint tavaly, tehát az egész megyében a tavalyihoz képest jelentkezett 26 haláletet többszöröse a veszélyeztetett 16 községből kerül ki.

E községeket és a bennük jelentkezett óriási emelkedését a halálozásnak a mellékelt A) táblázat mutatja. Ezzel a 16 községgel szemben a megyében 15 községben a halálozás csökkent a tavalyihoz képest. Legnagyobb mértékben csökkent a halálozás Csikménaságon, a hol a tavalyi 100 halálettel szemben 48 haláletet volt, tehát 48%-kal kevesebb.

Ezen feltűnő jelenség vizsgálatát, vagyis hogy miért javult Csikménaságon a halálozás 50%-kal, Veress vármegyei főorvos végezte. Vizsgálatai a következőt derítették ki:

	1914-ben	1915-ben
született	88	55
elhalt	100	48

Az elhaltak közül volt:

	1914-ben	1915-ben
0—2 évig	59	14
2—7 " "	9	8
7—14 " "	1	0
14—55 " "	9	9*
55 éven felüli	22	17

E kimutatás szerint tehát bizonyos, hogy az 1914. évi rendkívüli halálozás (azért rendkívüli, mert rendszerint a községben 60—65 szokott lenni az évi halálozás) legfőképpen a csecsemők és aggok között fordult elő, míg a 2 és 55 év közöttiek száma a két évben csekély eltérést mutat.

Az 1915. évi csökkenés feltétlenül a születések csökkenésének, valamint annak tudható be, hogy az előző évben a legfiatalabb és legidősebb korosztályok nagyon megfogyatkoztak.

Az eddigiek is újból élénken mutatják azt, hogy egyes orvosok azon nézete, miszerint a csecsemőhalandóság elleni

* Ezek közül kettő hősi halál.

A-táblázat.

Csikmegyében 1915-ben veszélyeztetett községek.

Sorszám	A község neve	Lakosok száma	Halálos esetek száma		Fertőző betegség		Több halálos eset 1915-ben	Halálozás nőtt %-ban	Szülések száma		Szülések fogytak	Szülések fogyásának %-a
			1914	1915	ebből	100 halottból %			1914	1915		
1.	Csikmadaras	2256	72	140	25	17	68	94	97	68	29	29
2.	Bélbor	1351	26	45	5	11	19	73	72	34	38	52
3.	Gyimesközéplak	3080	55	93	3	3	38	69	172	85	87	50
4.	Várdosfalva	2076	39	61	0	0	22	56	73	56	17	23
5.	Csikszentdomokos	5391	150	213	40	18	63	42	258	163	95	36
6.	Csikszentmiklós	1100	49	69	0	0	20	40	87	69	18	20
7.	Gyergyócsomafalva	3917	106	147	0	0	41	38	183	110	73	39
8.	Kászonyjakabfalva	1239	29	40	0	0	11	37	44	28	—	—
9.	Gyergyóújfalu	4225	114	154	21	13	40	35	200	103	97	48
10.	Gyimesbükk	6298	83	110	4	3	27	32	273	174	93	36
11.	Csikszentsimon	1504	63	81	1	1	18	28	92	72	20	21
12.	Gyergyóbékás	7133	158	199	2	1	41	25	362	238	124	34
13.	Madéfalva	1908	41	51	0	0	10	24	60	58	—	—
14.	Kozmás	1391	74	91	1	1	17	23	77	66	11	14
15.	Csikszentmihály	2543	84	103	12	11	19	22	142	88	54	38
16.	Gyergyóditró	6987	212	251	8	3	39	18	357	258	99	27
Összesen		52.398	1355	1848	120	6%	493	36%	2445	1584	861	35%

Csikmegye lakosainak száma 154.641.

A veszélyeztetett községek a megye lakosságának 34%-át teszik ki.

küzdelmet országrészenként kell irányítani, teljesen téves, mert hisz ime látjuk, hogy egyetlen egy megyében találunk községet, a hol 94%-kal nőtt a halandóság, és ezzel szemben olyan községet, a hol 48%-kal javult a halandóság.

5. A járványos betegségek szerepe a veszélyeztetett községekben.

Mindenekelőtt a fertőző betegségek szerepét kellett tisztázni a vármegye halandóságának emelkedésében.

a) Újból az egész megye viszonyait figyelembe véve, megállapítható, hogy 1914-ben a vármegyében 2292 fertőző betegség esete lett bejelentve, 1915-ben 1534 eset. Tehát jóval kevesebb. Kétségtelen, hogy a bejelentett esetek száma sohasem felel meg a tényleges megbetegedések eseteinek, mert sajnos, nálunk a nép még szereti titkolni a betegségeket. Csikmegyében is, sajnos, a megyei főorvos nyilvántartásának adatai sem egyeznek az anyakönyvek adataival. Nincs azonban semmi ok annak a feltevésére, hogy az idén jobban titkolták volna, mint azelőtt. Ezt azért is merném állítani, mert a fertőző betegségben elhaltak száma is csökkent és a halálos esetek is megfelelnek a bejelentett esetek számának.

1914-ben meghalt a megyében 260 ember fertőző betegségben, 1915-ben 214.

Ez megfelel az 1914-ben bejelentett esetek 11%-ának, 1915-ben 13%-ának, tehát az eltérés lényegtelen.

Az összes halottakból ragályos betegségben, a tüdővést mindig kizárva, meghalt 1914-ben (4138-ból 260), 6%, 1915-ben (4493-ból 214) pedig nem egészen 5%.

A megyét mint egészet tekintve, azt kellene tehát mondanunk, hogy a fertőző betegségek a megye halálozásában nem játszanak szerepet. Sem az 5%, sem 6% nem sok az országos arányszámhoz viszonyítva. 1913-ban meghalt ugyanis Magyarországon 432.928 elhalt közül fertőző betegségekben — a gümőkört leszámítva — 39.208, vagyis az összes elhaltak 9%-a. A hatóságok tényleg ezzel a szemmel — vagyis a megyét mint egészet — nézik mindig a járványok szerepét.

b) A fertőző betegségek szerepét tisztábban látjuk, ha megállapítjuk a vármegye 16 veszélyeztetett községében a fertőző betegségek szerepét. A 16 veszélyeztetett községben meghalt mindössze 1848 ember, ezek közül fertőző betegségben 120, vagyis 6%. A vármegye többi községében meghalt 2316 lélek. Ezek közül fertőző betegségben 96, vagyis az elhaltak 4%-a. Daczára annak tehát, hogy a 16 veszélyeztetett köz-

ségben a járványos betegségben elhaltak jóval nagyobb %-át (6%) teszik ki a halottaknak, mint a vármegye többi községében (4%), mégis döntő befolyással a járványok nem bírtak, mert még a 6% is kevesebb az országos átlagnál.

c) Teljesen tiszta azonban csak akkor lesz a kép, ha a községeket egyenként tekintjük.

A midőn a községeket egyenként tekintjük és minden egyes községben megállapítjuk, az 1915-iki halálos esetekből hány esik a fertőző betegségekre, a mint ezt a B) táblázat mutatja, akkor tisztán látjuk, hogy a 16 község közül 11-ben a járványos betegségeknek egyáltalán nem jutott szerep, mert a fertőző betegségek ott a halálozások 6%-át sem teszik ki. Szerep jutott azonban a járványoknak Csikszentdomokos, Csikmadaras, Gyergyóújfalu, Bélbor, Csikszentmihály községekben, tehát 5 községben.

B-táblázat.

A fertőző betegségek Csikmegyének veszélyeztetett községeiben 1915-ben.

Sorszám	A község neve	Halott közül	Fertőző betegségben meghalt	%
1.	Csikszentdomokoson	213	40	18
2.	Csikmadarason	140	25	17
3.	Gyergyóújfalu	154	21	13
4.	Csikszentmihályon	103	12	11
5.	Bélboron	45	5	11

Magyarországon 100 halott közül 9%.

Csikmegyében 100 halott közül 6%.

Ezek közül kettőben — Csikszentdomokos és Csikmadaras — lényeges szerep jutott az elmúlt évben a fertőző betegségeknek, háromban — Gyergyóújfalu, Csikszentmihály, Bélborban — erős befolyást gyakoroltak, 11 községben azonban a járványos betegségeknek semmi befolyásuk sem volt az erősen emelkedett halálozásra.

Meg kell itt jegyeznem, hogy ez évben január óta, sajnos, Gyergyóújfalu rendkívül dühöng a vörhenyjárvány, úgy hogy január 1.-étől ottlétemig 102 vörhenyeset volt és künnlétemkor még 33 vörhenyesetet találtam. Ez évben vizsgálatom napjáig, vagyis február 14.-éig 48 halott volt, ezek közül 25 vörhenyeset. (1915-ben ez idő alatt 16 halott volt.)

d) Szükségesnek tartom ezen a helyen a fertőző betegségek szerepéről Magyarország halandóságában számadatokat nyújtani összehasonlítás útján.

Poroszországnak átlagos lakossága 1913-ban 41,649.062. Fertőző betegségekben meghalt ez évben 86.916 lélek. A magyar birodalom lakosainak száma ugyanebben az időben együtt 21,324.867. Ugyanebben az időben fertőző betegségekben meghalt 111.163. Látjuk tehát, hogy a közel kétszer akkora Poroszországban jóval kevesebb a fertőző betegségekben elhaltak száma, mint a magyar birodalomban. Ha Magyarországon a fertőző betegségek csak oly arányban volnának elterjedve, mint Poroszországban, úgy 1913-ban 111.000 ember helyett meghalt volna 44.000, tehát *csakis fertőző betegségekben 67.000 emberrel kevesebbet vesztettünk volna*. Minthogy ez a 67.000 lélek nemcsak gyermek, sőt kevés köztük a csecsemő, ez 67.000 értékes, túlnyomóan a legveszélyesebb csecsemőkoron túl levő ember. Hogy az egyes fertőző betegségek Magyarországon és Poroszországban mily különböző mértékben dűlnak, a következő C) táblázat mutatja:

C-táblázat.

A fertőző betegségekben elhaltak száma 1913-ban.

Poroszországban élő lakos 41,649.062		
Magyar birodalomban élő lakos 21,324.667		
Halálesetek	Poroszországban	Magyarországon
Vörheny	4.508	12.281
Kanyaró	7.286	6.369
Diphtheritis	7.556	6.132
Szamárhurut	7.859	7.536
Typhus	1.433	4.388
Tuberculosis	56.861	69.608
Egyéb	1.415	4.850
Összesen	86.916	111.163

6. A járványok elleni védekezés.

A járványok elleni védekezést vizsgálva, mindenekelőtt a) a vármegye orvos-ügyét kellett vizsgálat tárgyává tenni.

Az orvosi viszonyokat táblán mutatom be.

Látjuk, hogy az orvosok fele hiányzik, de a megye jó útjai, a legtöbb községnek egymáshoz nem túlságosan távol fekvése, azonkívül egy járványorvosnak már azóta történt kirendelése folytán az orvoshiánynak döntő befolyást nem lehet tulajdonítani.

A fő járványfészkekben. Csikszentdomokoson és Csikmadarason a körben orvos volt. Ugyancsak Gyergyóújfalun is, a hol a már ez év januárjában erősen fellobbant vörheny miatt a községben magában járványorvos is működik. Mindenesetre azonban szükséges, hogy Csikmadaras községbe járványorvos küldessék. Segíteni kell feltétlenül azon, hogy Gyimesközéplokon, Gyimesfelsőlokon és Gyimesbükkön orvos legyen, mert ezen három együttesen 12.000 lakost számláló községben ma egyáltalán nincs orvos. A községi orvos felmentése iránt az előterjesztés megtörtént. A mennyiben a községi orvos felmentése a katonai szolgálat alól nem érhető el, kérem orvosnak a kiküldetését. Az orvosi kiküldetés azonban az igen szegény községek megterhelése nélkül kell hogy történjen. Ezen szegény községek megterhelését egyáltalán nem bírják el és nagy elkeseredettséget szülne az ilyen újabb megterhelés.

Kötelességemnek tartom e helyen ráutalni arra, hogy az orvosi ügy nálunk sürgős rendezésre szorul. Nem annyira az orvosok számában van a hiba, mint inkább azok elosztásában. Poroszországban 2042 lakosra esik egy orvos, nálunk 3240 lakosra egy, Poroszországban százezer lakosra 49 orvos esik, nálunk 30. A különbség azonban Budapest orvosokkal való túlbő ellátása és egyes vidéki óriási körletek ellátása között égbekiáltó. Szerény nézetem az, hogy ezen és közegészségügyünk összes bajain egy csapásra lehetne segíteni, ha a kötelező munkásbiztosító pénztár hatásköre kiterjesztetnék a gazdasági munkásokra és cselédekre, valamint a 10 holdnál

kevesebb földdel bíró kisgazdákra. Ez a mi közegészségügyünk javításának alaptétele. 1906-ban különben a magyar országgyűlés egyhangú határozatban a kormánynak ily irányú törvényjavaslat előterjesztésére adott is utasítást.

A járványok terjedése elleni védekezés második momentumára, és pedig igen fontos momentumára b) a fertőző megbetegedések kellő időben való bejelentése.

Ezen a téren természetesen óriási mulasztások történnek, a mi csakis a nép általános alacsony műveltségi fokával függ össze. A nép túlnyomóan nem hisz még a fertőző betegségekben. A betegségek felkutatása nem történik; az iskolák részéről az elmaradt tanulók a községházán be nem jelentetnek. Egyáltalán a fertőző betegségek elleni védekezésnek e része, vagyis a fertőző betegek felkutatása, a mely magyar viszonyainkban tulajdonképp döntő fontossággal bír, teljesen el van hanyagolva. Egyáltalán nem ismertett még fel községi kötelességnek.

Itt is utalok a vármegyei főorvos nyilvántartásában s a halotti anyakönyvekben fertőző betegségben elhaltak gyanánt vezetettek közötti lényeges eltérésre.

c) A fertőző lakások őrzése. A már bejelentett fertőző betegek izolálására ügyelnek.

Gyergyóújfalun, a hol jelenleg nagy járvány van, a helyben levő csendőrség ügyel erre és már 40-nél több bűntetés történt azért, mert fertőző beteget meglátogattak.

Oly községekben, a hol csendőrség a faluban nincs, az esküdteket bízzák meg kerületenként e feladattal. Itt már az érintkezés ellenőrzése természetesen kevésbé megbízható, de némileg mégis megtörténik.

Gyergyószentmiklóson a rendőrség van ezzel megbízva. Tekintettel azonban arra, hogy a rendőrség létszáma rendkívül lepadt, alig van már néhány rendőr, az intézkedés itt talán a legkevésbé érvényesül.

d) A betegek elkülönítése magában a lakásban természetesen a mi falusi lakásviszonyaink között egyáltalán kivihetetlen. A lakások majdnem kizárólag egyszobásak s így magában a lakásban való elkülönítés teljesen ki van zárva.

e) A betegnek elkülönítése járványkórházban ezen kórházak rendkívül primitív viszonyai mellett csakis Gyergyószentmiklóson jöhetett tekintetbe. Gyergyószentmiklós rendezett tanácsú városának gyönyörű szép, mintaszerű járványkórháza van, mely kórház a miniszterium közegészségügyi osztályát dicséri. Ezen legalább 60.000 korona költséggel épített járványkórház nincs úgy hasznosítva, mint kellene. Jelentésemben egész részletesen soroltam fel azt, a minek történni kellene. Itt is felemlíthető, hogy hibának tartom, hogy az ápolónővel együtt lakik a kórházban férje, a ki egyúttal a város fertőtlenítője, két gyermeke és szülei. Már egyéb kiküldetésem alkalmával is kénytelen voltam jelenteni, hogy több járványkórház nem egész célszerűen használatik. Úgy látszik ezek után, hogy járványkórház felállítása éppenséggel nem elég, hanem gondoskodni kell arról is, hogy ezen kórházak cél tudatosan és ne célellenesen használtassanak.

f) A járványok elleni védekezés hatodik és utolsó mozzanata a fertőtlenítés. Minden egyes községben, mint mondják, voltak a fertőtlenítésben kiképzett és vizsgázott személyek. Nyilvántartás ezen a közegészségügyi szolgálatban oly fontos személyekről azonban nincs. Jelenleg ezek a vizsgázott egyének mind be vannak vonulva. Helyetteseiknek semmiféle vizsgájuk nincs, újabb kiképzésük ügyében, sajnos, semmiféle intézkedés sem történt.

A fertőtlenítés elrendelése, kivitele a lehető legprimitívebb és a legtöbb esetben csak arra szorítkozik, hogy elrendelik a meszelést, de már meszet nem adnak, a falu egyszerű népe azt beszerezní sem tudja. A fertőtlenítés megtörténtét egyáltalán nem ellenőrzik. Pedig a mintaszerű choleraszabályzat a házi, a legegyszerűbb eszközökkel való fertőtlenítést oly klasszikus egyszerűséggel népszerűsíti, hogy a kivitelét meg kellene követelni.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Körperbildung als Kunst und Pflicht. Von Professor *Fritz Winther*. Erschienen im Delphin-Verlag, München.

Németországban a háború folyamán a multhoz képest még fokozottabb mértékben alakult ki azon meggyőződés, hogy az államnak és társadalomnak közös érdeke, minden lehető elkövetni az ifjúság testi nevelésének fejlesztése érdekében. Keveset tanácskoznak, anélkül, de annál többet tesznek a gyakorlat terén ez eszme népszerűsítése érdekében. Jó magam is e mesgyén haladok, fél éve annak, hogy egy 150 diapositóból álló képsorozattal léptem a nagy nyilvánosság elé és megtartottam előadásaimat „az ifjúság jövője testi neveléséről” melynek kiinduló pontja az eugenika s befejező fejezete a sport volt; az orvosi vezetésem alatt álló gyermekvédelmi intézetek keretében pedig minden lehető elkövetek a testgyakorlásnak modern alapokra való fektetése érdekében. Ezen szempontokból itélkezve nagy örömmel forgattam *Winther* művészi kivitelű ábrákkal tarkított gyönyörű kiállítású s aránylag olcsó (5 márka 50 pf.) művét. Nagy előnye a szerző fejtegetéseinek, hogy mindkét nemmel és az összes életkorokkal egyaránt foglalkozik s nemcsak a nyers erő fejlesztésével, hanem az esztétikai szempontból oly nagy horderejű „Rhythmisch-hygienisches Turnen“-nel is foglalkozik s szellemes kritikának veti alá *Duncan* és *Delcroze* elveit. Magáévá teszi — s véle együtt a jövője nemzedék minden barátja — *Luther Márton* rég elfelejtett elvét: „Es ist von den Alten sehr wohl bedacht und geordnet, dass sich die Leute üben und etwas Ehrliches und Nützlichliches vorhaben, damit sie nicht in Schwelgen, Unzucht, Fressen, Saufen und Spielen geraten. Darum gefallen mir die zwei Übung und Kurzweil am allerbesten. Nämlich die Musika mit Fechten, Ringen u. s. w., unter welchen das Erste die Sorgen des Herzens vertreibt, das andere machet freie, geschickte Gliedmassen am Leibe und erhält ihn bei Gesundheit.“ — Hiába, nincsen új a nap alatt!

Deutsch Ernő.

Lapszemle.

Belorvostan.

A meningitis epidemica atypusos és abortiv alakjairól felnötteken ír *Schlesinger* tanár. Az atypusos eseteket meglehetősen gyakran találta, klinikai képük nagyon változatos volt. A többi között felemlíti a főleg gastro-intestinalis jelenségekkel, az initialis vizeletretentióval és a súlyos psychés zavarokkal járó eseteket. A rövid ideig tartó lázzal járó, nagyon enyhe abortiv esetek kiterjedt herpes-szel, főleg a nyálkahártyákon, árulhatják el magukat. A fertőzésben az individualis praedispositio úgylátszik igen nagy szerepet viszi. Nagyon fontos és gyakori tünet a tachycardia, a mely a láz megszűnte után sokszor még hetekig fennáll s csak a meningealis jelenségek teljes megszűntével múlik el. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1916, 18. sz.)

