

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.

Gáli Géza: Közlemény a gyulai József-sanatoriumból. A cutan adott alttuberculin és Much-Deycke-féle partial-antigenek prognosiss és terapiás értékéről. 471. lap.

Tóthfalussy Imre: A háborús sérülések kapcsán fejlődő phlegmonék és azok kezelése 473. lap.

Pogány Ödön: Közlemény a cs. és kir. budapesti XVII. helyőrségi kórházból (parancsnok: Noel Jenő dr., törzsorvos) és a cs. és kir. mostari várkórházból (parancsnok: Winter György dr., II. oszt. főorvosorvos.) Az otogen meningitisről több eset kapcsán. 475. lap.

Deutsch Ernő: A faj-higiene modern problémáiról, különösen a világháború szempontjából. 477. lap.

Donath Gyula: Megjegyzések báró Podmaniczky Tibor dr. „A lumbalmosás mint a meningitis gyógyításának egyik egyszerű segédeszköze” című közleményére. 479. lap.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Sebészet. Linnartz:* Lábszárfelek gyors gyógyulásának elérése. — *Gräfenberg:* A hasi lövéses sérültek magas halálozási arányszama. — *Heinrich:* A háborús nyílt sebbezés fejlődése. — *Börkörtan. J. Saudek:* A cignolin gyógyító hatása. — *Gyermekegyetem. Landé:* Elsődleges orrdiphtheria. — *Slawik:* Kifejlesztéssel spontán gyógyult haemangioma. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Wederhake:* A jodtinctura helyettesítése. — *Bolten:* Az állott scopolamin-oldatok hatástalansága. — *Isaac:* Meningococcus-gazdák kezelése. — *Bardach* és *Barabás:* A keserítő- és konyhasó-oldat. 479—480. lap.

Magyar orvosi irodalom. 480. lap.

Vegyes hírek. 480. lap.

Tudományos Társulatok. 481—482. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a gyulai József-sanatoriumból.

A cutan adott alttuberculin és Much-Deycke-féle partial-antigenek prognosiss és terapiás értékéről.*

Irta: Gáli Géza dr., igazgató-főorvos.

Az immunitástan kiépítése idejében a szervezetnek a baktériumokkal való harcra színhelyét csak a vért tekintették. A vérben keresték ama védőanyagokat, a melyek a baktériumokkal való küzdelem fegyverei s a melyek szükségessé ahhoz, hogy valamely szervezet a baktériumokkal szemben győztes legyen. Az agglutináció, praecipitáció s a complementum-lekötésen alapuló reakciók mind a szervezet humorális védekezéséről, azaz a vérben keringő védőanyagokról adnak képet. Későbbi vizsgálatok azonban kiderítették, hogy valamely szervezet viselkedése fertőzésekkel szemben nemcsak humorális immunitásától függ, hanem erre befolyással van sejtjeinek védekező képessége is. A celluláris immunitás, a mely nemcsak a szervezet mozgósejtjeinek (fehér vérszettek), hanem fix sejtjeinek viselkedésétől is függ, különösen chronikus lefolyású fertőző megbetegedésekben, mint a milyen a tuberculosis is, játszik nagyobb szerepet. Acut fertőző bajokban, a hol a szervezet állandóan harczban van a fertőzést okozó baktériummal, a humorális immunitás vizsgálata képet ad erről a küzdelemről; chronikus fertőző bajokban, a hol a Much hasonlata szerint csak időnként van szükség arra, hogy a szervezet sejtjei — mint egy nagy vár szétszórt erősségei — a véráramba dobják katonáikat: a védőanyagokat, a celluláris immunitás vizsgálata tisztább képet ad a fertőzés lefolyásáról, mint a humorálisé.

A celluláris immunitás vizsgálatára ma azon reakciók tanulmányozása szolgál, mely reakciókkal a bőr sejtjei felelnek a különböző utakon a bőrbe vitt antigenekre. Cutan, percutan és intracutan úton lehet t. i. a bőrbe bevinni az antigenekként ható baktériumokat, illetve azok anyagcsere-termékeit. E három lehetőség közül az intracutan az, a mely a legpontosabb, mert ennél a bőrbe került antigen mennyiségét pontosan meg lehet állapítani; hátránya azonban, hogy alkalmazása sokszor általános reakcióval jár és hogy nem oly könnyen keresztülvihető, eredményei nem oly szembeötlőek

és oly könnyen demonstrálhatók, mint a cutan reakciókéi. A tuberculosis cellulas immunitása kifejezésének tipusos cutan-útja a Pirquet-próba. Az antigen, a melyet a Pirquet-próbáknál a bőrbe vittek, a Koch-féle alttuberculin volt mindaddig, míg Much és Deycke vizsgálatai arra a megállapításra nem vezettek, hogy az alttuberculin mint antigen előidézte reakciók nem adhatnak tiszta képet arról az immunitási folyamatról, a mely egy tuberculosis szervezetben a tuberculosis-bacillus behatásának következményeképp végbemegy. Much és Deycke szerint ezt a célzott tuberculinnal csak az esetben érhetnők el, ha a tuberculin tartalmazzon mindazon anyagok, a melyek a tuberculosis bacillusában találhatók. Az eddig ismert tuberculinek e vizsgálók szerint ezen kívánságnak nem felelnek meg, mert előállításukkor nem sikerült a tuberculosis-bacillust úgy felbontani, hogy minden alkotó részére szétessék és emellett az egyes alkotórészek hatóképességüket el ne veszítsék. Much és Deycke vizsgálatai értelmében a tuberculosis-bacillus ilyen feloldása legjobban híg savakkal — ezek közül is legcélszerűbben tejsavval — sikerül. Tejsavval kezelve a bacillusokat, suspensiót kaptak, a melyben morphologice felismerhető bacillusokat már nem találtak. Szűrve ezt a suspensiót, két részre sikerült osztaniok: a szűrőn átjutó, vízben oldható részre és vízben oldhatatlanra. A vízben oldható filtratumban albumoseszerű testeket, sókat és közelebből meg nem határozott szagos anyagokat találtak (Riechstoff). Minden valószínűség szerint ez a rész még polypeptideket és egy közelebből szintén meg nem határozott mérgezőanyagot (Giftstoff) tartalmaz. A vízben oldhatatlan maradék különböző kémiai eljárásokkal fehérjékre és zsírokra bontható. E zsírok két részre oszthatók szét: 1. neutralis zsírok és zsír-alkoholok, 2. zsírsavak meg lipoidok keverékére.

A tuberculosis-bacillus így nyert vízben oldható és vízben oldhatatlan része megegyezik abban, hogy állapotba fecskendve, mindketten reakciót: antitestek termelését váltják ki. Ezen megegyező fontos tulajdonság dacára a két rész között fundamentális különbség van. A különbséget kitevő tényezők közül legfontosabb az, hogy csak a vízben oldható rész öli meg épp úgy a tuberculosis tengerei-malaczt, ha belé fecskendezük, mint a forgalomban levő tuberculinek, a mely tulajdonságát a tuberculineknek tudvalevőleg értékük meghatározására használják fel. Lényeges különbség a kettő között még az is, hogy a filtratummal nem sikerült állatokat immunizálni, a vízben oldhatatlan részszel igen. Sőt a vízben oldható rész az immunitás létrejöttét meg is akadályozza, minden valószínűség szerint a benne levő mérgező anyag

* A magyar orvosok tuberculosis-egyesületének f. é. május 28.-i nagygyűlésén — Rózsahegyen — tartott előadás.

miatt. Immunitást azonban a vízben oldhatatlan résszel csak akkor sikerül előidézni, ha mind a három componensével: a fehérjével, zsírsav-lipoidokkal és neutrális zsírral igyekszünk azt elérni. Ezek mindhárom t. i. külön-külön antitestek képződésére vezethetnek és csak abban az esetben tud a szervezet sikeresen megküzdeni a tuberculosis bacillussával, ha mind a három alkotórésze ellen tud ellenanyagokat: antitesteket produkálni. Ezen antitesteket *Much* ezért partial-antitesteknek, a tuberculosis-bacillus őket előidéző anyagait partial-antigeneknek nevezte el és e néven is hozatta őket forgalomba. E partial-antigenek tehát abban különböznek a használatban levő tuberculinéktől, hogy a *Koch*-bacillus hatóanyagait feloldott — reactio kiváltására alkalmas — alakban tartalmazzák, míg a tuberculinek, a melyekkel a partial-antigenekkel szemben sohasem lehet állatokat a tuberculosisból megvédeni, ezeket részint kis mennyiségben tartalmazzák csak, részint nem oldott állapotban, amellett, hogy az immunitásra káros mérges és szagos anyagokat bennük megtaláljuk.

Vizsgálataim tárgya az elmondottak átgondolása után önként felmerülő ama kérdés volt, vajjon lehet-e a bőrnek a tuberculinek classikus typusa: az alttuberculin és a modern partial-antigenekkel szemben való viselkedésében különbségeket leolvasni? Mi e különbségek oka és lehet-e a szervezet egyikkel vagy másikkal szemben való reakciójából a beteg szervezet védekezőképességének fokára és a megbetegedés ezzel összefüggő prognózisára következtetni.

Legalkalmasabbnak látszott előttem a vizsgálatok keresztülvitelére a reakcióképesség megállapításának azon quantitativ módszere, a melyet *Ellermann* és *Erlandsen* alkalmazott először. Ők t. i. 0.5%-os, sőt néha ennél kisebb koncentrációjú tuberculin-oldattal kezdve, felhaladó koncentrációjú oldatokat, majd végül koncentrált tuberculinot vittek a bőrbe egyidőben és egymás mellett. A reakcióképesség fokának megítélésére mértékül vették a legkisebb koncentrációjú tuberculin-oldatot, a melyre a szervezet még reagált és ezen concentratio reciprokok értékét tekintették a szervezet tuberculin-titerjének. Ha például a szervezet 25%-os tuberculinra még reagál, de ennél hígabbra már nem, akkor ezen szervezet tuberculin-titerje 100:25-tel, azaz 4. Nagyobb anyagon végzett vizsgálataik, a melyeket mások eredményei is igazolni látszanak, azt derítették ki, hogy minél magasabb a títorszám, azaz minél hígabb koncentrációjú oldatra reagál a szervezet, annál jobb a prognózis.

E vizsgálatokat én az *Ellermann-Erlandsen*-étől eltérő technikával, a *Sahli*-félével végeztem 100—100 betegen. Ugy az alttuberculin, mint a mindhárom partial-antigent egyaránt tartalmazó MTR-praeparatumot a beteg felkarjának bőrébe vittem egymás alá 0.5%-tól 64%-ig terjedő koncentrációban, még pedig úgy, hogy minden oldat kétszer oly tömény volt, mint a megelőző. Az utolsó oldat koncentrált tuberculin, illetve MTR volt. Az oldatok hígítása phenollal történt. Az oltáshoz a *Sahli*-leírta csappantyús eszközt használtam. Ennél az eszköznél 25 kis tű hatol be egyszerre a felkar bőrébe, ha a rugóját lenyomjuk. A tűk hosszúsága, a melylyel a bőrbe behatolnak, szabályozható. A behatolási helyek alig látható, köralakban elhelyezkedett, nem vérző pontocskák. A körre, melyet e kis pontok alkotnak, kiizzított platinkacsával rákenjük a tuberculin, illetve az MTR-t és beszáradni hagyjuk.

Azon esetekben, a hol a tuberculin, illetve az MTR alkalmazása reakcióval járt, ez a reactio rendszerint 12 óra múlva állott be. Néha azonban csak 24—48 óra után mutatkozott a reactio. E reakciónak *Sahli* szerint 4 fokát különböztetjük meg. Az I. fokon az egyes szűrési pontok mint izolált kis piros papulák jelennek meg. A II. fokon minden papula körül kis pír látható, azonban az egész nem tűnik fel infiltráltnak. A III. fokon az oltás helye intensive pirosan infiltrált. A IV. fokon a szűrési pontok a diffus infiltráción belül mint kis piros csomócskák tűnnek fel. Néha hólyagok is képződnek és a IV. fokú reakciót ugyyszólván mindig erős piros udvar veszi körül. A centralis rész, a piros

udvartól eltérően, rendszerint pigmentált. A külső udvar rendszerint a második-harmadik napon eltűnik, azonban a centrum, illetve a pigmentáltság sokszor még heteken át látható.

Ha már most az előbb elmondottak nagyjában úgy az alttuberculin, mint a MTR által előidézett reakcióra is vonatkoznak, a kettő okozta reactio mégis különbözik egymástól. Egyszerű megtekintésre ez a különbség csak intesitásbeli különbségnek tetszik. Az alttuberculin előidézte reakciók mindig erősebbek, mint azok, a melyeket az MTR okozott. A pír, az infiltratio mindig nagyobb, a IV. fokú reakciónál észlelt hólyagképződés, az ezen reakciót körülvevő piros udvar MTR alkalmazása után sohasem észlelhető. Ennek a szabadszemmél látható különbségnek okát megfejtí a mikroszkopos-kép. (A mikroszkopos praeparatumokat *Feldmann* dr. főorvos volt szíves elkészíteni és felülvizsgálni.) Ha a mikroszkopos képet vesszük figyelembe, akkor azt látjuk, hogy mindkét reakcióra jellegző a lelet, a melyet *Bartel* a szövetek lymphoidos latentiája néven írt le: körülírt lymphoidos burjánzás mindenütt, főleg az erek, faggyú- és verejtékmirigyek körül. *Cardinalis különbség is van azonban a két praeparatum között és ez az, hogy míg a tuberculin előidézte productiv gyuladás mellett exsudativ folyamat is — hólyagképződés az írha papilláinak megfelelően — játszódik le, addig az MTR exsudativ elváltozásokra nem vezet.* Hogy ezt a különbséget mi okozza, arra határozottan megfelelni nem lehet. Valószínű azonban, hogy az ok abban a *Much* által leírt, de közelebbről meg nem határozott mérges anyagban van, a mely az alttuberculinban megtalálható, az MTR-ben nem. Ez a mérgező anyag azonban valószínűen oka az ellenkező végletnek is, t. i. annak, hogy gyakrabban láttam oly eseteket, a melyek alttuberculinre nem reagálnak, de partial-antigenekre igen. Ez a mérgező anyag ugyanis megsemmisítheti a súlyos esetekben amúgy is kisebb mértékben jelenlevő antitesteket és így tönkretelheti az esetleg még meglevő vagy kifejlesztendő túlérzékenységet, a mely rendszerint a tuberculosis-bacillussal való eredményes megküzdésre vezet.

Az MTR és az alttuberculin okozta reakciók, ha intesitásban, histológiás képen, gyakoriságban különböznek is egymástól, abban megegyeznek, hogy az *előszöri alkalmazásukat követő reakcióból semminemű prognostikai következtetést vonni nem lehet.* Nem szándékozom statisztikai adatokat elmondani s azért csak vizsgálataim eredményeit foglalom össze. Igen gyakran előfordult, hogy teljesen jóindulatú, fibrosus, láztalan esetek az első cutan oltás alkalmával egyáltalában nem reagáltak, vagy a mi ennél gyakrabban fordult elő, reakciót csak a magasabb koncentrációjú oldatok valamelyike váltott ki. Az is előfordult, hogy a reactio csak későn, 3—4 nap múlva jelentkezett és akkor sem oly intesitással, mint a milyent a folyamat klinikai képe után remélhettünk. Ezzel szemben azonban azt is észleltük, hogy a rossz prognózisú esetek, az előrehaladó, nagyobb széteséssel járó s caseosus folyamatok első reakciója positiv volt. Ezt a súlyos esetek 3%-ában láttam, de mindig polgári betegekben, a kik a harcztéren nem voltak és a kik relative jó otthoni megélhetési viszonyokból kerültek a sanatoriumba. E tények megfejtése a 2—3 heti időközökben megismételt cutan oltások nélkül lehetetlen volna. Az ezekre beálló reakciók igen sokszor meglepően változott viszonyokat derítettek ki. Oly esetek, a melyek az első negativ reactio vagy alacsony tuberculin-titer dacára jóindulatúnak látszottak, az ismételt oltásra jól, további oltásokra pedig erős reakcióval feleltek. Sokszor azonban csak a reactio megjelenése vagy erősödése után javult a beteg állapota. Ily esetekben a reactio positiv volta gyakran előre jelezte a beteg javulását: a láz, szörtyözörejek eltűnését, az erőbeli állapot gyarapodását. Ezen esetekkel ellentétben azon súlyos, exsudatióval járó, caseosus folyamatok és azok, a melyek csak a klinikai észlelés során progrediáltak, de először mégis reagáltak, a további oltások során anergiásoknak bizonyultak — nem reagáltak. Ezek alapján e jelenségek más magyarázatot nem engednek meg, mint hogy a jóindulatú esetek kezdeti energiája időleges antitest-hiányra vezethető vissza. Katonákon, egyfolytában

18—24 hónapig a fronton harcolókon fordulván ez elő a leggyakrabban, semmi sem közelfekvőbb, mint e körülménynek a harctéri fáradalmakra, a szervezet ellentálló képessége csökkenésére való visszavezetése. Ezenkívül azonban más okok is szerepelnek gyakran, különösen idegrendszeri zavarok: vagotonia, sympathicotonia és belső secretiós zavarok. A másik végletnek — a rosszindulatú esetek első alkalommal való reagálásának — oka a szervezet utolsó védanyag-tartalékainak a tüzhedobása. A szervezet ezzel ideig-óráig tartó immunitást — a hogy Müller hívja, statikai immunitást — ér el, de súlyos rossz prognosistú esetekben ez az immunitás nem növelhető. A tuberculin-titer vagy helyesebben az „immunitás-titer” nem nagyobbodik, az antitestek nem szaporíthatók s így pozitív dinamikai immunitás nem áll be, ellenkezőleg, az antitestek elfogynak, a statikai immunitás is eltűnik s negatív dinamikai immunitás lép a helyébe, a szervezet a bacteriummal való harcban tönkremegy.

Mindezekről a rendszeresen keresztülvitt, különböző koncentrációkban alkalmazott cutan-oltások tiszta képet adnak. Prognostikai jelentőségük ezért nagy. Az MTR az altuberculinél e tekintetben nagyobb jelentőséggel bír, mert tisztán, az immunitásra káros anyagok nélkül, tartalmazza a tuberculosis-bacillus immunitást előidéző alkotórészeit. Ezért fordul elő gyakran, hogy oly esetek, a melyek altuberculinra nem reagálnak, MTR-re reagálnak és e reactio fokozható is; nemcsak oly értelemben, hogy a szervezet mind kisebb és kisebb koncentrációjú oldatra is antitest-termeléssel reagál, hanem úgy is, hogy a reactio is mind erősebb lesz.

Az a körülmény, hogy a tuberculin s a partial-antigenek rendszeres cutan alkalmazásával alkalmas esetekben az antitestek fokozott termelését érhetjük el, vezetett már régebben ez eljárás therapiás értékesítésére. Az oltási technika alapján véve ugyanaz, mint a mit a prognostikai célból keresztülvitt oltásoknál elmondtam. $\frac{1}{2}$ °-os oldattal kezdjük itt is az oltásokat és hetenkint kétszer ismételve meg, haladunk fokozatosan tovább. Addig emelkedhetünk a koncentrációval, míg vagy általános — lázzal járó — reactiót nem kapunk, vagy míg a reactio nem nagyon erős. Ez utóbbi esetben az infiltratio nagyfokú, az ezt környező udvar igen piros lehet s ilyenkor czélszerű az oltást ugyanazon koncentrációjú oldattal megismételni s csak ha az ismételt oltás nem okoz erős reactiót, folytatni a kezelést töményebb oldattal. Az ellenkezően reagáló esetekben, a mikor a töményebb oldatokra is csak gyöngye reactiókat kaphatunk, megismételhetjük a reactiókat olyan helyeken, a hol már megelőzőleg oltottunk. Ilyenkor gyakran előfordul — különösen ha partial antigenekkel oltunk —, hogy erős reactiókat kapunk. Ezen hypergiás reactiók gyakran igen erősek, de MTR-t alkalmazva, sohasem járnak sem hólyagképződéssel, sem általános reactiókkal. En ilyeneket egyáltalán nem láttam. Néha ilyenkor lymphangitis köteget tudtam tapintani.

E hypergiás (Dübi) reactiók oka abban leli magyarázatát, hogy ilyen megismételt oltásokkal védőanyagok localis megszorodása érhető el.

Az imént vázolt eljárás therapiás értéke nehezen ítéhető meg és ezért statisztikai adatokkal nem is hozakodom elő. Különösen sanatoriumokban, a hol e kis mennyiségben bevitt specifikus védőanyagok termelését kiváltó inger mellett a nem specifikus (hygienés, diatás és fénykezelésből álló) ingerek is hatnak.

Annyit azonban kétségtelenül meg tudok állapítani, hogy azokban a jobbindulatú esetekben, a melyekben eleinte anergia van jelen és a melyekben csekély ugyan, de kifejezett localis tuberculosis elváltozások mellett súlyosabb toxikus tünetek dominálják a kórképet, feltűnő javulás, sőt a tünetek teljes megszűnése érhető el. Ilyen toxikus tünetek főleg a már említett idegrendszerbeli zavarok s a belső secretio rendellenességei, melyeknek központjában valószínűleg a pajzsmirigy áll (Basedowoid). Különösen gyakran láttam, hogy vagotoniás gyomor- és bélpanaszok szűntek meg ilyen kezelés mellett. Eredményeim itt is a partial-antigeneknek látszanak kedvezni. Lezárni vizsgálataimat azonban még nem

akarom, annál kevésbé, mert eddigi vizsgálataim a partial-antigenek összességét tartalmazó MFR-re vonatkoznak és a magam részéről azt hiszem, hogy a megfelelő esetekben külön-külön alkalmazott fehérje-, neutralis zsír- és zsírsav-antigenekkel e jó eredmények fokozhatók és sok ma még nem tisztázott kérdés megfejtető lesz.

A háborús sérülések kapcsán fejlődő phlegmonék és azok kezelése.*

Irta: Tóthfalussy Imre dr., cs. és kir. főorvos, a budapesti II. számú sebészeti klinika tanársegéde, jelenleg a Pécsi Vörös-Kereszt tábori kórházának parancsnoka.

A phlegmonék kezelése a sebészetnek mindig fontos és nehéz fejezete volt, a mit azon számos eljárás bizonyít, melyek ezen tárggyal foglalkoznak. A hadisebészet minden-esetre nagyban hozzájárul a kérdés tisztázásához, hiszen békében bizonyára senkinek sem volt annyi alkalma phlegmonékat megfigyelni és kezelni, mint a jelenlegi háborúban. Engedjék meg, hogy röviden beszámoljak tapasztalataimról, melyeket e háborúban igen nagy sebesült-anyagon gyűjtöttem; tájékoztatásul megemlítem, hogy kórházunkban (mely mozgó táborig kórház jellegével bír) mostanig 13,529 sebesült fordult meg.

A mi a háborús sérülések kapcsán fellépő phlegmonék keletkezését illeti, bizonyára maga a sebesülés módja, azaz helyesebben a sebesülést okozó löveg fajtája játszsza mint aetiologiai tényező a főszerepet; csak a lőszerekéről akarok szólni. Minden lövési sérülést fertőzött-nek kell tekintenünk, és mégsem fejlődik mindegyikből phlegmone; ez a szövetek roncsolatásától és a behatolt csírák virulentiájától függ. Minél nagyobb a roncsolás, annál kisebb a szövetek ellenállóképessége, annál könnyebb a fertőzés. Azért látunk oly aránytalanul kevés genyedet a gyalogsági fegyver okozta sérüléseknél, mert ezek az aczélköpenyes lövedékek — föltéve, hogy hegyükkel előre hatolnak át a szöveteken — ezeket legkevésbé sértik; és ugyanezért okoznak sokkal gyakrabban phlegmonét a tűzérési lövedékek. Nagy szerepet játszik még az a körülmény is, vajon a sérülés áthatoló volt-e, vagy pedig a lövedék bennmaradt a testben; utóbbi esetben sokkal könnyebben fejlődik phlegmone. Ha a lövedék más idegen testet (például ruhafoszállyt stb.) is magával ránt, természetesen nagy mértékben meg van könnyítve a phlegmone keletkezése. Még egy körülményre akarom felhívni, a mit bizonyára mindenki tapasztalt, hogy t. i. csontsérülés nagyban praedisponál phlegmonákra. A sérülés aránytalanul könnyebben inficiálódik, ha csont is sérült; hiszen a csont (különösen a csontvelő) fertőzéssel szemben rendkívül érzékeny. Ezen esetekben természetesen a prognosis is sokkal komolyabb.

Kötelességünk legyen tehát minden eszközzel a phlegmonék keletkezését megakadályozni, a mi a sebellátás szabályainak szigorú szem előtt tartásával a legtöbb esetben valóban sikerülni is fog. Nagyon messzire vezetne, ha részletekbe akarnék bocsátkozni, csak reá akarok mutatni, hogy számos esetben a czélszerűtlen kezelés elősegítette a phlegmone keletkezését, sőt gyakran határozottan okozója is volt. Sajnos, még mindig igen sokszor agyonkezelik a friss sérülést, pedig a dolog oly egyszerű: száraz borotválás, jodtinctura, steril kötés; és ez mindenhol, minden körülmények között elérhető. Hónapokat töltöttem a segélyhelyen a háború első nagy mozgó harczaiban, azután az állóharcokban, továbbá a dandár-, hadosztály-egészségügyi intézetben, táborig kórházban, és nyugodtan állíthatom, hogy ez az egyszerű sebkezelés mindig keresztülvihető. De határozott műhibának tartom a friss sérülésre kenőcsöket, hintőporokat alkalmazni, ezeket a sérüléseket mosni, irrigálni vagy pláne fürösztetni; például az egyik táborig kórházban az összes nagyobb friss kézsérüléseket közönséges meleg vízben füröszt-

* A VII. hadsereg 1916 december 2.-i első tudományos orvosi ülésén tartott előadás.

tötték. Még attól is nagyon óva intem Önöket, hogy friss sérülésre *párákötést* tegyenek, különösen ha a sérült szálítva lesz; az ilyen kötés nedves melege nagyon is fokozza a behatolt csírák virulentiáját, a fertőzés terjed, a helyett, hogy csillapodnék. Az általában nagyon kedvelt keményítő-organtinkötésekkel (Blaue Binde) is nagyon csínján kell bánni friss végtagsérüléseknél; a kötés mindenestre nagyon elegáns és nem csúszik el, de viszont milyen gyakran tapasztaljuk, hogy az ilyen kötés *strangulál*, lefűzi a végtagot, mert az utóvérzés vagy a fertőzés terjedése miatt a sérült végtagrész megdagad; hogy azután az ilyen szoros kötés csak elősegíti a fejlődő phlegmonét (nem is említve a sérültnek subjectív kellemetlenségeit), az kézenfekvő. Végül megemlítem a phlegmone prophylaxisának talán legfontosabb momentumát, és ez a sérült testrészt *nyugalomba helyezése*. Minden gyuladást *nyugalommal* kedvezően lehet befolyásolni, és ez fokozottabb mértékben áll a phlegmonéra is.

Még nagyon is elterjedt a vélemény, hogy a végtagokat csak *csontsérülésnél* kell rögzíteni; ez nem áll. Ha a lágyrész-sérülés nagy kiterjedésű, ha egy különben egyszerűnek látszó átlövésnél csak a legkisebb tünete is megvan a kezdődő fertőzésnek, akkor a végtagot *rögzíteni* kell. Az ember csodát művelhet egyszerű gipsz- vagy Cramer-sínnel: kifejezett phlegmonék spontán visszafejlődnek, ha a végtag rögzítve lesz.

A sérült kezét — egyszerű átlövésnél is — *mindig, elvből* sínre helyezem, hogy ne csak az ujjak, hanem a csukló is rögzítve legyenek. Alkar-, könyöksérülést is mindig sínre helyezek. Felkar- és válsérüléseknél nem ajánlom a síneket, mert sohasem rögzítenek eléggé és a betegek is nehezen tűrik; ilyen sérüléseknél tapasztalatom szerint a legcélszerűbb a *Desault-féle kötés*, mely egyszerű, könnyen alkalmazható és nagyon jól rögzíti a vállat és a felkart a mellkashoz; a betegek is nagyon jól érzik magukat benne. Töréseknél természetesen mielőbb az extensiós kezelésnek van helye.

Egyszóval, Uraim, nem hangsúlyozhatom eléggé: a *phlegmone megelőzésére és leküzdésére leghatásosabb fegyverünk a sérült testrésznél teljes nyugalomba helyezése*.

Ha a phlegmone már kifejlődött, nem szabad tovább haboznunk, hanem operative kell beavatkoznunk; nem szabad a bemetszésekkel takarékoskodni, hanem mélyen és kiadósan kell bemetszeni és a genyedésnek minden rejtett fészket fel kell tárnunk. Kis be- és kilövési nyílásokat ki kell tágitani, azután ujjal benyúl az ember a lövési csatornába és így legjobban tájékozódhatik a gyuladás elterjedéséről; tompán, ujjal szétválasztja az ember az összes kötőszöveti szálakat, válaszfalakat, a melyek a genyedés egyes fészkeit elkülönítik, s így egy közös üreget terem, melyet azután enyhén desinficiáló oldattal ki lehet öblíteni; kizárólag 3%-os H_2O_2 -oldatot használok erre a célra, a melybe a törlőket bemártom, s ezekkel törlöm ki az összes hézagokat és öblöket. Természetesen el kell távolítani az összes idegen testeket, csontszilánkokat, továbbá nekrosisos szövetczafatokat, ez utóbbiakat azonban csak olyan mértékben, hogy az alattuk fekvő egészséges szövetek ne legyenek láthatók; ezzel megakadályozhatjuk új vér- és nyirokpályáknak megnyitását, s így a fertőzés tovaterjedését. Nagyon fontos az ezt követő *drainage*, a mire gummi-, üveg-, celluloid-draincsöveket és gaze-csíkokat használhatunk; természetesen a szükséges ellennyílásokat is el kell készíteni. A draincsövek alkalmazásakor használunk elvből mindig *vastag* csöveket, mert megkönnyítjük a váladék lefolyását és tátongóvá teszik a sebszéleket; vékony draincsövek bedugulnak és könnyen szögletbe törnek. Nagyon célszerű *több* csövet egymás mellé helyezni, melyeket azután fokozatosan lehet eltávolítani. A draincsöveken kívül a sebet még gazecsíkokkal is drainezzük, melyeket szükség szerint helyezünk el, nem szorosan. Sohasem használok *egy* hosszú csíkot, hanem körülbelül 15 cm. hosszú, 2 cm. széles, 1—2 milliméter vastag csíkokat, a melyeket duplán összehajtván, úgy helyezek el, hogy két szabad végük a sebből kiáll; a csíkokat egymás mellé koszorú-

alakban vezetem a sebbe, úgy, hogy minden tasakba egy csík kerüljön; a középre pedig egy laza törlőt (Gaze-Bausch) helyezek, a melyet azután változtatok. A kötésváltáskor örömmel látja az ember, hogy a sebszélek milyen szépen fognak tátongni. A mi a csíkokat illeti, vagy egyszerű steril-csíkokat használok, vagy parenchymás vérzésnél, esetleg bűzös váladéknál jodoform-csíkokat. Az egyszerű gaze legjobban szív, s ez a célja is. Sarjadzó sebeknél sokan kenőcsös csíkokat használnak, de azt hiszem, ez felesleges. Gáz-phlegmonéknál a csíkokat H_2O_2 -oldatba mártom, a mi jótékonyan hat a szövetekre. Az így kezelt sebre laza steril-gazet (gekrüllte Gaze) és steril vattakötést teszek.

Élénk vita tárgya volt mindig, vajjon a phlegmonét föltárás után párákötéssel kezeljük-e vagy sem. Véleményem az, hogy ha a phlegmonét valóban lelkiismeretesen és alaposan föltártuk, akkor a párákötés nemcsak felesleges, hanem ártalmas is lehet. Nagyon célszerű a párákötés centralisan a phlegmonetól, már fennálló lymphangoitisre vagy lymphadenitisre alkalmazva, de sohasem magára az incisiókra; a párákötés hívei hangsúlyozzák, hogy az ilyen kötés fájdalomcsillapítóan hat, hogy kötésváltáskor a betegnek nem okoznak fájdalmat stb.; ezek az állítólagos előnyök azonban eltörpülnek a kellemetlen és káros hatások mellett: a váladék a vízhatlan szövet alatt pang, nem szívhatja fel a kötés, a mely ugyan tiszta marad, de a beteg bőre tönkremegy, maczerálódik, ekzémás lesz. A pangó váladékot a szövetek ismét felszívhatják, a beteg lázas marad, általános tünetek jelentkeznek. És még egyet, Uraim: *A beteget párákötéssel nem szabad szállítani, ez határozottan műhiba*. Mert elsősorban nem szabad a párákötést 24 órán túl fekve hagyni, már pedig a betegszállításoknál sohasem tudhatjuk előre, hogy mikor kerül a beteg ismét szakszerű kezelésbe. Azután meg a nagytömegű betegszállítmányoknál nagyon könnyen megeshetik, hogy az ilyen betegen az esetleges súlyos kórkép erkerül a figyelmet, t. i. a kötés tiszta, nem váltjuk azonnal, s a phlegmone nyugodtan tovább halad. Hányszor tapasztaltuk, Uraim, hogy egy ilyen külsőleg kifogástalan kötés alatt a legsúlyosabb gyuladások rejtőzködtek. Egyáltalában nem volna szabad phlegmonés beteget szállítani; de ha külső körülmények miatt mégis szállítani kell, akkor nyugodt lelkiismerettel egyszerű száraz steril-kötéssel is útnak ereszthetjük.

Sokkal fontosabb azonban, Uraim, hogy a phlegmonosus végtagot *nyugalomba helyezzük*, a mit nem lehet eléggé hangsúlyozni. Minden egyes phlegmonénál sínre helyezzük a beteg végtagot, és nagyon jó eredményeink vannak. Lábszárphlegmonéknál azért is fontos a végtagnak sínre helyezése, mert kevésbé intelligens beteganyagon előfordulhat, hogy a beteg a szigorú parancs ellenére mégis felkel és a gyuladás így könnyen tovaharapódik.

Egy másik fontos kérdés a *kötésváltás*; erre vonatkozólag természetesen nem lehet határozott tételeket felállítani, mert sok függ az eset természetétől, a kezelő orvos sebészti tapasztalatától stb.; de legyen szabad elvnek odaállítanom: a kötést csak akkor változtassuk, ha ezt sürgős körülmények: magas láz, a folyamat tovaterjedése, fenyegető általános tünetek stb. javasolják. Ha a phlegmonét alaposan feltártuk, ha minden tasakot gazecsíkokkal jól megdraineztünk, ha a végtagot nyugalomba helyeztük, akkor az első kötést 4—5 napig nyugodtan fekvé hagyhatjuk; még akkor is, midőn a kötést bő váladék miatt előbb kell megcserélni, elegendő a vattát és a felületet gazet megcserélni, ellenben a bevezetett csíkoknak fekvé kell maradniok. A sebnak legjobban árt, ha folytonos kötésváltással nem hagyjuk békén; nem is említve, hogy a betegnek a kötésekkel fölösleges fájdalmat okozunk. Minél tovább hagyjuk a sebben a csíkokat, annál könnyebben lehet azokat eltávolítani; ha erősebben tapadnának, igen könnyen meglazíthatjuk őket kevés H_2O_2 -dal. Fontos továbbá a draincsöveket is jól kiöblíteni, a mire szintén 3%-os H_2O_2 -oldatot használunk.

Még egy körülményre szeretném felhívni figyelmüket, Uraim: egy mélyebben a szövetekbe terjedő sebet, egy feltárt phlegmonét csak akkor lehet lege artis bekötni, ha a kötés-

váltáskor teljesen szemünk előtt fekszik, tehát ha fel van tárva; és ezt csak kampózással érhetjük el; nagyon fájdalmas dolog, de csak így drainezhetünk alaposan minden tasakot és így előzhetjük meg a váladék pangását, vagy a sebnék időelőtti összehúzódását. Nemi gyakorlattal a fájdalmakat ilyenkor is a minimumra redukálhatjuk.

Ez volna röviden az az eljárás, melyet mindeddig a phlegmonék kezelésekor nagyon jó eredménnyel alkalmaztam; legmelegebben ajánlhatom figyelmükbe.

Közlemény a cs. és kir. budapesti XVII. helyőrségi kórházból (parancsnok: Noel Jenő dr. törzsorvos) és a cs. és kir. mostari várkórházból (parancsnok: Winter György dr., II. oszt. főtörzsorvos.)

Az otogen meningitisről több eset kapcsán.

Írta: Pogány Ödön dr. ezredorvos, fülorvos, osztályos orvosfőnök.
(Folytatás.)

Véleményem szerint erre a kérdésre ily egyszerűen válaszolni nem lehet. Mert mi csak kétféle esetet látunk. Az egyikben a gyógyultat, midőn nem láttuk a tulajdonképpeni pathológiás elváltozásokat, csak a klinikai tünetekből következtettük a diagnózist; a második esetben pedig a sectiót láthatjuk, mely az esetek legnagyobb százalékában még a diffus genyes meningitisnek is a legsúlyosabb képét, a végstadiumot mutatja. Az objectív vizsgálat számára ily nehezen hozzáférhető esetekben egyedül az analogia az, a mi kellő magyarázatot ad. A klinikai tapasztalat azt mutatja, hogy úgy az agyállomány, mint annak burkai nem azok a — noli me tangere — szövetek, a melyeknek azelőtt általában hitték. Ismeretes, hogy az egész agyállománynak nagy ellentálló képessége van s művi beavatkozásokat jól tűr, azokra nem túlságosan heves reakcióval felel. Agytályogok hosszú időn keresztül minden különösebb tünet nélkül állhatnak fenn. Agysérülések egész szépen meggyógyulnak. Agyvelőpunctiókat minden különösebb reactio nélkül végrehajthatunk; agyvérzések felszívódnak stb. Miért éppen a genyes gyuladás lenne az az insulatus, mely az agyállomány s az agyhártyák ellentálló képességét megszüntetné. S miért ne érhetne el a chirurgia eredményeket a genyes agyhártyagyuladással szemben akkor, midőn a conservatív therapia is mutathat fel manapság e téren gyógyeredményeket. Az úgynevezett „lumbalkimosás“-t legelőször E. Leschke kísérte meg meningitis cerebros spinalis epidemicánál. Utána F. Goebel s O. Hess foglalkoztak e kérdéssel. Legújabbban magamnak is volt alkalmam e téren valódi eredményeket látni. A XVII. helyőrségi kórház belosztályán Podmaniczky nemcsak meningitis cerebros spinalis epidemicánál, de egyéb genyes meningitisnél is megpróbálkozott a lumbalmosással — biztató eredményekkel. A részletekre nem terjeszkedem ki, ezekről ő fog beszámolni, csak egy esetét óhajtom felemlíteni, midőn egy fejlődés utáni teljesen kifejezett diffus genyes meningitis többszöri lumbalmosásra tökéletesen meggyógyult. Tulajdonképpen azonban ez az eljárás is sebészi, lényege a geny eltávolítása s az agynyomás csökkentése. Mennyivel biztatóbb kell, hogy legyen a gyógyeredmény, ha közvetlenül a bántalom fészkenél nyitunk utat a geny levezetésére.

A diffus genyes meningitis operatív gyógyíthatóságának kérdésében valószínűleg a középúton lesz az igazság. A gyógyíthatóság kérdésénél több tényező szerepel. E tényezők: 1. a kórokozó virulentiája; O. Voss 15 esete közül diplococcusok hat esetében tisztán, kétszer egyéb baktériumokkal vegyesen szerepeltek, 3-szor staphylococcusok s 3-szor streptococcusok; 2. a bántalom kiterjedése. E megnevezésen belül elfogadjuk az a) körülírt s b) diffus fogalmát is. E két fogalom azonban relatív fogalom. Egy gyuladás ugyanis lehet körülírt, mely kedvezőtlen körülmények folytán (pl. művi beavatkozás elmulasztása) tovaterjedhet, vagy visszafejlődhetik (gyógyulhat), ha kedvező körülmények (pl. műtét) befolyásolják.

Semmi esetre sem fogadható el az éles elkülönítés a diffus s a körülírt meningitis purulentánál. Ez csak átmeneti fokozat s legfeljebb arról lehet szó, melyek azok a körülmé-

nyek, melyek az átmenetet megkönnyítik s melyek azok, melyek akadályozzák. Ha mégis határt akarunk vonni a két forma között, főleg a gyógyíthatóság szempontjából, akkor elfogadjuk Heine felosztását. Ő „körülírt“ alatt a „körülhatároltat“ (abgekapselt) érti; tovaterjedő alatt azt, mely nincs vagy physiologic, vagy pathologic (granulatio-képződés, fibrin-képződés stb.) körülhatárolva.

Fontos még különbséget tenni az acut genyes otitishez, vagy a chronikus genyes otitishez társuló genyes meningitiszek között. A dolog természetében rejlik, hogy az acuthoz társuló genyes meningitis prognosisa rosszabb, mint a chronicus otitishez társulóé. Három tényezőben látom e rosszabb prognosist okát: a) a kórokozó frissebb virulentiája; b) a diagnózis nehezebb volta; c) a körülhatárolás nehezebb lehetősége. Az első tényező magában az „acut“ lob lényegében megtalálja a magyarázatát. A diagnózis nehezebb, mert mint fentebb vázoltam, a heveny középfülgyulladás egyes tüneteiben utánozhatja a meningitis tüneteit, míg chronikus otitisnél az egyes fenyegető jelek külön-külön is gyanút keltenek egy intracranialis complicatio lehetőségét illetőleg. A körülhatárolás nehezebb volta szintén a heveny lob természetében rejlik. A chronikus otitis genye áttöri valahol a csontot, lassan halad tova, először kis területen okoz lobos elváltozásokat, rétegről-rétegre halad s ez idő alatt sikerülhet a szervezet ellenálló képességének a reactiv lob útján védőhatárt állítani, „körülhatárolást“ létesíteni. Valószínű, hogy a chronikus otitis előbb subduralis tályogképződésre vezet, mely csak később fejlődik meningitissé. Ez a subduralis tályog is okozhat meningitist. Ily esetekben művi úton beavatkozva, csakugyan sok reményünk van a gyógyulásra. E gyógyult eseteket azután tévesen sorolják a gyógyult meningitisek közé (Körner). Ily esetekben a differentialis diagnózist valóban csak a lumbal punctio döntheti el.

Az otogen meningitis prognosisa szempontjából egyik igen fontos körülmény, hogy complicatio nélküli-e vagy sem. Az esetek nagy részében a meningitis csak következménye vagy agytályognak, vagy sinus-thrombosisnak. Természetesen ezen esetek prognosisa nagyon rossz, még akkor is, ha a primaer megbetegedés diagnózisát in vivo meg tudjuk csinálni s művi úton a primaer megbetegedés ellen be is avatkozunk. Ily komplikált megbetegedések prognosisa természetesen rosszabb, mint a complicatio nélkülié.

Az otogen purulens meningitis prognosisáról nagyon nehéz határozott véleményt mondani. Legnehezebb megtalálni azt a határt, a meddig a művi beavatkozástól sikert remélhetünk.

Az egyes szerzők véleménye nagyon különbözők. Körner szerint eddig még egy gyógyult esetben sem talált senki genyet a pia öbleiben, azért csak azt állíthatjuk, hogy a meningitis kezdeti stadia (Vorstufe) gyógyítható, esetleg művi beavatkozással, nem pedig a kifejlődött genyes meningitis. Körner szerint a „gyógyult körülírt genyes meningitis“-nek jelzett esetek subduralis tályogok voltak. A gyógyult esetek mind tovaterjedők, de még kezdeti szakban (Vorstufe) levők. Nehéz ezeket az állításokat megcáfolni, de nehéz támogatni is. Ezek teoriák, még csak empiriás tapasztalatok sem. Semmi okunk sincs arra a merev álláspontra, hogy ha a pia öbleit geny tölti ki, akkor az eset már absolut infaust prognosist ad. Fentebb említettem, hogy a tapasztalat azt mutatja, hogy az agy s annak burkai sokkal ellentállóbbak a pathológiás folyamatokkal szemben és regenerációra sokkal hajlandóbbak, mint azt régebben hitték. Ha azt állítja valaki, hogy az esetben, ha az agyburkok, a pia üregei, az oldalkamarák stb. mind a genyes lob körébe bevonattak, ez esetek gyógyíthatatlanok, akkor talán helyes úton jár. De e végső szak s a kezdődő genyes beszűrődés között óriási sok átmenet van még. Ha a primaer gócot kiküszöböljük s a genynek közvetlen lefolyást teremtünk, miért ne fejlődhessek vissza egy terjedőben levő genyes folyamat még akkor is, ha ez a szerv az agy, vagy annak burkai. Miért éppen az agy legyen a kivétel. Láttunk diffus genyes peritonitist laparotomiára gyógyulni, kezdődő genyes peritonitist még többet, miért volnának épp az agy s burkai ennyire képtelenek az ellent-

állásra. A klinikai tapasztalat is azt mutatja, hogy oly esetek, melyekben diagnostikai segédeszközeinkkel azelőtt a meningitis purulenta diagnózisát állapítottuk meg s melyek prognózisát azelőtt absolute infaustnak tartottuk, ma műtéti beavatkozásra teljesen meggyógyulnak.

Egy a szó szoros értelmében vett *diffus* meningitis prognózisát csakugyan infaustnak kell vennünk, mert ez esetekben az életfunkciókat fenntartó központok (légzési centrum stb.) is a bántalom körébe vonatván, ezek bénulása folytán a halál feltétlenül bekövetkezik. De nem feltétlenül szükséges, hogy ezekre is reáterjedjen a genyes gyulladás, még akkor sem, ha a pia egyes öblei már be vannak szűrődve genyesen. Miért ne fejlődhessek vissza ez az állapot kellő időben végzett művi beavatkozásra. Az irodalomban oly gyógyult esetek is vannak közölve, hol a pia burkaiban geny volt, sőt a lumbalpunkciótban streptococcusokat találtak s művi beavatkozásra a betegek mégis meggyógyultak.

A mi a meningitis körjelzését illeti, annak részletes tárgyalásába nem bocsájtkozom, csák a korai diagnosis fontosságát akarom kiemelni. Ez a korai diagnosis tulajdonképpen alapja a művi beavatkozás sikerének. Nincs azonban egyetlen egy oly diagnostikai jelünk sem, mely a bántalom kezdetét vagy akár kifejlődését mindenkor s egész határozottsággal jelezné. *Jansen* s *Körner* szerint a *Kernig* állandó tünet. Alanti kórtörténetem ezt is megcáfolja. A láz nem jellemző. A lumbalpunkció pozitív jel ugyan, de kérdés, van-e oly tünet, mely a lumbalpunkció elvégzésére figyelmeztet bennünket? Ez a figyelmeztető jel esetleg csak akkor mutatkozik, mikor a *diffus* meningitis már teljesen kifejlődött. E kérdés bővebb fejtegetése helyett álljon itt alanti részletes kórtörténetem.

K. G. gyalogos felvételt a mostari várkórházba 1916 december 5-én. Állítólag 2 hét óta fáj a bal füle. *Jelen állapot:* Jobb fül ép. Bal külső hangvezetőben kevés geny, dobhártya belővelt, de már csak mérsékelt elődomborodó, elégséges perforatio, fájdalom nincs. Csecsenyűtvány sem spontán, sem nyomásra nem érzékeny: az egész kép egy lezajlóban levő akut otitis kórképét mutatta. Így is folyt tovább. Absolute jó közérzet. December 15-ikén alig volt már genyes váladék, míg december 19-ikén nagyon sok genyes váladék volt észlelhető. Hőmérséklet este 38-8° C., de minden egyéb tünet nélkül.

December 20. Állítólag rázóhideg, bővebb kikérdezésre azonban kiderült, hogy a beteg csak fázott, de tulajdonképpen hidegrázása nem volt. Temperat. reggel 40-0° C., délután 39-5° C., délután 4 órakor 40-2° C., este 39-5° C. Nagyon sok genyes váladék. A hátulsó felső hallójárat fala kissé süppedt. A csecsenyűtvány kissé érzékeny, nyomásra spontán fájdalommasság nincs. Meningealis tünet nincs. (Minden egyes alkalommal különös figyelemmel s részletességgel vizsgáltunk meningealis tüneteket.) Belgyógyászati lelet negatív (*Murgel* dr.).

December 21. Reggeli hőmérséklet 39-2° C. Semmiféle meningealis tünet, absolute jó közérzet, rázóhideg nem volt. Belgyógyászati lelet negatív. Labyrinthus részéről semmi tünet. Diagnózisom: Mastoiditis purulenta, valószínűleg perisinusos tályoggal társulva. A beteget délután 10 órakor local-anaesthesiában megoperáltam. A csonthátya letolása után a planum mastoideumon egy fistulát találok, melyből nagy nyomás alatt geny ürül. Ritka lelet az, hogy minden infiltratio, a legkisebb oedema nélkül csonthátya alatti fistula legyen található. A corticalis igen vékony. Az összes csecsejtek telve gennyel s granulációs szövetrel. Eltávolítottam az összes csecsejteket, kitakarítottam a granulációkat. Az antrum igen tág, könnyen megtalálható. A genyedés egészen a sinust fedő csontlemezig terjed és egy helyen granulatio alatt kis lencsényi területen szabadon fekszik a sinus. A sinust jobban feltárom s akkor látható, hogy a sinusfal kissé megvastagodott, kissé sárgásan elszíneződött, de élénken pulzál s a fal kis megnyomására a nyomás feletti sinusrészlet bővebben telik vérrel. (Punctio helyett így is szoktam vizsgálni a sinus vértartalmát.) Mindkét irányban feltárom a sinust mindaddig, míg normalis sinusfalat találok. A sebüreget jodoform-gazzal tamponálom. A beteg a műtét alatt s után teljesen jól érezte magát, a kötéshez felült a műtőasztalra, déli hőmérséklet 38-3° C., esti hőmérséklet pedig 39-5° C. volt: 1°-al alacsonyabb, mint a műtét előtti napon.

December 22. Reggeli hőmérséklet 38-9° C., teljesen jó közérzet, a beteg jókedvű, meningealis tünetnek semmi nyoma. 5 nap óta széke nem volt. Keserűsödő háfástalan, calomel hatástalan, déli temperatura 39-4° C., délután 5 órakor beöntést kap, mire bőséges székürülés következik. A beteg oly jól érezte magát, hogy tilalmam ellenére a délután folyamán vizelés céljából kiment a szobából. Esti hőmérséklet 40° C.

December 23. Állítólag reggel 7 óráig egészen jól érezte magát. Semmiféle panasa nem volt. Főfájásról sohasem panaszkodott. Reggel 7 órakor hirtelen eszméletét veszítette. A beteget reggel 8 órakor láttam. Az ágyban nyugodtan fekszik, mély ki- s belégzés, mintha aludna. A pupillák ad maximum szűkek, fényre nem reagálnak. A balkézrel egyes kényszermozgásokat végez. Pulsus 72, temp. 39-2° C. Azonnali

lumbalpunkcióra rendes nyomás alatt erősen zavaros, opaleskáló folyadékot kapok. Megpungálom a sinust, vért nem kapok, de e nélkül is látható, hogy a sinus nem pulzál, sárgás-leketésen elszíneződött s thrombussal van tele. Szélesen feltárom a sinust hátrafelé a torcular irányában mindaddig, míg megközelítően normalis külsejű sinus-falat találok. Közben látom, hogy az emissarium mastoideum hasonlóan thrombotizált. A sinusfal s a csont között mindenütt granulációs szövet van, melyet eltávolítok. A szív felé a sinust csak rövid úton kell feltárnom, mert ez irányban elég gyorsan épnek tetsző sinus-falat találok. Felmetszem a sinust egész hosszában s kiemelem belőle mindkét irányból a thrombust. A szív felől erős vérzést kapok, de ellenkező irányból csak keveset. A sebet jodoform-gazzal tamponálom.

A jugularis lekötésétől elálltam, részben a beteg állapota miatt, részben azért, mert láttam, hogy nem a vena jugularis felé indult a thrombotizáló folyamat, hanem centralis irányban.

A beteg a műtét után eszméletét többé nem nyerte vissza s az éj folyamán meghalt.

A kórbonczati lelet a következő:

A koponyacsontok a suturáknál feltűnő vékonyak. A dura elülső fele erősen megvastagodott s vérbő. A falcsont-varratok tájékán mindkétoldalról a koponyacsont a csonthátyájával erősen összenőtt. Piszkos-sárga, genyes, részben lapos, részben csomószerű felrakódások az agy egész domborulatán. Átmetszéskor a kéregész ép. A kis agy bal fele az alaphoz szorosan hozzánőtt, ugyanott genyes felrakódások láthatók rajta. Agykamarák szabadok, agyállományban elváltozás nem észlelhető, a kis agy állománya feltűnően puha. A műtéti terület körüli vénák thrombussal s gennyel vannak telve.