A Röntgen-sugarak befolyásáról a gyomor chemismusára tesz előzetes közlést *Bruegel* (München). Azt találta, hogy a Röntgen-sugarak úgy az összaciditást, mint a szabad sósav mennyiségét csökkentik, még pedig leggyorsabban hyperchlorhydria olyan eseteiben, a melyekben fekély nem volt kimutatható. Sub- és anaciditas eseteiben megpróbálta a szerző, nem lehetne-e nagyon kicsiny, úgynevezett izgatós Röntgen-adagokkal a savmennyiséget nagyobbítani, ezirányú vizsgálódásai azonban mindezekig nem vezettek eredményre. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 19. szám.)

Sebészet.

Az ujjakon és a kéztőn gyógyult phlegmonék után beálló heges inzugarodás eseteiben *Spitzky* tanár úgy jár el, hogy a bőr felpraeparálása és az inak kiszabadítása, esetleg plastikája után a bőr és az inak közé sterilizált disznózsír helyez s csak ezután varrja össze a bőrt. Ha a

zsír kevésnek bizonyul, akkor ebből Pravaz-fecskendővel juttat újból a bőr alá. Ügyel azonban arra, hogy a zsír kenőcszerű állományú legyen, továbbá ne legyen oly sok belőle a bőr alatt, hogy a seben keresztül kijusson, mert ez esetben megakadályozza a seb vonalás egyesülését. A zsír körülbelül 4 hétig marad a helyén s csak ezután kezd lassanként felszívódni. Az eredmény gyakran meglepően jó; ugyanis az inak már közvetlenül a műtét után is fájdalom nélkül jól mozgathatók.

Ugyancsak zsírt tesz a szerző a merev ízületek felszínei közé, miután ezeket megfelelő műtéttel tette szabaddá, szintén jó sikerrel. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 17. sz.)

M.

Szülészet és nőorvostan.

A gyermekági fertőzések kezeléséről ír *Jung* tanár (Göttingen). A *gyermekági fertőzéseket* három csoportba osztja: 1. könnyű, rövid ideig tartó fertőzések extrauterin localisatio nélkül; 2. intra- és extrauterin lokalizált fertőzések; 3. súlyos általános fertőzések.

Kivétel a gonorrhoea, mely specifikus fertőzés. Egyelőre a strepto- és staphylococcus, a bact. coli és a saprophyták okozta fertőzésekkel foglalkozik.

A gyermekági fertőzések majdnem valamennyi alakjában kísérő jelenség a méh hiányos involúciója, a melynek sikeres gyógyítása a könnyebb fertőzések gyógyulását vonja maga után. Igen ajánlatosak e célra a secale-készítmények. Adhatjuk subcutan injectiók, cseppek vagy porok alakjában. *Jung* tanár legjobbnak tartja a secacornin-injectiót (kétszer naponta 1 cm³), mert ez a gyomrot nem támadja meg, már pedig a jól működő gyomor éppen a súlyosabb puerperalis fertőzések kezelésekor igen fontos tényező. Elősegíti a méh visszafejlődését a ráhelyezett jégtömlő. Különös gondot igényel a belek és hólyag rendbentartása, mert ezeknek teltsége károsan befolyásolja az uterus involúcióját, mely pedig igen fontos, mert elvágja a vér- és nyirokereket elzárásával a thrombophlebitis útját, azonkívül az ismételt méhösszehúzó-dások kilökik a visszamaradt peterészeket és véralvadékokat, a melyek a bacteriumok legkitünőbb táptalajai. A visszamaradt peterészek (placentapolypusok, burkok) óvatos eltávolítását az újakkal fontosnak tartja.

A *fertőzések könnyű alakjai* legtöbbször kisebb lázzal és nem nagyon szapora pulussal járó endometritisek; a lochia néha bűzös. Ilyen esetekben teljesen elegendő a méh visszafejlődését elősegítő kezelés (secale, jégtömlő), jó desodorans a külső genitálék hydrogenperoxydos leöblítése. Óvakodjunk a hüvelyöblítésektől. Könnyű, eleinte lehetőleg folyékony táplálékot adjunk. A hőemelkedések megszűnése után legalább öt napig fektetjük az asszonyt, hogy a recidivának elejét vegyük. Antipyreticumok a betegség képét elfödik, ezért nem szívesen alkalmazzák.

Intra- és extrauterin fertőzés eseteiben localis gócz keletkezik. a) Intrauterin a localisatio, az említett endometritisen kívül, visszamaradt bomló peterészek és lochiometra esetén. Nagyritkán előfordulnak a méh falában abscessusok és ugyancsak ritka a metritis dissecans is, amikor elgenyed az egész mucosa és a méhizomzat legbelső rétege. E köralakok nagyon magas lázzal, ismételt hidegrázással járhatnak, a pulsus szapora. A peterészeknek ujjal való leválasztása után 50—75—80%-os alcohol 2—3 literével való egyszeri méhüregöblítést ajánl *Jung*, továbbá jégtömlőt és secale-készítményeket. Lochiometra esetén a lochia lefolyását biztosítjuk, recidiva fennforgásakor esetleg üvegdrain behelyezésével. Az involutio elősegítésére ugyancsak secale és jégtömlő. Metritis dissecans esetén a nekrosisos szövetek többnyire maguktól kilökődnek. A fali tályogok a méhüreg felé áttörve ürülnek ki. Ilyenformán, miután a localis infectio oka megszűnt, a legtöbb esetben gyógyulás következik be, azonban átmehet a localis fertőzés általános fertőzésbe is.

b) Extrauterin localisatio. Ulcus puerperale előfordul az introituson, a berepedt gáton és a hüvelyben a portióig. A fekély alapja szennyes, környezete infiltrált. Mérsékelt lázzal jár. Könnyebb esetekben fekvés, a külső genitálék

hydrogenperoxyddal való bőséges leöntése ajánlatos. „Naponkénti ülőfürdők gyorsítják azután a végleges behégesedést és behámosodást“ (!??). Nem árt még a fekélyeknek jodtincturával való érintgetése; de már az éles kanállal való kaparás, a carbolsavval való edzés ártalmas lehet. A gyermekági fekélyek is lehetnek kiindulópontjai az általános sepsisnek.

A parametritiszes exsudatumok mindig extraperitonealis elhelyeződésűek. Kezdetben kemények, lassan vagy gyorsan növekednek és vagy spontan felszívódnak, vagy elgenyednek. Utóbbi esetben vagy a hasfalon törnek át, vagy a hüvelybe, a rectumba, a hólyagba vagy a méh üregébe. Igen ritkán törnek át a szabad hasüreg felé, a mikor természetesen általános peritonitist okoznak. A parametritiszes exsudatumok képződése rendszeren magas lázzal és localis fájdalommal jár. Míg az exsudatum növekszik, a therapia conservativ: ágynyugalom, jégtömlő, a hólyag és belek rendszeres kiürítése; nagy fájdalmak esetén narcoticumok. Az elgenyedett exsudatum therapiája operativ. A megnyitás vagy a hüvelyen keresztül, vagy az inguinalis tájékon történik. Ha a geny áttört a végbélbe vagy hüvelybe, a gyógyulás spontan is bekövetkezhetik; de a hólyagba való áttörés következménye igen gyakran chronikus cystitis és pyelitis lesz, a mely súlyos műtétet vonhat maga után. A visszamaradt heges kötegek huzamos resorptiv kezelésre esetleg teljesen felszívódnak. E célra jó a Bier-féle meleg levegővel való kezelés, valamint a villanyfényfürdő is. Jó szolgálatot tehetnek a megterheléssel való kezelés, a különböző meleg fürdők, egy szóval mindazon eljárások, melyek a medenczében activ hyperaemiát okoznak. Mindezen gyógyító eljárások alkalmazásakor szükséges a naponkénti hőmérőzés, mert minden exsudatumban lehetnek még virulens genyekeltők, melyek a kezelés közben az egész folyamat újból fellángolást, hidegrázást, magas lázat, hosszasadalmas genyedést okozhatnak. Mihelyt hőemelkedés mutatkozik, a therapia ismét conservativ legyen. A patiens legalább 3 hónap óta láztalan legyen, mielőtt újabb activ kezelést kezdünk. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1916, 13. szám.)

Selymes Sarolta.

Bőrkörtan.

Dermatologiai célokra alkalmas glicerinpótszert ismertet *M. Joseph* (Berlin). Tudvalevő, hogy a glicerint a dermatologiai és urologiai gyakorlatban, valamint a kozmetikában csaknem nélkülözhetetlen szer. Az utóbbi időben beállott glicerinhányt ezért kellemetlenül érzi a legtöbb orvos. Szerencsére máris sikerült megtalálni a glicerinnek teljesen egyenértékű pótló szerét. A szert *Neuberg* tanár állította elő a „Kaiser Wilhelm-Institut“ vegyészeti osztályán. Két szerves anyagról van szó, mely a zsírcsoportból való s a mely a glicerinnek physikai és vegyi tulajdonságait jóformán teljesen utánozza. A két szer neve *perglycerin* és *perkaglycerin*; mindkettőt a „Chemische Fabrik Winkel am Rhein“ hozza forgalomba. Mindkettő csak abban különbözik a glicerintől, hogy nincs meg annak édes íze. A perkaglycerin a perglycerinél valamivel még jobb, mert sikamlósabb és vízszívóbb.

Az egyes dermatoterapiai szerek teljesen úgy állíthatók velük össze, mint azelőtt a glicerinnel, a hatás ugyanaz marad. Az ismert lotio zinci összeállítására e szerek valamelyikével tehát így fog hangzani: Zinci oxydati, amyli aa gr. 20.0, perkaglycerini gr. 30.0, aquae destill. gr. 15.0. Az ezzel a lotióval kezelt eczema-esetek csakúgy gyógyultak, mint azelőtt a glicerines lotióval. (Berliner klinische Wochenschrift, 1916, 18. sz.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A **granugenolt Reiss** is kitünő sebkezelő szernek találta, a mely helyettesítheti a most oly drágává és ritkává lett perubalzsamot. Úgy alkalmazza, hogy a lehetőleg jól megtisztított és megszáritott sebre egy réteg jodoforgazet tesz és erre cseppenti pipetta segítségével a granugenolt. Mély sebtasakokba és fistulákba közvetlenül is cseppenti a

szert. A sebváladék mennyisége szerint naponként vagy két-naponként változtatja a kötést. (Berliner klin. Wochenschrift, 1916, 19. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 20. szám. *Oláh Gyula*: Elmeorvosi háborús megfigyelések. *Sümegei József*: Megfigyelések a szív- és vérérdényrendszer bántalmairól a háború alatt.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 20. szám. *Spitzer Gyula*: A vizeletkiürítés zavarai.

Vegyes hírek.

Az **igazságügyi orvosi tanács** tagjává kinevezte az igazságügy-minister *Kuzmik Pál* dr. és *Verebély Tibor* dr. egyetemi nyilvános r. tanárokat.

Küzdelem a nemi betegségek ellen. Angliában a kormányzat az ott is igen elszaporodó nemi betegségek ügyében bizottságot küldött ki, mely most beterjesztette javaslatait. Ezek igen szigorúak. Többek közt a nemi betegség elég ok a házasság érvénytelenítésére, a mi mellett azonban a gyermekek törvényesek maradnak. A nemi betegséggel házasság tilos, büntetés terhe alatt. Ha az egyik házasulandó fél nemi beteg, az orvos, a ki erről tud, nemcsak hogy felmentetik a titoktartás kötelezettsége alól, hanem köteles azt a másik fél szüleinek tudomására hozni, a házasság megakadályozása vagy elhalasztása céljából. A nemi betegségek vonatkozó felvilágosítás az egész vonalon nagy arányokban s a legnagyobb nyíltsággal szervezendő, stb.

Meghalt. *Horváth Jenő* dr. 28 éves korában május 16.-án Nagyváradon. — *H. Chiari*, a kórboncolóstan tanára a strassburgi egyetemen 65 éves korában. Az elhunyt azelőtt éveikig a prágai német egyetemen működött. — *W. Lindt*, az oto-rhino-laryngologia címz. rendk. tanára a berni egyetemen, 56 éves korában.

Turán Bódog dr. orvosi gyakorlatát Franzensbadban (Villa „Hindenburg“) ismét megkezdette.

Hírek külföldről. Május 27.-én leplezték le Berlinben, a Luisenplatz keleti oldalán elhelyezett Koch-emlékszobrot. Az emlékszóbot *Gaffky* tanár fogja tartani. — Oroszországban is nagy a hiány orvosszerekekben, mert nemcsak a Németországból való behozatal szűnt meg egészen, de a Francia- és Angolországból való is, mivel ezen országokban az orvosok kivételi tilalom áll fenn. Nagy a hiány egyéb vegyi termékekben, savakban, alkáliakban, carbolsavban, terpentinben stb. is. — Angliában a Times kimutatása szerint a phenacetin ára 26-szorosára, az aspirin 25-szörösére, a salicylsavé 20-szorosára, a bromkálié 16-szorosára emelkedett.

Mai számunkhoz *Dr. Egger Leó és Egger I., Budapest, czég „Injectio Natr. kakodyl. Dr. Egger“* című prospectusa van csatolva.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légekészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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

Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

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

Felvételnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

Dr. HALPERTH ÁKOS

KARLSBAD

HAUS HERZOG v. BRABANT

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

Szabad orvosválasztás.

Dr. FORBÁT

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

Kopits Jenő dr.

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

Orvosi laboratorium

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

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Magyar Tudományos Akadémia (III. osztály ülése 1916 május 15.-én. 281. lap. — A XVI. számú helyőrségi kórház tudományos értekezlete. 281. lap.

Magyar Tudományos Akadémia.

(III. osztály ülése 1916 május 15.-én.)

Elnök: **Id. Entz Géza.**

Jegyző: **Fröhlich Izidor.**

Orvosi érdeklő előadás volt a következő:

Lenhossék Mihály: Varratelsontosodások a gyermekkorban.

A rendes varratelsontosodások csak a test növekedésének befejezte után, a 20-as évek közepén vagy még később indulnak meg. De előfordulhat, hogy a koponya egyik-másik varrata már a születés előtt, vagy — a mi gyakoribb — a gyermekkorban záródik: synostosis praecox s. praematura. A magzatkori záródások mindig rendellenes koponyaalaknak (skaphocephalia, oxycephalia stb.) az okozói, a gyermekkorbeliek csak részben: egy részük hatás nélkül marad a koponya idomára. Az okukat nem ismerjük; az angolkóros vagy lueses eredés felvételére az eddigi tapasztalatokban nem találunk elfogadható alapot. Valószínűbb, különösen a status oxycephalicus s a dysostosis cleido-cranialis eseteiben tett tapasztalatok szerint, hogy e tünetmények közös alapoka valamely „dysormosis“, vagyis a belső elválasztású mirigyek, különösen a hypophysis hiányos működése.

Az előadó a gyermekkori záródásokat tette vizsgálata tárgyává 216 gyermekkoponyán. Legritkább a koszorúvarrat záródása = 1.38%. Utána a nyílvarraté következik 2.31%-kal; fiatal felnőtt egyének koponyáján ez a záródás — a lambdától a bregmáig — már csak 1.84%-ban található, tehát az ilyen gyermekeknek nagy része elpusztul még a gyermekkorban. A nyílvarrat korai záródása néha skaphocephaliát vagy szélső dolichocephaliát okoz, sok esetben a falcsontok lapszerű növekedése pótolja a hiányzó széli oppositót s a koponya rendes alakú marad, sőt brachycephal lehet. A halántéktájék varratainak korai elcsontosodása már sokkal gyakoribb: a gyermekkoponyákon 4.16%-ban észlelhető, de a felnőtt koponyákon, 1064 18—30 év közötti egyén koponyáján végzett vizsgálat szerint, csak 1.22%-ban: ez a legsúlyosabb természetű varrat-synostosis, mert az ilyen gyermekeknek alig 1/3-a éri el a felnőtt kort. E synostosis kóros természetét eléggé megvilágítja az a körülmény, hogy a sutura squamosa rendes viszonyok között még a magasabb korban sem szokott elcsontosodni. A koponya ilyen esetekben rendszerint kissé lapos a halántéktájékon s kissé asymmetriás.

Külön helyet foglal el s legérdekesebb a nyakszirt oldalsó függőleges varratának, a sutura occipito-mastoideának gyermekkori elcsontosodása. Az előadó ezt, eltérően a többi-től, nem határozott betegség kísérő tünetének, hanem inkább az alkati gyengeség jelének tartja, olyanfélének, mint *Stiller costa decima fluctuans*. Igen gyakran fordul elő, a gyermekkoponyák 9.25%-án észlelhető, s mindig teljesen épnek látszó, minden rendellenesség nélküli koponyákon, valamivel gyakrabban (55%) féloldalt, mint mind a két oldalon (45%). A záródás a varrat középrészén kezdődik s innen felfelé terjed; az alsó rész csak a nemi érés után csontosodik el. Jellemző tulajdonsága e sorrend a varrat korai záródásának, mert a később bekövetkező physiologiai záródás mindig legalul kezdődik. Fiatal, 20—25 éves egyének koponyáján vizsgálva meg a varratot, azt 7.49%-ban találjuk záródottnak; a csecssynostosisos gyermekeknek nagy része eléri tehát a felnőtt kort. A koponya idomára e záródásnak nincs hatása.

Érdekes ténynek jutunk a nyomára, ha e záródás gyakoriságát összehasonlítjuk a mai budapesti koponyákon s a 100 év előttieken. Az utóbbiakon sokkal ritkább ez a jel, mint a maiakon. Így a régi váczi temető (1777—1849) anyagán (255 fiatal koponya) 5.88%-ban van meg, szemben a mai 7.49%-kal; még nagyobb a különbség, ha a régi s a mai

gyermekkoponyákat hasonlítjuk össze. Annál érdekesebb ez, mert a többi varrat-synostosis gyakoriságában nem mutatható ki ilyen különbség; ez is bizonyítja, hogy a synostosis occipito-mastoidea más megítélés alá esik, mint a többi korai varratzáródás. Talán kapcsolatba hozható e szaporodás azzal a körülménnyel, hogy Budapest e 100 év alatt fejlődött szerény provincialis jellegű városból csaknem egy milliós világvárossá, tehát a nagy tömegek együttéléséből származó közegészségi ártalmakkal. Egy Árpád-kori, 11.—13. századbeli koponyasorozaton (Rákospalota határából), 123 egészen fiatal egyén koponyáján végezve a vizsgálatot, a synostosis gyakorisága 5.68%-nak mutatkozott, csaknem annyinak, mint a 100 év előtti váczi temetőbeli koponyákon. A synostosis okozó tényezők tehát sok évszázadon keresztül egyformák maradtak s csak az utóbbi 100 évben halmozódtak fel erősebben.

A XVI. sz. helyőrségi kórház tudományos értekezlete.

Elnök: **Mohr Mihály.**

Jegyző: **Ifj. Háhn Dezső.**

(Folytatás.)

Landgraf János: A XVI. számú helyőrségi kórház II. számú fiókjában levő fogorvosi osztály működése.

A kezdet nehézségeit leküzdve, jelenleg az osztályon 16 fogtechnikus működik és 5 műtőszék áll rendelkezésre. 1915 október havában 2000-nél több extractiót végeztek, nagyjából érzéstelenítéssel, 200-on fölüli tömést, 272 kaucsuk-prothesist és számos celluloid-, arany-, újzústmunkát. Kezelés alatt áll állandóan 110—150 beteg állkapocs-sérüléssel, a kik közül több oly gyógyult, illetve gyógyulásban levő beteget mutat be, a kik lövés által sérültek meg; közülük két esetben az állkapocsnak háromszoros törése és szétforgácsolódása volt jelen, ezekben az egyszerű kaucsuk-kötősin teljesen elegendőnek és nagyon kiméletes kezelésnek bizonyult. Továbbá két esetet, a hol az állkapocs horizontális ága volt teljesen elroncsolva és a hol a kaucsuk-sin nagyon jónak bizonyult, hogy az állkapocst nyugalomba helyezze és a későbbi contracturát meggátolja. Két esetet erősen contractált állkapocscsal, ezekben egy új rendszerű, úgynevezett keresztstint alkalmazott. Majd három esetet, a hol az eltolódott állkapocsrésznek szabályozása részint intramaxillarisan alkalmazott gummi segélyével, részben pedig ivsín segélyével végeztetett. Végül pedig eseteket, a hol csuklósín (Scharnierschienen) és *Schröder-féle* vezetősín (Gleitschienen) alkalmaztattak, főként azért, hogy a későbbi operatív beavatkozásra az osteoperiostalis plastikára vagy transplantatióra szükséges rögzítés biztosítva legyen.