Diagnosis: Meningitis purulenta, thrombosis sinus sigm. sin. Otitis media supp. sinistr.

A lumbalpunkciótban streptococcusokat tartalmaz. (A cs. és kir. sarajevói várkórház bakteriologiai laboratóriumának vizsgálata.)

A meningitis esetleges tünetnélküliségének egyik oka az a körülmény, a mit az agyvelő-localisatio tanából ismerünk, hogy nagy agyterületek léteznek, melyek daczára, hogy betegek, sem izgalmi, sem kiesési tünetekkel nem járnak s ennél fogva a fölöttük kifejlődő meningitisnek semmi külső jelét nem adják.

E kórtörténetből látjuk, hogy egy rendkívül heves lefolyású genyes meningitis, kiterjedt sinusthrombosisal társulva, absolute jellegzetes klinikai tünetek nélkül is fennállhat. A betegen egészen az eszmélet elvesztéséig semmiféle meningealis tünet nem volt s a sinusthrombosisra jellemző pyaemias lázmenet absolute nem volt észlelhető. Continuus lázmenet volt, csekély remissiókkal, rázóhideg nélkül. A kórtünetek hiánya annál érdekesebb, mert állandóan kutattunk e kórtünetek után és belőlük egyet sem találtunk. Kutattunk annak daczára, hogy a műtéti lelet, ha nem is teljesen, de nagyrészt megmagyarázta a magas temperaturákat.

A meningitisnek ez a tünetnélkülisége sok esetben lehetlenné teszi a művi beavatkozást. Ez a gyakori tünetnélküliség különben is jellemző az agyvelőcomplicatiókra. S amint nehezzé teszi a tünetnélküliség a therapiás sikereket, épp úgy igazolja azon fennt többször hangoztatott állításomat az agy ellentálló képességéről. Épp ezen tünetnélküliségben rejlik jövődő therapiás beavatkozásaink sikereinek reménye, ha az agycomplicatiók diagnózisra tökéletesebb lesz.

Arra a kérdésre, hogy ha egy középfülgyulladás kapcsán meningealis tüneteket találunk, mikor avatkozunk be, véleményem szerint a következőkben válaszolhatunk:

Sem a lumbalpunkció eredménye, sem a klinikai tünetek külön-külön nem döntők. Sőt az irodalomban ismertett esetek kaptásán arra a meggyőződésre kell jutnunk, hogy a művi beavatkozás indiciójára fontosabbak a klinikai tünetek, mint a lumbalpunkció eredménye. Mindenfajta lumbalpunkciós eredmény daczára (geny, bakteriumok, sőt streptococcus is stb.) láttunk gyógyult eseteket. Ebből a tényből természetesen folyik, hogy a lumbalpunkciónak nincs befolyása az indicióra, hanem felhasználhatjuk mint diagnostikai s mint therapiás segédeszközt. Annál is inkább csak segédeszköz a lumbalpunkció, mert sok esetben a lumbalpunkcióra nem is kapunk váladékot. Ily esetek: összenövés az arachnoidialis űrben, kocsonyás exsudatum, vagy midőn kisagyvelő-tumor nyomása az arachnoidialis űrt zárja. A művi beavatkozástól pedig mindaddig sikert remélhetünk, míg a klinikai tünetek nem mutatják a terminalis stadiumot, a szív-működés, de különösen a légzés bántalmazottságát. A főfájás, a nyakmerevség, a pozitív Kernig, a pozitív szemtükrí lelet, a lázmenet, a reflexek fokozódása, a pulsus mineműsége,

a megtartott öntudat, a lassú kifejlődés szív- s különösen légzés-zavarok nélkül kedvező a prognosira s ily esetekben a művi beavatkozás mindenesetre megkísérlendő.

Hiábavalónak tartom a művi beavatkozást *rapid kifejtődésnél, comatosus állapotoknál, kiterjedt hűdéseknel s főleg akkor, ha a légzési centrum bénulási jelenségei észlelhetők.* Az izgalmi tünetek jobb prognosist nyújtanak, mint a hűdési tünetek. E felvétel jogosságát bizonyítja az a tény is, hogy meningitisben általános hűdési tünetek között következik be a halál. Ezen rapid lefolyást alkalmam volt több esetben észlelnem s az egész körlefolys a mellett bizonyított, hogy oly méretű fertőzéssel állunk szemben, melyben művi vagy egyéb therapiás beavatkozástól sikert remélnünk nem lehet.

A mi az operatív beavatkozás lényegét illeti, arra csak egy válasz lehet: *minél radikálisabb feltárása a primaer gócnak s kellő gondoskodás a geny levezetéséről.* Ha a meningitis önálló megbetegedés, ami alatt azt értem, hogy nem komplikálja agytályog, subduralis tályog, vagy sinus-megbetegedés, akkor magán az agyállományon vagy burkain végzett mindennemű operatív beavatkozás felesleges. Egyedül az ismételt lumbalpunkció az, melynek a therapiás értéke elvitázhatatlan. S nem csak a tapasztalat, de a logika, az agyműködés physiologiája s pathologiája is a mellett szól, hogy mindenfajta meningitisnél a lumbalpunkciót mint kiváló segédeszközt kell therapiás célokra felhasználni. A lob, mint kórokozó, főleg nyomás folytán fejt ki az agyállományban kórtokozó hatását. Az egyes kiesési tünetek mind *mint nyomás-jelenségek fogandók fel.* A lumbalpunkcióban pedig kiváló segédeszközünk van arra, hogy ezt a nyomást csökkentsük. Közvetlen a lumbalpunkció után láthatjuk az egyes funkciók (légzés, szív működés stb.) javulását. A túlnyomástól bár időlegesen felszabadul centrumoknak most már több alkalmuk van — quasi levegőhöz jutnak — a rekonstruálásra. Természetesen ez is csak theoria, mint ezen pathológiás folyamatok magyarázása is nagyrészt theoria, lévén az agy-funkciók lényege még nem teljesen felderített s objective megmagyarázott.

Végül álljon itt egy gyógyult esetem részleges kórtörténete, mely magán viseli a genyes meningitis minden klinikai tünetét. A labyrinthusból indult ki a genyedés; klinikai tünetek voltak: nagy főfájás, nyakmerevség, reflexek fokozódása, geny- s bakteriumtartalmú lumbal-folyadék. A betegen végzett totalis radikális műtétre, labyrinthus-feltárára és ismételt lumbalpunkciókra az összes tünetek egy csapásra megszűntek s a beteg teljesen meggyógyult.

St. S. 27 éves 32. gy.-e. közember. Évek óta folyik a jobb füle, bal füle ép. Évek előtt jobb fülgennyedése miatt orvosa radikális műtétet ajánlott, mibe ő nem egyezett bele. Fülbaja miatt a katonaságtól elbocsátották, de a háború alatt újból behívták s néhány hétig az orosz harctéren volt. Onnan fül- s gyomorpanaszai miatt visszaküldték. Osztályomra 1916 február 18.-ikán vétetett fel. Vizsgálatkor a jobb külső hangvezetőben kevés bűzös genyet találtam. Dobhártya szürke, hátul-felül lencsenyi perforáció, a dobhártya többi része megvastagodott. Hallása e fülön 10 cm. Bal fül ép. Egyébként jelenleg fülére semmi panasza nincs, nem fáj, nem szédül. Főfájásról s gyomorfájdalomról panaszkodik. Gyomorbajának megállapítása végett február 21.-ikén áttették a belgyógyászati osztályra. A belgyógyászati vizsgálat alkalmával, mint kórlapjáról kiderül, már *szédülésről, főfájásról s gyomorfájdalmakról* panaszkodik. Belgyógyászati vizsgálat lelete: erősen fejlett, jól táplált, halvány férfi beteg. Tüdeje ép. Könnyen izgatható szív működés. Nyelv bevont, gyomortájék nyomásra érzékeny. Conjunctivák kissé sárgásan színezettek. Legmagasabb esti hőmérsék 37.2° C.—37.5° C.

Márczius 1. A beteg főfájásai fokozódnak, kifejezett nyakmerevség észlelhető. Lumbalpunkció (br. Podmaniczky dr.), midőn nagy nyomás alatt 20 cm.³ erősen zavaros folyadék ürül. A bakteriologiai vizsgálat a lumbal-folyadékban diplococcusokat és genyet talál.

Márczius 2. Belső szervekben elváltozás nincs. Nyakmerevség kifejezett, reflexek fokozódtak. Jobb fülből geny ürül. A jobb proc. mastoideus nyomásra érzékeny.

Márczius 3. A beteget, mióta a belgyógyászati osztályra helyeztem át, ma látom újból. Kifejezett nyakmerevség. Bal felé irányuló spontán nystagmus. Hallása a jobb fülön —. A beteg óriási főfájásról panaszkodik, állandóan jajgat. Proc. mastoideus nyomásra érzékeny. Fültükri lelet változatlan, olyan mint először. Ujabb lumbalpunkció, ismét 20 cm.³ folyadékot bocsátunk ki, mely nagy nyomás alatt ürül s erősen zavaros. Bakteriologiai vizsgálat újból genyet s diplococcusokat konstata.

Márczius 4. A betegen chloroformnarcosisban műtétet hajtok végre.

Először typusos radicalis műtétet végzek. A cellulákban sok geny s granulatio. Sinus szabadon fekszik. A horizontalis ivjáraton fistula, melyből granulatiós szövet tör elő s geny ürül. A fistula-nyílást kitágítom, a granulatiókat kikaparom s így a genynek a labyrinthusból elégséges lefolyást biztosítok. Körülbelül 20 fillérnyi területen feltárom a középső agygödört. Három irányban megpungálom az agyat negativ eredménnyel. A sinust, minthogy teljesen épnek látszik, nem bántom. Plasztikát végzek Panse szerint. A sebüreget nem zárom, jodoform-gaze-zal tamponálom.

Márczius 5. Fejfájások szünőfélben, nyakmerevség engedett. Esti hőmérsék 37.2° C., egyébként láztalan.

Márczius 6. Főfájások megszűntek, nyakmerevség megszűnt. Teljesen jó közérzés.

Márczius 9. Első kötészváltás. A feltárt horizontalis ivjáratból geny szivárog. Keskeny jodoform-gaze csíkot vezetek belé. Egyébként a műteti terület reakció nélküli.

Márczius 11. Esti hőmérsék 37.5° C.

Márczius 12.—márczius 25.-ig. Esti hőmérsék 37.2° C.—37.3° C.-ig, egyébként láztalan.

Április 1. A sebürege hámosodása gyorsan halad.

Április 2. A beteg óriási főfájásról panaszkodik. Láztalan.

Április 3. Főfájások állandóak. Esti hőmérsék 37.2° C.

Április 4. Főfájások állandóak. Meningealis tünet nincs. Agytályogra valló tünet nincs. A jobboldalon a trigeminus kilépési helyei nagyon fájdalmasak s ez a fájdalomsság hátra húzódik egészen a jobb csacsnyujtvány csücskéig.

Április 8. A fájdalmak spontán megszűntek s azóta a lefolyást semmiféle kedvezőtlen körülmény nem befolyásolta.

A hámosodás gyorsan haladt, kivéve az ovális ablak tájékát, hol a minden kezeléssel daczó granulatiós szövet meg-megújult, míg végre július 14.-ikén a teljes csiga sequestrálódva kilöködött, mire a kezeléssel daczó terület 2—3 nap alatt teljesen behámosodott.

A beteg absolute jól érzi magát, szédülése nincs, főfájása nincs, hallása jobb fülön —. November 10.-én felülvizsgálati ajánlattal távozik a kórházból. Azóta egy fél év telt el s a beteg absolute jól érzi magát.

Az otogen meningitis purulenta eseteiben elért gyógyeredmények százaléka valóban alacsony. Azonban az irodalomban közölt gyógyult esetek száma mégis elég nagy arra, hogy az operatív beavatkozás jogosságát bizonyítsa. Tervem volt, hogy e dolgozatomban az irodalomból összegyűjthető gyógyult esetek kórtörténeteit rövidesen ismeressem. Tervemtől azonban elálltam részben azért, mert katonai beosztásom megakadályoz a teljes irodalom átkutatásában, részben azért — s ez a fontosabb —, mert nem tartom fontosabbnak a gyógyult esetek közlését a halállal végződött esetek közlésénél. Sajnos, ez általános orvosi, de talán inkább általános emberi gyöngeség, hogy mindenki szívesebben hozza nyilvánosságra az általa elért eredményeket, mint a sikertelenségeket. Pedig a sikertelen esetek közlése sokkal közelebb visz bennünket az igazi megismeréshez, a diagnosis nehézségeinek a felismeréséhez, a pathológiás tünetek kellő megítéléséhez s a követendő therapia helyes alkalmazásához.

A faj-hygiene modern problémáiról, különösen a világháború szempontjából.*

Irta: Deutsch Ernő dr., ezredorvos.

(Folytatás.)

Kézzel fogható eredményeket csupán a fajhygienés eszmék népszerűsítésével érhetünk el. Utalok Galton-ra, kinek felfogása szerint a legrealisabb patriotismus és a legideálisabb vallás az eugenikának hódoló életfelfogás volna, melynek közkinccsá tételére az államnak és társadalomnak karöltve kell minden lehetőlkövetnie. Amerikában e téren igen erélyes ténykedés észlelhető, „Utah agricultural college“, „society for instruction of eugenics“, „New-York school of philanthropy“, Carnegie pittsburgi akadémiaja oly intézmények, hol tudományos és népszerű előadások révén terjesztik a fajhygiene tanait, hol sociális munkásokat („social workers“) képeznek ki, kik állami hivatalok betöltésekor elsősorban jönnek tekintetbe. Az egyetemeken ú. n. „eugenics club“-ok szerveztetnek és ezek befolyása alatt egy az amerikai viszonyokat igen jól ismerő író szellemes megjegyzése szerint „a fiatalok eugenikus alapon szeretnek egymásba!“ A „Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene“ és a „Zentralstelle für deutsche Personen- und Familiengeschichte“ Németországban hasonló keretekben

* Előadás a Stefánia-Szövetség szociálpolitikai szakosztályában

dolgozik. 1910-ben létesült Amerikában az ú. n. „eugenics record office“ nevű intézmény, a melynek családjának történetét mindenki spontán beküldheti, hol aztán kellő eugenikus tudású alkalmazottak („field workers“) az anyagot a „bulletins and memoirs“ számára feldolgozzák. Ezek az adatok egyrészt tudományos kutatások alapját teszik (pld. az Indiában élő *Ismail* nevű degenerált család története), s ugyanez az anyag a legmesszebbmenő diszkreció mellett házasságkötés szempontjából a nagyközönség rendelkezésre áll. Amerikában eugenikával nemcsak általánosságban foglalkoznak, hanem a különböző részletkérdésekre is kiterjeszkednek, így pl. a New-Yorkban *Rockefeller* által fenntartott intézményben a prostituáltak, Washingtonban a *Graham Bell* által alapított intézetben a siketnémák családfáinak tanulmányozásával foglalkoznak. Az Egyesült Államok jóléti bizottsága 1911 július 12.-én fajhygienés hivatalok rendszeresítését határozta el.

* * *

Az eugenika tudományos eszközeiről egész röviden kívánok megemlékezni. Hogy ha uralkodóknak családfáját *Habsburgi Rudolf*-tól egészen az ő személyéig követjük, akkor egy „Descendenz-Tafel“-t készítünk, hogy ha ellenben *II. Vilmos* császártól visszamenőleg konstruáljuk meg leszármazását, akkor egy ú. n. „Ascendenz-Tafel“-t szerkesztünk, végre ha az orosz cárnak összes vérkonaira vonatkozó családfáját állítjuk össze, akkor létrejön az ú. n. „Sippschalts-Tafel“. Jogi, illetőleg örökösödési szempontból csupán a férfiágot vesszük tekintetbe; átöröklési szempontból úgy a férfi, mint a női ágat teszik vizsgálat tárgyává. A fajhygiene második kutató eszköze az *anthropometria*, melynek segítségével megfigyeljük, összehasonlítjuk méréseket végezve, a szülőknek és az azokat környező életkörülményeknek befolyását az utódok testi és szellemi fejlődésére. A közelmúltban jött létre Amerikában, a „life extension institute“, melynek közegei bizonyos időközönként egészségeseken, valamint betegeken orvosi vizsgálatot végeznek, melynek eredményét kartotheke-rendszerben elhelyezve, tudományos és gyakorlati szempontból megbecsülhetetlen anyagot gyűjtenek (*Lyman Fisk*).

* * *

Az eddigi tárgyalás menetén kizárólag veleszületetten átöröklődő tulajdonságokról emlékeztem meg. A kínai aszszonynak mesterségesen elnyomított lába, a zsidók és mohamedánok körülmetélt himvesszője, az állatok fülein és farkán ejtett csonkítások, a most dúló borzasztó világháború amputált hőseinek defectusai, tehát szerzett tulajdonságok, nem öröklődnek át az utódokra. Kivételt tesznek bizonyos megbetegedések, a melyekben az ivarsejtek mérgezéséről („Ansteckung der Keime“, „Giftransport“) van szó. *Weissmann* felfogása szerint az idősült szeszélvezet, a gümőkóros, bujakóros fertőzés folytán méregtransport áll be, a mely az élet folyamán az ivarsejtekben oly elváltozásokat produkál, melyek az utódokban megbetegedést vagy az elfajulás valamilyen formáját hozzák létre. Ezen, az ivarsejtek alapanyagát megtámadó mérgek, a népek életét örlő megbetegedések, elfajulás, végeredményben pusztulásra vezethetnek, s nehéz eldönteni, vajjon a folyamatban a kulturális decadencia az elsődleges s a somatikus leromlás a másodlagos, vagy vice versa. Mindenesetre téves az a felfogás, a mely szerint a népek kimulását az egyén halálával hozzák párhuzamba, — ez utóbbi az előbbivel szemben élettani folyamat!

Alig két évszázad alatt pusztultak ki az indiánusok az alkoholizmus és tuberculosis folytán.

Az alkohol degeneráló hatása közismert, utalok a *Hoppe*, *Demme* és *Legrain*-adataiból készített kimutatásra; 215 iszákos családnak 810 descendense közül:

koraszülött	4.5%
halvaszülött	2.0%
nagyon gyenge	4.5%
gümőkóros	6.7%
normális	67.3%;

az életben maradtak közül:

ideggörcsökben szenvedett	27.0%
iszákos volt	30.0%
degenerált	50.3%
bűnöző	9.7%
epilepsiás	20.4%
elmebeteg	22.7%

Emlékeztükbe idézem *Bunge* állítását, a mely szerint alkoholisták leányai szoptatásra alkalmatlanok.

A tuberculosis illetőleg valamennyien tudjuk, hogy létrejöttét a *Koch*-féle tuberculosis-bacillusnak köszöni. A bántalom átöröklése ki van zárva, veleszületett tuberculosis-ról tudásunk mai állása szerint nem beszélhetünk, csupán veleszületett aránytalanságról az egyén szíve, tüdeje és összszerkezete között, úgy, hogy az illető ellenállóképessége a külső behatásokkal s fertőzésekkel szemben gyengült. A tuberculosisoknak aránylag hosszú élettartamuk alatt bőven van meg a lehetőségük családjuk szaporítására. Hogy tuberculosisoknál a nemzésre, illetőleg fogantatásra életük végéig mily nagy lehetőség van, azt egy stuttgarti statisztikával bizonyítom:

369 gümőkóros asszony közül

63 halt meg	1—4 héttel szülés után,
46 „ „	5—8 „ „ „
34 „ „	9—12 „ „ „
28 „ „	13—16 „ „ „
18 „ „	17—20 „ „ „
20 „ „	21—24 „ „ „
30 „ „	25—28 „ „ „
19 „ „	29—32 „ „ „
17 „ „	33—36 „ „ „
14 „ „	37—40 „ „ „
26 „ „	41—44 „ „ „
21 „ „	45—48 „ „ „
33 „ „	49—52 „ „ „

Gümőkóros apák meghaltak utolsó gyermekük születése előtt:

7—9 hóval	7
4—6 „	38
1—3 „	63

1—3 hóval	utolsó gyermekük születése után meghalt	71
4—6 „	„ „ „ „ „	90
7—9 „	„ „ „ „ „	100
10—12 „	„ „ „ „ „	85

A harmadik megbetegedési csoportba tartoznak a bujakóros bántalmak, a melyek a születéseket úgy quantitative, mint qualitative befolyásolják. Úgy a lues, mint a gonorrhoea sok esetben meddővé teszi az anyát, lues folytán nagyon gyakran jön létre elvetélés, koraszülés és halvaszülés s a született gyermekek is magukon hordják a betegség bélyegét (lues congenita, lues hereditaria tarda), a gonorrhoea pedig megtámadja úgy a férfi, mint a nő nemzőszerveit.

Cassel 17.000 csecsemőn 1.18%-ban észlelt veleszületett bujakórt! *Neisser* kimutatása szerint 1870/71-ben a német-francia háború alkalmával 33.538 nemibeteg észleltetett, mely megbetegedések javarésze a háború utolsó hónapjaiban jelentkezett, midőn a katonák huzamosabb ideig táboroztak egy helyen; mily méreteket fognak a jelen háborúban ölteni e megbetegedések, midőn a háborút az állóharczok jellemzik, midőn a mozgóharczokkal szemben könnyen van megadva a lehetőség a nemzőstől kielégítésére?! Tekintetbe kell vennünk továbbá azt, hogy a nemibajok kezelését harcok közepette természetesen elhanyagolják.

Ez előadásom keretében csak egész röviden emlékeztetnem meg a népbetegségek elleni küzdelem eszközeiről. Az alkoholizmus ellen teljes abstinenciával, vagy mértékletességgel, a szeszfogyasztás korlátozásával, illetőleg vendéglő-reformmal, dispensaire-ek s sanatoriumok szervezésével, a meggyógyított alkoholistáknak társadalmi szervezetekbe (mint

pl. a Good-Templar-rendbe) való befogadásával vehetjük fel a küzdelmet.

A tuberculosis elleni küzdelem a tuberculosis bacillusa elleni küzdelemben gyökeredzik, szükséges tehát a megbetegedettek bejelentése, kellő kezelése és oktatása tanácsadókban, gyógyítása sanatoriumokban, a gyógyíthatatlanoknak internálása megfelelő gyógyintézetekben, a gümőkórban elhunytak lakásának fertőtlenítése stb.

A bujakór leküzdését szolgáló tényezők: a betegek bejelentése, a leánykereskedelem elleni küzdelem, a prostitúció rendszabályozása („Reglementierung, Kasernierung, Abolition, Sexualhorte“!), a nőtlenek abstinenciájának propagálása („Das weisse Kreuz“), küzdelem népszerű előadások és iratok révén („Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten“ 1902), a luest felderítő Wassermann-reactio alkalmazásának általánosítása, a salvarsan-kezelés, stb. mind olyan küzdőeszközök, amelyek eugenetikai szempontból nagy horderővel bírnak!

Nagy horderőjű a gyermeknevelésnek természettudományi alapra való fektetése, az oly sokat megbeszélte és sok alkalommal helytelenül beállított nemi felvilágosítás kérdése, nevelés a szülői hivatásra és amerikai mintára egyenlő erkölcsi követelmény a két nem részére („single standard“).

* * *

(Folytatása következik.)

Megjegyzések báró Podmaniczky Tibor dr. „A lumbalmosás mint a meningitis gyógyításának egyik egyszerű segédeszköze” című közleményére.

Irta: Donath Gyula dr., egyetemi tanár.

A genyes meningitis kezelését lumbalmosással, melynek szép eredményeit Podmaniczky kartárs e lap 33. számában közölte, én már hosszú évek óta gyakorlom és hallgatóságomnak bemutatom; kezdeményeztem pedig oly időben, a mikor az merészségnek tűnt fel. „A lumbalpunctio technikája, diagnostikai és therapiái értéke” című dolgozatomban („Orvosképzés“, 1913, 6. füzet),* melyben ez irányú tapasztalataimról beszámolok, az *acut meningitist* emlitem mint a lumbalpunctio legkiválóbb therapiái indicációját. Már ott is sürgetem a lumbalpunctiók ismétlését (461. old.): „Mindenféle meningitisnél exsudatio történik a cerebrospinalis folyadékba, tehát nyomásemelkedés támad, azonfelül felhalmozódnak benne pathogen bakteriumok, azok toxinjai és geny, úgy, hogy a kiadós liquorkiürítés sürgősen indokolt. Különösen a hamarosan emelkedett cerebrospinalis nyomás okozza az acut jelenségeket: kínzó főfájásokat, görcsöket, kábultságot. Ezért tapasztaljuk gyakran, közvetlenül a punctio után, ezen tünetek jelentékeny javulását, a sensorium visszatérését és a táplálkozásnak ezáltal lehetővé tett újrafelvételét, úgy, hogy a betegek a kínzó jelenségek újlagos jelentkezésekor nem ritkán maguk kéri a punctio megismétlését. Ezen betegségekből addig kell lefolytatni a liquort — a gyors ömlést esetleg mérsékelve —, míg a folyadék lassú csöpöggben kezd kiürülni; 120 cm. víznyomásnál lejjebb ne menjünk. Gyermekeknél 20—50, felnőtteknél 70—90 cm³ távolítható el. Egy ízben kibocsátottam 100 cm³-t is, a mit a beteg kifogástalanul tűrt, de czélszerű ezen határt át nem lépni. *En ezen eljárást megtoldom a subarachnoidalis ürnek kiöblítésével konyhasóoldattal vagy 1%-os lysollal, melyet 5—10 cm³ ürtartalmú fecskendővel oly módon végzek, hogy azt ismétletlen megtöltöm, míg a folyadék nem folyik le meglehetősen tisztán.*”

A Müller féle „Klinikai Recipekönyv“ 1903-ban megjelent 1. kiadásában már ajánlom meningitis ellen (434. old.): „Fontosak a lumbalpunctiók, *esetleg naponta*, az ágyékcsigolyák különböző magasságban.“ Az előzetes anaesthesiát

aethylchloriddal vagy subcutan morphininjectióval ott én is ajánlom.

Igen figyelemreméltó újítás Podmaniczky eljárásában a gerinczsatorna fej- és farvégének váltakozó emelése és süllyesztése az átmosáskor. De hogy ezzel jobb eredmények érhetők-e el, mint az öblítő folyadéknak horizontális fekvésben gyenge nyomással való befecskendezésével, azt a bővebb tapasztalatok fogják megmutatni.

IRODALOM-SZEMLE

Lapszemle.

Sebészet.