Torday Árpád: Diabetes insipidus esete.

Az illető elég jól táplált egyén a genitálék hypoplasiájával. Napi vizeletmennyiség 12—14 liter 1.002—1.004 fajsúlylyal. A konyhasó-kísérletben a beteg koncentrálni tud, mert vizeletmennyisége nem emelkedik, a mi azonban a diabetest nem zárja ki. (Hasonló eseteket az irodalomban már közöltek.) A bántalom 20 év óta áll fenn és ismételt kezelés dacára sem javult. A beteget az I. sz. belklinikán is megfigyelték. Az előadó azt hiszi, hogy jelen esetben a diabetes belső secretióis zavarban leli magyarázatát.

Keppich József: A lövegek eltávolításáról.

A lövegek eltávolítása nagyon gyakran szükséges, mert kellemetlenségeket okoznak. Az indicatiók mindig nagyon különbözők. Minden lött sebet ab ovo inficiálnak kell tekinteni. Ebből azonban nem az következik, hogy rögtön ki kell venni a löveget, sőt ellenkezőleg. Rendkívül sok esetben ezen infectio virulentiája nem nagy, a golyó köré és a löcsatornára

lokalizálódik. Friss avagy fertőzött sebekből a löveg eltávolításának szüksége csak ritkán áll be és ha a fertőzött seb ürében nem találjuk, nem is kell keresni. Ha a löveg a testbe begyógyult és panaszokat okoz, eltávolítjuk.

Ha csontban akad meg, vagy ha ideg mellé jut és ezt nyomva okoz tüneteket, az eltávolítása nem nehéz. Bizonyos anatómiailag pontosan meghatározható helyen feküdvén, ha még a Röntgent is segítségül vesszük, felkeresésük és eltávolításuk nem nehéz. Három ily esetet mutat be. Az egyikben a löveg a plexus cervicalist nyomta, a löveg a plexus és az I. mellkas-csigolya harántnyúlványa között feküdt. A másodikban a kicsiny lövegszilánk a nervus radialisban akadt meg, közel a septum intermusculare lateralen való áthaladása helyén. A harmadikban a löveg a vállcsúcson hatolt be, a felkarcsont velőüregén végig haladva, a csontban az epicondylusok fölött két harántujjal akadt meg. Ezek eltávolítása nem nehéz.

Más a helyzet, ha a löveg a lágyrészekben akad meg. Anatómiai támpontunk nincsen, itt vagy a Röntgent, vagy más eljárást kell segítségül vennünk. Három nagy csoportja van az ilyen segítő eljárásoknak.

I. Mágnesség, villanyáram, golyókereső szondák segítségével igyekeznek a golyóhoz vezetőt találni.

II. Röntgen-felvételek készítése ólomjegyek közbeiktatásával. Ezen ólomjegyeknek a Röntgen-képen a löveg árnyékától való távolságát mérve, következtetni lehet a lövegnek a testben való mélységére.

III. Röntgen-átvilágításos eljárások. Ezen eljárásokkal bővebben foglalkozni más alkalomra tartja fenn magának. Az előadó a *Perthes*-féle rászúrásos eljárás híve, melyet némi módosítással használ, a mint azt már e helyütt egy ízben elmondta. Két ily esetet mutat be; az egyikben egy-egy löveget a nyakból és a térd tájékáról, a másikban a lapoczká alól távolított el. Az esetek a következők:

A plexus cervicalist nyomó löveg eltávolítása.

B. B., 38. gyalogezredbeli közlegény 1915 május 7.-én sebesült meg Galicziában. A löveg a bal lapoczká tájékán hatolt be. A Röntgen az első thoracalis csigolya bal harántnyúlványa előtt mutatta a kerek srappell-löveget. A beteg bal felső végtagja paresises, mozgatni alig tudja, mérsékelt contractura a könyökhajlatban.

Műtét 1915 július 14.-én, helyi érzéstelenítésben. Ivmetzés a bal supraclavicularis árokban, a plexus kpraeparálása. A plexus és az első mellkas-csigolya harántnyúlványa közé ékelve fekszik a golyó. Ezt eltávolítja, helyére vékony draint tesz; a sebet bevarrja. A beteg reactionmentesen gyógyult, a paresis néhány nap alatt rohamosan javult, a kisugárzó fájdalmak azonnal megszűntek, jelenleg a kar funkciója tökéletes.

A nervus radialisból eltávolított lövedékszilánk.

B. J., 48. gyalogezredbeli közlegény 1915 márczius hó 16.-án sebesült meg. Belövési nyílás a bal felkar közepén a külső oldalon. A Röntgen-felvétel a bal felkar alsó harmadában közel a csonthoz, tőle kifelé borsónyi, szabálytalan alakú projektált mutat. A műtét 1915. évi június hó 14.-én aether-narcosisban történt. A nervus radialis ferde metszéssel való feltárása. A külső epicondylus felett, közel a septum intermusculare lateralehoz, a nervus radialisban fekszik a tüskés nyúlványokkal bíró borsónyi löveg. A löveget eltávolítja, az ideget összenövéseiből kiszabadítja, a sebet bevarrja. Reactionmentes gyógyulás. A mozgások a nervus radialis területén, melyek a műtét előtt alig voltak kivehetők, 10 nap alatt teljesen helyreállottak.

A felkarcsontból eltávolított lövedék.

P. L., 29. honvédegyalozredbeli közlegény 1914 szeptember 14.-én a szerb harctéren sebesült meg. Belövés a jobb vállcsúcson. A hegyével lefelé néző golyót a Röntgen-felvétel három harántujjal a felkar distalis vége felett, a velőüregben mutatja. A golyó majdnem az egész felkarcsont velőüregén keresztülhaladt. Műtét 1915 április 8.-án plexus-

vezetéses anaesthesiában *Kuhlenkampff* szerint. Hosszmetszés a triceps ina felett, annak közepén keresztülhaladva, a velőüreget feltárja, a lövedéket eltávolítja, ennek a helyére vékony gummidraint tesz, a sebet bevarrja. Két nap múlva a draint eltávolítja. Teljesen reactionmentes gyógyulás. A jobb felső végtag funkciója orthopaediai kezelésre néhány hét alatt teljesen helyreállott.

Golyó eltávolítása a nyakból és a térdből rászúrással.

Sz. J., 15. vadász-zászlóaljbeli vadász 1915 szeptember 14.-én Doberdónál srappell-sérülést szenvedett. Az egyik golyó az orrgyökön hatolt be és a nyak baloldalán a bal ötödik és hatodik nyakcsigolya harántnyúlványa előtt, az erek mögött akadt meg. A másik golyó a jobb patella medialis részen hatolt be, keresztülment az ízületen és a fibula fejcséhez menő inak közt akadt meg. A Röntgen a golyót közel a csonthoz mutatta. Műtét 1915 november 23.-án helyi érzéstelenítésben. A műtetre előkészítve a beteget, Röntgen-fény ellenőrzése mellett egy-egy tűt szúr a lövedékhez. A nyakon levő lövedéket a fejbiczczentő izom hátulsó szélénél vezetett metszéssel távolítja el. A löveg 5 cm. mélységben feküdt a nervus sympathicuson. A lövedék helyére vékony draint téve, a seb többi részét csomós öltésekkel egyesíti. A másik golyót kis hosszmetszéssel távolítja el. 4 cm. mélységben fekszik a fent említett inak között. A lövedék helyére vékony gummidraint téve, a többi sebet csomósan elvarrja. Két nap múlva a draineiket eltávolítja. Reactionmentes gyógyulás.

A lapoczká alól eltávolított lövedék.

N. D., 21. vadász-zászlóaljbeli vadász 1915 márczius hó 27.-én Galicziában gyalogsági fegyvertől sebesült meg. A golyó a jobb felkar hajlító izmain áthaladva hatolt be a hónaljba és a lapoczká alatt annak körülbelül a közepén akadt meg. Műtét 1915 augusztus 31.-én chloroform-aether-narcosisban. Röntgen-fény ellenőrzése mellett tűt szúr a lövedékre. Bemetszés a hátulsó hónaljvonalban; a musculus serratus és subscapularis rostjai közt előhaladva, a lövedéket a bőrtől számított 9 cm.-nyi mélységből távolította el. A lövedék helyére vékony gummidraint tesz, az átmetszett fasciákat csomós catgut-öltésekkel egyesíti, a bőrt csomósan elvarrja. A gummidraint két nap múlva távolítja el. Teljesen reactionmentes gyógyulás. A felső végtag funkciója tökéletes.

A nervus ulnaris varratának gyógyult esete.

K. Gy., 60. gyalogezredbeli közlegény 1914 április 19.-én az orosz harctéren gyalogsági fegyvertől sebesült meg. Belövés az alkar feszítő oldalán, valamivel a közepe alatt, kilövés a hajlító oldalon, valamivel az alkar közepe felett. A hypothenar és interossealis izmok nagy atrophája, typosus anaesthesia a negyedik és ötödik ujj volaris és dorsalis felszínén, mely kétujjnyira a csukló fölé terjed. A negyedik és ötödik ujj majdnem teljes tenyéri contracturában, az ujjak ab- és adductiója nem vihető ki. A hypothenar izomzatában teljes elfajulási reactio. Műtét 1915 június 11.-én chloroformaether-narcosisban. Az ideg a löcsatorna magasságában szürkésen elszíneződött, magán az idegen orsóalakú duzzanat. Ezen duzzanatot a heggel együtt 28 mm. hosszúságban kiirtja. Az idegvégeket átöltő catgut-matracz-öltésekkel egyesíti, majd a perineuriumot finom csomós selyemöltésekkel összevarrja, végül a catgutöltést eltávolítja. Az ideg feszítelenítése céljából a végtagot nyújtott könyökkel és hajlított csuklóval rögzíti. Reactionmentes gyógyulás. Nyolcz héttel a műtét után az izomzat elfajulási reactiója megszűnt. Az ujjak nyújtása és hajlítása teljes. Csekély ab- és adductio az ujjakban. Az érzésben még nincs javulás.

Ifj. Hahn Dezső a bemutató által ajánlott módszerrel mélyen a gluteusokban fekvő kisebb srappell-darabot távolított el. Az eljárásnak sok előnye mellett egyedüli hátránya, hogy a hol a Röntgen-laboratorium a műtőtől távol van, ott a beteg szállítása közben a tűnek a golyórról való elmozdulása, narcotizált betegnek az esetleg nagyobb távolságra lévő Röntgen-, illetve műtőterembe való vitele sokszor zavart okozhat.

Herzogh Irma: Aniridia esete.

A betegség legtöbbször kétoldali. Teljes irishány igen ritkán észlelhető, legtöbbször az irisgyök rudimentuma megvan. Ez veszedelmet is jelent a szemre, mert a csarnokzúgot elzárhatja és glaukomás tüneteket okoz. Sokszor cataracta polaris anterior és posterior, valamint chorioidealis elváltozások is láthatók. A bemutatott esetben az irishány teljes, a lencse széle mindenütt kítűnően látszik; a fénytörő közegek teljesen tiszták, a szemhártyában elváltozások nem láthatók. Visus: jobb szemem $6/24$, bal szemem $6/36$. Myopia: 20 D.

Herzogh Irma: Keratoglobus (makrocornea), ektopia pupillae et lentis oculi utriusque esete.

A szaruhártyák körülbelül 15 mm. átmérőjűek, félgömb-szerűen elődomborodnak, a csarnok igen mély, az iris lötyög, a pupilla a jobb szemem föl- és befelé, a bal szemem föl- és kifelé van helyezve. Ha a szem balfelé néz, az eltolódott lencsének széle ivalakú sötét árnyék gyanánt tűnik fel. A szemek nagy fokban rövidlátók, mindkét szem visusa concav 12.0 D-zal = $6/60$. A szemhártyák épek.

Molnár Béla: Situs inversus viscerum totalis esete.

Ifj. Hahn Dezső: Egy tünetre hívja fel a figyelmet, a melyet már Oppolzer ismert. Rendes körülmények között a bal here legtöbbször mélyebben fekszik mint a jobb, a minnek oka az, hogy a bal vena spermatica interna a bal vena renalisba ömlik, míg a jobb directe a vena cavába. A vena spermatica interna a baloldalon tehát valószínűleg, mert nagyobb ellentállást kell legyőznie, gyakran meghosszabbodik és így a bal here mélyebb állásba kerül. Várható volna tehát, hogy situs inversus viscerumnál ezen helyzeti viszonyok is meg vannak fordítva, a miként a beteg ezt csakugyan mutatja is, a mennyiben a jobb hereje fekszik mélyebben.

Ifj. Hahn Dezső: Tüdőruptura esete.

J. D., 21 éves orosz katona bal mellkasfelére nagyobb vasdarab esett. A beteg ezen trauma következtében hanyatt vágódott, miközben hátát egy sinrakásban megütötte. Felvételkor a bal mellkasfél háti felületén a VIII. bordának megfelelőleg öt-hat cm. hosszú és két cm. széles haránt horzolás látszik. A sérülésnek megfelelően tenyérszerű területen a bőr alatt levegő volt érezhető, mely $1/2$ óra mulván az egész bal mellkasfélre ráterjedt; ugyanott pneumothorax konstatálható. A cyanosisos beteg többször köpött vért, légzése dispnoeás, hőmérséklete 39° C., pulsusa 120. Három nappal a sérülés után a légzés megkönnyebbül, a hőmérséklet lassan alábbszáll, a vércső megszünik és a 10. napon a beteg teljesen jól van. A betegem sem tapintással, sem Röntgen-átvilágítással a bordákon elváltozás nem volt kimutatható. A tüdőruptura valószínűleg úgy jött létre, hogy az alveolusokban levő levegő oly hirtelenül és oly erővel komprimált, hogy a természetes utakon már nem tudott eltávolodni. A műtéti beavatkozás csak akkor indikált, ha súlyos vérzés áll be, vagy ha a pneumothorax oly nagyfokú, hogy a szív eltolódása a betegre nézve életveszélyessé válhatik. Egyébként — miként esetünkben — a conservativ therapia is elegendő lehet, a mi morphium-adagolásból, jégtömlő-applikálásból, a mellkasfélnek ragtapaszcsikkal való rögzítéséből áll.

Keppich József: Minthogy a betegem csak átvilágítás történt, lehetséges, hogy a bordán az elváltozás nem volt kimutatható. Véleményem szerint a tüdőrupturák nagy részét általában a bordán létrejött elváltozások (repedések, leszakadt csontszilánkok) okozzák.

Groák Ernő: Az esetet Hahn főorvos kívánságára több ízben megvizsgálta. Az első vizsgálatkor mindkettőjük benyomása az volt, hogy bordatörés van jelen depressióval, valószínűleg azért, mert a levegővel telt bőr magasra kiemelkedve, csalódásig egy mögötte levő borda depressiójának képét mutatta. Nyomásra igen nagy érzékenység volt, crepitatiót azonban nem éreztek. A későbbi, alaposabban keresztülvitt vizsgálatok, az érzékenységnek aránylag gyors visszafejlődése, bordatörés jelenlétét nem igazolták, úgy hogy jelen esetben ama ritkában előforduló tüdőrupturával volt dolguk, a mely bordatörés nélkül jött létre.

Ifj. Hahn Dezső: Bélsársipoly esete.

H. P., 34 éves orosz fogoly srappnell által sebesült meg, a midőn a légnomás a lövészárokból körülbelül három méternyire vetette ki. A sérülést követő időben a beteg nem hányt, nem csuklott, csak azt vette észre, hogy míg a sérülést megelőzőleg rendesen volt széke, a sérülés után néhány hétig csak 3-4 naponként. A betegem felvételkor a következő status találtató: A has bal felének külső részén a felső harmadban körülbelül 10 cm. hosszú sarjadzás, a melynek folytatásában a bőr elvékonyodott. Ezen elvékonyodott bőr alatt srappnellrészlet volt érezhető, mely eltávolított. A metszés helyének megfelelőleg nyolcz nappal a srappnell eltávolítása után a mélyből hig bélsár kezdett ürülni — körülbelül hat héttel a sérülés után — s a bélsárral együtt apró srappnellszilánkok. A bemutató véleménye szerint a bélsársipoly a sebesülés után annyi idővel való keletkezése módját illetőleg valószínűnek kell tartanunk, hogy a srappnellszilánkok a bél serosájában tapadtak s azt megsebeztek. A bél hozzátapadt a hasfalhoz, a sebzett bélrészlet átfürödött és bélsársipoly jött létre. A bélsársipoly — a körülötte keletkezett tályog megnyitását nem tekintve — spontan záródott.

Ifj. Hahn Dezső: Szemhéjplasztika esete.

P. E., 22 éves orosz fogolynak srappnell-lövés után a bal felső szemhéja (valószínűleg állandó nyomókötés következtében) az orr belső oldalához tapadt. (Arczkép bemutatása.) Ilyen állapotban került a beteg a bemutató osztályára. A lenőtt részt lepraeparálván, a jelentékenyen megnyúlt szemhéjből, a belső szemzúgtól az orbita felett ívelt metszéssel, körülbelül 6 cm. hosszú, 2 cm. széles lebenyt metszett ki és a sebszéleket egyesítette. A beteg a műtét óta szemhéját jól emeli és zárja.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

3420/1916. sz.

Besztercebánya sz. kir. városnál elhalálozás folytán megüresedett és a város képviselőtestülete által választás útján betöltendő városi ügyvezető orvosi és az ennek betöltésével esetleg megüresedő városi rendőrorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A 35 évi szolgálat után teljes nyugdíjra igényt adó ügyvezető orvosi állás az 1912: LVIII. t.-cz.-hez csatolt C. illetménytáblázat szerinti IX. fizetési osztály 3. fokozatában megállapított javadalmazással, vagyis 2600 korona kezdőfizetés és 700 korona lakáspénzzel, nemkülönben 30 ürköbméter kemény hasábfának előállítási áron való megvételére való jogosultsággal van egybekötve.

Az ugyancsak 35 évi szolgálat után teljes nyugdíjra igényt adó rendőrorvosi állás után pedig az említett C. táblázat szerinti X. fizetési osztály 3. fokozatában megállapított javadalmazással, vagyis 2000 korona kezdőfizetés és 630 korona lakáspénzzel, nemkülönben 30 ürköbméter kemény hasábfának előállítási áron megvételére való jogosultsággal van egybekötve.

A fizetési osztályon felül a magasabb fokozatba az előlépés a városi szervezési szabályrendelet értelmében történik.

Felhívom azokat, a kik ezen állások valamelyikére pályázni akarnak, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában s illetve az 1912: LVIII. t.-cz. 22. §-ában előírt kellékeket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket 1916. évi május hó 30.-áig bezárólag hozzám nyujtsák be.

Az elkésve beadott kérvények nem vétetnek figyelembe.

Besztercebánya, 1916 május 5.

Répsai Mátyás dr. s. k., alispán.

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

Néhány előkelő tudományos vélemény a Lysoform baktericid hatásáról.

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

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

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

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

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

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

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

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

Professor Dührssen *Gynaecologisches Vademecum.*

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

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

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

Ausztria és Magyarországon a Lysoformot egyedül gyártja:

Dr. KELETI és MURÁNYI vegvészeti gyára Ujpesten.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Kelen Béla: Közlemény a budapesti I. számú női klinikáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi ny. r. tanár, udvari tanácsos.) A dosismérés problémája a sugaras gyógyításban. 285. lap.

Moga Kornélia: Közlemény a II. számú belorvosi klinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyetemi nyilv. r. tanár.) Tapasztalataink a typhust gyógyító oltóanyagokkal. 286. lap.