Lábszárfekélyek gyors gyógyulásának elérésére a láb-nak rézsutosan magasra való felfüggesztését ajánlja Linnartz. A venosus pangásnak ily módon való megszüntetését czélozza s a keringési viszonyok megjavulásával a gyógyulás jóval gyorsabban következik be, mint egyszerű ágybanfekvésnél. A fekély gyógyulását 10%-os jodoformos szénporral való behintés, forró légfürdő, napfénykezelés stb. elősegíti. (Mediz. Klinik, 1917, 22. sz.) M.

A haslövéses sérültek magas halálozási arányszámának okairól értekezik Gräfenberg. Jóllehet a korai műtéti beavatkozással sikerült jelentékenyen leszállítani az arányszámot, az eredmény mégsem kielégítő. Ennek okát abban látja a szerző, hogy a haslövéses sérültek legtöbbje nem belső elvérzésben vagy peritoneális shockban vagy peritonitisben, hanem a legacutabb bacteriaemiában hal meg. Ezért a primaer sepsist kell elsősorban megakadályoznunk. E feltevés bizonyítéka, hogy a haslövéses sérültek vérében már igen korán virulens bacteriumok mutathatók ki az esetek igen nagy többségében. (Mediz. Klinik, 1917, 23. sz.) M.

A háborús nyílt sebkezelés fejlődéséről ír Heinrich. Hangsúlyozza a nyílt sebkezelés előnyeit, de jelzi, hogy a seb kiszáradása csak bizonyos fokig kívánatos. Minél erősebben szárad ki a seb, a sarjak annál gyengébben szaporodnak s a seb nem telődik ki kellőképpen. Legelőnyösebb, ha a seb mérsékelten nedves. A nyílt sebkezelés hátrányai közé számítja, hogy a seb lassan hámosodik s ezáltal a gyógyulás elhúzódik, továbbá, hogy a kezelés kényszerhelyzetekhez van kötve és szárnyas rovarokban bővelkedő vidékeken nehezen vihető keresztül, úgy, hogy ez utóbbi contraindicatio is lehet. A lassú hámosodás javítására az eljárást kombinálni lehet száraz steril kötésekkkel, pellidolkenőcsös kötéssel stb. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 20. sz.) M.

Bőrkórtan.

A cignolin gyógyító hatásáról ír J. Saudek (Brünn). A chrysarobinnak új és jó hatású pótlószere, a cignolin, Unna, Galewsky s Bruck tapasztalása nyomán a szerző is kipróbálta nagyobb anyagon. Saudek 41 psoriasis-esetet és 29 erythrasmat, illetőleg mykosisos ekzemát kezelt vele. Az ekzema-eseteket 1/2%-os cignolin-benzololdattal kezelte. A psoriasis-esetek kis része 1%-os pastával, a legtöbb azonban a Dreuw-féle kenőccsel volt kezelve, amelyben az eredeti 20%-os chrysarobin helyett 5%-os cignolin volt. A cignolinból azért szabad csak kisebb koncentrációkat használni, mert fudvalevően jóval erősebb hatású, mint a chrysarobin. A szerző több jól észlelt eset ismertetésével bizonyítja, hogy a cignolin különösen a psoriasis ellenében kiválóan ható szer. A legtöbb esetben feltűnt a gyógyulási időnek rövidege. A psoriasis-eseteknek zömében 10—30 nap volt az átlagos gyógytartam, a mi e felette makacs bőrbajban valóban igen kedvező eredménynek mondható. (Dermatologische Wochenschrift, 1917, 32. sz.) Guszman.

* Megjelent németül is: Volkmann's Sammlung klin. Vorträge 689. sz., Innere Medicin 225. sz. 1913.

Gyermekorvostan.

Elsődleges orrdiphtheria eseteiről számol be Landé a göttingeni gyermekklinikáról, a hol az utolsó 2 év alatt 92 esetet volt alkalmuk látni és a typosos álhártya és bacillaris vizsgálat alapján pontosan körjelezni. Tekintettel arra, hogy ezen 2 év alatt összesen 222 diphtheria-esetük volt és ezek közül 92 a primaer orrdiphtheria, az arány az utóbbi előfordulását illetően meglehetősen nagynak mutatkozott. A 92 primaer orrdiphtheria eset közül 31, tehát az esetek mintegy harmada egy éven aluli csecsemő volt. A legfiatalabb 11 napos. Hogy a csecsemőkorban mennyire praedilectio helye éppen az orrnyálkahártya a diphtheriás megbetegedésnek, annak bizonyítéka az, hogy az összes 34 csecsemő-diphtheria-eset több mint $\frac{3}{4}$ -ében, azaz 31 esetben a diphtheriás folyamat az orrban székelt. De a későbbi korban is elég gyakori a primaer orrdiphtheria, mely éppen a közérzetnek sokszor csekély fokú befolyásoltsága miatt a gyermeknek otthon való nehéz ellenőrzése következtében alkalmas az infectio könnyebb terjesztésére. Tapasztalatuk szerint a scrophulás gyermekek hajlamosabbak az orrdiphtheriára. A folyamat kórjósát általában kedvezőnek találták, áttérjedés a szomszédos nyálkahártyákra előfordult ugyan, de serum-therapia mellett a folyamat 4—8 nap alatt lezajlott. Postdiphtheriás bénulást igen ritkán észleltek. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 36. kötet, 1. füzet.)

Vas J. dr.

Kifekélyesedéssel spontán gyógyult haemangioma

3 esetéről számol be Slawik a prágai egyetemi gyermek-klinikáról.

Első esetében (10 napos gyermek) a kifekélyesedéssel egyidejűleg lueses tünetek is mutatkoztak. A klinikán tett észleletei szerint a lues bizonyos praedispositiót teremt multiplex haemangiómákra.

Második esetében (6 hónapos gyermek) igen nagy kiterjedésű, a bal arc felét, a temporalis és parietalis tájékat elfoglaló haemangioma a kifekélyesedés előhaladott szakában került észlelés alá.

Harmadik esetében már idősebb (két éves) gyermeknek születése óta lassan növekedett haemangiómája előző trauma után fekélyesedett ki.

A kifekélyesedett területek pörk alatt lassan gyógyultak. Az eredmény kozmetikai szempontból nem volt ideális, de legalább egyelőre nem mutatkozik hajlam a továbbterjedésre.

A szerző tapasztalatai szerint a haemangiómák kifekélyesedéssel leginkább csak a legzsengőbb gyermekkorban gyógyulnak. (Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 32. sz.)

Toffler Augustza dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A jodtinctura helyettesítésére a sebészetben *Wederhake* a tannin-methylenkékét ajánlja, mint a melynek legalább olyan erős a bacteriumellenes hatása, emellett olcsó és a bőrt nem izgatja. Készítésmódja ez: 100 cm³ 10%-os alkoholos acidum tannicum-oldathoz 10 cm³ 20%-os vizes methylenkék-oldatot adunk. Ezt a folyadékot éppen úgy használjuk, mint a jodtincturát. Célyszerű a két oldatot külön tartani és mindig csak egy napra valót összeönteni. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 27. sz.)

Az állott scopolamin-oldatok hatástalanságára, sőt veszélyességére hívja fel a figyelmet *Bolten*; a megnyugtató és altató hatás helyett nyugtalanság, félelem, tájékozatlanság, esetleg hallucinációk és látás-zavarok állhatnak be. (Tijdschr. voor Geneesk., 1917, május 5.)

Meningococcus-gazdák kezelésére *Isaac* az encupin $\frac{1}{2}$ %-os oldatát ajánlja; többnyire már négy öblítése az orrgaratüregnek ezzel az oldattal elegendő a meningococcusok végleges elpusztítására. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 31. sz.)

A keserűs- és konyhasó-oldat *Bardachzi* és *Barabás* szerint klyσμα alakjában nagyon jól pótolja a glicerin-

klysmát; rendszerint 10 perc alatt enyhe székürülést okoz. Evőkanálnyi keserűs- vagy konyhasó $\frac{1}{4}$ liter szobahőmérsékű vízben feloldva fecskendezendő be a végbélbe át. (Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 34. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 34. szám. *Menzer Ernő*: Középfülgyulladások kezelése teinjectiókkal. *Szántó Manó*: Módosított Küster-műtét esete.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 35. szám. *Verzár Gyula*: Egyeszerű fogás nagyothallást szimuláló leleplezésére. *Reichardt Aladár*: Az izületi zsigorok elkerüléséről.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király *Lichtenberg Kornél* dr.-nak és *Fodor Oszkár* dr.-nak a Ferencz József-rend tisztí keresztjét, *Leitner Ernő* dr.-nak, az aradi állami gyermekmenhely igazgató-főorvosának a magyar nemességet adományozta.

Választás. *Torday Béla* dr.-t Nagykőrös tisztí főorvosává, *Kohut János* dr.-t Turócszentmárton nagyközség orvosává választották.

Meghalt. *Gaspáretz Béla* dr. járásorvos augusztus 23.-án Szeklenő-fürdőn. — *Marton Adolf* dr. 51 éves korában Jánosházán. — *Sz. Weidenfeld*, a dermatologia rendkívüli tanára a bécsi egyetemen, 47 éves korában.

A budapesti önkéntes mentőegyesület júniusban 1101 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1191 szállítást végzett, 82 esetben mint mozgóorség szerepelt és 22-szer vaklármá és téves jelentés folytán vonult ki. A június havi működés főösszege 2396.

Kisebb hírek külföldről. *Krzyszalowicz* dr.-t Krakóban a bőrkórtan rendes tanárává nevezték ki. — *B. Schellhorn* (fogászat, Berlin) és *H. Willige* (neurologia, Halle) a tanári címet kapták.

Frim-féle gyógyintézet

Alapítva 1875
Budapest, VII., Jókai-utca 9.
Telefon: 62—65.

gyengeelméjűek és epileptikusok részére:

Gondos ápolás. Szakorvosi kezelés. Kitűnő ellátás. Kívánatra prospectus.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.”

Magán gyógyintézet sebészeti, nőgyógyászati és belbetegek részére, Budapest, VII., Városligeti fasor 9. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Méréselt á-ak. — Kívánatra prospectus.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

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

Dr. Batizfalvy-fele Bel-, ideg- és női betegek csatládias otthona. Vizgyógyászati, villamos kezelések. Hízlató, sanatorium és vizgyógyintézet soványító kúrák. Bajáróknak is.

Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon: József 44—35.

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

Vizgyógyintézet, gyógymechanika, orthopédia, svédgymnastika, inhalatorium. :: Bajáró betegeknek is.

Dr. Grünwald sanatoriuma

Budapest, Városligeti-fasor 13—15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nagygyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülönők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

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

bakteriológiai, serológiai és vegyi orvosi laboratorium. Antigenek, haemolysin, vaccinák.

VI., Teréz-körút 22. Telefon 121-02.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete

Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED.

Heliotherapia.

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

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

RÖNTGEN-REINIGER

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

Hüvösvölgyi Park Szanatorium

Klimatikus, physicalis és diétás gyógyintézet.

Budapest, I., Hidegkuti-út 78. Villamos megálló. Telefon: 145—90. Ajánlatos bel- ideg- és szívbetegeknek üdüllőnek és rekongalescenceknek. • Hízó-kúra.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének III. nagygyűlése. (Rózsahegy, 1917 május 26 - 28.) 481—482. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület (VIII. rendes tudományos ülés 1917 április 14-én). 482. lap.

A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesületének III. nagygyűlése.

(Rózsahegy, 1917 május 26—28.)

(Folytatás.)

IV. ülés.

Hollós József (Szeged): A gyermekkori tuberculosis „Immunkörper“-kezelése mint a tüdővész-leküzdeés eszköze. A gyermekkori tuberculosis ritkán válik nyilvánvalóvá, többnyire lappangó tünetcsoportokra vezet. Ilyenek: fejlődési zavarok, gyomorbél-tünetek, ideges panaszok, hőmérsékleti ingadozások, a pubertas bántalmái (magömlés, dysmenorrhoea) stb. E tünetek részint a gümös intoxicatio megnyilvánulásai, részint pedig a szervezet védekezésének jelei. IK-val ezek az állapotok kivétel nélkül és végleg meggyógyíthatók, még pedig annál könnyebben, minél előbb fogunk hozzá kezelésükhöz és minél fiatalabb a beteg. Így felemlíti **Hollós** egy 4 éves kislány esetét, a ki magas lázzal és felső lebenytompulattal hirtelen lett beteg és a ki nyolcz évi IK-kezelés után, dacára évekig elhúzódó subfebrilitásainak, ma teljesen egészséges. A kezelés egyszerűsége (bőrbe is bedörzsölhető) és biztos hatása praedestinálja arra, hogy kellő mértékben és még a tüdővész kifejlődése előtt alkalmazva, legfontosabb eszköze legyen a tüdővész leküzdeésének.

Somogyi István: Anaphylaxia és IK. Részletes elméletek, melyek az IK-nak a szerző által észlelt shock-szerű hatását magyarázzák.

Bencze Gyula: A háborúban megbetegedett tüdőbajos katonáknak munkaképességéről és pályaválasztásáról. Az intézetből gyógyultan vagy megállapodott hegesező tüdő-elváltozással kikerülő katonák visszanyerik munkaképességüket. De a tapasztalat azt mutatja, hogy ezen folyamatok nem megfelelő körülmények között kiújulnak. Katonáink legtöbbje ipari vagy mezőgazdasági munkája közben nem megfelelő túlszűfolt lakásba jutva, rossz higiénés viszonyok közé kerül, melyek a kiújulás veszélye mellett még környezetük fertőzésének veszélyét is magában rejtik. A fertőzés veszedelme az országban végzetes következményekkel járhat, mert a tüdőbajosok ezrei elszéledve az országban, széthordják betegségük csiráját, megfertőzik családjukat, megfertőzik munkástársaikat és országos bajjá teszik a tüdőgümőkört. Ezért el kell különíteni a tüdőbajosokat. A munkabíró gyógyult tüdőbajos azonban nem tartható vissza intézetekben, higiénés műhelyekben, családjától távol nem hajlandó életet folytatni. Ezért csak egy mód áll rendelkezésre: e tüdőbajosokat családjukkal együtt higiénés viszonyok között, célszerűen épített munkaházakban kell letelepíteni és oly foglalkozást biztosítani, mely a szabadban, jó levegőn és olyan körülmények között folyik, hol a fertőzés veszélye legkevésbé áll fenn. A mezőgazdasági munka e célnak nem felel meg. Maradna a kertészet és az erdőművelés munkája. Az előbbi céljaira nem állanak megfelelő területek rendelkezésre. Az államnak igen nagy beruházásába kerülne a megfelelő eszközök előteremtése. Ezzel szemben az állam a legnagyobb erdőbirtokos. Több mint 2 millió hold erdő áll rendelkezésére. A háború utáni nagy faszükségletre és az ezzel szemben álló munkashiányra való tekintettel, mint az előadó erről **Payer** főerdőtanácsostól értesült, a földművelési kormány amúgy is a munkástelepítés gondolatával foglalkozik. Ezt a telepítést a gyógyult tüdőbajosok javára lehetne fordítani és különösen a fenyőerdők mentén munkástelepítvényeket alkotva, a gyógyult tüdőbajosoknak legalább egy jó részét e telepítvényeken lehetne elhelyezni. Központi gondoskodás, megfelelő lakás, orvosi felügyelet mellett, ilyen körülmények között kilátás volna arra, hogy a tüdőbajosok gyógyulásában elért eredmény állandósuljon és a fertőzésnek terjesztése megakadályoztassék.

Pekanovich István (Ikervár): Miként gondoskodjunk a háború után tüdőbajos katonáinkról. Az állam vegye kezébe az ország tuberculosis-ügyét anyagi és törvényhozói hatalmánál fogva. Minél előbb laboratóriumokat kell létesíteni a betegek osztályozása és a számukról való előzetes tájékozódás céljából. A negatív köpetűek hazabocsáthatók, vagy — bizonyára ritkán — saját kérelmükre megfelelő ápolásba veendő, a rossz körjóslatú pozitív esetek kényszer útján is kórházakba, barakktelepekre helyezendők, lehetőleg szülőhelyük közelében. A javulásra hajlamosak, de pozitív leletűek teszik ki az esetek zömét; gyógyításuk céljára a rokkantügyi hivatal meglevő és még építendő szakintézetei a legalkalmasabbak. A kiknek állapota ezt megengedi, megfelelő munkaközpontokba volnának utalandók. Kell, hogy e központi munkatelepek úgy építésüket és fekvésüket, valamint a foglalkoztatást illetőleg is megfeleljenek a tüdőbetegek szükségleteinek. Ilyenek az erdőmunkát, halászatot, méhészetet, kosárfonást és kertészetet űző telepek stb. A betegek kiképzéséről, valamint munkájuk értékesítéséről gondoskodni kell és így lassanként a betegek is rájönnek majd ezen intézmények jótékony jelentőségére. Ugyanitt kellene a betegeket a nekik megfelelő életmódra és elővigyázati szabályokra megitanítani. A negatív köpetűek és gyógyultak hazabocsáthatók. Az ezekről való továbbgondoskodás egy jól szervezett társadalmi mozgalom legszebb feladatai közé tartoznék. Fertőző voltuk ellenőrzése azonban az állam kötelessége.

Scharl Pál: Bencze javaslatát csak oly tüdőbetegek részére tartja jónak, a kik már azelőtt is erdészettel foglalkoztak és e pályához vonzódnak. Pályaválasztás esetén a tüdőbajosok nemcsak mint betegek, de mint gyakorlatlan munkások is hátrányban vannak. A tüdőbeteg rokkant család fő halála után a családtagok további sorsáról is gondoskodni kell.

Fáy Aladár: A tuberculosis szociális kérdésének megoldása éppen olyan nehéz feladat, mint a gyógyítás. A tüdőbetegeket kellő számmal nem lehet coloniákban elhelyezni. Elméletileg helyes intézkedéseket tudunk kieszelni, de a gyakorlati életben azok csüörtököt mondanak. Legtöbbet még a helyi organizációtól várhatunk s a betegek házi gondviselését kell országosan szerveznünk, a mit a tuberculosis elleni küzdelem országos bizottsága széleskörű mozgalommal már meg is indított.

Szilágyi János (Marosvásárhely): Azt ajánlja, hogy a tüdőbeteg rokkantak a hatósági orvosok és tüdőbeteg gondozók felügyelete alá helyeztessenek. A járási hadigondozó bizottságok tagjai, a járásvorvosok, különös figyelemben részesítsék a tüdőbeteg rokkantakat. Íparkodjanak megakadályozni azt, hogy betegségük családjuk körében terjedjen.

Fáy Aladár: Megjegyzi, hogy a tüdőbeteg katonák elhelyezésének ügye az Országos Hadigondozó Hivatal hatáskörébe utaltatott s az van hivatva a gyógyítás, elbocsátás s a hatóságok értesítése ügyében intézkedni. E nagyon fontos kérdésre a gümőkör elleni küzdelem központi bizottsága felhívta a társadalomnak, a tüdőbeteg-gondozó intézeteknek, egyesületeknek s azok főorvosainak figyelmét.

Szász Agoston (Szepesszombat): A tüdőbeteg-gondozó intézetek működésében hathatós fegyvert lát a gümőkör ellen. A valóságban azonban a tüdőbeteg gondozók működése nem felel meg a követelményeknek. Ennek okát abban látja, hogy a fenntartásuk tisztán a társadalomra s az orvosok humanitására van bízva. A társadalom közreműködése teljesen bizonytalan és nem biztosítja a mindinkább fokozódó anyagi szükségleteket. Az orvos működése, minthogy kellő ideje a megélhetés gondjai miatt nincsen, hiányos. Nézete szerint ez intézményt államosítani kell, s a vezetést szakemberekre kell bízni.

Kentzler Gyula: A dispensaire működésében legfontosabbnak a prophylaxist tartja. A gondozónak kiképzésénél mindig tekintetbe veszik azok leendő működési helyének egészségügyi viszonyait. Fontos feladat a szabadságolt fertőző tüdőbeteg katonáknak ellenőrzése.

Réthy Ede (Veszprém): A vezetése alatt álló gondozó sikerét részben a veszprémi hölgyek intenzív közreműködésére vezeti vissza.

Parassin József: A tüdőbeteg-gondozó intézeteket nélkülözhetetlennek tartja. Ma még csekély a számuk és számos okból nem kielégítő a működésük. A központi bizottság íparkodik ez okokat kiküszöbölni. A fővárosban megnyíló gondozó a gondozónak kiképzésének központi szerve lesz, e munkaerők tökéletes kiképzése után remélhető, hogy azok értékes prophylaxisos munkát fognak kifejtetni.

Kapoly Vilmos (Barcs): Nem tartja célszerűnek a gümőkóros betegek erdei munkára való alkalmazását, mert az igen fárasztó és a fakitermelés a legzordabb téli időben történik. Nézete szerint a földművelés, állattenyésztés, méhészet, kertészet kevésbé fárasztó, egészséges foglalkozás, legkönnyebben biztosítja a megélhetést és legjobban

elélne meg a magyar nép hajlamainak. A katonák szabadságolására vonatkozólag azt ajánlja, hogy a hatósági orvosok állapítsák meg, hogy az otthoni viszonyok alkalmasak-e a tüdőbeteg befogadására. A gondozói patronage-rendszer csak állandó intézmények keretében vezethető célra. Az egész országot járásokként behálózó dispensaire-rendszer hasznos működést fejthetne ki. Végre kell hajtani a belügyministernek 54.493/916. VII/a számú körrendeletét, amely megadja a direktívákat, mint kell a tuberculosis ellen küzdeni. Szólv Barcs községben 10 000 koronát gyűjtött össze tüdőbeteg-gondozó intézet alapjára és tetemes évi hozzájárulást a fenntartáshoz, úgy, hogy az intézet nemsokára megkezdje munkáját. A községben lévő gazdasági ismétlő-iskola növendékeit oktatja a tuberculosis ártalmaira és gyógyítására is. A nép felvilágosításának az iskolákban kell elsősorban megtörténnie.

Szász Ágoston (Szepesszombat): Ismétli, hogy a tüdőbeteg-gondozó intézeteket eddigi szervezetükben nem tartja elegendőnek arra, hogy a gümőkór terjedését némileg is kedvezően befolyásolják.

Pekánovits István (Ikervár): A tuberculosis ügyének megoldását csak olyképpen véli kivihetőnek, ha egységesen járunk el s mindnyájan összefogunk a cél elérése érdekében. Közegészségügyi szempontból fontosnak tartja a betegeknek pozitív és negatív köpet szerint való csoportosítását. Előadásának tárgya tervvázlat, nem pedig kidolgozott terv.

Bencze Gyula: A telepítés szempontjából főleg a határszéli lakosok fognak tekintetbe jönni. Nem tartja célszerűnek a munkást egészségtelen lakásában meghagyni, még a dispensaire legszorgosabb felügyelete alatt sem. A recidiváló tüdőbajos ugyanis néha hónapokon át nem vesz tudomást bajának kiújulásáról s így különösen éjjel a zsúfolt lakásban megfertőzheti környezetét.

Rozsnyai Bertalan (Lőcse): A gümőkórban szenvedők véleményezése az életbiztosítás szempontjából. A kezdődő gümőkór felismerése módjainak, valamint a gyógyulás megállapításának szakszerű ismertetése. Hangsúlyozza a nem sémás, részletes orvosi vélemény fontosságát a biztosítási szerződések méltányos megkötésében.

Szontagh Miklós (Újtátrafüred): Az újtátrafüredi új tüdőbetegsanatorium ismertetése.

Halász Henrik (Miskolc): A mély légvételek gyakorlásának jelentősége és értéke a tüdővész elleni küzdelemben. A szerző szerint a mai emberiség túlságos felületesen lélegzik és ez az egyik oka a mai nemzedék satnyaságának és főleg a tüdővész elterjedésének. Mindezen állapotok sikeresen leküzdhetők légzőgyakorlatokkal.

Juba Adolf: Minden újabb tanterv, amely a testgyakorlatokat illetően készül, a légzés-tornára különös súlyt helyez.

Halász Henrik (Miskolc): Az iskolásgyermek foga-
zatának gondozása a tuberculosis-fertőzés megelőzése szempontjából. Sürgeti a hatósági iskolai fogklinikák felállítását, mint olyan intézményeket, amelyek útján eredményesebben küzdhetünk a tüdővész kitörése és elterjedése ellen.

(Vége.)

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(VIII. rendes tudományos ülés 1917 április 14.-én.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Csiky József.

(Folytatás.)

Cysták az irisben és sclerában.

Rados Endre: Az epithelcysták vagy congenitálisak, vagy traumásak. A traumásak vagy proliferatio, vagy implantatio révén képződhetnek, az utóbbiak közel állanak a cholesteatomákhoz. A proliferatio és implantatio együttesen is szerepelhet az epithelcysták aetológiájában.

Az endothelcysták többnyire spontán keletkeznek, nyirok üregek lezáródása révén.

A hámmimplantációnak általában kis szerepe van, csak ritkán találunk ilyen eredetű (traumás epithelcysták az irisben, a tenyerén és az ujjakon). Le Fort-nak hullákon csak a kézen és a lábon sikerült implantatio révén cystákat létesíteni.

Iris-cysta két esetét észlelte. A traumás iris-cysták gyakoriabbak, a spontánok, illetőleg a veleszületettek igen ritkák. A veleszületettség alatt egyébként csak az értendő, hogy már születéstől megvannak a későbbi kifejlődéshez szükséges előfeltételek. Mindkét esetben trauma teljesen kizárható. A cysta az iris legfelső rétegeiben fekszik, a pigmentepithel-rétegtől hatalmas ép iris-stroma izolálva. A cysta saját falzattal bír, amely kevés iris-szövetből, ezen belül pedig köb-, illetőleg lapos epithel-sejtekből áll. Az epithelsejtekben dege-

neratív elváltozások. A cysta belsejében desquamált hámsejtek és detritus. Az epithelsejtek pigmentphagocytosist mutatnak.

Képződésükre vonatkozólag némelyek az ektoblastikus eredetre gondolnak, különösen úgy, hogy nem csak a nyirokürök, illetőleg a felszínes hasadékok elzáródása, hanem magában a stromában létrejövő elzáródások okozhatják. Valószínűbb, hogy létrejövésükben ektodermális elemek szerepelnek, melyek fejlődés közben nem alakultak át izomelemékké. Erre mutat **Lauber** egy macska-embryója is, amelyben a hátulsi pigment-lap elülső rétegében burjánzás volt, centrumában kis cystás üreggel.