Szana Sándor: Csik vármegye 1915.-i nagy gyermekhalandóságának okai. 289. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Schott: Physikalische Behandlung der chronischen

Herzkrankheiten. — Köhler: Die staatliche Kriegsinvaliden-Fürsorge. — Lapszemle. Sebészet. Payr: Gázphlegmone. — Szülészet és nőorvostan. Jung: A gyermekágyi fertőzések kezelése. — Gyermekorvostan. Reiss és Hertz: A vörheny serumkezelése. Bőrkörtan. Hazen: A végtagok bőrrákja. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Kúdolph: A tumenol használata a kis sebészetben. — W. Carl: Erysipelás. — Amster: A fogak szuvasodása. 291—293. lap.

Magyar orvostrodalom. 293. lap.

Vegyes hírek. 293. lap.

Tudományos Társulatok. 294—296. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti I. számú női klinikáról. (Igazgató: Bársony János dr. egyetemi ny. r. tanár, udvari tanácsos.)

A dosismérés problémája a sugaras gyógyításban.

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

A Röntgen- és radiumsugaraknak hatása olyan erőteljes és annyi subtilis apróságtól függ, hogy annak, a ki a sugárterápiával foglalkozik, multhatatlanul szüksége van a sugárminőség és mennyiség minél pontosabb megmérésére. A sugármérő eszközök azonban mindannyian megbízhatatlanok, adataik nagy mértékben ingadozóak, úgy hogy a dosisok pontos kimérésére nem használhatók. A „Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen“ hasábjain az észlelő búvárok most számolnak be észleleteikkel és kritikájuk az összes mérőeszközökre lesújtó. A mely mérőeszköz ezüstvegyületekkel mér, annak az adatait problémássá teszi az „ezüsthiba“; a melyeknek alapanyaga az aluminium, az ennek a hibájában szenved; a legújabb selen-mérőeszközöknél zavart okoz a különböző modificációjú selen eltérő érzékenysége és besugárzási tehetetlensége.

Hogyan járjunk el tehát, ha a kénytelenség ilyen mérőeszközöket ad a kezünkbe? Hogyan kerüljük el a túlsugárzás baleseteit, ha eredmények elérése végett mégis utalva vagyunk a maximális dosisokra?

Az első legfontosabb teendő a sugárminőség, vagyis a sugárkeménység megmérése. Ennek a pontos ismerete két okból szükséges. Az első ok az, hogy a hatás eléréséhez meghatározott keménységű sugár szükséges. A lágysugarak egyenlő mértékben támadják meg az összes szöveteket és hatásuk lényegileg lobot okozó, gyuladást keltő. A keményebb sugarak a keménység növekedésével fokozatosan mindinkább

$J_1 = J_0 \cdot 2^{-\frac{cm}{f}}$... , a mely képletben J_1 = a keresztül jutó intenzitás, J_0 = a réteg felszínére eső intenzitás, cm = a vízréteg vastagsága centiméterekben, a melyen a sugár áthaladt és f = a felező réteg cm.-ekben kifejezve.

$f = \frac{\log 2}{\log J_0 - \log J_1}$ cm. ... a betűk jelentése ugyanaz, mint az előbbi képletben.

erőteljesebben hatnak a gyorsabb fejlődésben levő, erősebben táplálkozó, erősebben szaporodó, élénkebb anyagcserében levő szövetekre és relative sokkal kevésbé bántalmazzák a lassan növekedő, kisebb anyagcseréjű szöveteket. Hatásuk is más, mint a lágysugaraké. A gyuladások háttérbe szorulnak és sorvasztó, zsugorító, sejtoldó hatások mutatkoznak. A fokozott keménységű sugarak azok, a melyek előtt „a ráksejtek elolvadnak, mint a hó a napsugár előtt“. A nagyon erősen megsugárzott búzaszem elültetve kikel, ha azonban a már fejlődésben levő kicsírázott búzaszemet sugározzuk be, csírázó képességét elveszti (G. Schwarz). A keménységmérés szükségességének másik oka technikai fontosságú. Erre a dosismérők tárgyalásakor fogunk rátérni.

A forgalomban levő keménységmérők (Walter-, Benoit-, Wehnelt-, Bauer-, Christen- stb. rendszerűek) közül legértelmezhetőbb és sugárelnyelési számításokra leghasználhatóbb adatokat ad a Christen-féle. Christen a sugárkeménységet azon vízréteg centimeterben számított vastagságával jellemzi, a mely a sugárzásnak éppen a felét nyeli el. Lágysugarak sugárzásnak felére csökkentéséhez 0.5 cm. vastag vízréteg szükséges, a közepes keménységű sugarakat nagyjában átlag 1 cm. víz felezi. Kemény és igen kemény sugarak felező rétege 2—3 cm. és több. Klinikánkon sikerült vékony ólomfilterekkel 7 cm. keménységű sugárzást is előállítanunk, a melyek tehát már nem nagyon messze járnak a radium gamma-sugaraitól, a melyeknek a felező rétege 14 cm. Az emberi légyszövetek igen nagy megközelítéssel úgy absorbeálóknak, mint a víz s azért a Christen-féle fokozat adataiból hozzávetőleg kiszámíthatjuk a test bármely mélyebb helyére bejutó intenzitást. Ehhez csak azt kell tudnunk, hogy a sugár hányszor feleződik, míg a kérdéses mélységbe jut. 3 cm. felező rétegű sugár 12 cm.-ig 4-szer feleződik ($12:3 = 4$), 12 cm.-nyire tehát a bőrre eső intenzitás 4 egymás utáni feleződéssel ($\frac{1}{2}, \frac{1}{4}, \frac{1}{8}, \frac{1}{16}$) egy tizenhatodrészt csökken. A Christen-féle fokozat a sugármérésekre bármennyire alkalmas is, az erre a célra szerkesztett mérőeszköz leolvasása nem ad pontosabb adatokat, mint a többi, nagyon is rosszul leolvasható keménységmérő. Ennek a kiküszöbölésére szerkesztettem egy eszközt, mely a Christen-fokozatot a dosismérők valamelyikével pontosan leolvasni engedi. Hogy az előbb hibásnak mondott dosismérők ezen specialis esetben miért adnak pontos eredményt, azt később fogjuk látni. A pontos keménységmérő szerkesztésének gondolatmenete a következő. Ha ismeretes a keménység felezőrétegben ki-

fejezve, akkor a megfelelő matematikai képletből számíthatjuk, hogy egy cm. vízen a sugárnak hányadrésze jut keresztül.¹ Megfordítva, ha ismeretes, hogy egy cm.-en keresztül a sugárzásnak hányadrésze jutott át, ebből kiszámítható a felező réteg.²

A mérés elvégzésére úgy járunk el, hogy veszünk egy a vízzel egyenlő elnyelésű 1 cm. vastag lapot (borostyánkő, bakelit vagy ébenfa) és megmérjük a dosist közvetlen fölötté és alatta. A dosismérő, igaz, hogy hamis adatot ad, de itt nem a dosis abszolút nagyságát akarjuk tudni, hanem a két dosis egymáshoz való viszonyát, a mi helyes marad, mert a mérő mindkét mérésakor arányos hibát ejt, a mi tehát az arányaállításakor kiküszöbölődik. A kiszámítás egyszerűsítésére táblázatot szerkesztettem, melyen a számtani műveletek egy matematikai műfogással két egyszerű szám különbségének megállapítására vannak korlátozva, a mi fejből elvégezhető.

A táblázat a következő:

I. táblázat.

Dosisok ...	1/4	1/2	3/4	1	1 1/4	1 1/2	1 3/4	2	2 1/2	3	3 1/2	4	5	6	7	8	9	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30
Kivonási számok	0	30	48	60	70	77	84	90	100	108	114	120	130	138	145	150	155	160	168	175	180	186	190	194	198	201	205	207

II. táblázat.

Differentia	2	2 1/2	3	5	6	7 1/2	10	11	12	13	15	17	19	21	25	30	38	50	76
Felező réteg (cm.)	15	12	10	6	5	4	3	2 3/4	2 1/2	2 1/4	2	1.8	1.6	1.4	1.2	1	0.8	0.6	0.4

Használatkor felkeressük az I. táblázatban az első vízszintes sorban az 1 cm.-nyi mérőréteg felett és alatt megmért két dosist. Mindegyik dosis alatt találunk a második vízszintes sorban egy-egy kivonási számot. Ezeket egymásból ki kell vonni. Az így nyert differentiát felkeressük a II. táblázat első vízszintes sorában: az alatt találjuk a keménységet felező rétegben kifejezve. Hogy a dosisokat miféle egységekben mértük, arányaállításról lévén szó, teljesen mellékes. Tegyük fel, hogy a mérőréteg felett mértünk *Holz-knecht*-egységekben „4 H“-t, a mérőréteg általi elnyelés után, vagyis alatta mértünk „3 H“-t. Az I. táblázat első sorában 3 és 4 alatt a második sorban találunk 108-at, illetve 120-at. A kivonás után marad differentia 12. Ezt felkeressük a második táblázat differentia-rovatóban és alatta találjuk a keresett felező réteget = 2 1/2.³

Ha a keménységet ekként pontosan megmértük, áttérhetünk a dosis mérésére. Az összes dosismérők közös és legnagyobb hibája az, hogy minden más és más, de a mérőeszközre jellemző keménységű sugár irányában különösen érzékenyek. Minél közelebb áll a mért sugár keménysége ehhez a keménységhez, annál nagyobb dosist mutat a mérő különben azonos sugárquantumok mellett. Az a sugárkeménység, a mely mellett a dosismérő többet mutat, a különböző mérőeszközöknél különböző és eddigelé pontosan nem is ismeretes. Így a *Kienböck*-féle dosimeter 2—2 1/2 felező rétegnél körülbelül 3-szorost mutat, mint 1/2 cm. felező rétegnél. Ugy vagyunk itt, mint minden sugárzásra érzékeny anyagnál. Mindegyik érzékenysége van egy punctum maximuma bizonyos kvalitású sugár irányában. A rendes fényképlemez pl. a kék és ibolya sugár iránt felette érzékeny, míg a vörös jóformán nem hat rá. Ezen általános,

³ Ha olyan dosist mértünk, a mely a táblázatban nincs felsorolva, közbeiktatás útján határozzuk meg a kivonási számot: pl. ha a dosis 4 1/2 (4 és 5 között), akkor kivonási számnak veszünk 125-öt (120 és 130 között). Hasonló közbeiktatással segítünk, ha a differentia között hiányzik a keresett szám: pl. ha a differentia 4 (3 és 5 között), a felező réteg lesz 8 (10 és 6 között).

minden dosismérőt egyformán illető hiba mellett mindegyiknek külön-külön megvan a saját specialis hibája, a mit itt nem akarok részletezni, csak azt az eddig nem méltatott körülményt emelem ki, hogy ugyanazon mérőeszközök azonos körülmények közt azonos hibákat ad. Ezt azért tartom fontosnak, mert ez képesít bennünket arra, hogy egy más alkalommal lemért dosist, a melyet abszolút nagyságára nézve pontosan nem ismerünk, mert hibás mérőeszközzel mértük, mindamellét exact módon reprodukálhassunk. A mikor két különböző alkalommal 10—10 x-et mértünk, akkor ez a két dosis a mérőeszközök hibái miatt nem egyenlő és nem is tudjuk megmondani, melyik a nagyobb, de ha ugyanazon készülékkel egyenlő keménységű sugarakat mértünk, akkor a dosisok egyenlők. A helyes dosisok kimérésére nem az a fontos, hogy milyen dosimeterrel, hanem az, hogy hogyan mértünk.

Ugy kell eljárni, hogy beállítjuk a Röntgen-lámpát először beteg nélkül a kellő keménységű sugárzásra és a ke-

ménységet a fent leírt módon pontosan megmértük. Azután leadunk a betegeknek valamelyik dosimeter ellenőrzése mellett egyformán akkora dosist, a melyről bizonyosak vagyunk, hogy bajt nem okoz. Eleinte óvatosan hosszabb időközökben, 4 hét multán sugárzunk újra, s ha akkor egyetlen beteg bőrén sem mutatkozik Röntgen-hatás, kevéssel emeljük az összes betegek dosisát. Így 4 hetenkénti turnusokban való emelkedéssel tapogatózva, végül a betegek egy része bőrvizsgálattal vagy már bőrhypaemiával jelentkezik. Ekkor elérünk a maximalis dosishoz, a melyet már a jövőben nem fogunk leadni, hanem visszatérünk 10—20% csökkentéssel ahhoz a dosishoz, a mely a bőrnek a *totalis normal-dosisa*. Ezt a dosist alkalmazzuk azután a rendszeres terapiában.

A dosisok kimérése ezek szerint pontosabb ott, a hol nagyobb a beteganyag, ezért nagyobb ambulanciájú laboratoriumok a therapiai eredmények tekintetében előnyben vannak a kisebbek fölött.

Látjuk tehát, hogy a kezelő a dosisok meghatározására önmagára van utalva. A dosismérők a dosist nem adják meg, hanem arra minden laboratoriumot külön be kell dolgozni.

Közlemény a II. sz. belorvosi klinikáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., egyet. nyilv. r. tanár.)

Tapasztalataink a typhust gyógyító oltóanyagokkal.

Irta: Moga Kornélia dr.

A tavalyi súlyos typhus-epidemia első idejében, mikor daczára a rendelkezésünkre álló minden segédeszköznek, szinte tehetetlen szemlélői voltunk a nagy halálozásnak, mely nálunk majdnem 23%-ot el (*Meyer* 19—20%-ot, *Luksch* 18%-ot, *Paulicek* 20%-ot, *Bruno Fellner* 20%-ot, *Brach* és *Fröhlich* 1915 januárig 12%-ot jelentett), nem csekély örömmel fogtunk olyan gyógyítási módszerhez, melynek újabb és

szakavatott részről kimutatott eredményei nagy reményre látszottak jogosítani.

Korányi Sándor báró tanár megfigyelései, melyekről ő az 1915. évi január 16.-i orvosegyesületi gyűlésen számolt be, majd *Feistmantel* eredményei voltak a kiinduláspontja a klinikánkon megindított kísérleteknek, melyekről referálni szándékom. *Korányi*-val egyidejűleg, de főleg az ő referatuma nyomán megindult mindenütt és különösen a monarchia területén levő kórházakban a vaccinatherapiának nagy arányú alkalmazása. És épp úgy, mint régen *Fränkel* első typhus-oltási kísérletei után, most is a különböző szerzők különböző oltóanyagokkal és különböző dosissal dolgoztak, hol bőr alá, hol intravenásan alkalmazva az oltást.

A különböző oltóanyagok közül felemlítjük a következőket:

Az *Ichikawa*-féle oltóanyagot *Fenyvessy* adatai szerint következő módon állítják elő: 10 norm. kacsnyi typhusbacillust 10 cm³ typhusreconvalescens-savóval 5—6 óráig thermostatban állni hagyunk, aztán kimossuk és 100 cm³ 0.3% phenolt tartalmazó physiologiai konyhasóoldatban suspendáljuk.

A *Kaiser-Csernel*-oltóanyag előállítás-módja: 10—15 különböző typhusbacterium-törzs 24 órás agarkulturáját physiologiai NaCl-oldattal lemoszuk. Az emulsió bacteriumtartalmát vérszámoló kamra segítségével számolás útján meghatározzuk és 0.5% phenolt tartalmazó physiol. NaCl-oldattal oly módon hígítjuk, hogy 1 cm³ 15 millió bacteriumot tartalmazzon.

A *Liebermann*-féle vaccina oldott bacteriumokkal keresi a gyógyító befolyást.

A *Besredka*-vaccina állati immunsavóval sensibilizált, de el nem ölt bacteriumokból áll; 1 cm³-e 0.5 kacsnyi bacteriumot tartalmaz.

A *Vincent*-féle vaccina aetherrel előlt bacteriumokból áll, melyeket sterilizált physiol. NaCl-oldatban suspendálunk oly módon, hogy 1 cm³ 500 millió bacillust tartalmaz.

Rhein oly oltóanyagot használ, mely áll 5 rész Kolle-oltóanyagból, 0.5 rész phenolból és 100 rész physiol. NaCl-oldatból.

Reibmayr oltóanyaga 53 fokon előlt bacteriumemulsió, mely 0.5% carbolt tartalmazó physiologiai NaCl-oldattal van hígítva.

Leggyakrabban alkalmazott oltóanyag a *Besredka*- és *Vincent*-féle vaccina volt, melyek ismételt parallel vizsgálatok tárgya lévén, alkalmas adtak a sensibilizált és a nem sensibilizált oltóanyag összehasonlítására, a nélkül, hogy az egyes vizsgálatok egyöntetű eredményre jutottak volna.

Igy pl. *Biedel* a losonci tartalékkórházban végzett vizsgálatai alapján határozottan az intravenás *Besredka*-oltás mellett érvel és *Löwy*, *Luksch* és *Wilhelm* hasonló eredményre jut, továbbá *Meyer* szerint a *Besredka*-vaccina a korai esetek kezelésére alkalmasabb, a *Vincent*-vaccina pedig hatásosabb a késői esetek kezelésére. A *Besredka*-vaccina leglelkesebb szószólója, *Feistmantel* és *Szécsi* szerint ezen oltóanyag korai alkalmazása bőr alól megfelelő dosissal a typhus tartamát 1 $\frac{1}{2}$ —2 hétre rövidíti, hasonlóképpen *Bruno Fellner* 20%^o-ról 7%^o-ra vélte csökkenthetni ezen oltóanyaggal a halálozást. Ezekkel szemben *Deutsch*, továbbá *Landsberger* nem látott kielégítő eredményt a *Besredka*-vaccinától, sőt az utóbbi szerint az egész vaccinahatás nem más, mint múló jellegű hőleesés.

A *Vincent*-vaccina hatását *Brach* és *Fröhlich* tanulmányozta; szerintük 50%^o-ban sikerül a betegség idejét 1—2 héttel megrövidíteni. *Paulicek* ezen oltóanyag késői alkalmazásától *Meyer*-rel szemben jó eredményeket látott és *Boral* szintén kielégítő eredményekre jutott.

Ditthorn antifoniminnal oldott antigennel dolgozik és míg ezen oltóanyag intravenás alkalmazásától jó eredményeket lát, addig subcutan applicatióját hatástalannak találja.

Nem sensibilizált oltóanyaggal dolgozik *Csernel-Márton*, *Rosenfeld-Gonda*, *Reibmayr* és *Rhein*, kik valamennyien jó hatást értek el, a mennyiben szerintük ez az eljárás a beteg-

ség idejét rövidíti, a mortalitást csökkenti és *Csernel* szerint oly esetekben is, melyekben látszólag hatástalan maradt az injectio, mégis kedvezően befolyásolja a beteg általános állapotát (sensorium, közérzet).

Reconvalescens-serummal sensibilizált oltóanyaggal csakis *Korányi* kísérletezett újabban, de eddig csak az első alkalommal közzétett 29 eset ismeretes, melyek közül 7 esetben krizissel, 3 esetben lysissel végződött a betegség, 7 eset javult, 7 eset befolyásolatlan maradt. A többi 5 eset közül, melyeket szerinte túlnagy vagy túlkicsi adaggal kezelte, 3 halállal végződött. Az oltóanyag korai alkalmazásától vár több sikert.

A klinikánkon végzett megfigyelések a következők: A therapiás oltás előtti időben 61 typhus-esetet kezeltünk, ezek közül 32 esetben positiv volt a bacteriumos vérelet, 24 esetben a Widal-reactio positivitása döntötte el a diagnózist, 5 esetben pedig a tünetek, a lefolyás, a positiv diazoreactio biztosította a diagnózist a két előbbi próba negativ volta mellett, sőt ezek közül egy esetben, melyben még a diazoreactio is negativ volt, az autopsia erősítette meg diagnózisunkat. 62 eset közül meghalt 14 = 22.95%. Ezek közül egy esetben nem a typhus volt a közvetlen halál-ok, hanem az ezen betegség lefolyása alatt fejlődött petyhüdt paraplegiából származó decubitus és következményes sepsis; úgy hogy a halálozási százalék tulajdonképpen 21.3%.