Sclerális cysta mellett perforáló sérülés közvetlen a limbusban, amelynek kapcsán iris-benövés jött létre. Közvetlen a limbustól egészen a hátulsi polusig, az opticus bétéreése helyéig terjedő hatalmas cysta, mely fölött és alatt a sclera két lemezre bomlott. A cysta belső felszínét mindenütt epithel borítja.

Az ilyen cysták létrejövésének előfeltétele a perforáló sérülés, az irisbenövés és a hámsejtek proliferációja. Az utóbbi tulajdonképpen a reparatiót célozza. Ismeretes, hogy ez igen gyakran túlproductióval jár (callus), s hogy az epithelburjánzás általában kiterjed a szövet- és nyirok-hézagokra is (ulcus cruris, caries, égetések stb.). Mellékes, hogy a proliferáló hám corneális vagy conjunctivális eredetű, egyformán burjánzanak ugyanazon alapon, e tekintetben csak az alapot tevő táptalaj bír jelentőséggel. A fiatal sarjadjó szövet, a friss hegyszövet és az iris jó táptalaj, a corneális és sclerális lemezek, a Descemet-hártya, a lencsetok pedig igen rossz táptalajok.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

54/1917. eln. sz.

A nagyszebeni állami elmeorvosi intézetben a helyettes másod-orvosi állás megüresedett. Diplomás vagy szigorlóorvos díjazása napi 10, orvostanhallgatóé napi 5 korona, teljes ellátás mellett; orvosnők vagy orvostanhallgatónők is felvétetnek. Az állás szeptember elején foglalandó el.

Nagyszeben, 1917. évi augusztus hó 22.-én.

Pándy dr., igazgató.

Novembertől **hadmentes orvos** több éves kórházi-sanatoriumi gyakorlattal (röntgen és pathochemiai vizsgálatokban szakember) fürdőorvosi, sanatoriumi alkalmazást keres. Megkereséseket „1888 O. H.” alatt, a „Petőfi” irodalmi vállalatához Budapest, VII., Kertész-utca 16. kér.

SZIGORLÓ ORVOS

ki kórházban működött, jelenleg mint körorvos működik, szeretné ezen állását más állással felcserélni. Szíves megkereséseket „November O. H.” jelígre „Petőfi” irodalmi vállalatához VII., Kertész-utca 16. kéretnek.

Máté Mihály és Társa

orvosi műszerek, teljes kórházberendezések

IV., Mehmed szultán-út 31,

Nemzeti múzeummal szemben.

Telefon: 63—33. Sürgőnycím: Mátészertész Budapest.

Letelepedő orvos uraknak költségvetéssel szívesen szolgálunk.

Epileptikusok

gyógy- és nevelő-intézet
BALF gyógyfürdőben,
Sopron mellett. A nm. m.
kir. belügyministerium

121.038/IV. a. sz. magas rendeletével jóváhagyva. Ellátmányösszeg egész évre (negyedévenként előre fizetendő) az I. oszt. 2020 kor.; a II. oszt. 1840 kor.; a III. oszt. 900 kor. Teljesen vagyontalanok a nm. m. kir. belügyministeriumnak 1903. évi 9721/IV. a. sz. rendeletére az országos betelepítési alap terhére vehetők fel. A felvételi engedélyért a nm. belügyministeriumhoz kell folyamodni. A betegek ápolásával a budai szent Ferenc-rendi apácák vannak megbízva. Prospektusokkal szolgál Balf gyógyfürdő igazgatósága vagy a gyógyfürdő tulajdonosa tolnai Wosinski István dr., örökös romai gróf. (Vasut-, posta- és telefon-állomás.)

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Koleszár László: Közlemény az I. hadsereg fogolykórházából. (Parancsnok: Gänger Jenő dr., cs. és kir. törzsorvos.) Újabb rúgós portatív extenziós készülék a csonttörések kezelésére és műtétet előkészített, rövidüléssel gyógyult esetek meghosszabbítására. 483. lap.

Kováts Ferenc: A pneumoniák abortív kezelése colloid fémoldatokkal. 488. lap.

Holló Gyula: Adatok a heterovaccinás kezeléshez. 489. lap.

Deutsch Ernő: A faj-higiene modern problémáiról, különösen a világháború szempontjából. 489. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Sebészet. Spitz: A térdizület feltárása. — **Eberstadt:** Erysipelas és idősült ízületi rheumatismus. — **Therstappen:** Többszörös gránát- és bomba-okozta sérülések. — **Börkörtan. Riehl:** Sajátságos melanosis. — **Orr, garat- és gégebajok. Kahler:** A hypophysis-daganatok műtete. — **Gyermekorvosok. Pfandler:** A lues elterjedése a gyermekkorban. — **Kleinschmidt:** A gyermekkori tuberculosis prophylaxisa. — **Kisebb közlések az orvosi gyakorlatra. H. Lustig:** Súlyos sepsis kezelése. 491—493. lap.

Magyar orvosi irodalom. 493. lap.

Vegyes hírek. 493. lap.

Tudományos Társulatok. 494—495. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény az I. hadsereg fogolykórházából. (Parancsnok: Gänger Jenő dr., cs. és kir. törzsorvos.)

Újabb rúgós portatív extenziós készülék a csonttörések kezelésére és műtétet előkészített, rövidüléssel gyógyult esetek meghosszabbítására.

Közlő: **Koleszár László** dr., kolozsvári klinikai operateur, ezredorvos, az I. hadsereg fogolykórházának osztályvezető főorvosa.

A törések és éppen a csonttörések kezelése olyan sok technikai készséget követel, hogy ennek hiányában az ezekkel való bajlódás háládatlan feladat s az eredmények is sok követelni valót hagynak maguk után.

Volt alkalmam tapasztalni a rokkantügyi hivatal kolozsvári intézetében a betegek egy tekintélyes részén, hogy a csonttörések nagy rövidüléssel, szögletképződéssel, úgynevezett kifli-czombbal, térdizületi zsugorral kerültek utókezelés alá.

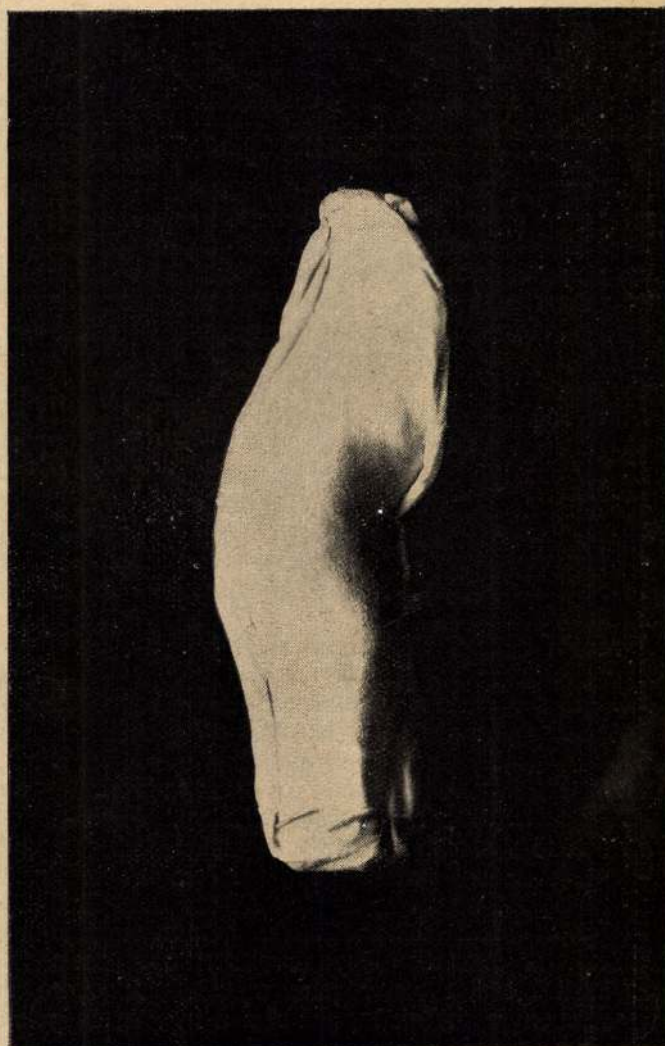
Csonttöréseket idealisan ellátni a hadi sebészetben a rendelkezésre bocsátott eszközökkel, már az esetek nagy száma miatt is nem lehetséges. De az állandó, sebészi be rendezett intézmények az utóbbi időben a töréseket rövidülés és szögletképződés nélkül tudják gyógyulásra bírni.

A mi intézetünkben is a csonttörések kezelése tanulmány tárgya volt, kipróbáltuk az összes módszereket — alkalmunk volt, mert volt idő, mikor 40—50 csonttörés is volt osztályunkon —, de mindegyiken észleltünk hiányosságot s ez birt arra, hogy a meglevő nyújtó-kezelés rendszerű gyógyító eszközök elveit felhasználva, olyan készüléket szerkesszünk, a mely a meglevők előnyeit biztosítsa, hiányait pótolja.

A körkörös gipsz-kötések csonttörések végleges ellátására a mai kor igényeit nem elégítik ki. Igaz ugyan, hogy a szépen elkészített gipsz-kötés mutatós, de a gyógyeredmény nem kielégítő. Ezeknél a kötéseknek csaknem állandóan tapasztalhatni a gyógyulás utáni izületmerevséget, melynek az utókezelése sok fáradságot ad az orvosnak és sok fájdalmat okoz a betegnek.

A gipsz körkörös nyomása folytán az izmok sorvadása elkerülhetetlen. De ez a hiba még kiegyenlítődik idővel, a csont szögletképződéssel való gyógyulása azonban már csak nagyobb sebészi beavatkozás révén szüntethető meg.

Az I. ábra egy körkörös gipsz-kötéssel mások által gyógyított csonttörést ábrázol; a szögletképződés fel-tűnő, a rövidülés 8 cm.



1. ábra.

Igaz ugyan, hogy mesteri kéz a gipsz-kötéssel is elér kitűnő eredményeket, de az olyan módszer, mely a szakem-

berek közül is csak egyesek kezében jól bevált, általánosan jó módszer gyanánt nem fogadható el. Lehet, hogy éppen ez az oka, hogy a *Dollinger*-féle járó gipsz-kötés sem ad mások kezében oly fényes eredményeket.

A körkörös gipsz-kötések alkalmazásának csupán csak a betegszállításnál van még létjogosultsága. De mindenestre csak az olyan készülék, amely betegszállításra és gyógyító célra is egyenlően alkalmas, mondható ideálisnak.

A betegszállításnál is már nagyrészt kiszorította a körkörös gipsz-kötést a sínkötés, a melynek jól alkalmazása sok körültekintést és hozzáértést követel, hogy a tört végék állandó nyújtásban legyenek, a mi csakis úgy lehetséges, ha a sínkötés akármilyen formában össze van kötve a nyújtással.

A sínkötés mint czombsonttörést kezelő eljárás csak ott válik be, a hol megfelelő ápolószemélyzettel a massage tökéletesen keresztülvihető; a massage-zsal az izmok retrahálódását némileg meggátolhatjuk.

Lucas-Championnière eljárása a hadisebészetben nem alkalmazható jó eredménnyel.

Florschütz suspensió és extenziós rendszere már jobb eredményeket biztosított, különösen a *Hevesi*-féle módosítással, de a betegek ágyhoz rögzítettsége olyan hátrány, a mi miatt általánosan jó kezelési rendszernek nem mondható. Ezen rendszerrel a sebkezelés könnyű, de hátrány, hogy a beteg ágyhoz van rögzítve (*decubitus*).

Sínkötéseknél a sebkezelés elég könnyű, de a csontok helyben tartása nehezen keresztülvihető; kezelés alatt a csontok összezsugorodása miatt a beteg szenved.

A csonttörések gyógyításában a *Hackenbruch* módszere abból a szempontból, hogy a beteg extenziós kötésével nincs az ágyhoz rögzítve, már haladást jelent. Ennek a kötési rendszernek hátránya az, hogy a tört végtagot két helyt látja el *circularis* gipsz-szel, a mi keringési zavart idézve elő, gyakran okozza a közti terület oedemáját. Ha pedig a törés helye olyan, hogy ízületet is kénytelenek vagyunk belevonni a gipsz-manchettába, akkor a gyógyulás után még sokáig kell vesződni az ízületi zsugorodással.

Törekedtem ezeket a módszereket olyanképpen egyesíteni, hogy mindegyiknek az előnyét felhasználva oly készüléket szerkesztsek, a mely a csontvégek állandó extenzióját biztosítja, a beteg portativitását megengedi és sebkezelésre könnyen hozzáférhető legyen; ilyen a kétrúgós portativ extenziós készülék.

A két rúgóval ellátott, perforált vas-szalagokból összeállítható portativ extenziós készüléket *Hevesi Imre* egyetemi tanárral szerkesztettük az alkarra. Ennek a készülékünknek az az előnye, hogy a *Bardenheuer*-, illetve *Heusner*-féle flanell-nyújtás használható, csak hogy súly helyett két spirális rúgó van alkalmazva. Az első készüléket Kolozsvárt a *Hevesi* tanár vezetése alatt álló Eperjes-utcai hadikórházban próbáltuk ki szép eredménnyel.

A román háború kitörésekor az I. hadsereg hadifoglykórházának felállításával 300 ágyas osztály vezetésével bíztak meg, hol ezt a rendszert czombsont- és lábszártörésekre is alkalmaztam, szerkesztve megfelelő készülékeket.

Ezek a készülékek állanak általában véve két főrészből, proximális és distalis részből. A proximális rész a törés felett levő ízület fölé kerül gipszbe ágyazva. A distalis rész közé kerül a tört csont. A kettő egymás között az ízületi vonalnak megfelelőleg elmozdítható, a mi az ízületek kezelése alatti zsugorodását nem engedi meg. A tört rész szabadon van, állandó nyújtás alatt, sebkezelésnek, massagenak könnyen hozzáférhető. A készülék előnye továbbá, hogy fapelottákkal Röntgen segítségével a tört végeket még komplikáltabb *dislocatio* esetében is tudjuk reponálni s a nyújtás és pelották révén helyben tartani.

Portativ extenziós készüléket sokat írtak már le részint súlynyújtással, ilyen felkarra és alkarra én is közöltem az Orvosi Hetilap 1917 július 17.-i 24. számában; mások is ajánlottak spirál-rúgó húzással, de a jelenlegi készülék két spirál-rúgóval van ellátva, a minek előnye, hogy egyik és

másik oldalon a húzó erőt tetszés szerint adagolhatjuk. Ergograph segítségével a húzó erőt pontosan lemérhetjük. Az volna ideális, ha a spirális rúgó és a végtagot húzó zsinég közé állandóan egy ilyen ergographot tudnánk beiktatni, így pontosan tudnánk megállapítani, hogy a kezelés rendén hogyan változik a húzó erő nagysága.

Nagy rövidülés esetén, a mikor az izmok erősebben retrahálódtak, a kiegyenlítésre alkalmazott például 16 klgr. után harmadnap, a mikor az izmok az állandó húzás következtében megnyúltak, már csak 10 klgr.-ot mutat az ergograph. Ha egyszerre bizonyos erővel nem tudtuk a retrahált izmokat kihúzni, akkor ugyanekkora erővel a kinyújtás másnap vagy harmadnap sikerülni fog.

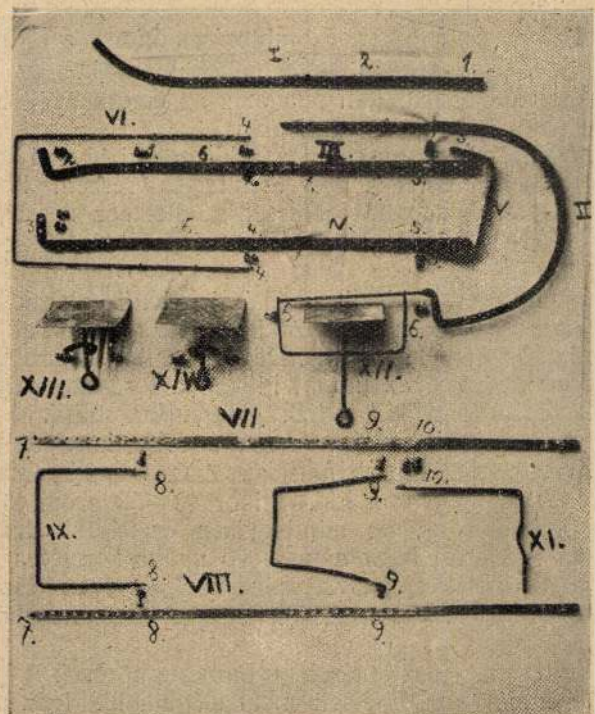
A törés helye és a *dislocatio* nagysága közötti viszonyt keresve, tapasztalatból tudjuk, hogy a *fractura subtrochanterica*-nál rövidülés alig van, a minek az oka nyilván a helyi anatómiai tulajdonsága, ugyanis e helyt igen erős fibrosus szövetrel erednek izmok.

A felső harmadban levő töréseknél a proximális tört vég az *ileopsoas* és a *gluteusok* húzó hatása folytán *abductio*-ban és kissé előre hajlítva van, a mennyiben az *ileopsoas* a *trochanter minoron* tapad, a *gluteusok* pedig a *trochanter major lateralis* felszínén. A distalis törtvég az *adductorok* hatása következtében befelé és fölfelé húzódik. Így jön létre a törés helyén egy előre és kifelé tekintő szöglet. (15. ábra.)

Ennek a helyzetnek tudatával kell a czombsont felső harmadában levő töréseket úgy ellátni, hogy e szögletképződés és rövidülés kiegyenlítődjék és a jó helyzetben meg is maradjon.

A húzás alkalmazása után a végtag e készülékünkben *abdukált* és kissé behajlított tartásban van rögzítve.

Egy pelottát felszerelünk a *trochanter* alatt a külső oldalra, egy másikat a belső oldalon a középső és alsó harmad határán, egyet a középső harmadban az elülső oldalon.



2. ábra.

De egészen mások a viszonyok a czombsont középső harmadában levő töréseknél.

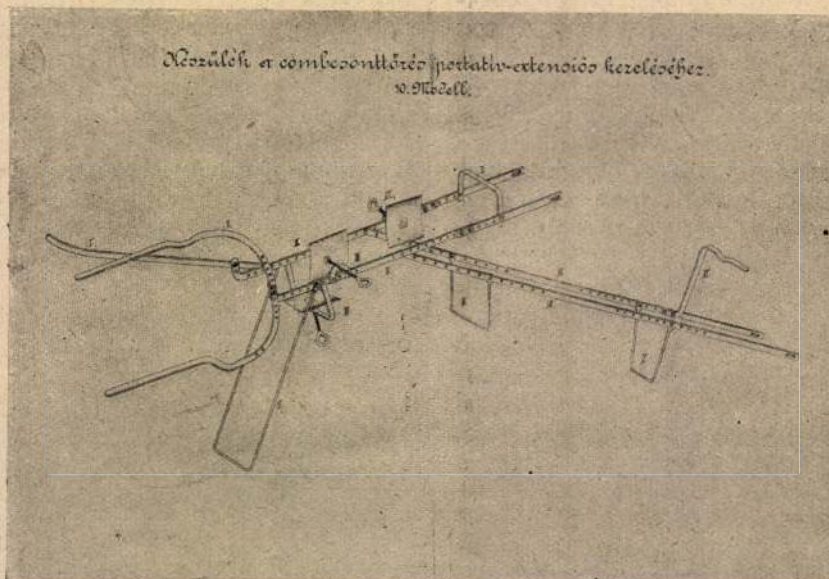
Bármilyen sikkban van is a törés, mindig a proximális törtvég előre van dislokálva, a distalis kissé kifelé hátra és felfelé. Tehát a középrészen levő törésnél *dislocatio ad latus* et *ad longitudinem* van. (12. ábra.)

Készülékünket alkalmazva, egy pelottát elhelyezünk a csomb felső harmadán az elülső oldalon, egy pelottát az alsó harmadban a külső oldalon. Így visszük a beteget a Röntgen alá, a hol a pelották be- vagy kicsavarásával, a nyújtás fokozásával a dislocatiót kiegyenlíthetjük. Minden esetben a törtvégekre alkalmazott erő annál kisebb kell hogy legyen, minél kedvezőbb állásban rögzítjük készülékünkkel a végtagot (semiflexio).

helyzete (disl. ad periferiam); ennek is megfelelő jó elhelyezésre készülékünk szintén alkalmas.

Portatív extensiós készülékünknek egy igen hathatós előnye az ízületek passiv mozgathatósága.

Készülékünkkel kezelt eseteinkben ízületi zsugorodás nem keletkezik, mert például a térdízület naponta többször való megmozgatása által ezen ízület egész szabad mozgathatósága megmarad.



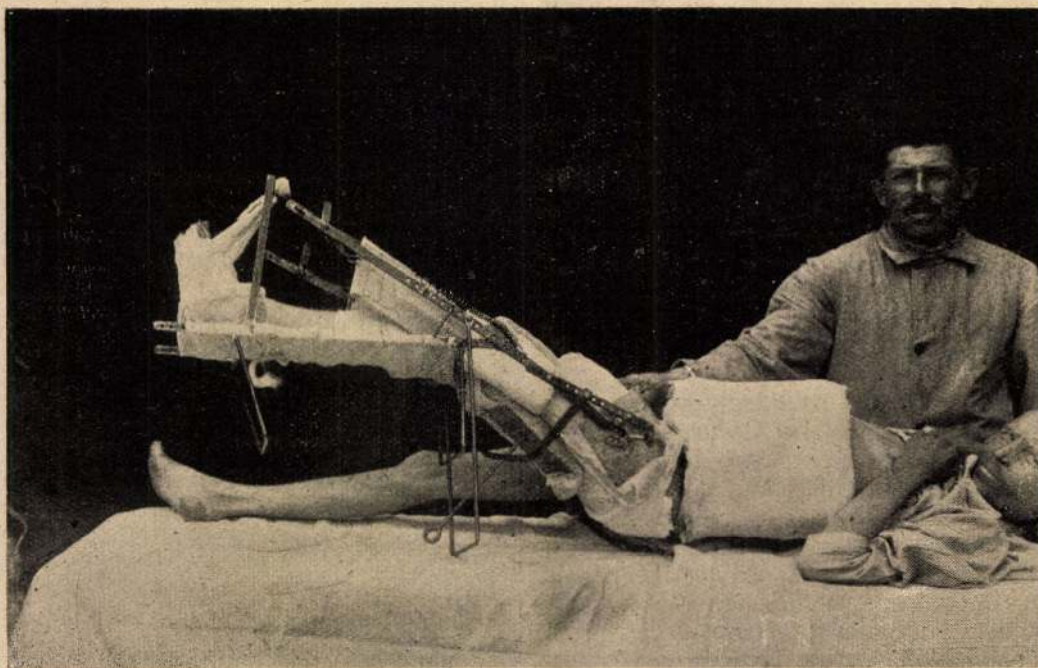
3. ábra.

Az alsó harmadon levő töréseknél a proximalis törtvéget az erős adductorok előre és befelé húzzák; ez lehet oly nagy fokú, hogy a törtvég az extensorok saját izomhüvelyét átfúrja és csaknem a bőr alatt jelenik meg vagy nyílt törésnél directe előre áll.

A distalis törtvég hátra és felfelé huzatik a musc. biceps, semitendinosus és semimembranosus által.

Eseteink legnagyobbbrészt komplikált lövés-törések voltak, melyek kezelésünk alá a sérülés elszenvedése után sok nap múlva kerültek.

Általában elvünk az volt, hogy a dislocatiót lehető leg-rövidebb idő alatt megszüntessük, s ha már callus-képződés volt, azt osteoclasia vagy osteotomia útján szétválasszuk; a dislocatio megszüntetése és a helybentartás sikeres is volt, mert



4. ábra. A készülék Bardenheuer-húzással.

Tehát a készülékkel rögzített és akár Steinmann-, akár Bardenheuer-húzással ellátott csompra a dislocatio kiegyenlítése végett pelottákat alkalmazunk, egyet a középső harmadban az elülső felszínen, egyet az alsó harmadban a hátulsó oldalon. Mindezeknél a csombtöréseknél igen fontos a lábszár

6—8 cm. rövidüléseket kiegyenlítettünk (két cm. rövidülés már nem számítható, mert ezt a medence süllyedése és emelkedése járás közben kiegyenlíti).

Csombtöréseknél az alkalmazott portatív extensiós készülék alkotórészeit a 2. ábra mutatja.

A római számok az alkotórészeket jelölik, az arabs számok a részek találkozásait összerakáskor.

A 3. ábra a készüléket összerakott állapotban ábrázolja.

A beteget elhelyezzük a lebegő gipszelő asztalon.¹ A hasat, a lumbalis tájat, a törzset jól párnázva, az I. és II. alkotórészeket begipszeljük. Cél szerű a párnázott részekre 3—4 körkörös gipsz-réteget helyezni és csak azután begipszelni az I. és II. részeket. (Az I. sín például bal cizomtörésnél baloldalon van. A II. részt úgy gipszeljük be, hogy a concavitas a perineumtól legalább 10 cm.-re legyen. Húzás alatt úgyis az egész gipsz-nadrágfej kissé felfelé tolatik.)

A mikor ez megvan, a III. és IV. síneket erősítjük fel szárnyas csavarok segítségével, melyeket az V. és VI. részek kötnék össze egymással, a megfelelő helyre aszerint, hogy milyen hajlított tartásban akarjuk rögzítve tartani a cizmot. Az abductiót az biztosítja, hogy az I. rész concavitása kifelé tekint.

Ezeknek a feltétele után akár a *Bardenheuer*-húzást, akár a *Steinmann*-szög húzást alkalmazhatjuk a spirális rúgók megfeszítése által.

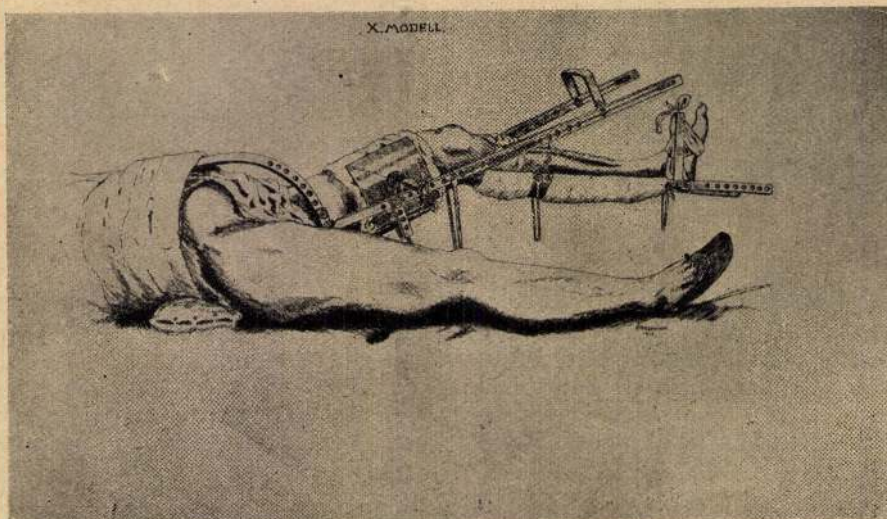
Osteoclasist és osteotomiát csak akkor végeztünk, ha a beteg már láztalan volt. Műtét előtt semmit sem szedettünk a beteggel; *Hackenbruch* egy hétig chinint vagy ennek híján aspirint szedett.