Különböző vaccinával 40 esetet kezeltünk. Ezek közül 36 esetben positiv volt a bacteriumos vérelet, 1 esetben positiv a Widal-reactio, a nélkül, hogy prophylaxisos oltást kapott volna a beteg és 3 esetben a bacteriumos vérelet, a Widal- és diazoreactio negativ volta dacára a beteg általános állapota, a lázmenet, roseola, léptumor mégis a typhusdiagnózis mellett döntött. A 40 eset közül 9 halt meg, tehát a halálozás 20.25%. De csak 4 esetben volt a typhus a tulajdonképpeni halál-ok, a többi 5 esetben a halált a következő complicatiók idézték elő: 1. A typhussal egyidejűleg kifejlődött dysenteria, mely jóval a typhus lezajlása után ölte meg a beteget. 2. A typhus végén fejlődött otitis media, mely thrombophlebitishez és operatio dacára meningitishez vezetett. 3. Typhus után fejlődött idősült perforáló appendicitis, mely operálás után halált okozott. 4. Typhus mellett kiterjedt peribronchialis mirigy tuberculosis. 5. Egy későn, a lázas állapot 4. hetében haldokló állapotban beszállított beteg. E szerint a typhushalálozás oltás után tulajdonképpen csak 7.14% volt. Tudatában vagyunk azonban annak a körülménynek, a melyet mi, épp úgy, mint mások is, észleltünk, hogy a typhusepidemia súlyossága ezen időben már alábbhagyott.

Ichikawa adatai szerint *Fenyvessy* tanár készítette oltóanyaggal kezeltünk 8 esetet.

Kaiser-Csernel-féle oltóanyaggal 26 esetet.

Ichikawa-Kaiser-Csernel-vaccinával 2 esetet.

Liebermann-féle vaccinával magában 1 esetet, *Kaiser-Csernel*-vaccinával együtt pedig 3 esetet.

Az *Ichikawa*-vaccinával kezelt esetekben az egy alkalommal elhasznált vaccinamennyiség 0.5—0.6 cm³ volt. 0.4 cm³ hatástalannak bizonyult. Oltottunk 1 esetben 1-szer, 3 esetben 2-szer, 3 esetben 3-szor, 2 esetben 4-szer, 1 esetben 5-ször; e mellett egy 4-szer és az 5-ször oltott eset *Ichikawa*-vaccinán kívül 1-szer, illetve 2-szer 1—1 cm³ *Kaiser-Csernel*-oltóanyagot is kapott. Az eredmények a következők voltak. Egy esetben krizissel végződött a lázmenet 1 injectio után. A beteg azonban már a 24. betegségi napon volt, mikor az oltást kapta és olyan állapotban volt, hogy néhány napon belül a deferveskálást magától is lehetett várni. 3 esetben gyors lysissel végződött a betegség a II. injectio után. Ezek közül 2 eset igen súlyos volt, úgy hogy különösen az egyik, a mely az első oltást az első héten belül kapta, a legkomolyabb prognosis felállítására jogosított. Ezen esetekben különösen megfigyelhető volt az, a mit *Lüdke* az oltás hatásáról mondott, hogy t. i. a láztalanság beálltával a beteg még nem egészséges, hanem épp úgy mint a pneumoniában a krízis után az oldódás csak napokkal azután kö-

vetkezik be, itt is a beteg láztalanul és jó közérzettel, de nagy erőtlenséggel végigfeküdt az egész typhusát. A többi 6 esetben nem értünk el eredményt. A betegség tartama 28 és 66 nap között váltakozott, kivéve az egyik esetben, a mely a 18. napon végződött halállal súlyos toxinos tünetek között. Complicatiót egy esetben láttunk, mikor a beteg már a typhus lezajlása után perforáló appendicitis tünetei közt halt meg.

Az utolsó 5 Ichikawa- és 2 Kaiser-Csernel-anyaggal kezelt esethez annyit szeretnék hozzáfűzni, hogy a beteg a lázas állapot 66. napján kapta a második Kaiser-Csernel-féle oltást, mely a lázmenet krizisszerű leesését eredményezte, de utána a 101. betegségi napig subfebrilis hőemelkedései voltak még. Az egész betegség lefolyása alatt az egyetlen complicatio a typhusos bacteriuria volt. A 10. Ichikawával kezelt és bonczolásra került esetről még azt is megemlítem, hogy a bélben a betegség 18. napján a Peyer-féle plaque-ok csak egy-két helyen mutattak felületes kifeléyesedést, legnagyobb részben a velős duzzanat lohadó félben volt, úgy hogy az adenoid szövet reczeszerű alapszöveve megint láthatóvá vált.

Nem sensibilizált Kaiser-Csernel-oltóanyaggal 26 esetet kezeltünk. Egy injectióra 1 cm³ oltóanyagot használtunk el. Mindig eléggé frissen készített oltóanyagról gondoskodtunk. Oltottunk 8 esetben 1-szer, 7 esetben 2-szer, 8 esetben 3-szor, 4 esetben 4-szer a következő eredménnyel. Két könnyű esetben, melyet a 8. illetve a 12. napon oltottunk, 1 injectióra gyors lysissel, illetőleg krizissel végződött a betegség 4, illetve 2 nappal az injectio után. Egy esetben, a mikor a betegség 19. napján adtuk az injectiót, a lázmenet krizissel végződött, de cholecystitis miatt még a betegség 43. napjáig kisebb-nagyobb hőemelkedések következtek. A többi 24 esetben az oltás a betegség tartamára különös hatást nem gyakorolt. A legrövidebb lefolyás 18, a leghosszabb 50 napig tartott. Egyik-másik esetben a continua az oltás után intermittáló lázzá alakult vagy az injectiót 1—2 napig alacsony, subfebrilis hőemelkedés követte és csak azután emelkedett a láz eredeti vagy ennél magasabb hőmérsékletre. Néha a continua az oltás után 1—2^o-kal alacsonyabbá vált. Egyik-másik esetben az volt a benyomásunk, hogy a súlyosnak indult betegség egyszerre könnyű lefolyásúvá vált (15. eset) és rövidebb ideig is tartott (18. eset). Az itt vázolt észlelések azonban mind olyanok, melyek nem egyszer a nem oltott typhusosokon is tapasztalhatók.

A Liebermann-vaccina, melyet egymagában egyszer, Kaiser-Csernel-oltóanyaggal együtt pedig 3-szor alkalmaztunk, abban különbözött a többi oltóanyagtól, hogy intravenás alkalmazása dacára hidegrázástól kísért hőemelkedést csak egy betegen és ezen is csak egyszer váltott ki, azonban hatást sem láttunk tőle. A magas continuát egyszer szakította félbe. Egy remittáló typhusos betegben egyszer eredeti magasságra emelkedett a láz. A betegség tartamára befolyással nem volt, dacára, hogy két esetben az első héten belül alkalmaztuk az oltást. Éppen ezért a Liebermann-féle injectio 2—3-szori alkalmazása után Kaiser-Csernel-vaccinával oltottuk tovább a betegeket, a kiken azonban az injectióval járó reaction kívül egyéb hatást így sem észleltünk.

Ezek a mi eredményeink. A jóval 100-on felül alkalmazott intravenás oltástól közvetlen káros hatást nem észleltünk. Egy betegünk volt csak, a kinek az oltás után 12 órával nagyfokú szívgyengesége támadt, subnormás hőmérsékkel. Ez stimuláló gyógyszerekre sem javult s a beteg 48 órával az injectio után fokozódó szívgyengeség tünetei között meghalt. A bonczolás kiterjedt typhusos elváltozás mellett az óriási módon megnagyobbodott peribronchialis mirigyek sajtos elfajulását derítette ki. Az oltás után, melynek közvetlen következményeit már ismételtelen leírták, a beteg rendszerint gyorsan összeszedi magát, sensoriuma fel-tisztul, nyelve nedves lesz, a lepedék leválik, étvágya javul. Az oltás ismétél rendszerint kevésbé heves tünetekkel jár és annak többszöri ismétlésétől általában nem óvakodtunk.

Az oltást követő reactio elmaradása kellő nagyságú dosis mellett súlyos prognostikai jelentőségű tünetnek látszik.

A contraindicatiókat, melyeket a különböző szerzők hangsúlyoztak, így nevezetesen a vérzésre hajlandó beteg oltásától való óvakodást (Bieder, Eggert), nem láttuk szükségesnek. Így például az Ichikawával oltott negyedik betegünknek a betegsége első napjától fogva gyakran volt orrvérzése. Három oltást kapott. Az oltást követő rázóhideg alatt ez volt az egyetlen beteg, a kinek nagyfokú cyanosisa és rossz szív-működése miatt kámfort kellett adnunk, de dacára ennek nemcsak hogy újabb vérzés nem következett be, hanem az orrvérzések teljesen elmúltak. Hasonló tapasztalataink vannak a bélvérzést illetőleg, mely oltott betegeinken, egy eset kivételével, a mikor ez egy ízben és csak mulékonyan jelentkezett, egyáltalában nem mutatkozott. Más complicatiótól az oltás nem tudta megóvni betegeinket, nevezetesen parotitis-szel, otitis-szel és bronchopneumoniával elég gyakran találkoztunk.

A vérkeringési és légzőszervek részéről mutatkozó elváltozások, melyek mind tulajdonképpen a toxinos állapot és közvetlenül az elfajult szívizomzat és megbetegedett érfal kihatásának következményei a vérkeringésre, nem contraindicatiók. Ha segíteni nem is tudtunk velük, a befecskendések nem ártottak.

Eseteinkben a halálozást lényegesen csökkenteni nem sikerült. Az öt halállal végződött esetet éppen az első 1—2 héten belül oltottuk.

Ha még egyszer szemügyre vesszük az oltással elért eredményeinket, azt látjuk, hogy némi hatást tulajdonképpen csak az Ichikawa-oltóanyaggal értünk el. A Kaiser-Csernel-oltóanyaggal gyógyított két eset oly könnyű lefolyású volt, hogy oltás nélkül is rövidesen meggyógyult volna. Így tehát az Ichikawával oltott nem válogatott 10 eset közül 1 esetben krizist, 3 esetben gyors lysist láttunk, 6 esetben hatástalan maradt az oltás, 2 beteg meghalt.

Ha ilyen kis beteganyagból egyáltalában szabad következtetéseket levonni, azt kell mondanunk, hogy további kísérletezést csakis Ichikawával érdemes folytatni.

Hogy a vaccina készítése módjától függ, nézetem szerint, leginkább az eredmény, azt abból következtetem, hogy az elég biztató eredményeket, melyeket az első oltások után láttunk, mind az első Fenyvessy-féle oltóanyag-küldemény-nyel értük el, a második küldemény már hatástalan volt, és ez a körülmény készítetett arra, hogy a Kaiser-Csernel-oltóanyagra térjünk át. Alig lehet elzárkózni az elől a felfogás elől, hogy valamilyen még ismeretlen mellékkörülményen múlik az, hogy a néha jelentkező meglepő hatás más teljesen hasonló esetekben egészen elmarad. Szükséges volna tehát a vaccina előállításának módját megjavítani s ezért e gyógyítás jövőjének helyes megalapozását a laboratoriumi kísérletezéstől kell várunk.

Irodalom. Meyer: Spezifische Typhusbehandlung. Berliner klin. Wochenschrift, 1915, 26. sz. — Lucksch: Heterovakzinebehandlung des Typhus abdominalis. Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 26. sz. — Paulček: Zur Frage der Typhusheilmitteln. Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 28. sz. — Borai: Kriegstyphus. Med. Klinik, 1915, 17. sz. — Fellner: Beiträge zur Therapie des Typhus abdominalis. Med. Klinik, 1915, 39. sz. — Brach és Fröhlich: Zur Vakzinebehandlung des Typhus abdominalis. Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 23. sz. — Korányi: Zur Vakzinebehandlung des Typhus abdominalis. Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 4. sz. — Feistmantel: Über Prophylaxe und Therapie des Typhus abdominalis mittels Impfstoffen. Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 9. sz. — Rhein: Zur Bakteriotherapie des Typhus abdominalis. Münchener med. Wochenschrift, 1915, 13. sz. — Reibmayr: Über Impfstoffbehandlung des Typhus abdominalis auf intravenösen Wege. Münchener med. Wochenschrift, 1915, 18. sz. — Paltauf: Zur Vakzinebehandlung des Typhus abdominalis. Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 5. sz. Biedel és Eggerth hozzáintézett levelei a typhus-oltásokra vonatkozólag. — Löwy, Lucksch és Wilhelm: Zur Vakzinebehandlung des Typhus abdominalis. Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 28. sz. — Deutsch: Zur Vakzinebehandlung des Typhus abdominalis. Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 30. sz. — Landsberger: Zur Prognosestellung bei Typhus abdominalis. Med. Klinik, 1915, 39. sz. — Dithorn: Zur Antigenbehandlung des Typhus abdominalis. Med. Klinik, 4. sz. — Csernel és Márton: Die Therapie des Abdominaltyphus mit nicht sensibilisierter Vakzine. Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 9. sz. — Rosenfeld és Gonda: Eredményeink a Kaiser-Csernel-féle typhus abdominalis elleni oltóanyaggal. Orvosi Hetilap, 1915.

Csik vármegye 1915.-i nagy gyermekhalandóságának okai.

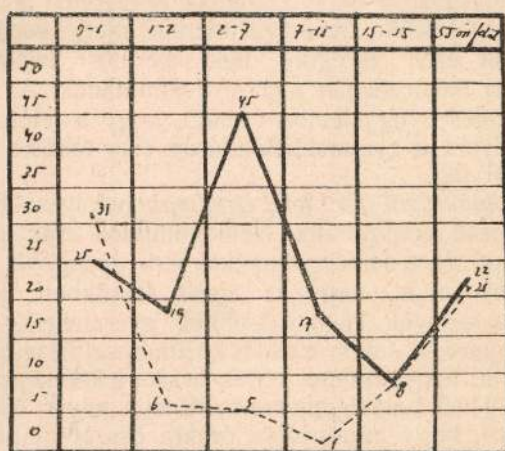
Irta: Szana Sándor dr., a budapesti állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa.

(Folytatás.)

7. A veszélyeztetett községek halálzásának egyéb okai.

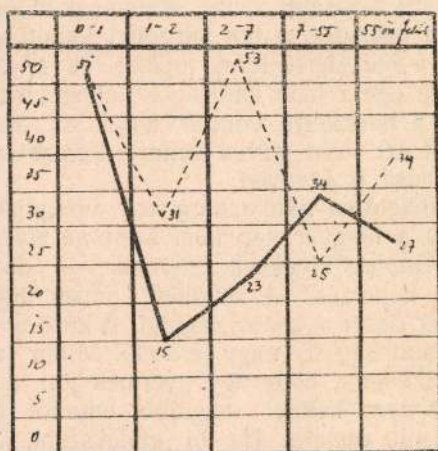
A midőn megállapítottuk, hogy a halálozás főbb okai a veszélyeztetett községben nem a járványos betegségek, vizsgálat tárgyává kellett tennünk, hogy mely okok tehát azok, a melyek mégis előidézik a rendkívül nagy halálozást. Ezen kérdésbe betekintést nyerhetünk, ha az elhaltakat korosztályonként tagoljuk minden egyes veszélyeztetett községben. Nézzük mindenekelőtt azon községek haláleseteinek korszerinti tagolását, a hol a járványok nagy szerepet játszottak. Csikmadaras és Csikszentdomokos községek haláleseteinek kor szerinti tagolását az 1914. és 1915. évben a D és E) táblázatok mutatják.

D-táblázat. Csikmadaras halálzás.



— 1915 - - - - 1914

E-táblázat. Csikszentdomokos halálzás.



— 1914 - - - - 1915

E táblázatokon a halálesetek abszolút számai vannak feltüntetve s nem százalékok. Látjuk, hogy mindkét községben, dacára annak, hogy a szülések száma egyharmaddal fogyott, a csecsemőhalálozás változatlan, így tehát a csecsemőhalandóság jóval megnőtt. Az 1 és 2 éves korban már megnövekszik a halálesetek száma, a 2-7 évesben lényegesen megnövekszik, a 7 éves koron túl már kisebb a veszélyeztetettség. A férfikorban veszélyeztetettség nincs, az aggastyánok halálzására Domokoson nőtt. Látjuk tehát, hogy a járványok a gyermekeket 7 éves korukig erősen veszélyeztetik.

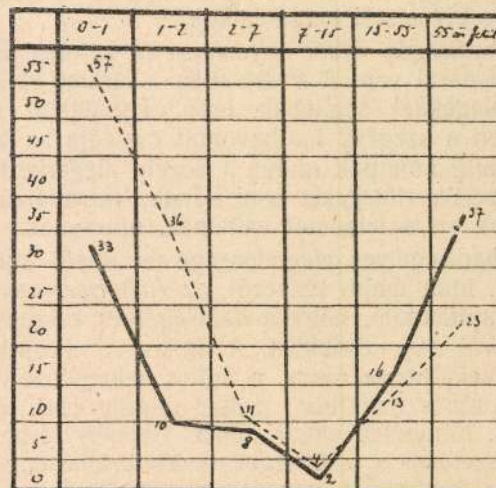
Ha ezzel szemben most azon községekben nézzük a halálesetek tagoltságát kor szerint, a mely községekben semmiféle járvány nem volt, így elsősorban Gyergyócsomafalvát (F táblázat), úgy azt látjuk, hogy itt kizárólag a két éven aluli gyermekek halálzására nő; Gyergyócsomafalva tipikus példa erre. A két éven aluli gyermekek mellett nő e községben az aggastyánok halálzására. Ugy a csecsemők, mint az aggastyánok hiányos ápolás és hiányos, illetve helytelen táplálkozás folytán pusztulhatnak csak el nagyobb mértékben.

A további öt községben, a melyeknek táblázatát még bemutatom, mindkét tényező a hiányos és helytelen táplálkozás és hiányos ápolás szerepel, de járványos betegségek is pusztítottak.

A halálokok e kutatásoknál Magyarországon figyelembe nem jöhetnek, mert hisz az esetek felében az elhaltak orvosi gyógykezelésben nem részesültek s így a halálokok megállapítása találgatás útján történt.

Kutatva azon okokat, a melyek a fertőző betegségek mellett még szerepet játszhatnak, a) az *élelmezés kérdése* mutatkozik legfontosabbnak. A vármegye alispánjától nyert felvilágosítás alapján megállapítható, hogy a vármegye gabonaneműek importjára szorul és pedig 400 vagon liszt-neműre van szüksége. Hetenként 40 vaggont kér a megye, de ezt teljességében nem kapja meg. Az általam meglátogatott veszélyeztetett községekben csakugyan mindenütt liszt-hiány állapítható meg, a legtöbb helyen búzalisztnek nyoma sincs, de kukoriczaliszt is a legtöbb községben csak a legjobbmódúaknál van, a szegények azt alig szerezhetik be, túlnyomóan „pityókából“ (burgonya) élnek.

F-táblázat. Gyergyócsomafalva halálzás.



— 1914 - - - - 1915

b) Minthogy az otthonmaradt férfilakosságnak a kereseti viszonyai lényegesen javultak, a nyomor okait tulajdonképp a *hadbavonultak családtagjai* között kellett keresni, a kik ezen községekben igen tekintélyes százalékot tesznek ki és itt is az a benyomás, mint az egész országban, hogy a magyarság több katonaszolgálatra alkalmas férfit szolgáltatott, mint a nemzetiségiek. Fel kell említenem, a mit már más megyékben is tapasztaltunk, hogy ha a *magasabb* hatóságoknál a hadbavonultak segélyezése iránt érdeklődünk, mindnyájan mintegy fascinálva csak a visszaélésekre gondolnak, csak azokról beszélnek. Mindnyájan előhozzák, hogy e vidéken a hadisegély elegendő, sőt túlsok, hogy soha annyi pántlikát és kendőt nem adtak el, mint a hadisegély óta. Szóval szemük előtt mindig csak azok az esetek lebegnek, a hol, sajnos, visszaélések történtek.

Hogy a tényleges viszonyokat megismerjem, eljárásom az volt, hogy kiírtam a községházán azon hadbavonultak családtagjait, a kiknek semmi néven nevezendő vagyonuk,

földjük, állatállományuk nincs és a hol a gyermekek száma háromnál több.

Midőn ezen neveket megkaptam, a községi jegyző és községi bíró már másképp nyilatkoztak a gyermekek ellátásáról. Elismerték, hogy ezeknél már igen nagy a nyomor. Ki kell emelnem, hogy a veszélyeztetett községek jegyzői az első percztől kezdve a nagy halandóságot a hadisegélyek elégtelenségének tulajdonították. Gyimeszváralja jegyzője bemutatta nekem a pénzügyigazgatósághoz tett felterjesztését, a melyen, állítólag anélkül, hogy ehhez joga volna, a pénzügyigazgatóság minden néven nevezendő indoklás nélkül és a jegyző által semmiképp fel nem ismert elvek szerint, a hadisegélyt leszállította. A maximalisan 1 korona 20 fillérben megállapított napi segélyt senki nem kapja. A legnagyobb nyomor egyes bevándorolt fűrésztelepi munkások között van, a kiknél csak a férj keresett, a férj bevonulása után pedig semmiféle keresete a családnak nincs. Érdekes ezzel szemben az, hogy a lakosság túlnyomó része erősen meggazdagodott a gyimesi községekben.

A gyergyószentmiklósi „Csíkvármegye“ című lap szerkesztője azt állítja, hogy a hasonló lakossággal bíró nemzetiségi vármegyék sokkal több hadisegélyt kapnak, mint a túlnyomóan magyar vármegyék, holott ezekből a megyékből kevesebben vonulnak be.

A hadisegélyek elégtelensége — a ministerileg megállapított kereten belül, ezt hangsúlyozni óhajtom — már a törvényhatósági bizottsági és egyéb üléseken is felszólalás tárgya volt, de eddig ez ügyben mi sem történt. Eddig a csíkvármegyei pénzügyigazgatóságot nem lehetett még rábírní arra, hogy a hadisegélyek kiszabásánál legyen tekintettel a gyermekek számára. Legyen tekintettel arra, hogy a legfontosabb teendőnk ma az, hogy a magyarság fenmaradását számban és a faj tisztaságában biztosítsuk, a fajt az elcsenevezesedéstől és elsatnyulástól megmentsük.

c) A hadisegély késői folyósítása itt is még mindig árthatalmas befolyással van. A fővárosban a kerületi előljáróságok sokszor előlegekkel segítenek ezen. Falvakban semmiféle segélyezésben a szegény hadbavonult családja az alatt nem részesül, a míg hónapok mulva a segély megérkezik.

A községek előlegeket nem adnak, társadalmi egyesületek, melyek ezt a feladatot vállalnák, nincsenek.

d) A hadisegélyek elégtelensége és késői kiutalványozása mellett, mint újabb tényezőt, az *élelmiszer-uzsora*t találtam. Megállapíthattam, hogy a hadisegélyes asszony kezében a pénz vásárló ereje csökkent. A mikor a községnél liszt van, akkor neki pénze nincs, a mikor neki pénze van, akkor a községnél nincs már liszt; persze mindig csak törökbúzárról beszélek. Kénytelen akkor tehát bármely áron uzorakamattal beszerezni a szükséges kukoriczalisztet. Pityókája (burgonya) a legtöbbnek van, de némelyek még ezt az egyetlen és fő élelmiszert is pénzen kénytelenek beszerezni, hogy milyen áron, képzeltethető. Ha némelykor egy kis zsírt akar beszerezni, ezért fantasztikus árakat kell fizetnie. Sem a hadbavonultak családjainak és immár sok hadiözvegynének és hadiárvának ily irányú védelme ügyében sem a társadalom, sem a hatóságok részéről még semmi sem történt.

e) *Munkaközvetítés hiánya.* Érdekes és megfontolandó jelenség az, hogy a megyében, amerre jártam, azok, a kiknek munkásasszony kellene, azt panaszojják, hogy nem tudnak munkaerőt kapni. Viszont találtam néhány családot, a hol a 12 éves leány a kisebb testvérekre talán már ügyelhetett volna és így kérdeztem, hogy miért nem járhat az asszony munkába. Jár, a mikor kap és a községi jegyző bizonyította, ha hívják, mindig szívesen vállal munkát. Tehát a munkaközvetítés teljes hiánya. Az egymástól 1/2 órányira, gyakran ugyanabban a faluban lakó munkást kereső nem találja meg a munkakeresőt. Otthon végezhető városi munkát mind szívesen végezne. Nem lehetne ezek számára munkát találni? A székely kirendeltség nem tehetné ez ügyben sokat? A község házában nem lehetne ezt közvetíteni, vagy a postát nem lehetne belevonni ebbe?

f) *Fűtőanyagok ügye.* Bizonyára mindenütt a nyomorral együtt jár a fűtőanyagok hiánya is. Ezen havasi községekben, a melyek erdő közepette fekszenek, tulajdonképp ezen hiány kevésbé érezhető. Egyes községekben, a melyek saját erdővel rendelkeznek, egyáltalán nincs fahiány, viszont a gyimesi községekben fokozódott mértékben nyilvánul meg. A községeknek ugyanis saját erdeik nincsenek és így tulajdonképp faimportra volnának szorulva. Természetes azonban, hogy oda fát senki sem importál és így falopásra vannak utalva. A falopás igen sok időbe kerül, erősen lekötí az asszonyt, azonkívül némelykor el is fogják őket és akkor azután becsukják. Mindannyi tényező, mely a gyermekápolástól elvonja.

g) *Ruházat-, főleg czipőhiány* is hozzájárul a halandóság fokozásához. Találtam igen nagy számmal olyan gyermekeket, a kik az első őszi napok óta, tehát szeptember vége óta nem voltak a szabad levegőn, a szellőzetlen szobában tartózkodnak, egy ingben, czipő nélkül, immár ötödik hónapja. Magyarországon a tavaszi halálozás mindig igen nagy, a halálozási görbe tavaszi emelkedése jellegzetesen nagy nálunk. Egész bizonyos, hogy a jövő évben, 1916-ban ezen tavaszi emelkedése a halálozásoknak borzasztó lesz. Veszedelmes dolog jósolni, de mégis merem, mert csodálatba ejtene, hogyha ezen levegőre nem kerülés ártalmi fokozódó tavaszi halálozásban nem nyilvánulnának. Az elbírálásnál természetesen figyelembe veendő, hogy a felére csökkent szülések folytán a gyermekhalandóság ezer lakosra vonatkoztatva javulni fog.

h) *A háborúval járó lelki izgalom* befolyásukat kétségtelenül károsan érvényesítik. Nem gondolok csak a hiányos táplálkozással és a lelkiizgalommal járó gyengébb tejképződésre. Látjuk azt is, hogy az egész lelkükben, lényükben felizgatott asszonyok közömbösebbek gyermekeik, otthonuk iránt. A nyomor, a sok szenvedés közömbösebb teszi őket, de érthető az is, hogy minden egyes asszony keresi az alkalmat, hogy társnőjével beszélgethessen. Minden egyes érkező levél alkalom arra, hogy mindnyájan órákra összebujjanak. Az érkező vonatok elé mindnyájan kimennek, lesve, nem kapnak-e hírt övéikről, a nagy világ eseményeiről.

Ide sorolható a sok utazás is, a melylyel a háború eseményei járnak. Soha talán a mi országunkban annyit a kis emberek, a falusi emberek nem utaztak. Ezt a vasuti állomások, főleg a kisebb vasuti állomások főnökeitől tudom. Magam láttam családot, a hol sürgőnyt kapott az anya, hogy holnap indul a harcztérre férje, jöjjön; és a család utolsó pénze, talán az egész havi hadisegély, elment most arra, hogy meglátogassa a harcztérre vonuló férjét az asszony, talán utoljára. Lehet ezt rossz néven venni? Persze ezalatt a gyermekek gondozása is szenved.

A legélelnebben tiltakoznom kell vizsgálataim alapján az ellen, hogy a magyar nép nem szeretné gyermekét, örül ha meghal. Gonosz kivételek lehetnek — de hála Istennek, ez nem néperzés. A közönyt, annak ügyetlen kifejezéseit tévesztik össze a gonoszsággal. A közönyt pedig, mikor a gyermekhalandóság ily nagy, érthető. Mikor a falu népe folyton csak azt látja, hogy egy gyermek jön, a másik meghal, akkor ez nem kelthet nagyobb emótiót benne. Gondoljunk a Titanic esetére. Ha jól emlékszem, 2000 ember pusztult el akkor a hajón, s mily heteken át tartó izgalom volt a következmény. Ma, ha egy ütközetben csak 2000 ember hal meg, ez egyáltalán nem kelt izgalmat.

A háború-izgalom között egyes nők erkölcsstelenségét is kell felemlítenünk. Bizonyos, hogy a férjnek, a ház tekintélyének, immár 19 hónapon át a házból való távolléte sok helyütt az erkölcsöket erősen meglazította. Csikmegyében egyes, főleg Romániához egészen közel levő községekben súlyos formákat öltött a nők erkölcsstelensége. Gyimesközéplakot az ott egy időben elhelyezett volt katonai parancsnokság fel is jelentette, annyi nemi betegséget szereztek az ott állomásozó katonák. Valamennyi gyanús nő orvosi vizsgálata el is lett rendelve és a községi orvos jelentése szerint ezen nők 40%-a beteg volt, 56 éves asszonyt találtak lágy fekélylyel.

Összefoglalva mindezeket, meg kell állapítanom, hogy Csikmegyében a járványokon kívül a halálozás fő oka a hadisegélyeknek helytelen, a gyermekek számát figyelembe nem vevő elosztásától függ. Összefügg az ezzel járó nyomorral és a háború által okozott megváltozott lelki étellel. Az alföldi megyékben a nők fokozott elfoglaltsága a mezőkön járult ehhez, mint még fontosabb ok.

Ezen okok *megnyilvánulási alakja* a két éven aluli gyermekek, tehát a csecsemők, hiányos és helytelen táplálkozása. A hiányos táplálkozás csökkent ellenállóképességet idéz elő. A csökkent ellenállóképességhez hozzájárul még az otthonról sokat távollevő anya hiányos ápolása, és így kisebb bajok is, a melyek azelőtt gyógyíthatók voltak, halálra vezetnek.

Ezek után Nagyméltóságod elé a következő *javaslatokat* terjesztem:

A javaslatokat a sürgősség szempontjából a hadisegélyekkel kezdem:

1. Első kérésem volna, hogy nagyméltóságod *magánlevélben* a lelkéhez közelálló Csik vármegye érdekében megkérné a vármegye pénzügyigazgatóját, hogy vegye sürgősen revisio alá a semmiféle földdel és állatállományal nem bíró és több gyermekű családok hadisegélyének ügyét és menjen el ezeknél a hadisegélyek kimérésében a székely faj érdekében a törvényben megengedett lehetőség maximalis határáig.

2. Hogy azonban ezen kérdés intézményesen is megoldassék, sürgős, égetően sürgős volna, hogy Nagyméltóságod életbeléptesse azon elhatározását, hogy a sokgyermekű hadbavonultak családtagjai, a kiken a hadisegély daczára is az elhagyottság minden ismérve megvan, az állami gyermekmenhelyek által a gyermekmenhely kötelekébe felvétessenek és megfelelő tartásdíj mellett, a mennyire az anya arra alkalmas, saját anyjuknál helyeztessenek el. Nagyméltóságod ezen elhatározása a kérdést az ország szempontjából legfontosabb szempontból, a fajegészségügy szempontjából teljesen megoldaná. (Azóta megtörtént. Szerző.) Az állami gyermekmenhelyeknek módjában van a felveendő gyermek viszonyait a gyermek szempontjából gondosan megvizsgálni. Az árvaszékek az állami gyermekmenhelyek határozatát felülvizsgálják, az állami gyermekmenhelyeknek végre módjukban van ellenőrizni, hogy a tartásdíj a gyermek érdekében használtatik-e fel, sőt mint lejjebb Nagyméltóságodnak szerencsém lesz javasolni, módjában van a gyermekmenhelynek a pénz vásárló erejét emelni és felhasználását a többi gyermek higiéneje érdekében is nemcsak ellenőrizni, de irányítani is.

3. A hadbavonultak itthonmaradt és a hadisegély mellett sínylődő gyermekeinek az állami gyermekmenhelyek kötelekébe való felvétele sürgős, de már a megoldásnál is figyelemmel kell lenni a községeknek a hét éven felüli gyermekek visszatérítési kötelezettségére. Bizonyos, hogy a kis- és a legkisebb községek, a melyeknek kis költségvetésében minden száz korona nagy szerepet játszik, ezen gyermek- és fajmentési actiót meg fogják akadályozni a községre háramló költségek okából.

Ennek folytán a gyermekmenhelyek utasítandók volna, hogy csakis 7 éven aluli gyermekek vehetők az állami gyermekmenhely védelmébe ezen actio keretén belül. Ezen intézkedést támogatja a csikmegyei tanulmányútnak táblázatunkban lefektetett azon adata, a mely szerint a nyomor túlnyomóan a 7 éven aluli kort sújtja.

Természetes azonban, hogy sokkal tökéletesebb volna ezen actio, hogyha az állami gyermekmenhelyeknek módjukban volna legalább kivételesen e csoportból a 7 éven felüli gyermekeket is gondozásba venni, a mely esetben ezeknek a községek által visszatérítendő tartásdíja a Nagyméltóságod rendelkezésére álló, a községeknek ily irányú kötelezettségeik segélyezésére szolgáló több százezer koronából nyerhetne fedezetet.

A hadisegély daczára sínylődő gyermekeknek a gyermekmenhelyek útján megmentését célzó actiónak a legszigorúbb kritika és bírálat mellett gyorsnak és tökéletesnek kell lenni,

kell tehát, hogy a községi előljáróságok utasíttassanak, hogy egyéni felelősség mellett névszerint írják össze azon teljesen vagyontalan, vagyis sem földdel, sem állatállományal nem bíró hadbavonultak családjait, a kik a gyermekek nagy számánál fogva vagy a gyermekek kicsinyisége folytán egyáltalán nem járhatnak munkába és így a gyermekek megélhetése biztosítva nincs, a gyermekek tehát elhagyottnak tekintendők. A községi előljáróságok tartoznak arra is figyelemmel lenni és minden egyes családról külön-külön teendő jelentésükben beszámolni arról, hogy ott, hol nagyobb gyermekek vannak, ezen nagyobb gyermekek nem ügyelhetnek-e fel a kisebb gyermekekre, a midőn azután az anya munkába járhat, avagy maguk a nagyobb gyermekek is nem találhatnak-e ott helyben vagy a közeli nagyobb községekben munkát.

A községek természetesen meg volnának nyugtatandók, hogy az állami gyermekmenhely kötelekébe való felvétel a község költségvetését megterhelni nem fogja. A község jelentést tartozik tenni egyúttal arról, vajjon a pénzügyigazgatóság a jelen esetben elment-e a hadisegélylyel a vármegye számára megállapított napibérátalány teljes összegéig. Ezen jelentéseket a községi előljáróság leghelyesebben közvetlenül a legközelebbi állami gyermekmenhelynek küldi be, s az állami gyermekmenhely a gyermekeket azonnal felveszi a menhely kötelekébe.

A gyermekmenhely igazgatója ezután ezen gyermekeket a lehető leggondosabban vagy maga, vagy a központi közgei, elsősorban a központi ellenőrző telepfelügyelők által gondosan ellenőrzi. Ellenőrzi elsősorban, vajjon a gyermeknek a gyermekvédelmi szabályzat 11. §-a b) pontja alapján az árvaszék határozata előtt való felvétele valóban indokolt volt-e. Ha úgy találja, hogy ez az indok nem volt meg, hogy a községi előljáróság adatai vagy felfogása az esetről a gyermekvédelmi felfogásnak nem megfelelők, akkor a gyermek gondozását megszünteti és az esetről az alispánnak jelentést tesz. Ha úgy találja, hogy a hadisegélynek a vármegye területén megállapított átlagos napibérre való felemelése által az elhagyottság meg volna szüntethető, a vármegyei pénzügyigazgatóságnak ily irányban előterjesztést tesz. A pénzügyigazgatóságoknak a gyermekvédelmi szempontok figyelembevételére való felhívását illetőleg Nagyméltóságodnak a későbbiekben teszek előterjesztést.

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. Dr. Th. Schott: Physikalische Behandlung der chronischen Herzkrankheiten. Berlin, Julius Springer, 1916.

A ki nem elégszik meg azzal, hogy szívbetegét digitalissal s szívhűtővel kezelje, hanem a modern therapia minden eszközét fel akarja használni betegek állapotának enyhítésére, annak melegen ajánlhatom Schott könyvének tanulmányozását. Schott neve a szívbántalmak kezelésében valóban fogalomná vált s jelen könyvében a természetes szén-savas thermalsol-fürdőknek és a gyógytornának a gyakorlatban ismert értékét s horderejét vérnyomásméréssel, plethysmograph-fal és Frank-féle tükörsphygmograph-fal tudományosan is indokolja. A könyvhöz a Schott-féle torna egyes mozzanatait képből is csatolva vannak. *Deutsch Ernő.*

A. Köhler: Die staatliche Kriegsinvaliden-Fürsorge. Leipzig, Verlag von G. Thieme, 1916.

A háború rokkantjairól való gondoskodás kérdése most a homloktérben van és még sokáig ott is fog maradni. S e kérdéssel nekünk, orvosoknak, még fokozottabb mértékben kell foglalkoznunk. Nagyon jó bevezető az e kérdéssel való behatóbb foglalkozáshoz a jól ismert szerzőnek a czímbe jelzett munkája, a melyben ugyan főleg az állami gondoskodásra terjeszkedik ki, de azért a községi és magángondos-

kodást is tekintetbe veszi és legkülönbözőbb oldalairól megvilágítja. Nagyon ajánljuk a kis munkát olvasóink figyelmébe. Ára 2'80 m.

Lapszemle.

Sebészet.

A gázphlegmoneról írja *Payr* tanár, hogy — eltérően *Bier* tanár nézeteitől — úgy a maga, mint mások észlelései szerint a gázphlegmone a végtagokon a sebből is kiindulhat. Számos oly beteget észlelt, a kiken a gázphlegmone typosos epifascialis alakban zajlott le, a kiken a Röntgen-felvétel megmutatta, hogy a gázphlegmonét előidéző gránátszilánk a bőr alatti kötőszövetben foglalt helyet, továbbá a bemetszések alkalmával meggyőződtek arról, hogy a fascia mindenütt sértetlen volt. Ezenkívül a szerző számos gázphlegmonét látott a hasfalán, a farpofán a bőr alatti zsírszövetre lokalizálódva, tehát az izomszövet megbetegedése nélkül. Viszont észlelt oly eseteket is, a melyekben a mélyebb izom- és csontsérülések daczára is a gázphlegmone a bőr alatti zsírszövetben folyt le, szintén az izomzat megbetegedése nélkül. A Röntgen-felvételeken különben is egészen pontosan meg lehetett látni, hogy ugyanakkor, midőn a gázphlegmonét előidéző gránátszilánk az izomzatban volt, a gázphlegmonera jellegzetes kisebb-nagyobb léghólyagcsák csakis a fascia felett ültek. Tehát a gázphlegmone nem csupán az izomszövet kizárólagos megbetegedése.

A mi az epi- és subfascialis lefolyású formákat illeti, erre nézve megjegyzi *Payr*, hogy ennek jogosultságát csak nagyobb anyagon szerzett tapasztalatok után lehet megítélni. A kétféle alak közötti számarány ugyanis az év szakai szerint igen különböző lehet. Ősszel és tavasszal a katonák ruházatának nedvessége és szennyezettebb volta miatt a rosszabb indulatú subfascialis alatt jóval gyakoribb.

A kétféle klinikai lefolyás elkülönítése néha nehéz, azonban ez esetek háromnegyed részében sikerül.