Ezeknél a műtéteknél általános narcosist használtunk.

Magát a műtétet a legszigorúbb asepsiben végeztük eschmarchozás nélkül.

A műtétkor a szögletképződésnek megfelelő helyen hatoltunk be, a metszéssel nem takarékoskodva, de ügyelve arra, hogy az izmok közti fasciák mentén hatoljunk a mélybe, így sikerül is igen kis vérzéssel a csontig jutni. A csont-hártyát nem bántottuk, hanem a callusnak megfelelő helyen széles véső segítségével választottuk el a rosszul gyógyult törtségeket. Rendesen nem metszettük át teljesen a callust, hanem még helyet hagytunk a manualis osteoclasisnak, a mit a seb réteges elvarrása után végeztünk. (Az izmokat catguttal egyesítettük, a fasciát és bőrt selyemmel, ha a vérzés nem állott el teljesen, az alsó sebzugban üvegdraint helyeztünk el.)

Hacsak nem necrotomiával kapcsolatosan végeztük az osteotomiát, akkor a csont-meghosszabbításra szolgáló mű-



5. ábra. A készülék Steinmann-féle szegnyujtással.

Ezután a lábszárnak fekvésére szolgáló VII. és VIII. síneket, melyek már a IX. és X. összekötő darabokkal egyesítve vannak, izületesen összekapcsoljuk s egy [] alakú résszel a megfelelő kívánt szögben rögzítjük. A lábfejet a XI. tartóhoz kötjük ki (4. ábra).

Mikor ez megvan, a fapelottákat a törésnek megfelelő helyekre beiktatjuk s Röntgen-ellenőrzéssel a dislocatiót lehetőleg megszüntetjük (5. ábra).

A készüléket 8—10 hétig, sőt még tovább is fennhagyhatjuk a betegen.

Eseteink legnagyobb részben a hadifogoly-kórház beteganyagából kerültek ki. Legnagyobbbrészt a *Steinmann*-féle szegezést használtam, mert eseteinkben a *Bardenheuer*-féle húzás-hoz alkalmazható flanell-csikot a sérülés kiterjedtsége miatt nem tudtuk jól feltenni. Az osteoclasist és osteotomiás esetekben, a mikor a rövidülés már tetemesebb volt, ezen módszer úgysem adott megfelelő eredményt, a miért is elhagytuk az alkalmazását. Csak egészen friss és csekély lágyrész-roncsolásos esetekben használtuk a *Bardenheuer*-húzást.

Az esetek jól demonstrálhatósága kedvéért a végtagról a készülék feltevése előtt pontos gipszlenyomatot készítettem, ugyancsak a készülék levétele után is, továbbá a kezelés előtt és után is Röntgen-képeket készítettünk.

tét bőrmetszését ott helyeztük el, a hol sem seb, sem fistula nem volt.

A törtségek húzására alkalmaztuk a *Bardenheuer*-féle húzást és még inkább a *Steinmann*-féle szegnyujtást. A szegezés mindenesetre nagyobb beavatkozás, a miért is a sebészek egy része vagy nem szívesen, vagy egyáltalában nem alkalmazza. De a mely intézetben az asepsis ideális, ott ezzel a *Steinmann*-módszerrel valami különösebb veszedelem nem jár a betegre.

Schwarz ugyan közölt egy esetet, a melyben a szegzés után sepsisben elpusztult a beteg.

Wagner már kevesebb veszedelmet lát a szegzésben, csakhogy földolagnak tartja a szegnek még idejében való eltávolítását.

Lauenstein és *Kümmel* néhány esetben a szegezés helyén fistulát és sequester-képződést látott.

Koerber 70 szegzett esetből 27-ben látott helyi infectiót. *Magnus*-nak és *Michaelis*-nek nincsenek e téren jó tapasztalatai.

Hohmeyer már a legutóbbi időben közreadott dolgozata igen jó eredményekről számol be, infectiót egyszer sem látott.

Eleinte cizomtöréseknél a cizomcsont alsó harmadán a condylusok fölött verték be a szegeket, újabban már a nagy izmok tapadásának megfelelő helyen a tibia felső harmadán szegeztünk.

A mi a szegezés technikáját illeti, mi a bőrt 3—4-szer jól bejódózzuk és direct szegeztünk. Mások, pld. a bécsiek közül többen, a szegezés helyét kis bemetszéssel

¹ Koleszár László dr.: Lebegő gipszelő-asztal. Orvosi Hetilap, 1917, 14. sz.

Neuronal

Bromtartalmú **hypnoticum**, bevált **sedativum** és **altatószer**

Kitűnő hatású Amylen-hydrattal kombinálva epileptikus állapotok és status epilepticusnál.

Neurofebrin (Neuronal Antifebrin aa) Analgeticum és sedativum.
Mellékhatás nincs. — Megszokás nélkül. — Adagok 0,5–3 gr.-ig.

Eredeti csomagolások { Neuronaltabletták à 0,5 gr. Nr. X.
Neurofebrintabletták à 0,5 gr. Nr. X.

Kimerítő irodalmat küld: **Kalle & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich**

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. Intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szívesen szolgál:

Dr. EGGER LEÓ és EGGER J.

Gyógyszerészeti és vegyészeti cikkek gyára
BUDAPEST, VI., Révai-utca 12. szám.

Argosan.

Colloid-ezüst steril ampullákban à 2 cm³
5%-os Ag-tartalommal, 5 pro mille, mind-
oly esetekben, a hol colloid-ezüst javalva van,
eredménynyel használtatik, *különösen nehéz*
(septikus) *izületi rheumánál* (K. u. k. Reservespital

Nr. 1, Wien, Professor Dr. A. STRASSER).

Prof. C. LANDSTEINER, Wien és Prof. O.
LOEWI, Graz által eszközölt állatkísérletek
szerint sem látható megbetegedési tünetek,
sem görcsök fellépése észlelhető nem volt.

Próbák orvos uraknak díjmentesen.

Rich. Paul, Med.-chemische Industrie, Graz.

Digitotal

tartós Digitalis-készítmény.

a Digitalislevelek összes hatásos alkatrészeivel
természetes keverési arányban

a gyomorra károsan ható anyagok kizárásával.

A Digitotal állandó hatásértéke megfelel egy frissen elkészített
Fol. Digitalis titratumból készített 15%-os főzetnek.

Digitotal-oldat belső használatra:

Üvegek à 15 ccm pipettával,

Üvegek à 7,5 ccm. (Pénztári csomagolás.)

physiol. NaCl-oldatban, injekciókhoz:

dobozok 6 ampullával à 1,1 ccm.

Digitotal-tabletták: Üvegecskék à 25 drb.

Digitotal-tejczukorkeverék.

Klinikai csomagolások raktáron.

Nirvanol

(Phenyläthylhydantoin)

Megbízható

Hypnotikum és Sedativum.

Veszélytelen, miután a toxikus adag sokszorta nagyobb a
therapeutice hatásos adagnak.

Nirvanol teljesen *iztelen* és észrevétlenül adagolható. Hatásos
az álmatlanság valamennyi alakjainál, még oly esetekben is,
melyek erős testi fájdalmak által okoztatnak.

Biztos csillapítószer nyugtalansági- és félelmi állapotoknál.

Dobozok à 10, 25, 50, 100 g,

Dobozok 10 tablettával à 0,5 g,

Nirvanol-oldat intramuskularis injekciók számára:

Dobozok 10 ampullával à 4 ccm.

Klinikai csomagolások raktáron.

Moronal

(Basikus formaldehydkénsavas aluminium.)

Üvegek à 10, 25, 50, 100 g,

Csővecskék 25, dobozok 100 tablettával à 0,05 g,

Dobozok 25 tablettával à 2,0 g.

= Kívánatra 50%-os oldat alakjában is. =

Az eczetsavas agyagföld tömény pótléka

bőrpuhító hatás nélkül,

eltartható, sterilizálható, inger- és szagmentes oldatok előállít-
ására, kenőcsök és hintőporok számára.

Irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Aureollámpa Quarzlámpa (Művi magaslati napfény).

Felvilágosítás

Az „Aureollámpa“ nem egyéb, mint egy **év-tizedek óta ismert** u. n. fénymásolóvilámpa csukott fényívvel, az ezen rendszer összes hibáival:

háromszor nagyobb áramfogyasztás, mint a Quarzlámpánál (magaslati napfény), állandó szénpótlás, és kezelés. A védőharang bevonása, megpedése, nitrogázok keletkezése, egyenlőtlen fény, és gyakori elválása a lámpának.

Az „Aureollámpa“ mint újítás, vagy mint konkurrenzia a Quarzlámpa (magaslati napfény) gyógyhatásával szemben épp. oly kevésbé jöhet számításba, mint az, ugyancsak évtizedek óta ismeretes szénívlámpaszórók, vagy sugárzó, ív-lámpák, melyek csak ott használnak, ahol egy **gyenge** ultravioletthatás, a szűrött quarzlámpa-fénynek megfelelően, elegendő.

Az „ujdonságon“ nincs egyéb új, mint az elnevezés. Ez magában épp. oly kevésbé érdemel figyelmet, mint magasabb árat. **Hasonló értékű fénymásoló ívlámpák bármely villanyszerelőnél — és nálunk is — lényegesen olcsóbban beszerezhetők.**

Orvosoknak, a kik szénívlámpák iránt érdeklődnek, mint legolcsóbb forrás ajánlható a villanyszerelő. Minden „Quarzlámpát helyettesítő“ csakis próbára szerezhető be, a visszavétel határozott kikötéssel azon esetre, ha a Quarzlámpával való összehasonlítása után a lényegileg csekélyebb hatóképessége felismertett.

További felvilágosításokkal szolgál:

Quarzlampenfabrik Linz A. Donau, Stammhaus Hanau.

Egyedüli előállítója a

Quarzlámpa „Künstliche Höhensonne“-nek, fontos minden orvos, kórház, lazarett számára, kb. 4000 darab használatban.

„Jesioneck-Quarzlámpa“-nak. Csarnoki quarzlámpa Prof. Jesioneck után. 1916-os ujdonság. Fontos a tüdővész leküzdésére.

„Kromayerlámpa“-nak, nélkülözhetetlen minden bőrgyógyász számára. 1500 darab használatban.

„Solluxlámpa“-nak, kisegítője a quarzlámpának. Sokatigéző ujdonság, különösen gazdag hőszugárzást ad.

Számos könyvirodalom.

Több mint 400 közlés.

Áttekintés ingyen.

Vinum myrtilorum sec. Kormos

ÁFONYA BOR

gyomor- és bélhurutnál legjobban bevált szer.

Készíti:

KORMOS ALADÁR

MAGYAR KIRÁLY GYÓGYSZERTÁRA,

BUDAPEST, V., FÜRDŐ-UTCA 12. SZÁM.

Kapható a gyógyszerárakban.

Orvosilag elismert speciális gyógyszerkészítmények:

Arsorobin. 0.05 és 0.01 Natr. Methylarsenat-oldat. Arzén-kurára.

Argosol. Isotoniás kolloid. ezüst-oldat: sepsis, pneumonia, endocarditis stb. Intravenosus, intramuscularis injectio.

Hydarsol. Sol. Mercurisalicylarsenat. Lues eseteiben; intravénás vagy intramuscularis befecskendezésre.

Mintákat díjmentesen küld az orvosoknak
MARBERGER GYULA, orvos-gyógyszerészeti laboratóriuma, UJPEST.

Ferglobin-Örkény.

(Tabl. ferr. glycerophosph. c. haemoglobino.)

Tablettánként glycerophosphathoz kötve, 0.03 gr. fémvasnak megfelelő könnyen felszívódó vasvegyületet tartalmaz.

Olcsó medicatio!
Obstipatiót nem okoz!

Ferglobin-Örkény

cum arseno.

Tablettánként 1/2 milligr. acid. arsenicosumot tartalmaz.

Tonicum. Roborans. Stomachicum.

Javalva: Anaemia, chlorosis, leukaemia eseteiben, leromlott phthisikus betegeknek és reconvalescenteknek.

Ára dobozonként 2.50.

Készíti: **Örkény Hugó**, „Nagy Kristóf“ gyógyszerháza és gyógyszerészeti laboratóriuma
Budapest, IV., Váci-utca 1.

Díjmentes orvosi minta szívesen áll rendelkezésre.

készítik elő, de *Breuner* és *Kausch* szerint ez felesleges. Arra nagyon ügyelünk, hogy szegezés alatt a végtagot erősen rögzítsük; így nem történik meg, hogy a szeg elgörbül, vagy rossz irányban halad.

Míg mások aczélszeget használnak, mi ennek hiányában 3 mm.-es drótszeget használunk, a hegyet troicartra kiéleztetvén. A szegeket nem nickeleztetjük be.

Szegezés után a fájdalom a második hét végén szokott jelentkezni. Ha előzetesen volna fájdalom, ez már rendelkezésre jele. (Kötés felbontandó.)

A szegeket 4—6 hét után távolítottuk el, eseteinkből egyben sem láttunk infectiót.

A szegek eltávolítása igen egyszerű. Ha egy szeggel szegeztünk, akkor a kiálló hegyes véget jódos gaze-zal jól

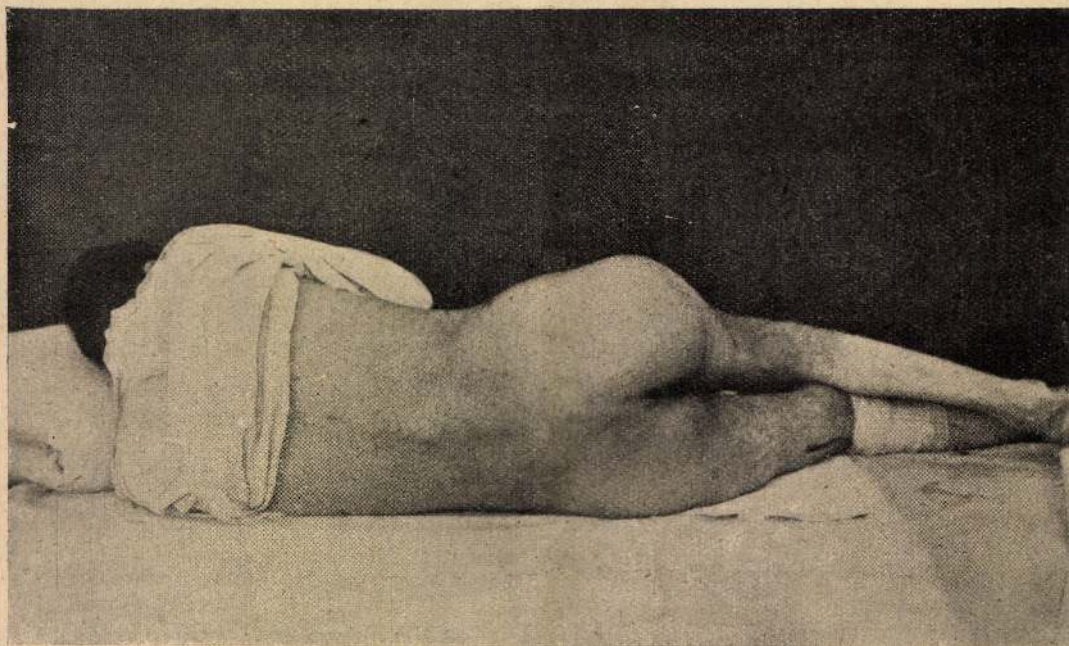


6. ábra.

A szeget a tuberositas tibiae alatt ütjük be. Ha két szeggel szegezzük, a szegeket átütjük mindkét corticalison. A corticalis ellentáll a legnagyobb nyomásnak, anélkül, hogy csontatrophia keletkeznék.

Általános tapasztalat, hogy a condylusokon a szeg által kifejtett nyomás folytán bizonyos csontfelpuhulás támad, a mi az infectiónak locus min. resistentiae.

letörüljük s fogóval a szeget egyszerűen kihúzzuk. Ha két szeggel történt a szegezés, akkor minden további nélkül kihúzzuk a szegeket. A szegezés helyén sűrű váladék jelenik meg, melyet levesbe oltva, a leves nem zavarodik meg, tehát a váladék nem fertőző. A szegzés helyét megjódoszuk és száraz kötással ellátjuk. A csontcsatorna 2 hét alatt minden zavar nélkül meggyógyul.



7. ábra.

Mi a szegek beverése után a szegek kiálló részét colodionba mártott vattába csavarjuk be s száraz kötással befödjük.

A nyújtás levétele után a készüléket mint támasztó-sínt még 2 hétig a betegen hagyjuk, ez idő alatt a massagera és az ízületek mozgására fordítunk nagy gondot.

A készüléknek a levétele igen egyszerű, a hason levő gipszet fűrészt segítségével átmetszszük s az egész készülék ezután lehúzható, a mint a 6. ábra mutatja.

A készülék decubitust nem okoz.

A 7. ábra a készülék levétele után mutatja, hogy a decubitusnak még a legenyhébb alakja sincs jelen.

(Folytatása következik.)

A pneumoniák abortív kezelése colloid fémoldatokkal.

Irta: Kovács Ferencz dr., Vizakna.

A pneumoniák oki kezelése az utóbbi években mind nagyobb fejlődést mutat, a kámfor után az optochin bizonyult kiváló hatásúnak, a betegséget coupirozza, de az adagolása után beálló s esetleg állandósuló amaurosis általános használatát kizárja; első és utolsó esetben tejdiaeta mellett 3-szor 0-20 gr. optochin. hydrochlor. okozott másfél hónapi vaktságot.

Az electrargolt igen szép eredménnyel alkalmaztam a legkülönbözőbb fertőző-betegségeken, s a *Thirolaix* öt bemutatott esetéről olvasott szép eredmény biztatott arra, hogy a fém-colloidokat pneumoniákban is alkalmazzam.

A colloid-fémoldat a szervezetbe jutva bactericid hatást fejt ki, nagyfokú leukocytosist idéz elő és katalitikus hatása is van; a nem tökéletes készítmények előbb hyperthermiát okoznak esetleg hidegrázással és leukopeniát.

Előállításukat illetőleg készíthetők vegyi úton (*Carey Lea* 1889, collargol) és electrolytikus úton (*Bredig*, *Swedberg*, *A. Lancien*). A collargol szemcse-nagysága 50–100 $\mu\mu$, a *Bredig* eljárása szerint készült electrargolé 20–50 $\mu\mu$. Hátránya mindkettőnek az egyenetlen szemcse-nagyság, a mi nagyon fontos, mert ez okozza az injectio után beálló hyperthermiát és leukopeniát, s subcutan vagy intraarticularis injectio után a főlsvívódás hiányos, egyenetlen. Állandóságuk korlátolt, szükségük van védőcolloidokra, beszárítva a szemcsék elvesztik *Brown*-féle mozgásukat (irreversibilis colloidok), aktivitásukat a száz fok meleg s az ultrasugarak is befolyásolják.

*M. A. Lancien*² ezeket a hátrányokat kiküszöböli a következő eljárással:

1. Az elektromosságot jól vezető fémekeket a *Bredig* eljárásának veti alá, a rossz vezetőket előbb kathód-úrben előkészítve, állítja elő a colloid-oldatot.

2. Az előkészítés második szakában a colloidokat magas frekvenciájú áram behatásának teszi ki, a melynek behatása alatt a szemcsék nagy erővel egymásnak ütődve, nagyon finom, ultramikroszkopium alatt is csak jódgözzel láthatóvá tehető szemcsékké porlódnak.

3. A colloidot ultraibolya sugarak behatásának teszi ki; ez a szemcsék vibrációs mozgását szabályozza, a mi az oldat állandóságában döntő tényező.

Ily módon a *Bredig* módszerével is előállított ezüst, arany, platina, rhodium, réz, vas, nickel stb. oldatokon kívül az eddig csak vegyi úton előállított mangan és kén, s a nehezen stabilizálható brom, phosphor, ólom, aluminium, szén, silicium stb. colloid-oldatok is előállíthatók.

Összegezve a *Lancien* eljárása szerint készített colloidok tulajdonságait, ezek a következők:

Extrem tartósságúak, nem befolyásolják sem a meleg, sem az ultrasugarak vagy electrolytek. Védő colloidra nincs szükség, beszáríthatók, ismét feloldva a szemcsék ugyanolyan nagyságúak, mozgásuk is változatlan.

A szemcsék átlagos nagysága: 5 $\mu\mu$.

¹ *Manine*: Soc. méd. des Hopitaux, 6. juin, 1913. Idézve a „Les metaux colloïdaux électriques procédés André Lancien” című monografiából.

² *d'Arsonval*: Acad. des Sc., t. 153, p. 1088, 27. novembre 1911. Idézve a „Les metaux colloïdaux électriques procédés André Lancien” című monografiából.

Injectio után nem következik be előbb hyperthermia és hypoleukocytosis, hanem gyors és tartós hyperleukocytosis³. *Lancien* és *L. Thomas* a colloid-fémoldatok viselkedését tanulmányozva, a bacteriumokkal szemben megállapították, hogy a bacteriumok körül a szemcsék szorosan lerakodnak, páncél-szerűen körülvéve azokat, úgy, hogy ekként izolálva, akkor is elpusztítanak, ha nem volna rájuk direkt toxikus hatásuk.

A kísérletek folyamán legerősebben bactericid hatásúnak a rhodium colloid-oldata bizonyult, a mely „lantol” név alatt került forgalomba (Laborat. Couturieux) 3 cm³-es fiolákban. *Zsigmondy* a colloid-szemcsék nagyságát 6–250 $\mu\mu$ -nak találta, a kisebb részecskéjüket már valódi oldatoknak vette; de a lantol, bár innen van a sorozaton, colloid-oldat. (Van egy doboz négy éves lantol-fiolám, a melyben semminemű csapadéknak ma sincsen nyoma.) A *Voigt*-féle „dispargen”⁴ vegyi úton készül, szemcsenagysága átlag 14 $\mu\mu$, védőcolloidja a *glutin* egyik származéka, irreversibilis (szárazon eltartható), injectio után hyperthermiát okoz hidegrázással (hypoleukocytosis?), subcutan nem szívódik fel jól. Nagy előnye olcsósága. Úgy látszik azonban, hogy nem olyan ártalmatlan, mint a többi, mert *Schindler*⁵ nagyon súlyos reakciókról számol be és egy halálesetről, a mely egyszeri dispargen-injectióra következett be.

A fulmargin (*Rosenbach*, Charlottenburg) megfelel kb. a *Clin*-féle electrargol régebbi alakjának. (Ez készen isotonizálva került forgalomba; az újabb készítményhez az isotonizáló folyadék külön fiolákban van mellékelve és használat előtt isotonizálendő a készítmény, ezáltal a csapadékképződést kerüljük el.) Praxisomban az „electrargolt”, a „lantolt” és a „fulmargin” használtam, újabban hasonló eredménnyel a *Marberger*-féle argosolt, amely isotonias collargol-készítmény.

*Thirolaix*⁶ eseteiben a betegség első, második, harmadik, illetve ötödik napján adott intravenosus „lantol”-injectiók után huszonhat órán belül mindegyik esetben tökéletes defervescencia állott be.

1914-től 1916-ig hét esetet kezeltem ily módon.

A kórtörténetek a következők:

1. *K. F.*, egy éves fiú. Megbetegedett 1914 február 24.-én. Tüdő fölött nagyon hangos légzés, köhög, hőmérséklet 38.1. Forró fürdő. Állapot másnap ugyanolyan, hőmérséklet 38.5. Harmadnap: hőmérséklet 39.5, jobb tüdő alsó lebenye fölött csengő szörtyzöreje, diagn.: bronchopneum. lob. inf. lat. dextr. Th. d. e. 1 cm³ lantol intramusc. Este hőmérséklet 39.6, tüdőlelet idem, 1½ cm³ lantol intramusc. Következő napon reggel hőmérséklet 37.5, tüdő fölött nedves szörtyzöreje, beteg jól van, 1 cm³ „lantol”, este teljesen láztalan, tartós javulás.

2. *T. K.*, 58 éves földmives, potator, előrehaladt arteriosclerosis tüneteivel. Pneumonia croup. l. sin. lob. sup. et inf.; kezelés alá vettem betegsége ötödik napján. (1914 okt. 5.-én.) Pulsus 135, hőmérséklet 39.8, beteg elesett. Th.: Strophantin Boehringer intrav. + 3 cm³ „lantol” intrav. Két nappal később: puls. 98, hőmérséklet 39.4; 3 cm³ „lantol”, intrav. Másnap exitus.

3. *B. P.*, 52 éves földmives, kezelése alá került betegsége harmadik napján. (1915 nov. 11.-én.) Diagn.: Pneum. croup. l. d. lob. sup.; azelőtt nyolcz évvel szintén volt ezen az oldalon súlyos pneumoniája. Th.: 10 cm³ ol. camph. subcut., 5 cm³ „fulmargin” intravenos. Következő nap: szív működés jó, tüdőlelet változatlan, hőmérséklet 39.6, Fulmarginból 5 cm³ intravenos. Harmadnap: puls. 120, hőmérséklet 39, beteg elesett, intravenos. strophantin Boehringer + 10 cm³ fulmargin. Betegsége hatodik napján feltünő javulás, hőmérséklet 38.2, pulsus, közérzet jó, fulmargin 5 cm³, hetedik napon láztalan, tartós javulás.

Annyiban is nagyon jó eredmény, mert ezidőben (1915 őszén) hét pneumoniás betegem közül öt halt meg, a kik az injectiók kezelésbe nem egyeztek bele.