A gyógykezelést illetően a lehető korai radicalis sebészi beavatkozás szükségessége ma minden kétségen felül áll. A főelv az legyen, hogy kellő számú és nagyságú nyíláson át gondoskodjunk a fertőző csírák eltávolításáról. A mortalitás a háború kezdetén 50% volt, ma e kezeléssel csupán 10% (Mediz. Klinik, 1916, 17. sz.)

Szülészet és nőorvostan.

A gyermekági fertőzések kezeléséről ír folytatólag *Jung* tanár (Göttingen).

Acut genyes adnextumok sepsises alapon is keletkezhetnek a gyermekágiyban. Gyakran összetévesztik őket parametritis exsudatumokkal topographiai helyzetük miatt, de az adnextumok mindig intraperitonealisak és e miatt sokkal veszélyesebbek. Okozhatnak általános genyes peritonitist vagy súlydedéses Douglas-tályogot. Nagy lázzal, szapora pulussal és peritonealis izgalmi tünetekkel járnak. Kezelésük az exsudatumokéhoz hasonlóan történik. Mivel a betegség gyakran kétoldali, sterilitás lehet a következménye. Acut gyermekági adnextumort sohase operáljunk, mert e beavatkozással általános peritonitist idézhetünk elő. Csak ha a geny a Douglasba jutott, nyithatunk neki utat a hátulsó fornix incisójával. Utána a tályogüregnek konyhasóval való kiöblítését és drainezést ajánl *Jung*.

Az általános peritonitist a gyermekági fertőzések leg-súlyosabbja. Vele szemben úgyszólván tehetetlenek vagyunk. Klinikákon megkísérhető a laparotomia, az egész hasüreg konyhasóoldatos kiöblítése és legalább 3 helyen való drainezése, a symphysis fölött és két oldalon a lágyéktájékon. A gyógyulás lehetőségének egyedüli módja, de a gyógyulás, sajnos, nagyon ritka. A prognózis abszolút rossznak mondható.

A puerperalis fertőzések további alakja a czomb vénáinak thrombosisa, mely néha kétoldali. A thrombosis az uteroplacentaris erekben kezdődik, a medence-venákon át jut a czomb vénáiba s innen egészen a lábfejjig leterjedhet. Az egész láb megdagad, oedemás és halvány lesz, e mellett a

beteg igen erős fájdalomról panaszkodik. Ez a phlegmasia alba dolens, mely szintén nagy lázzal jár és általános sepsist vagy tüdőemboliát okozva, halálos is lehet.

A kezelés conservatív. A lábat felpolcoljuk, Priessnitzborogatást alkalmazunk és abszolút nyugalmat ajánlunk. A láz, fájdalom és duzzanat megszűnte után, mely hetekig is eltarthat, legalább még 14 napig fektetjük a beteget és a lábat fokozatosan helyeztetjük mélyebbre. Első felkeléskor ajánlatos a lábnak alulról fölfelé haladó bepólyázása.

Igen ritkán keletkeznek subcutan tályogok thrombophlebitisnél, leginkább a vena saphena táján. Ezek rendkívül óvatosan nyitandók meg.

Súlyos általános fertőzések legtöbbször endometritisből indulnak ki, de kiindulhatnak ulcus puerperale-ből vagy parametritis exsudatumból is. Lehet azonban, hogy a primaer fertőzés helyét nem ismerjük és a folyamat csak a vérben játszódik le. Először az uteroplacentaris erekben áll be a thrombosis, a mely innen továbbterjedve vagy gyorsan öl, vagy chronikus lefolyású és ismételt hidegrázás után okoz halált, vagy esetleg gyógyul. Nagy láz, kicsiny szapora pulsus, deliriumok a kísérőjelenségek. A legsúlyosabbnak látszó eset is meggyógyulhat, a legkönnyebb is halálra vezethet, ezért gyermekági fertőzés eseteiben sohase mondjunk biztos prognosist.

Ha valamely gyermekágiyason súlyos fertőzés-tünetek jelentkeznek, pontos külső és belső vizsgálat szükséges. Fontos a vér bacteriologiai vizsgálata is, mely azonban nem döntő a prognosira nézve.

A localis therapia az uterusnak összehúzóására serkentésében áll; az esetleg visszamaradt peterészek kiürítendő. Kerüljük a méhüreg-öblítéseket.

Az általános therapia sokféle. Használatosak az anti-streptococcus-serumok, melyek alkalmazása bár súlyos esetekben nem igen vezetett gyógyulásra, mindazonáltal nem ártalmas s így megkísérhető.

A fémek colloid oldatainak (collargol, elektrargol) intravenosus alkalmazása (1%-os oldatból 5—10 cm³) ugyancsak megkísérhető, de súlyos esetben ezektől sem látjuk az egyesek által leírt hirtelen javulást, igaz, hogy rosszabbodást sem. *Jung* megkísérte egészséges egyén defibrinált vérének injiciálását, eredmény nélkül. Szintén eredmény nélküli volt a chinin és aspirin nagy mennyiségben való adagolása. Szóval a puerperalis sepsisnek causalis terapiája eddig nincs és hogy gyógyulás vagy halál következik-e be, a csírák virulentiájától és a szervezet ellentállóképességétől függ. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1916, 14. sz.)

Selymes Sarolta.

Gyermekorvostan.

A vörheny serumkezeléséhez szolgáltat további adatokat *Reiss* és *Hertz* (Frankfurt). Főleg reconvalescens betegek serumával végzett gyógyítások eredményéről számolnak be. 1914 aug. 1.-étől 1915 aug. 1.-éig 413 vörheny-eset volt alkalmuk észlelni, ezek közül 33-at kezeltek serummal, kivétel nélkül olyan eseteket, melyekben tapasztalat szerint a prognózis rossz avagy kétes szokott lenni. A beoltás 5-ször az 1. napon, 6-szor a 2., 12-szer a 3., 6-szor a 4., 5-ször az 5., 2-szer a 6., 1-szer a 7. és 1-szer a 9. napon történt. (Ismételt injeciákat újból számítva.)

A 33 oltott közül 27 reconvalescens-serumot kapott, a kik közül gyógyult 24, meghalt 3. Az utóbbiak közül az egyiken a serumkezelés eredménye szintén prompt volt, azonban a 26. napon intercurrentis bajban (meningitis) halt meg; a másikon, a kin a beoltás különben is csak a 9. napon történt, tüdőgyulladás volt a halál oka; a harmadik a leg-súlyosabb tünetek közt kapta a serumot a 3. napon s a beoltást csak 6 órával élte túl. Ezen esetektől eltekintve, minden reconvalescens-serummal kezelt esetben a serum hatása igen szembevető volt, a közérzet 12 órán belül lényegesen megjavult, a cyanosis megszűnt, a pulsus erőteljes lett, a légzés szabályos, nyugodt, a sensorium feltisztult, a hőmérsék kritice esett.

Az infundáit serummennyiség 50—100 cm³ közt ingadozott és majdnem mindig intravenásan alkalmaztatott. Normalserummal 4 esetet oltottak csekélyebb eredménnyel. A Moser-serumról kellő tapasztalat hiányában (2 eset) nem nyilatkozhatnak, azonban más szerzők leírásából arra következtetnek, hogy a Moser-serum hatása hasonlít a reconvalescens-serum hatásához. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 35. sz.)

Vas Jakab dr.

Bőrkiórtan.

A végtagok bőrrákjáról ír *H. H. Hazen* (Washington). A bőrrákok a bőrtakaró hámszövet különböző rétegeiből s a bőr különböző képleteiből (hajtüsző, faggyúmirigy, verejték-mirigy) eredhetnek. A szerző a bőrrákot négy nagy csoportba osztja: a tüskés-sejtű rákra, a köbsejtű rákra, a basalis-sejtű rákra s a naevus-carcinomára. A hajtüszőből kiinduló rákok a basalis-sejtű carcinomák csoportjába tartoznak. A végtagok bőrrákjai általában nem tartoznak a gyakori daganatok közé. E rákok legtöbbje a tüskés-sejtű carcinomák csoportjába tartozik. Ez a daganatfajta vezet legtöbbször, olykor már igen korán metastasisok keletkezésére. A daganatot lehetőleg teljes egészében kell kiirtani s ily módon mikroskoppal megvizsgálni. Ha a daganat köbös- vagy tüskés-sejtű ráknak bizonyul, akkor a megfelelő mirigyeket is el kell távolítani. A basalis-sejtű daganatot elég localisan teljesen eltávolítani, mert általában jóindulatú. A malignus daganatok *Hazen* nézete szerint mindenkor valamilyen meglevő helyi folyamat alapján támadnak, a miért is sok esetben elkerülhetők volnának. A szerző erre nézve 37 esetben érdekesen állította össze az előző aetiológiai mozzanatok. E szerint 8 esetben égési heg, 7 esetben pedig szemölcs talaján fejlődött ki a rákos daganat. Traumás heg 6 esetben szerepelt előkészítő okként. A többi aetiológiai momentum erősen megoszlik s így csak megemlítjük, hogy a Röntgen-sugarazás kapcsán kifejlődött dermatitis két ízben adott okot rák kifejlődésére. A felső és alsó végtag rákjai nagyjában egyforma arányban fordulnak elő. A szerző statisztikájában a felső és alsó végtag rákjainak arányszáma 19:18. (Dermatologische Wochenschrift, 1916, 3. sz.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvogyakorlatra.

A tumenol használatáról a kis sebészetben ír *Rudolph*. Nagy hasznát vette a tumenol-pasztának felületes fekélyképződés eseteiben; nagyon hatásos, kimélő és kényelmes szernek tartja, a fekélynek külön fertőtlenítését feleslegessé teszi, az esetleg jelenlevő pörkök leválását elősegíti; minthogy a tumenol-pasztás kötés nem tapad erősen, a leválasztása fájdalommentes, a mi főleg a gyermek-gyakorlatban nagy előny; e mellett gyuladáellenesen is hat és a hámosodást is nagyon elősegíti, a nélkül, hogy olyan kellemetlen mellékhatásai volnának, mint a pelidolnak. Furunculások, panaritiumok, tályogok, lábszárfekélyek kezelésében is nagyon hasznosnak bizonyult a tumenol-paszt, melynek összetétele a következő: Rp. Tumenoli ven. 5:0, Zinci oxyd., Amyli trit., Vasel. flav., Lanolini aa 25:0. (Therap. Monatshefte, 1916, 4. füzet.)

Erysipelas ellen *W. Carl docens* (Königsberg) a kvarzlámpafényt használta feltűnő jó eredménnyel. A lámpa távolsága a beteg bőrtől 1 meter volt, rekeszt nem használt, arczorbáncz eseteiben a szemeket pápaszem formájára szabott fekete posztóval védte; a bőrt mindig annyira tette szabaddá, hogy a beteg területen túl is érje a fény a bőrt bizonyos terjedelemben. A besugározatás naponként 10—15 percig tartott. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1916, 20. szám.)

A fogak szuvasodása ellen *Amster* a calciumchloridot ajánlja. 100 gramm calcium chloratum crystallisatum purumot feloldunk 1 liter közönséges vízben; ebből felnőttek naponként 3, 15 éven aluli gyermekek 2 és 10 éven aluliak 1 kávéskanálnyit vesznek be $\frac{1}{2}$ pohárnyi vízben az étkezések alatt vagy után. Ha az árta nem kell tekintettel lennünk, a

Merck-féle calciumkompretekkel vagy a Wülfing-féle kalzantablettákat is használtathatjuk. A mi a diatétit illeti, olyan tápszereket ajánljunk, amelyek sok meszet és organikus savakat tartalmaznak; ez utóbbiak ugyanis fokozzák a vér alkaliságát és elősegítik a mézretentiót. Tekintetbe jönnek tehát elsősorban a zöld főzelékek, a gyümölcsök, a sajt, a tej, továbbá a halak és a tojás. A húskok, a hüvelyesek, a téztafélék és a burgonya nagyon sok magnesium-sót tartalmazván, mellőzendők, mert kiszoríthatják a szövetekből a meszet. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 18. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 21. szám. *Friedrich Vilmos*: Adatok a háború és tuberculosís egymáshoz való vonatkozásához. *Simegi József*: Megfigyelések a szív- és véredényrendszer bántalmairól a háború alatt.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 21. szám. *Wiener Imre*: További adatok a mellkasi asthenia tünettanához.

Vegyes hírek.

Választás. *Vass Jenő* dr.-t Mohácson községi orvossá választották.

Megbízás. *Beretvás Lászlóné* dr.-t a belügyminister a nagybereznai járásban a járványorvosi teendőket ellátásával bízta meg.

Meghalt. Fehérvári *Janny Gyula* dr., udvari tanácsos, czimzetes egyetemi rk. tanár, a vaskoronarend tulajdonosa május 19.-én 75. évében. Az elhunyt orvosi tanulmányait a bécsi egyetemen végezte s ott nyerte el orvosi oklevelét is. Két évig műtönövendék volt Billroth klinikáján, azután két évet magyar állami utazási ösztöndíjjal külföldön töltött s 1871-ben Budapesten telepedett le. 1878-ig mint a tiszti főorvos szaksegéde működött, ezen évben az Üllő-úti barakk-kórház sebészi osztályának vezetését vette át. 1882-ben az általános sebészi kör- és gyógytanból magántanári képesítést nyert, 1896-ban pedig a rendk. tanári címet kapta. Nevéhez fűződik a vöröskereszt-egylet „Erzsébet-kórház”-ának megalapítása is, melynek sokáig igazgatója s haláláig tb. igazgatója volt. Tagja volt az Országos Közegészségügyi Tanácsnak. *Janny* tanár mint sebész kiváló hírnevének örvendett s fiatalabb éveiben számos jeles szakdolgozatot közölt, melyek leginkább az Orvosi Hetilapban láttak napvilágot. Mint embert is méltán a legnagyobb tisztelet környezte. Áldás emlékére! — *Pollitzer Fülöp* dr. volt körorvos 93 éves korában Temesvárott.

Személyi hírek külföldről. A híres szent-pétervári physiologus, *Pawlow* haláláról szóló hír nem bizonyult valósnak. Nem ő, hanem egy hasonló nevű szent-pétervári sebész halt meg. — *Th. Mollison*, az anthropologia orvoskari magántanára a heidelbergi egyetemen rendk. tanári címet kapott.

Hírek külföldről. A párisi Pasteur-intézet több milliós alapítványhoz jutott *Ernest Heaunné*, egy gazdag chantilly-i földbirtokosnak Verdunnél történt hősi halálával. Az alapítvány kamatai tudományos kutatások támogatására fordítandók.

Lapunk mai számához a *Farbenfabriken vorm. Friedrich Bayer & Co., Leverkusen bei Köln a. Rh.* című prospectusa van csatolva.

Dr. JUSTUS ^{kórházi főorvos} bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légekcsüülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Hühensonne. Quarzlámpa.

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

Dr. HALPERTH ÁKOS

KARLSBAD

HAUS HERZOG v. BRABANT

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

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

D^{R.} Réh Elektromágneses gyógyintézet, VII., Városligeti fasor 15. sz. Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis. — **bénulások, rheumás bajok, arteriosclerosis** stb. ellen. —

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: A XVI. számú helyőrségi kórház tudományos értekezlete. 294. lap. — Erdélyi Múzeum-Egyesület (Orvostudományi szakosztály I. ülése 1916 márczius hó 11.-én.) 294. lap.

A XVI. sz. helyőrségi kórház tudományos értekezlete.

Elnök: Mohr Mihály.

Jegyző: Ifj. Hahn Dezső.

(Folytatás.)

Ifj. Hahn Dezső: Arczplasztika esete.

S. V., 31 éves orosz fogoly srappell-lövés következtében orrát, jobb szemét elvesztette, ezenkívül jobb arczfelének nagy része hiányzott. (Arczképbemutató.) Az orr és a száj között — a felső fogsor nagy részének hiányával — communicatio létesült, miért is a rendkívül leromlott beteget katheter segítségével kellett táplálni. A bemutató a szabadon fekvő orrüreg- és melléküregeit a homlokból vett nyeles lebenyvel fedte, s az arcz jobb felén levő defectust a felső szemhéj és az arczon levő zsugorodott bőr felhasználásával — a melyet fesztelenített — teljesen elzárta. A betegen ezenkívül orrprothesist alkalmazott, a melyet részben szemüveg, részben a betegen szükségessé vált műfogsor kaucsuknyúlva (készítette Tihanyi), a mely a száj- és orrüreg közötti communicatiót tökéletesen zárja, rögzít az arczhoz.

Ifj. Hahn Dezső: Subclavia- és femoralis-aneurysma eseteit demonstrálja műtét előtt.

Szécsy Jenő: A dysenteria- és typhusbacillus-gazdák gyors felismeréséről hashajtással.

Torday Árpád: A musculus serratus bénulásának esete.

N. J. 1915 jan. 20.-án munka közben a jobb kezével erősebb mozgást végzett, a midőn hirtelen villamszerű fájdalmat érzett, a mely a jobb lapoczka alsó angulusától a nyakcsigolyákon szaladt végig. Azóta jobb kezének munkacereje érezhetően csökkent. A lapoczka basisa ferdén áll és a lapoczkaszöglet a gerincoszlophoz közeledik. A beteg karjának emelésekor a lapoczka elválik a mellkastól és szárnyalakban áll el a bordaívától. A gerincoszlop háti része kissé jobbfelé görbült. Ha könyöktartásban fölemeljük a beteget, a vállak a nyakáig ugranak fel. A musc. infraspinatus működése is zavart, mert az alsókar abductiójával járó írást nehezen tudja végezni. A lapoczkák lógó karok mellett szárnyszerűen elállanak a mellkastól, úgy hogy közöttük nagyobb mélyedés támad. E szerint a betegen főleg a serratus anticus major és részben a latissimus dorsi atrophija van jelen.

Ertl János: I. Az arteria poplitea arteriovenosus aneurysmájának circularis érvarrattal operált és gyógyult esete.

R. E. Megsebesült 1915 július 29.-én. Az egész fossa popliteára kiterjedő aneurysma, a beteg járni nem tud, a lábában kisugárzó fájdalmak, az izmok sorvadtak, a láb contracturás tartásban. Műtét 1915 okt. 5.-én. Az art. poplitea a v. tibialis postica kezdeti részével közlekedik. A vénák varicosusan kitágultak. Aneurysma-kiirtás, circularis érvarrat az arterián. A vena poplitea két végének leköttése. A beteg gyógyult, jelenleg jól jár.

II. Súlyos cholangitissel szövődött cholelithiasis operált és gyógyult esete.

S. L. 1914 decz. havában typhuson ment át, utána cholecystitise volt. 1915 május havában súlyos cholangitis, icterus és cholelithiasis rohamok jelentkeztek magas lázakkal. Rohammentes időben, nov. 28.-án cholecystectomiát végez. Az epehólyag két helyen a májgyba perforált, az epeutak zsugorodottak. Hepaticus-drainage. A beteg jelenleg teljesen meggyógyult.

III. Haslövés következtében létrejött gyermekfejnyi hernia subdiaphragmatica; perigastrikus összenövés következtében létrejött gyomordilatatio operált és gyógyult esete.

R. J. Megsebesült 1915 jún. 14.-én. Előzőleg megoperálja a jobb bordaív alatti gyermekfejnyi herniáját, ezután

csilapíthatatlan gyomortünetek miatt másik ülésben gastroenteroanastomosis retrocol. posticát végez, mire a beteg táplálkozása teljesen helyreáll.

IV. Jobb pofa- és állcsontlövés folytán létrejött defectus.

Cs. P. G. Megsebesült 1914 okt. 1.-én. Jobb pofája teljesen hiányzik. A bemutató plastikával rekonstruálja és előkészíti a transplantációra.

V. A tibiából transzplantált mandibula.

P. J. Megsebesült 1915 április 17.-én. Röntgen-képen a corpus teljes hiánya látható, a mit a tibiából vett csontlemezzel pótol. Jelenleg teljesen gyógyult.

VI. Fiatalkori hólyagcarcinoma operált esete.

Sz. O. orosz fogolynak állandó hólyagvérségei vannak. A bemutató cystoskopos indicatio alapján sectio altát végez, a midőn a hólyagnyak körül carcinomás burjánzásokat talál, melyeket kiirt és helyüket paquelinezi. A hasfelsebbe Pedzerkathetert vezet be. A beteg állapota javult.

VII. A nervus radialis 10 cm.-nyi defectusának idegplastikával pótol és javult esete.

M. J. Megsebesült 1915. júl. 5.-én. A jobb felsőkar lágyrészein kiterjedt, teljes radialis-hűdés. Műtét november 15.-én.

A lágyrészeket anatómiailag rekonstruálja, a radialis 10 cm.-nyi defectusát idegplastikával pótolja. Az idegvégékből kb. 5—5 cm.-nyi darabot kihasítva, fölfelé hajtja és összevarrja. Négy hét után a radialis területen némi érzés és mozgás volt észrevehető.

VIII. Nervus radialis-hűdés momentan javulása a callosus hegből felszabadítás után.

N. J. Megsebesült 1915 aug. 5.-én. A bal könyök lövése után teljes radialis-hűdés jelentkezett. Az ideget a radialis fejecse körül levő callosus hegből felszabadítja és izomlebenyvel izolálja. Műtét után másnap már némi mozgást tudott végezni és érzése is visszatért.

Surányi Miklós: Situs inversus viscerum totalis.

Posta Sándor: Az állcsontsérülések stomatologiai utókezeléséről.

Egyik esetében a mandibulatesthez tartozó fogmeder-nyúlvány s vele a frontalis fogak befelé és hátrafelé süllyedt helyzetben rögzültek. A melléte levő horizontális részlet vízszont befelé tért. Az e részekhez tartozó fogakat tehát kifelé kell kényszeríteni, a frontalis részt pedig előre és fölfelé. A bemutató az eddigi hosszadalmas methodusok elkerülése czéljából új készüléket demonstrál.

A következő két esetben a sérülés következtében a fogsorokon kiterjedt hiány jött létre, a mit a műdarabon elhelyezett porcellánfogakkal pótol. Az egyik esetben a jobb oldali horizontális állcsont rész, a másikban a baloldali rész befelé térését kellett a kezelés folyamán leküzdeni, a mi sikerült is. A correctio eredményének biztosítását ferde síkknak a műdarabra alkalmazásával érte el, a melyek a szükséges idő eltelté után a műdarabról eltávolítottak.

(Folytatása következik.)

Erdélyi Múzeum-Egyesület,

Orvostudományi szakosztály I. ülése 1916 márczius hó 11.-én.

Elnök: Tompa János,

Jegyző: Konrád Dániel,

I. Hatiegán Gyula: 1. Háborús neurosis néhány érdekesebb esetét mutatja be. Felhívja a figyelmet a háborúban előforduló neurosisok kevert, vegyes voltára. A klinikai kép nem egységes és nem is sorozható tulajdonképpen a kialakult klinikai formák egyikébe sem. Még az Oppenheim által felvett traumás neurosis kórképébe sem illeszthető mindig.

A trauma nem mindig mutatható ki, és ha kimutatható, nem áll arányban a klinikai kép súlyosságával. Ezen neurosisok lényege nem is az előidéző okban, hanem a szervezet saját-szerű psychophysikai reakciójában keresendő, mely a kívülről és belülről ható ingerekre áll elő. A „Pasteur“ klinikai tartalékkórházban megfordult betegeknek, rokkant katonáknak 20%-át a neurosisok tették.

2. Az *arcus aortae, art. anonyma és subclavia dextra aneurysmájával kapcsolatos egyoldali dobverőujjúság* ritka gyógyult esetét mutatja be. Az esetet 1913 novemberében ismertette a szakosztályban a gyógykezelés előtt. Három évi antilueses kezelés mellett az arteria subclavia aneurysmája teljesen eltűnt és evvel együtt a dobverőujjak is feltűnően visszafejlődtek, a mit a Röntgen-felvétel is élenken bizonyít.

II. *Jakobi József acromegalia* esetét mutatja be. A 35 éves nő két év óta állandóan hasogató fájást érez az egész fejre kiterjedőleg mindinkább fokozódó hevességgel; ugyanez idő óta jobb szemének tárgylátását, fényérzését teljesen elvesztette s $\frac{1}{2}$ év óta bal szemével is mind rosszabbul lát. Ugyancsak két év óta veszi észre a beteg is, családja is, hogy arca, kezei s lábai mintegy megnöttek, megvastagodottak, régi bőrkezyűjét, gyűrűjét nem tudja viselni, cipője szűk lett.

Az említett főfájás, a látás-zavar s a test végrészeinek abnormis növekedése miatt kereste fel a belgyógyászati klinikát.

A beteg vizsgálatakor a következő eltéréseket találtuk: Az arc a koponyához viszonyítva nagyobb a kelleténél, kiálló részei megnagyobbodtak, és pedig az orr haránt irányban, az orrnyílások szélesebbek és hosszabbak, az ajkak pöffedtnek látszanak, főleg az alsó, a mennyiben a rendesnek kétszeresére megnövekedett; az alsó állkapocs megnagyobbodása miatt bizonyos fokú prognathia észlelhető; a homlok és szempillák bőre vastag, a szemrések szűkek, a pofacsontok elődudorodnak, a fülkagylók is kissé nagyobbak. Az arc egészében véve álmos kifejezésű, merev arcjátékkal, kevés mozgással.

Hogy az arcon látható eltérések csak a betegségnek tartama óta állottak elő s nem veleszületettek, azt bizonyítja a beteg régi fényképe, mely igaz ugyan, hogy ezelőtt 18 évvel készült, de elég jól látható rajta, hogy akkor egészen más volt az arc kifejezése. A nyelv jóval szélesebb és vastagabb, fogak kissé szétállók.

A nyak széles, a gégefő előáll, a beteg hangja kissé rekedt, strumája van; a gerincoszlop háti részén kisebbfokú púp (kyphosis) látható; a mellkas domborad, a kulcsontok szegyi vége s a bordaporczoknak a bordacsontokkal való találkozási helye vastagabb a rendesnél, az emlők mirigyes tapintatúak s belőlük már 4 év óta — vagyis mióta betegünknek havi vérzése kimaradt — állandóan tejszerű folyadék nyomható ki, mely colostrumnak bizonyult.

A felső és alsó végtagok egészükben véve a testalkathoz képest rendes nagyságúak, azonban úgy a kezek, mint a lábak jóval hatalmasabb terjedelműek s nemcsak szélességi, hanem kis fokban hosszirányban is nagyobbak; a kéz és a láb ujjai hengerdedek, a kézhát, illetve a láb hát felől a tenyér és talp felé lelapítottak kolbász módjára; a kéztő s alkar, meg a lábtő s lábszár éppen nem vesz részt a kóros növekvésben s jellemző az az ellentét, mely a nagy kéz s láb s a viszonylagosan keskeny alkar meg lábszár között van. A körmök nem vettek részt a növekvésben.

Röntgen-felvételen jól látható, hogy úgy a csontok, de különösen a lágyrészek meg vannak növekedve, főleg ha összehasonlítjuk egy megfelelő természetű egészséges nő kezéről s lábáról készített felvétellel.

Az idegrendszer tekintve sensoriuma szabad, de gondolkodása, beszéde kissé nehézkes, deprimált kedélyhangulatú, sokat alszik. A tapintás-, hő- s fájdalomérzés megtartott, az ízérzés, szagérzés szintén. Testmozgásai nehézkesek, kezei, lábai ügyetlenek, in- és bőrreflexek jól kiválthatók.

A szemmozgások szabadok, sem harántirányú, sem körkörös szemtekerezgés nincs, a pupillák nem egészen kerek-

dedek, fényre s alkalmazkodásra kissé renyhén reagálnak. A jobb szemnek fényérzése, színlátása nincs, a jobb papilla nervi optici egészen halvány. Bal szem visusa = $\frac{6}{70}$, vagyis a normalisnak körülbelül $\frac{1}{10}$ része; bal sem színlátása elég jó s ezen szem látótere temporalisan szűkült s a bal papilla n. optici kevésbé halvány, tehát összegezve, mindkét látóidegnek sorvadása van jelen.

A többi agyideg területén elváltozás nincsen.

Légzési, vérkeringési szervek részéről említésreméltó eltérés nem észlelhető; a vérnek vizsgálata azt mutatta, hogy 1 mm³ vérben a fehér vérszámok száma = 6·800, a vörös vérszámok száma = 3,980.000, eosinophil-sejtek száma = 4·4%, haemoglobintartalom = 12·6%; a vérsavóval végzett Wassermann-reactio negatív eredményt adott.

A tápcsatorna részéről a fokozott étvágy, fokozott szomj említhető, nem hány, székrekedésre hajlamos; a máj, lép rendes.

Vizelete 1013—1017 fajsúlyú, savi, igen bő mennyiségű (3000—3400), fehérjét, cukrot kóros mennyiségben nem tartalmaz.

Nemi szervek, illetve külső nemi részek eltérést nem mutatnak, a belső nemi részek közül azonban a méh fundusa a rendesnél sokkal kisebb, körülbelül két diónyi (*Kuncz dr.*) és tekintetbe véve, hogy a pete érését kísérő havi vérzés a betegen már 4 év óta nem jelentkezett, ebből a petefészkeknek is a sorvadására lehet következtetni, tehát egyszóval a belső nemi részek sorvadása van jelen.

A talált eltérések alapján az *akromegalia* diagnózisát állíthatjuk fel, a mi kifejezett esetben nem nehéz. Továbbá eléggé jellemzik a betegséget a kyphosis s a durva hang s végül igen fontos a diagnózisra a tractus opticusok, vagy a chiasma n. optici sértésének kimutatása.

A betegség okára vonatkozólag a hypophysis-theoria legvalószínűbb, mely szerint az akromegalia általános dystrophia volna, a mely valahogy a hypophysis megbetegedésével függ össze, akár annak fokozott avagy csökkent működésével. A bemutatott esetben a hypophysis megnagyobbodása, terjeszkedése kell hogy jelen legyen, erre mutat a tüneteknek egy csoportja és pedig a fokozott agnyomás következményeképpen jelenlevő s mindinkább fokozódó heves főfájás s a látóidegeknek laesiója, továbbá a beteg koponyájáról készült Röntgen-felvétel is, mely összehasonlítva egy ugyanoly természetű egészséges nő koponyájáról készült felvétellel, jól mutatja a megnagyobbodott hypophysis által kitágított török nyeret; a többi tünet, és pedig a dystrophia tünetek, a hova az arcnak s kezek-lábaknak növekvése tartozik, az atrophias tünetek, a hova a méh és petefészkek sorvadása sorolható, s a secretorius jelenségek, mint a milyen a polyuria s a galactorrhoea, ezek valamennyien a hypophysisnek megváltozott funkciójával állanak kapcsolatban.

A betegség tartamát tekintve, két formáját különböztetjük meg: a) malignus, acut formát, 3—4 évi tartammal; b) benignus, chronikus formát, esetleg 50 évi tartammal.

Hogy a szóban forgó eset mely formához tartozik, azt talán a lefolyása után lehetne megmondani, minthogy a betegség évtizedekig is eltarthat; néha jelentékeny remissiók állanak be, máskor meg a gyengeség mindinkább fokozódik, álmoság, fáradtság, légszomj áll elő, esetleg az emésztési szervek mondják fel a szolgálatot, avagy diabetes mellitus tünetei társulhatnak, myxoedemás, syringomyeliás, Basedow-kóros tünetek tarkíthatják a kórképet s ha intercurrens betegségek nem ragadják el a beteget, hosszasan senyved kórházakba lebilincselten, míg váratlanul meg nem hal.

Minthogy e sajátos betegség oka nem tisztázott még, ezért prophylaxisos és oki terapiát nem folytathatunk; ha elfogadjuk azt a föltevést, hogy a hypophysis megbetegedése okozza a bántalmat, akkor a hypophysist el kell távolítani, a mi eddig igen kevés esetben sikerült. Javulást láttak jod, kéneső, arsen, thyreoidea- és hypophysis-készítmények adagolása után is, azonban a symptomatikus gyógyításnak is tág tere nyílik a sokféle panasz enyhítésében.

III. *Farnos Ilona*: *Traumás neurosis* esetét mutatja be. A 30 éves katonabeteg előadása szerint mult év júniusában a harctéren szekérral felborult, akkor a hasára esett, azt erősen megütötte, körülbelül két hét után három izben gránát csapott le mellette, mikor jobb karján meg is sebesült, de eszméletét nem veszítette el. Már szekérral való felborulása után hastáji fájdalmai mellett észrevette, hogy a hasa nőni kezd, a mi különösen a gránátrobbanás után tünt fel neki. Ez egyéb kellemetlenséget nem okoz, csak járásközben fáj a háta és a dereka. Jó étvágya van, széke rendes.

A jól fejlett és elég jól táplált betegen szembetűnő a szokatlan nagy elődomborodó has. A has körfogata a köldök-magasságban 93 cm. a köldök és proc. xiph. közti távolság, meg a köldök és symph. közti távolság pedig 20 cm. hosszú. A hason tágult vénák, hegek nem láthatók. A hasfal egyenletesen feszes, nehezen benyomható, nem érzékeny, benne ellenálló képlet nem érezhető. Kopogtatáskor mindenütt váltakozó mély kopogtatási hang. Fluctuatio nem mutatható ki. A májat, lépet tapintani nem lehet, felső, alsó határuk a normalisnak megfelelő.

Röntgen-átvilágítások úgy a gyomor, mint a bél átjárhatósága épek bizonyult, szűkületnek semmi nyoma. A hasizomzat villanyos ingerlékenysége normalis viszonyokat mutat. A székletét, vizelet kiürítésében zavarok nincsenek.

A többi szerv részéről eltérés annyiban van, hogy a szív működés kissé felmagasztalt. Az idegrendszer részéről fokozottabb mély reflexek és a lábon typusnélküli remegés. Az érzés-körben eltérés nincs. Pupilla-differentia nincs. A garatreflex megvan, a beteg psychéje, a mennyire megfigyelhettem, ép.

A betegvizsgálat eredményeképpen mint a hasmegnagyobbodás okát kizárhatjuk: hasüri folyadék, és pedig transzudatum, exsudatum, továbbá daganat jelenlétét, a hasfalizomzat petyhüdt bénulása következtében annak a hasüri nyomás által okozott kifeszülését.

A Gyógyászat február 6.-iki számában jelent meg egy közlemény „A gránáthas” címmel, melyben a cs. és kir. Mária Valeria-barakkórház I. oszt.-áról van közölve egy ilyen eset, melyben a közlő szerint a gránáthas aetiologiája a hasfal védekező mechanismusaként fogható fel, a mely izomállás rögzítődik. Ez a felfogás annyiban nem egészen helyes, mert ha a hasizomzat tonusa fokozódik, akkor a has nem domborodik elő, sőt sajkszerűleg behúzódik. E hasmegnagyobbodás oka gyanánt inkább az vehető fel, hogy a hasüri szervek, nevezetesen a bélrendszer serkentő és pótló beidegzése közti viszony oly módon zavart, hogy a bélgázak eliminációját megakadályoztatik valamiképpen, minek következtében a belek meteorismusosan kitágulnak s e meg-nagyobbodott bélrendszer feszíti ki a hasfalakat.

Hozzászól: *Jancsó Miklós*.

IV. *Döry Béla* bemutat: 1. Egy 36 éves katonát, a kit lábán levő gyógyulni nem akaró sebének kezelése végett küldtek be a kórházba. Ennek magyarázatát adja a beteg idegrendszerének megvizsgálása, a mely alkalommal a kapott tünetek összeségéből a tabes dorsalis körképe bontakozik ki; tehát a seb nem egyéb, mint egy e betegségben előfordulni szokott trophiás zavar, a malum perforans pedis.

2. Két katonát, a kikben a behatolt lövedékek rendkívül csodálatos, szeszélyes utat tettek meg.

V. *Issekutz Béla*: „A digitalis-levell hatóanyagtartalmának mérése biológiai úton” címen tart előadást. Ismerteti módszerét, a melyben túlélő békaszíveken hasonlítja össze a digitalis-levelekből készült infusumot. Vizsgálatai szerint a kolozsvári gyógyszertárakból beszerzett levelek nagyon gyengék, egyesek majdnem teljesen hatástalanok. Sürgeti, hogy állami ellenőzésbe vegyék a digitalist s addig is a digitalis-készítmények, például az adigan használatát ajánlja, mely állandó erősségű. (Az előadást egész terjedelmében közöljük.)

Hozzászól: *Jakabházy Zsigmond*.

VI. *Ditrói Gábor*: *Adatok az angiomatosis retinae fejlődéséhez*.

1916. évi márczius hó 18.-án tartott II. szakülés.

Elnök: *Davidá Leó*.

Jegyző: *Konrádi Dániel*.

Apáthy István: *A csírapálya sejtjeinek tápláló berendezéséről*.

PÁLYÁZATOK.

A budapesti állami gyermekmenhelyben másodorvosi állás üresedett meg.

Fizetése a végleges betöltésig napi 6 korona, lakás és I. osztályú teljes ellátás.

Pályázók kérvényeiket a budapesti állami gyermekmenhely alulírott igazgató-főorvosánál nyujtsák be.

Szana Sándor dr., igazgató-főorvos.

3420/1916. sz.

Besztercebánya sz. kir. városnál elhalálozás folytán megüresedett és a város képviselőtestülete által választás útján betöltendő városi ügyvezető orvosi és az ennek betöltésével esetleg megüresedő városi rendőrorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

A 35 évi szolgálat után teljes nyugdíjra igényt adó ügyvezető orvosi állás az 1912: LVIII. t.-cz.-hez csatolt C. illetménytáblázat szerinti IX. fizetési osztály 3. fokozatában megállapított javadalmazással, vagyis 2600 korona kezdőfizetés és 700 korona lakáspénzzel, nemkülönb-
ben 30 ürköbméter kemény hasábfának előállítási áron való megvételére való jogosultsággal van egybekötve.

Az ugyancsak 35 évi szolgálat után teljes nyugdíjra igényt adó rendőrorvosi állás után pedig az említett C. táblázat szerinti X. fizetési osztály 3. fokozatában megállapított javadalmazással, vagyis 2000 korona kezdőfizetés és 630 korona lakáspénzzel, nemkülönb-
ben 30 ürköbméter kemény hasábfának előállítási áron megvételére való jogosultsággal van egybekötve.

A fizetési osztályon felül a magasabb fokozatba az előlépés a városi szervezési szabályrendelet értelmében történik.

Felhívom azokat, a kik ezen állások valamelyikére pályázni akarnak, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában s illetve az 1912: LVIII. t.-cz. 22. §-ában előírt kellékeket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket 1916. évi május hó 30.-áig bezárólag hozzám nyujtsák be.

Az elkésve beadott kérvények nem vétetnek figyelembe.

Besztercebánya, 1916 május 5.

Répási Máttyás dr. s. k., alispán.

Vízgyógyintézet eladó

40 éve fennáll, házzal együtt, előnyös árbau, vagy bérbeadó. Idős vagy rokkant orvos úrnak biztos, nyugodt existentia „P. H.” jelíggel a Petőfi irodalmi vállalathoz, VII., Kertész-utca 16. szám alá küldendő.

FÜRDŐ-FRANZENSBAD

amb. gyógyintézet női betegségek számára
konzervatív konzervatív GYNAEKOLOGIA
kezelés összes operatív esetek kizárva.
kellékeivel.

Dr. PAUL PROFANTER.

Gynaekologia, kombinálva a helyi balneoterapeutikus gyógytényezőkkel.

Merkarsen Syphilis

Spezial-laboratorium „Eri”
Rózsavölgyi Imre, gyógyszerész
Budapest, VI., Aréna-út 124.
Próbák ingyen és bérmentve.

Azonos az „Ene sol“-tal!
Mellékhatás és fájdalommentes befecskendezés!

Katarrhusok

ellen!

GLEICHENBERG GYÓGYHELY

Steiermark

Saison: május 15-től szept. 30-áig.

Prospectust küld a

Kurkommission.