4. *B. I.*, 4 éves leány, gyenge szervezetű, megbetegedett kanyaróban, 1915 decz. 2.-án; betegsége nyolczadik napján egy napi láztalanság után mérsékelt hőemelkedés: 37.8, tüdő fölött szörtyzöreje. Este hőmérséklet: 39.9, tüdő fölött (jobb oldal, hátsó lebeny) csengő szörtyzöreje. Diagn. Pneum. catarrh., morbill. Th.: 5 cm³ fulmargin intramuscularisan. Másnap kritikus hőmérséklet-csökkenés: 36.8, nedves

³ *Mm. Achard* és *L. Rammond*: Archiv. de médecine expérimentale, 1912 novemb. Idézve a „Les metaux colloïdaux électriques procédés André Lancien” című monografiából.

⁴ *H. Wirgler*: Ueber ein neues Silbercolloid „Dispargen”. Münchener mediz. Wochenschrift, 1915, 25. sz.

⁵ *Schindler*: Klinische Beobachtungen über die Wirksamkeit des Dispargens bei Puerperalfieber. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 44. kötet, 5. füzet. Ref.: Münch. med. Woch.

⁶ Soc. méd. des Hopitaux, decz. 21. 1911.

szörtyözörejek tüdő fölött; elővigyázatosságból fulmarginból 3 cm³ intramuscularisan. Tartós javulás.

Megjegyezni kívánom, hogy colloid-fémek intramuscularis injectiójakor ugyanazt az eljárást követem, mely a diphtheria-serum injectiójakor is nagyon jól bevált a praxisomban⁷; nem egy helyre injiciálom az egész mennyiséget, hanem a tűt visszahúzával ugyanazon a nyíláson más irányban előretolva, legyezőszerűleg öt-hat helyen osztom el, abból a föltevésből kiindulva, hogy egyrészt növekszik a resorptió felület, másrészt valószínűbb, hogy a tű véreteret talál. Az injectio helye a czomb külső oldala volt.

5. B. D., 48 éves földmives. Kezelés alá vettem betegsége negyedik napján, 1915 nov. 15.-én Pneum. catarrh. l. d., az injectióba nem egyeznek bele. Következő napon sürgősen hívnak a beteghez, teljesen öntudatlanul fekszik, hőrege, pulsus alig tapintható, 144. Oedema pulm. Strophantin Boehringer intravenosusan, beteg egy fél óra múlva magához tér, ekkor fulmargin 10 cm³ intravenos. Következő napon teljesen láztalan, tartós javulás.

6. M. V., 5 éves fiú. Megbetegedett pneumonia crouposa l. d.-ben; betegsége hetedik napján consiliumba hívott kezelő-orvosa; meleg fürdők mellett „lantai“-injectiót ajánlottam, az injectióknak azonban semmi hatásuk sem volt, a betegség továbbterjedését a baloldalra s az ugyanott jelentkezett pleuritis purulenta kifejlődését sem akadályozta meg. A beteg 7 hét alatt meggyógyult.

7. Cz. J., 61 éves mészáros, potator. Kezelésem alá került betegsége negyedik napján bronchopneumonia l. sin.-vel, 1916 jan. 20.-án; csak három nap múlva tudtam electrargolhoz hozzájutni, háromszor egymásután következő napon 10–10 cm³ intravenosusan; tünetek javulnak, beteg harmadnap láztalan. Rendelkezésem ellenére kijárkál, harmadnap visszaesik, hőmérséklet 39.4, bronchopneum. l. d.; colloidfémoldatot beszerezni nem tudtam, négy nap múlva exitus.

Thirolaix felemlíti, hogy eseteiben három órával az injectio után cyanosis állt be; a magam eseteiben nem tapasztaltam ezt.

Ha a kórtörténeteket egybevetjük, az eredmény a következő: két esetben nem vált be, mindkét esetben azonban a gyógykezelés a betegség ötödik, illetve hetedik napján vette kezdetét.

Két esetben kritikus hőleesést idézett elő, három esetben lytikusat.

A bronchopneumoniában jobbak az eredmények, mint a crouposában, a minek oka egyrészt az, hogy az illető betegek a betegség előrehaladott stadiumában kerültek kezelés alá, másrészt meg rossz prognózisú, gyenge szervezetű, rosszul táplált emberek voltak.

Semminemű kellemetlen tüneteket, az intramuscularis injectio fájdalmasságát leszámítva, nem okoztak, alkalmazásuk a betegre teljesen veszélytelen. Klotz⁸ három, illetve négy eset kapcsán a collargolt klysma alakjában ajánlja egy gramm dosisban; az első huszonnégy órában alkalmazva sikerült a pneumoniát coupirozni lytikus hőleeséssel három-négy nap alatt. Az electromos úton előállított készítmények intravenás, illetve intramuscularis injectiója hatásosabbnak mutatkozik, a mennyiben ilyen korai stadiumban kritikus hőleesést idéz elő.

Összefoglalás:

1. A colloid-fémoldatok (argentum, rhodium) pneumoniákban a betegség első napjain intravenásan, intramuscularisan, illetve rectalisan adagolva, a betegséget kritikus, illetőleg lytikus hőleeséssel coupirozni tudják.
2. Alkalmazásuk egyszerű, a betegre semminemű veszéllyel vagy kellemetlen tünettel nem jár.
3. Az intravenás és intramuscularis adagolás a rectalishal hatásosabb.

Adatok a heterovaccinás kezeléshez.

Irta: Holló Gyula dr., népfelkelő segédorvos.

Az „Orvosképzés“ 1917 márczius 15.-i számában báró Korányi Sándor dr. egyetemi tanár „Tapasztalatok és benyomások a hastyphus prognózisának és terápiájának köréből“ című dolgozatában a hastyphusnak vaccinák alkalmazása után gyakran látott gyors gyógyulását „nem specifikus

⁷ Dr. Kovács Ferencz: A diphtheritis serumkezelése az orvosi gyakorlatban. (Orvosi hetilap, 1916, 53. sz.)

⁸ K. u. R. Klotz: Ueber Abortivbehandlung der Pneumonie. Münchn. med. Wochenschrift, 1916, 24. sz.

beavatkozások által előidézett krízisnek“ nevezi. Azt is írja továbbá „A typhus abortiv gyógyulása“ vaccinák után „híven utánozza a pneumonia krízisét. Lehetetlennek látszik, hogy mechanizmusukban ne legyen valami hasonló.“

1916 januárjában a szatmárnémeti megfigyelő kórház fertőzőosztályán hasonló gondolatmenet alapján kísérleteztem éppen a kruppos pneumoniának typhus-vaccinával való gyógyításával. Annak idején lemondtam a közlésről, mert kielégítő therapiás hatást nem észleltem. De úgy gondolom, hogy eredményeim közlése Korányi tanár megjegyzése után most még sem lesz egészen érdektelen, annál is inkább, mert hasonló kísérleteket az irodalomban eddig leírva nem találtam.

A kísérletekhez Csernel-Kaiser-féle vaccinát használtam intravenásan, kezdetben 1/2 cm³-t, majd midőn ez kevésnek látszott, 1 cm³-t; az adagot néha megismételtem. A vaccinát csak fiatal, kielégítő szív működésű betegeken alkalmaztam és csakis ott, hol a genuin kruppos pneumonia (Fraenkel-Weichselbaum) diagnosisa minden kétségen felül állott.

Az eredmények megítélésére legfontosabb a betegek láz-görbéinek tekintetbevétele, minthogy a vaccina hatása első sorban a hőmenetet befolyásolja.

A hőmérsék a heterovaccina befecskendezése után néhány óráig emelkedik, majd tetemesen süllyed; de újból felemelkedése után a továbbiakban nem mutat lényeges változást.

Az a reménység tehát, hogy a kritikus gyógyulásra úgyis hajlamos pneumoniát sikerül majd vaccinával hirtelen meggyógyítani, egy esetben sem vált be; a betegség a szokott időben és többnyire a megszokott kritikus hőeséssel gyógyult.

Mégis úgy látszik, hogy a hőmenetnek az a nagy meg-rázkódtatása, melyet a vaccina idéz elő, a legtöbb esetben az első viharon túl is kihat a pneumoniában ritka, szabálytalan hőmenetekre vezet. A hőmérséklet foka is csökken valamelyest.

A helybeli tünetek befolyásolását nem tudtam megállapítani. Káros hatást nem láttam, sőt az a benyomásom, hogy a rövid vaccinás lázrohamot követő láztalan órák az egyéb toxikus tünetek enyhülése mellett jótékony hatást gyakorolnak a betegekre.

Még csak azt kívánom megjegyezni, hogy ugyanakkor és ugyanazon vaccinával typhus-betegeken nagyon szép eredményeket láttam.

A faj-higiene modern problémáiról, különösen a világháború szempontjából.*

Irta: Deutsch Ernő dr., ezredorvos.

(Folytatás.)

Megbeszélésünk szempontjából párhuzamot kell vonnunk az öreg Európa és a fiatal Amerika között, a mely összehasonlításról egy igen kiváló író a következőket mondja: „Megszégyenítő reánk nézve, hogy mily más mértékkel mérik Amerikában a szellemi átlagot; a kit náluk mint elmeenyegét internálnak, az nálunk legföljebb „dummer Kerl“ számba megy.“ Valóban mi nemcsak a ma még fantasztikusnak látszó, hanem a legrealisabb alapon álló eugenikai intézkedéseket is — a melyek Amerikában közkeletűek — vállvonogatással fogadjuk, pedig ma, inkább mint valaha, itt az ideje, midőn e kérdéssel foglalkozni létérdek.

Amerikában behatóan foglalkoznak az állandó internálás kérdésével. Ha papírral és czeruzával kezünkben megcsináljuk a számítást, hogy a társadalom ú. n. jótékonyági ténykedésének és az államnak mibe kerül a degeneráltaknak és utódaiknak fenntartása, akkor magunkévá kell tennünk azt a felfogást, hogy az állandó internálás sokkal olcsóbb. Az állandó internálás két szempontból áldásos: az egyik az egoista, a mely abban gyökeredzik, hogy a társadalom mentesíteni akarja magát azon egyénektől, a kik neki minden tekintetben terhére vannak, de ez úton-módon a társadalom megmenekül a szaporodásra alkalmatlan elemektől is

* Előadás a Stefánia-Szövetség szociálpolitikai szakosztályában.

(Grotjahn). De van egy altruista tendentia is, mely azt célozza, hogy ezen degenerált egyének, kik nem bírnak eredményesen résztvenni a létért való küzdelemben, nem állván rendelkezésükre ugyanazon szellemi és anyagi eszközök, mint a normális embereknek, ne kerüljenek el az élet nagy küzdelmében, hanem állandóan asyllumokban internálva, meg legyen adva a lehetőség, hogy szellemi és testi képességeiket saját, valamint a köz javára felhasználhassák, meg legyen adva a lehetőség arra is, hogy az élet örömeinek, a boldogságnak azt a minimumát élvezzék, melyhez minden embernek jussa van. Ez eljárás valóban megérdemli egy német kitűnő sociologus bírálatát: „Ausjätung der somatisch und psychisch minderwertigen Individuen in humaner Form.“

* * *

A fogantatásnak, a nemzésnek megakadályozása az eugenika legradikálisabb prophylaxisos intézkedése. Már a legrégebbi időkben ismerték a *castratiót* mint a nemiszervek büntetesként eszközölt csonkítását, a melylyel hazaárulókat, bűnöző rabszolgákat és hasonló egyéneket sujtottak azon célzattal, hogy szaporodásuk meg legyen gátolva. A modern kutatások bebizonyították, hogy ezen csonkítás az emberi szervezetet egészében támadja meg, ilyen egyéneken nagyon gyakran az ú. n. belső secretio-zavar folytán mutatkozik a más nembe való átcsapás, férfiakon a feminin-, nőkön pedig a masculin-jelleg lép előtérbe. Ezért újabban oly műtét eljárásokat gyakorolnak, melyek csupán a potentia generandi-t gátolják, de egyébként a szervezet épségét nem érintik, ilyen a férfin a *vasektomia*, a nőn a *fallektomia*, az erélyes *röntgenezés* és az *atmokaussis*. Ezen operatív beavatkozás jogi szempontból az illetőnek vagy hozzátartozóinak beleegyezésével eszközöltessek. A degenerált ember nem igen szokott nagy súlyt fektetni tovaszaporodására, s a műtétbe szívesen beleegyeznek, mivel bebizonyított tény, hogy a náluk gyakori izgalmi tünetek ezen beavatkozás következtében megszűnnek; Amerikában az állandó internálás keretében is végzik ezen műtétet.

* * *

A házasság reformkérdéseivel eugenikai szempontból nemcsak Amerikában, hanem Európában is foglalkoztak. Azon kérdés előtt állunk, előnyösebb-e az államhatalom révén kényszer-eszközökkel dolgozni, vagy pedig az eugenikai tudás népszerűsítésével vigyük-e be az emberek köztudatába azon elveket, a melyek vérré válván, az emberek eugenikai szempontokat is tartva szem előtt, kötnének házasságot. Természetszerűen nagy horderővel bír, hogy az államhivatalnokok, a papok, a kik a házasságkötés körül bizonyos funkciókat végeznek, fajhygienés tudással bírnak. Ezen közegek befolyása alatt talán keresztülvihető lesz, hogy ha az emberek a házasság-engedélyt kérelmező okiraton feltüntetett, a házasság-kötését tiltó betegségekkel bírnak, szándékukról le fognak mondani; a házasság megkötése előtt orvosi bizonyítványt fognak beszerezni, a mely orvosi bizonyítvány fogja a hivatalos tényezőket a házasság megkötésének engedélyezésében irányítani. Németországban *Schallmayer* „Krankenspasskarte“-t, *Tugendreich* „Gesundheitskarte“-t akar minden egyénről kiállíttatni, mely adatok a házasság megkötésének engedélyezése szempontjából óriás horderővel bírnak.

A házasságot tiltó rendelkezések ellen felhozták az egyén sajátos jogát a boldogságra, az emberiség quantitativ csökkenését — mintha a házasságot nem szabályozná a társadalom ezerféle előitélete, mintha nem volna előnyösebb egy ember boldogságát feláldozni az esetleges szerencsétlen utódok tömegének s mintha nem volna hasznosabb az emberiség qualitását, mint quantitását tartani szem előtt. A házasság-tilalom egyesek nézete szerint a degeneráltak vadházasságának számát fogja gvarapítani; meglehet, de egyrészt a vadházasságok aránylag gyermek-szegények, másrészt a degeneratio egyik jellegző tulajdonsága a faj gyors kihalása.

* * *

Amerikában nagymértékben foglalkoznak a *bevándorlók* eugenikai szempontból; törvényhozás révén (1875) akadályozzák meg degenerált egyének, bűnözők, prostituáltak letelepedését, még pedig olyaténképpen, hogy a hajóstársaságokat kényszerítik, hogy saját anyagi rizikójukra szállítsák vissza ezeket az egyéneket hazájukba. Amerikának az európai kivándorlási irodákban eugenikai képzettségű alkalmazottai vannak, a kik a kivándorlásra jelentkezők családfájával, előéletével behatóan foglalkoznak.

* * *

Az *eugenika quantitativ tendenciái* különösen a háború szempontjából bírnak nagy horderővel. Ma még inkább mondhatjuk, mint a multban, hogy oly kevesen vagyunk, hogy az apagyilkosnak is meg kell kegyelmeznünk és e felfogással kapcsolatban ma az eugenikának kissé túlfinomodott qualitativ követelményeitől el kell tekinteni. El kell fogadnunk azon elvet, a melyet *Grotjahn* hirdet, hogy három gyermek a család, illetőleg népfenntartás minimuma, úgy, hogy minden család kötelessége legalább három gyermeket öt éven felül felnevelni. Az állam tulajdonképpen a gyermekproductio ellen dolgozik a folyton dráguló tápszerek, az iskoláztatás magas ára stb. stb. által, melyek mind oly tényezők, melyek a családot a gyermekek számának lehetőségig megszorítására indítják, s ezekhez képest az adókönyvités („Kinderprivileg“) csak elenyésző tényező. A luxus-adók (dohány, szesz) emelése, a különböző adónemek, a melyeket az aggregényekre, a gyermektelen házaspárookra rónának ki, szolgálnának a gyermekekben gazdag családok gyámolítására; de ne felejtjük el, hogy ily módon bizonyos fokig igazságtalanok volnának, mert ez úton leginkább a nem nagy jövedelmű, még meg nem házasodott fiatalok s az ifjú házaspárok szenvednének az adóprés folytán! *Gruber* a szülőnyugdíj („Elternpensionen“) folyósítását követeli azon feltétellel, hogy az illetők háromnál több gyermeket neveltek nagykorúságukig s így a 60 éven túl fizetendő nyugdíjat búsán kiérdemelnék; ez összeg Németországra évente 1096 millió volna. Családi biztosítást kíván *Paull H.* („Die neue Familie“) meghonosítani oly módon, hogy a 17. életévétől kezdve mindenki első gyermeke születéséig bizonyos járulékot fizessen; ha még nem keres, az összeget a szülők fizetik s így újabb teher esik rájuk. Ez anyagi áldozat jogosultságát az állam részéről helyesen jellemzi *Tschirn*: „Ha a sok gyermek a nép számára gazdagságot jelent, az egyes szegény család részére pedig alig elviselhető terhet, akkor természetszerűen adódik az a felfogás, hogy a két tényező között az erő és teljesítmények kicserélése feltétlenül jogosult.“ Itt említem fel azon érdekes, bár kissé fantasztikus felfogást, mely szerint lehetne egy egészen új, a sokgyermekes család elvéhez fűződő nemességet statuálni. *Gruber* háromgyermekes apának, *Paull* pedig minden nős férfinak szavazati jogot kíván biztosítani, *Paull* a nőtlenekeket is jogtól meg akarja fosztani; csodálatos, hogy a nők politikai jogairól nem beszélnek s nem gondolnak arra, hogy talán nem túlságosan jogosult a nőtlenekeket a politikai élet küzdőteréről leszorítani. Kissé naivan hangzik *Gruber* indítványa, hogy minden három gyermeket szült anya „Frau Mutter“ címet kapjon.

Az örökösödési törvényt is át kellene dolgozni, hogy azoknak a családoknak, a kik nem produkálnak bizonyos minimális mennyiségű gyermeket, ne adassék meg a jog arra, hogy egész vagyonukat hagyományozhassák gyermekeikre, hanem ennek a vagyonnak egy része oldalágra szálljon.

Azonkívül meg kell adni a lehetőséget arra, hogy a sok gyermekkel bíró családoknak megfelelő lakásuk legyen s hogy ne üldözzék a nagyvárosban azokat az embereket, kik sok gyermekkel jönnek lakást keresni. E kérdéssel kapcsolatban emlékezem meg a kertvárosok felépítésének horderejéről. A háború után az esetleg gyér lakosságú hódított (!) terület colonisatiója nagyobb gyermekproductiót fog lehetővé tenni.

Küzdeni kell azon társadalmi tévhit ellen, mely tör-



OPTOCHIN BASICUM

specifikus chemotherapeutikus szer

Pneumonia ellen.

Ujabb közlések javallatok és adagolásról:

Mendel, Münch. med. Wschr. 1915, Nr. 22 und Deutsche med. Wschr. 1916, Nr. 18; Leschke, D. m. W. 1915, Nr. 46; Morgenroth, D. m. W. 1916, Nr. 13 und Berl. klin. Wschr. 1916, Nr. 24 u. 27. (Vereinsberichte); Lublinski, Berl. klin. W. 1916, Nr. 27; Becher, Med. Klin. 1916, Nr. 44; Fr. Meyer, D. m. W. 1916, Nr. 45; Rosengart, D. m. W. 1916, Nr. 46; v. Dziembowski, D. m. W. 1916, Nr. 52.

Optochin hydrochloricum

a szemészetben, mindenek előtt Ulcus cornea serpensnél.

Ujabb közlések:

Axenfeld u. Plocher, D. m. W. 1915, Nr. 29; Cavara, Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 54, 1915; Cramer, Zschr. f. ärztl. Fortbildg. 1915, Nr. 14; Lehmann, Ugeskrift for Laeger 1915, Nr. 46; Rosenhauch, Przegląd Lekarski 1916, Nr. 1; Augstein, M. m. W. 1916, Nr. 15; Kraupa, Jahreskurse für ärztl. Fortbild. 1916, Nr. 11; Grüter, M. m. W. 1917, Nr. 2.

Irodalom rendelkezésre áll.

Minták megrendelésénél a t. orvos urak tisztelettel kéretnek, hogy a 184. sz. hirdetésre hivatkozni szíveskedjenek.

Oesterreichischer Verein für chemische und metallurgische Produktion
Wien I, Schenkenstrasse 8—10.

„Carbovent“

(Carbo animalis pro usu interno) az összes toxinok legmagasabb adsorptiós képessége folytán, kitűnően bevált cholera, dysenteria, valamint minden gyomor és bélfertőzési bajoknál. Mint sebhintőpor is kitűnő hatású.

Kapható 100 g-os zacskókban a következő budapesti nagykereskedőknél:

THALLMAYER és SEITZ, KOCHMEISTER FRIGYES UTÓDAI és TÖRÖK JÓZSEF.



Natrarsen ERI

Pearson-oldat) 0,001—0,02 emelkedő sorozatokban a legideálisabb arseninjection.

Rózsavölgyi Imre
gyógyszerész

Speciallaboratorium ERI
Budapest, VI., Aréna-út 124.

Próbák ingyen és bérmentve.

Guajacetin

(brenzkatechin monoazetsavas natrium)

a légutak hurutjainál, lázzal járó meghűlési eseteknél, rheumánál stb.

1 eredeti csomagolás	25 tabletta K 2.70
1 „ „	50 „ „ 4.75
1 „ „	100 „ „ 8.80

Migrol

(brenzkatechin monoazetsavas

Dimethylamidophenyl dimethylpyrazolon)

Sedativum és antipyretikum

migrán és influenza ellen.

1 eredeti csomagolás (10 tabletta à 0.5 g) K 2.—

Chemische Fabrik Fritz Kripke G. m. b. H. Berlin-Neukölln.

Képvisező Ausztria-Magyarország részére: A. HRADEZKY, Wien XVIII/1. Währingergürtel 57.

Nöhring B. IV

Tuberculosis elleni gyógyszer.

St. I: könnyebb eseteknek } Közelebbit a használati utasításon.
St. II: súlyosabb eseteknek }

Subkutan-injektio számára 1 ampulla=4—10 heti adagnak.

Eredeti csomagolások: St. I: 1 ampulla K 7.50, St. II: 1 ampulla K 5.—,
5 ampulla K 35.—, 5 ampulla K 23.50.

Dr. med. Nöhring B. IV-Werk, Coswig (Sa.)

Főképviselet Ausztria-Magyarország és a balkánállamok számára: Th. Lindner, Wien VIII, Hamerlingplatz 7.

DOMOPON

Az opium összalkaloidait vízben oldható és tiszta állapotban tartalmazó készítmény. A morphin és opium-készítmények helyett az orvosi gyakorlat összes ágaiban alkalmazható.

Domopon-tabletták

1 cső 20 tabl., 1 tabl.=0.01

Ára: K 3.—

Eredeti csomagolások.

2% Domopon-oldat

10 g-os csepegtető üvegben

Ára: K 2.50

Domopon-injekciók

1 dobozban 6 ampulla, 1 amp.=

1 ccm.=0.02 Ára: K 3.60

Rendelhető továbbá bármely más gyógyszerrel összetéve.

NOVATROPIN

Az összes atropin hatású gyógyszerek közül a legkevésbé mérgező (dr. Issekutz szerint halálos adag 4.80 g). Therapeutikus hatása az atropinéval egyenlő, alkalmazása azonban nem okoz kellemetlen központi izgalmi tüneteket, nyugtalanságot stb. Gyermekeknél is alkalmazható. Indikált úgy a bel-, valamint szemgyógyászatban, atropin, homatropin, illetve ezek vegyületei helyett. Rendelhető tabletták, cseppek és injekciók alakjában eredeti csomagolásban, szükség esetén pedig más gyógyszerekkel összetéve.

Novatropin-tabletták

1 cső 20 tabl., 1 tabl.=0.0025

Ára K 3.—

0.2%-os Novatropin-oldat

20 g-os csepegtető üvegben

Ára: K 2.50

Novatropin-injekciók

1 dobozban 6 ampulla, 1 amp.=

1 ccm.=0.0025 Ára: K 3.60

ARSOTONIN

A monomethyldinatriumarsenat **isotóniás oldata** steril ampullákban, subcutan injekciókhoz. 1 doboz 20 ampulla, 1 amp.=0.05 g monomethyldinatriumarsenat.

Ára: K 6.50.

SULFOTIN

Egy 7.5%-os Kalium sulfogujacol szörp. Rendelhető az országos betegápolási alap, valamint a legtöbb betegsegélyező-pénztár terhére, 1 üveg 200 g.

Ára: K 2.—.

CADOGEL

colloidális kátrány-készítmény, acut és chronikus bőrbántalmak souverain gyógyszere.

CADOGEL PURUM,

CADOGEL 66%_o,

CADOGEL 33%_o,

CADOGEL 10%_o.

Orvosi mintát és irodalmat kívánatra készséggel küld:

„CHINOIN” gyógyszer és vegyészeti termékek gyára r.-t. (Dr. Kereszty és Dr. Wolf)
UJPEST, Tó-uteza 5.

vénnyel szentesíti a meddő prostitúciót s mely elítéli és üldözi a leány-anyát törvénytelen szülöttjével egyetemben. Hihetetlen, hogy egy modern német szerző (Paull) a házasság és család érdekében kívánatosnak tartja, hogy a leány-anya megbélyegeztessék. Szükséges, hogy francia mintára alakítsunk társadalmi egyesüléseket („Ligue des pères et mères des familles nombreuses”), a melyek gyermekekben gazdag családok segélyezésével foglalkoznak. Az adókvetésnél mindig számításba veendő, hogy az adó a család szaporodását ne gátolja.

* * *

„A nemes mag is csenevész termést hoz, ha sovány talajba jut, de hitvány magból is javított termést ad a preparált talaj”, e kijelentést teszi igen szellemesen Bársony, s felette megszívlelendő fejtegetéseit következőképpen folytatja: „Általában véve nem elég gondot fordítanak az asszonyi testre. Pedig ha azt kívánjuk tőle, hogy sokat és jól termeljen, akkor azt meg méltán megkövetelheti, hogy kiméljük, ápoljuk, a rárótt feladat teljesítésére képessé teendő.”

A modern feminizmus politikai tendenciái mellett felfogásom szerint elengedhetetlen követelmény legyen, hogy a fogantatások lehető gyakorisága mellett a női test kellő ápolásban és kimélésben részesüljön, s hogy a terhesség s a szülés olyaténképpen folyjon le, hogy az egyén érdeke a közérdekkel összeegyeztethető legyen.

A fogantatást gátló eszközök árúsítása, a terhesség műleges megszakítását célzó eljárások orvosi és szociális szempontból egyaránt törvényesen szabályoztassanak. Sajnos, a fogantatást gátló eszközök egyúttal legjobb óvszerek a nemi betegségek ellen s így a gyártásuknak eltöltése felette két-élű fegyver.

„A hervadó ősre következik a havas tél, a nyirkos tavaszra az áldásthózó nyár. A derűt következetesen a ború szokta felváltani, a borulat mögött azonban bizonyosan megmarad a kék ég és csak türelemmel bízunk, előbb-utóbb megint ki fog az derülni.” Ne essünk kétségbe, a mostan uralkodó borút is okvetlen felváltja a derű órája; e reményt keltő tudatban emlékezzünk meg azon szolidaritásról, a mely valamennyiünk lelkében él: a szolidaritás a multtal, a jövővel és a jelennel szemben! A multtal szemben a szolidaritás megnyilatkozik abban a kegyeletben, a melyet az elhunytakkal szemben érzünk, a mely jelenleg a legszebb, legnemesebb formában öltött testet elesett hőseinkkel szemben. A szolidaritás a jelennel szemben a társadalomnak és az államnak azon jogi és humanitárius megnyilatkozásaiban mutatkozik, a mely megnyilatkozások termik a modern embervédelemnek összes ágazatait. És végre a jövővel szemben érzett szolidaritás az, a melyet a jövő generatio érdekében az eugenikai gondolkodás biztosít!

Tisztelt hallgatóság! Hogyha ezen szolidaritás érzete átmegy vérünkbe, akkor nem fog megvalósulni az a szomorú jóslat, a melyet nem rég Vaernig hirdetett, mondván, „hogyha az eugenikai gondolkodás nem fog gyökeret verni az öreg Európa lelki világában, akkor ez a szó legrealisabb értelmében agg Európa lesz!” Szent meggyőződése, hogy Vaernig jóslása nem fog bekövetkezni, s a pusztulás irtó korszaka után egy szebb jövőt biztosító megújulás fog bekövetkezni, remélhetőleg elsősorban nálunk, a háborúban oly értékesnek bizonyult magyar fajon!

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Sebészet.

A térdizület feltárását a patella frontális irányú kettéfürészélése után hajtja végre Spitz tanár oly módon, hogy a 2 condylust összekötő, lefelé domború bőrmetszéssel

kiszabott bőrlebens felpreparálása után a patellát bázisánál kezdi kettéfürészelni (felülről lefelé) s az így nyert felülső lebens-részletet lefelé, a hátulsót pedig, mely a musc. quadriceps inával függ össze, felfelé hajtva, a térdizületet átkinthei. Az izületben szükséges beavatkozás elvégzése után a patella 2 rétegét újból egymásra fektetve, a periosteumot és a tokot magában foglaló egy sor körkörös csomós varrattal egyesíti.

Ez eljárás előnye, hogy igen egyszerű; a varratok sohasem hatolnak keresztül a csonton, még kevésbé az izület belsejébe és az izületet elülről védő patella csaknem teljesen sértetlenül marad. (Münch. med. Wochenschrift, 1917, 35. szám.) M.

Erysipelas és idősült izületi rheumatismus esetében jó eredménnyel alkalmazza Eberstadt a collargol-injectiókat. Felnőtteknek 10 cm.³-t ad 2%-os, frissen készített oldatból intravenásan. (Münch. med. Wochenschrift, 1917, 35. szám.) M.

Többszörös gránát- és bomba-okozta sérülések kezelésére a pyoktanint (methylibolya) tartja a legkiválóbbnak Therstappen törzsorvos. Tapasztalatai szerint a pyoktanin igen nagy diffundáló képességénél és bacteriumölő tulajdonságánál fogva hatásában sokszorosan felülmúlja a Dakin-oldatot. Ezenkívül a szöveteket nem bántalmazza s nem mérgező, s diffundáló képességénél fogva a sebet nemcsak felületesen deszinficiálja, hanem egészen alapjáig, úgy, hogy a pyoktaninnal kezelt sebek excisio után összevarrva primaer gyógyulnak. (Münch. med. Wochenschrift, 1917, 30. szám.) M.

Bőrkórtan.

Sajatságos melanosist ismertető előzetes közlés keretében Riehl tanár (Wien). A szerző ez év első hónapjaiban több férfit, nőt és gyermeket észlelt, a kiknek igen feltűnő bőrelváltozását főtünetként az arcnak intenzív sötét festődése jellemezte. Az első benyomás az volt, hogy a betegek erős napon tartózkodtak s hogy az erős pigmentatio egy dermatitis solarisnak az eredménye. Mindez azonban ki volt zárható. Csekély eltérést nem tekintve, a betegeken nagyjában a következő elváltozások észlelhetők. A bőr sötét-barna színű. A szín a patinás bronz és a csokoládé színe között váltakozik s némi szürkés árnyalatot is mutat. A festődés legerősebb a járomcsont felett, a homlokon és a halántékon. A barna bőrön finom lisztes korpázás látható. Helyenkint tágult tüszőnyílások, melyek szarutömeggel kitöltöttek. Atrophiának, gyuladásnak sehol semmi nyoma. A barna festődés a fejnek azon részein is található (pl. fej hajas része), mely a világosságnak kevésbé szokott kitéve lenni. Viszketés a betegeket nem bántotta. A betegek legpontosabb kikérdezése sem tudott az aetiologiára vonatkozó adatokat szolgáltatni. Mint említettük, erős napfényen nem tartózkodtak (városban és télen!), semmiféle olyan kémiai vagy fizikai ingert nem lehetett kimutatni, mely előzetes lobosodás után pigmentatióra vezethet. Arsen szedése minden esetben ki volt zárható. Többé a betegek egyike sem szenvedett oly általános vagy szervi belső bajban, mely közismerten kóros pigmentatióra vezethet (pl. morbus Addisoni, pellagra, ergotismus, cachexia stb.). Ily módon tehát ismeretlen marad az ok, mely ezt a melanosist fölidézte.

Tudnivaló azonban, hogy a pigmentképződés kérdése még igen sok szempontból hiányosan ismert. Csak azt tudjuk, hogy számos külső behatáson kívül még több kóros vagy élettani belső életműködés nyomán bizonyos pigmentációs anomaliák keletkezhetnek, a melyeknek finomabb okait és feltételeit azonban még nem ismerjük. Azt is tudjuk, hogy bizonyos anyagok és mérgek (arsen, tengeri pellagra mérge, ergotin stb.) a szervezetbe jutva, bizonyos körülmények között pigmentatiót okoznak. Pigmentatiót létesítő mérgek azonban magában a szervezetben is képződhetnek. A szerző betegeinek kórképe klinikailag leginkább az arsen-melanosist

és a pellagra pigmentációja között állott. Mostanában, a mikor az emberek a háború mostoha viszonyai következtében még a legemelemből élelmiszereket is idegen, esetleg káros anyagokkal keverten kénytelenek „élvezni”, nem lehetetlen, hogy oly anyagok kerüljenek mindennapi élelmiszereink közé, melyek adott körülmények között melanosisra vezethetnek. (Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 25. szám.) *Guszman.*

Orr-, garat- és gégebajok.

A hypophysis-daganatok műtétéhez szolgáltatt adatokat *Kahler* (Freiburg i. Br.). Ámbár a *Schloffer*-féle transphenoidalis műtési eljárás bevezetése óta jelentékeny számú turhamirigy-daganat sikeresen operáltatott, még rövid idővel ezelőtt az ophthalmologusok és neurologusok húzódoztak az ily eseteknek megoperáltatásától, a minek oka abban keresendő, hogy az operációs halálozás meglehetősen nagy s rossztermészetű tumorok eseteiben a siker csak mulékony volt. Mióta rhinologusok karolták fel a hypophysis-daganatok műtétét, a beavatkozás jóval veszélytelenebbé vált s az elért eredmények lényegesen javultak. A rhinologusok részéről az utóbbi évek folyamán jól bevált műtési eljárásokat ajánlottak, melyek a *Schloffer*-féle transphenoidalis eljárás módosításai gyanánt tekintendők. Leginkább *Hirsch* endonasalis eljárása terjedt el, mellyel az orrsövény submucosus resectiója útján jut az iköbölbe; ez eljárás előnyei: a műtétnek helyi érzéstelenítésben való végezhetése, a csekély vérvesztés és mindennemű torzítás elkerülése. Míg a *Schloffer*-féle eljárás 32.1% mortalitást ad, *Hirsch*-nek a saját eljárása szerint operált 35 esete csak 12.7% halálozással járt; a mások által végzett műtéteket is tekintetbe véve, a *Hirsch*-féle eljárás szerint operált 57 eset 21% mortalitást mutat. A *Hirsch*-féle eljáráshoz hasonló *Cushing* methodusa, a ki ugyancsak submucosus septumresectiót végez, de nem endonasalis, hanem egy sublabialis metszésből kiindulván; *Cushing* eredményei igen jók, 95 operált esetében a mortalitás csupán 8%. Sajátságos módon csak kevés követőre talált a *Chiari* által ajánlott paranasalis eljárás, mellyel az iköblöt a proc. nasofrontalis felett vezetett metszésből nyitjuk meg; a proc. nasofront. reszekálása, a lamina papyracea eltávolítása és a rostasejtek kitakarítása után igen jó hozzáférést nyerünk az iköbölhöz és a septum hátsó részének és az iköböl sövényének reszekálása után a műtét területét nagyon jól áttekinthetjük. *Chiari* már 1911-ben 2 ez úton sikeresen operált esetéről számolt be, *Kahler* pedig freiburgi klinikáján 4 esetet operált ily módon. Három esetben a kórjelzést a tipusos szemlelet és Röntgen-kép alapján állították fel, míg egy esetben általános hypophysis-tünetek voltak jelen; a diagnosis helyességét a műtét mind a négy esetben igazolta; histologice epithelialis, illetve neuroepithelialis tumorokról volt szó. A műtét és a kórlefolyás valamennyi esetben zavartalan volt; 1 esetben a látóélesség jelentékeny javulása állott be, míg a többi esetben e tekintetben csak lényegtelen változás következett be, de ezekben is a subjectív panaszok enyhültek, a kínzó főfájás elmaradt s az általános hypophysis-tüneteket mutató betegen lényeges psychés javulás mutatkozott; míg a műtét előtt a beteg teljesen apathiás és semmiféle munkára használható nem volt, a műtét után megélénkült, különféle kézimunkákat jól végzett. *Kahler* egy ötödik esetében a Röntgen-kép alapján hypophysistumort extrasellaris részlettel feltételezve, végezte a műtétet *Chiari* eljárása szerint; a beteg 4 nappal a műtét után meningitis tünetei között meghalt; boncolás nem volt végezhető, de kétségtelen, hogy hydrocephalus internus volt jelen, hasonlóan *Hirsch*-nek egy esetéhez, melyben a circumscrip hydrocephalust mutató harmadik kamara megnyitása után letális exitus következett be. Az irodalomban több hasonló eset tanúskodik arról, hogy mily veszélyes a sella turcica megnyitása hydrocephalus intern. esetén; kitűnik ez esetekből, hogy a tipusos tünetek (bitemporalis hemianopsia, általános hypophysis-tünetek, röntgenologice kimutatott kitágulása a sellának) sem okvetlenül hypophysis-tumor által okoztatnak,

hanem hydroceph. int. következtében is létrejöhetnek. Az ily téves diagnosisek következtében felmerülő postoperációs halálozások elkerülésére jó szolgálatot tehet a *Schüller* által ajánlott sellaris palliativ trepanatio; szerinte az iköböl hátsó falának resectiója és a dura szabaddá tétele után mindenkor előbb punctiót végezzünk; ha ez folyadékot szolgáltat, a további beavatkozástól tartózkodjunk. A *Chiari*-féle eljárásnak a *Schloffer*-féle műtéttel szemben a beavatkozás kisebb volta és az orr belsejének kimélése az előnye, a *Hirsch*-féle eljárással szemben pedig a hypophysishez való útnak rövidebb volta, a műtétnek minden esetben egy szakaszban és rövidebb idő alatt elvégezhetése s különösen fontos a műtési terület jó áttekinthetősége. Leszámítva téves diagnosis következtében előfordult 2 halálestet, a *Chiari* szerint paranasalisan műtött 8 eset igen kedvező eredményt (0% mortalitást) szolgáltatott. A műtési beavatkozás sikere természetesen a tumor minőségétől függ; tartós sikerre csak cysták és jótermészetű tumorok eseteiben számíthatunk. A műtett esetek utókezelésére nagyon ajánlatos a Röntgen-sugárzás. Rossztermészetű tumorok recidívái esetén is a visus lényeges javulása várható Röntgenezés után. Tekintettel a hypophysis-tumorok sugározatási terapiája által elérhető jó eredményekre, felmerül a kérdés, ne ejtessék-e el a hypophysis-tumorok műtete a Röntgen-kezelés javára? *Kahler* szerint tovahaladó látászavarokkal járó eseteket okvetlenül meg kell operálni, mert könnyen lehetséges, hogy a tumornak a sugározatás következtében reakciós duzzanata folytán a fényérzés utolsó maradványa is elvész; lassú rosszabbodással járó csekély fokú látászavarok esetén a Röntgen-kezelés megkísérélhető; teljesen elvesztett visus és látászavarok nélküli akromegalia eseteiben is előnyben részesítendő a Röntgen-kezelés. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde, 1917, 75. kötet). *Safranek.*

Gyermekorvostan.

A lues elterjedéséről a gyermekkorban értekezik *Pfaundler* (München). Az extrauterin szerzett lues-esetek a veleszületettekkel szemben az eseteknek csak körülbelül 3.7%-át teszik ki; az alábbi adatok úgyszólván mind veleszületett syphilisre vonatkoznak. A lues elterjedésének a gyermekkorban pontos számát adni felette nehéz, mert a statisztika még a legalaposabb diagnostika mellett is sok kívánnivalót hagy fenn. Tudvalevő ugyanis, hogy a lues bizonyos attaqueokban jelentkezik, így pl. ha egy éven aluli gyermekeket vizsgálunk, akkor az első hét végén csak 14%, a 2. hét végén 20%, a 3. hétben 28%, a 4. hét végén 45%, az 5. hét végén 54%, a 6.-ban 60%, a 7.-ben 72%, a 8.-ban 86%, a 9.-ben 88%, a 10. hét végén 98%-ban találunk manifest lueses tüneteket. Ha válogatás nélkül 100, biztosan lueses anyától született magzatot vizsgálunk, illetve életsorsukat követjük, akkor a szerző szerint a következő adatokhoz jutunk: 100 terhesség között 44 abortus, ill. koraszülés szerepel; a fennmaradó 56 közül az első évben elhal 23, a második évtől a 14. évig elhal 10, marad a gyermekkor utánra 23 és pedig luesmentesen 3. Ha 100 éveszületett, biztosan syphilises anyától származó gyermek sorsát figyelemmel kísérjük, akkor azt látjuk, hogy az első évben elhal 41, marad 59, a 2.—14. évig elhal 18, marad 41 a gyermekkor utánra, közülök 5 syphilises tünetek nélkül. De a biztosan lueses gyermek jó részén is a tünetek hiánya, majd jelentkezése s újból eltűnése miatt a lues a legalaposabb vizsgálat mellett elkerülheti a vizsgáló figyelmét, és így tisztán a tünetek alapján egyazon korú gyermekeknél is nehéz a veleszületett syphilis elterjedésének biztos számát adni. Hasonlóképpen nem vezet célhoz, ha egyedül a *Wassermann*-reactio alapján akarjuk a lues elterjedését a gyermekkorban megállapítani, részint mert a reactionnak tömeges keresztülvitele kétségtelen akadályokba ütközik, másrészt a reactio positiv, illetve negativ volta egymagában nem lehet minden esetben döntő a lues kórjelzésében. Leginkább érünk célzt a szerző szerint, ha az említett eljárásokat kombináljuk, főleg menhelyeken, a hol a városi és falusi gyermekek, főleg az első

élethónapokban hosszabb ideig megfigyelhetők s a hol a vizsgálatot az anyákra is kiterjeszthetjük. Ilyen megfigyeléseket közöltek a prágai német menhelyből, a hol 2000 anyát s 2500 gyermeket vizsgáltak, illetve észleltek lues-kipuhatolás czéljából és a hol a lues elterjedését a gyermekkorban 1·86% (serologiai vizsgálattal 2·29%)-ban állapították meg. A müncheni csecsemőotthonban 1914-ben 2%-kal, a berlini Kaiserin Viktoria Augustahaus-ban a koraszülöttek közt 5%-kal, a hamburgi árvaházban 2·63%-kal, a bécsi Hochsinger-féle ambulancián 2%-kal szerepel a syphilis. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 16. kötet, 1917, június.) Vas J. dr.

A gyermekkori tuberculosis prophylaxisáról ír Klein-schmidt. A háborúban a gyermektuberculosis morbiditása és mortalitása növekedett, a minek oka az egyoldalú szénhidrát-dús táplálkozásra kívül a rosszabb socialis viszonyok okozta gyakoribb alkalom az infectióra úgy human, mint bovin típusú bacillusokkal. Gyakran egészséges szülők gyermekei rokonaikhoz, tuberculosus környezetbe kerülnek, vagy a harctéren tuberculosissal megbetegedett családtagok kerülnek haza és fertőzést terjesztenek éppen úgy, mint a háború elején a meningitis cerebrospinalis és dysenteriaival történt. Ezekhez járulnak még a háború óta folyton rosszabbodó lakásviszonyok.

A bovin typhussal való fertőzést a tehenek hiányos ellenőrzése és a nyers tej élvezése segíti elő.

Prophylaxis: Minden tuberculosus felnőtt felvilágosítandó bajának fertőző voltáról. Eltiltandó a nyers tejjel való táplálkozás. Intézetekben helyezendők el a súlyos tuberculosissal szenvedő katonák. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 32. sz.) Toffler Augusta dr.

Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.

Súlyos sepsis több esetében H. Lustig jó eredményel használta a methylenkekeztőt. 1%-os oldat fecskendezendő be akár a bőr alá (ilyenkor czélszerű 0·02 gr. tropacocaint vagy novocaint is adni az adaghoz), akár intravenásan. Az egyszeri adag átlagban 0·2 gr. (vagyis 20 cm³ e az oldatnak); és az adag a szükséghez képest többször megismétlendő. (Wiener klin. Wochenschrift, 1917, 34. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 35. szám. Török Pál: A visszatérő láz (febris recurrens) abortív kezelése neosalvarsannal.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 35. szám. Sellei József: A prostata működéséről; a prostata és az endokrin mirigyek.

Orvosképzés, 1917, 3—5. szám. Ország Oszkár: A tüdőtuberculosis diagnostikája. Scharl Pál: A tüdőgümőkór sanatoriumi kezelése. Dalmady Zoltán: A tüdővész éghajlati gyógyítása. Kentzler Gyula: A dispensairek szerepe a tüdővész elleni küzdelemben. Bencze Gyula: A tüdőtuberculosis és a katonai szolgálatképesség. Stiller Bertalan: A Röntgen-gyomor klinikai világításban. Királyfi Géza: A vitaminokról és az avitaminosisokról. Erdélyi Pál: A malaria kórtana és gyógyítása terén szerzett újabb tapasztalatok. Szana Sándor: A társadalmi egészségügy és az orvos.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király Temesváry Rezső dr. egyetemi magántanárnak, Winternitz Arnold dr. címz. rendkívüli egyetemi tanárnak és Hermann Béla dr. budapesti gyakorló orvosnak az udvari tanácsosi címet, Frank Ödön dr. ministeri tanácsosnak, Fáy Aladár dr., Kerekes Pál dr., Scholtz Kornél dr. közegészségügyi főfelügyelőnek és Braun Gyula dr. közegészségügyi felügyelőnek a II. osztályú polgári hadi érdemkeresztet adományozta.

Kinevezés. Makai Endre dr.-t a budapesti állami gyermekmenhelyhez sebész-főorvossá, Réti Ede dr.-t Veszprémmegye, Abt Alfréd dr.-t (Zsombolya), Braun Gyula dr.-t (Törökkanizsa), Reinhardt Pál dr.-t (Zsombolya) és Hász József dr.-t Temesmegye tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

Választás. Gazdiz József dr.-t Berettyóújfalú község orvosává választották.

Meghalt. Halász Géza dr. törzsorvos 46 éves korában Pankótán.

A népegészségi országos nagygyűlés (melyet, mint már említettük, a budapesti kir. Orvosegyesület megbízásából október végén foglalkoztatni) előmunkálatai annyira előhaladtak, hogy a tervrajza már teljesen készen áll. Nevezetesen a megnyitó ülésen Liebermann Leó dr. egyetemi tanár tart előadást „Az állam feladatai a közegészségügy terén” címen. A további program a következő: Október 26.-án délelőtt: 1. „A közegészségügyi közigazgatás reformja”, előadó Katona

József dr. vm. főorvos (Miskolc). 2. „A városok egészségügye” (heveny-fertőző betegségeket beleértve), előadó Szabó Sándor dr. t. főorvos. 3. „A faluk egészségügye” (heveny-fertőző betegségeket beleértve), előadó Filep Gyula dr. m. tiszti főorvos (Kolozsvár). Délután: 4. „Nép-biztosítás”, előadó Pap Géza dr. min. tan. 5. „Kórházügy”, előadó Grósz Emil dr. egyet. tanár. Október 27.-én délelőtt: 6. „A népelemzés szervezése”, előadó Nagy Ferenc dr., a Közélelmészeti Hivatal alelnöke. 7. „Lakásügy”, előadó Pikler J. Gyula, a statisztikai hivatal aligazgatója. Délután: 8. „Tuberculosis”, előadó Korányi Sándor báró egyet. tanár. 9. „A nemibajok leküzdésének terve”, előadó Nékám Lajos dr. egyet. tanár. 10. „Az alkoholizmus”, előadó Dienes Lajos dr. egyet. magántanár. Október 28.-án délelőtt: 11. „Népesedés politika-gazdasági szempontból”, előadó Szerényi József b. t. t. 12. „Népesedés politikai faji szempontból”, előadó Madzsar József dr., a Stefánia-Szövetség igazgatója. Délután: 13. „Any- és csecsemővédelem”, előadó Tauffer Vilmos dr. egyet. tanár. 14. „Gyermekevédelem”, előadó Szana Sándor dr., a budapesti állami gyermekmenhely igazgatója. A nagygyűlésnek tagja lehet minden orvos és minden oly nem orvos, a ki a napirend kérdéseinek egyikével foglalkozik. A meghívókat az ország összes orvosainak, a törvényhatóságoknak, az érdekelt testületeknek a jövő héten fogják szétküldeni. A végrehajtóbizottság a honvédelmi ministert és a közös hadügyministert felkérte, hogy a bevonult katonarvosok közül azokat, a kik a nagygyűlésen résztvenni óhajtanak, lehetőség szerint szabadságolná. Mindennemű felvilágosítással szolgál a nagygyűlés irodája: VIII., Főherceg Sándor-utca 2. sz.

A Magyarországi Bajtársi Szövetség orvosi szakosztálya öszkor részt vesz az osztrák és német bajtársi szövetségek orvosi szakosztályainak Bécs melletti Badenben október 11.—13.-án tartandó együttes ülésén. A gyűlésen való részvétel tagdíjjal nem jár, polgári orvosok azonban csak mint a bajtársi szövetség tagjai vehetnek részt. Azon katonák, a kik a Bajtársi Szövetség orvosi szakosztályába belépni óhajtanak, szíveskedjenek ebbeli szándékukat Győry Tibor dr.-ral, a szakosztály titkárával (IV., Veres Pálné-utca 34. sz.) közölni, a ki a belépési nyilatkozatot és a befizetési lapot a jelentkezőknek meg fogja küldeni. Az évi tagsági díj 10 korona. Katonai résztvevők, a mennyiben a szolgálat megengedi, szabadságot kaphatnak; az ezirányú utasításokat a cs. és kir. hadügyminisztérium a cs. és kir. osztrák honvédelmi és a m. kir. honvédelmi minisztériummal fogják kibocsátani. Polgári résztvevők érvényes útlevelel vagy arcképes igazolvánnyal legyenek ellátva. Hölgyek részvétele meg van engedve. Felvilágosítást az „Előkészítő Bizottság” Budapest, VIII., Mária-utca 39. sz., egyetemi I. számú szemklinika ad. Elszállásról az osztrák bizottság (Baden bei Wien, Sanatorium Gutenbrunn) gondoskodik.

Lapunk mai számához E. Merck, Darmstadt vegyészeti gyár „Magnesium Perhydrol” című prospektusa van csatolva.

Frim-féle gyógyintézet Alapítva 1875 Budapest, VII., Jókai-utca 9. Telefon: 62—65.

gyengeelméjűek és epileptikusok részére: Gondos ápolás. Szakorvosi kezelés. Kitérő ellátás. Kiváratra prospectus.

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

Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égéskészítések, frigoriterapia, 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.

DOLLINGER BELA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Mária-utca 34.

Therapia sanatorium Budapest, VII., Városligeti fasor 11. Telefon József 14—51.

Belbetegek részére. — Vizgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen. DR. RAJNÍK PÁL. — DR. KOVÁCS ALADÁR.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

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

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

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

Dr. Eckwert és Murányi orvosi-, vegyi- és bakteriologiai-

LABORATORIUMA

Budapest, V., Lipót-körút 13, II. 12. * Telefon: 134—40.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VIII. rendes tudományos ülés 1917 április 14.-én). 494. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(VIII. rendes tudományos ülés 1917 április 14.-én.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Csiky József.

(Folytatás.)

A nemiszervek lövés okozta jelentékeny defectusának plastikával gyógyított esete.

Remete Jenő: V. Mihály, a cs. és kir. 10. gy.-e. káplárja, 25 éves, nős, egy élő egészséges gyermek atyja. 1915 április 21.-én a Kárpátokban puszkagolyótól megsérült. A golyó keresztülhalva a bal herén és széttroncsolva a penis nagy részét, a ram. horis. ossis pubisba furódott. Egy másik golyó bal combjának medialis oldalán az izomzaton hatolt át. Az orosz sanitécek szedték fel. Először Brodyban operálták, a hol a bal széttroncsolt herét kivették, majd Kievben, hol nyilván a közben kifejlődött impermeabilis húgycsőszűkület miatt suprapubikus hólyagsipolyt készítettek. 1916. júliusában mint rokkantat kicserélték és július 15.-én került az osztályára.

St. pr. 1916 július 16. Középtermétű, meglehetősen rosszul táplált férfi. A symphysis felett a közép vonalban tártongó, tág hólyagsipoly, benne vastag draincső fekszik. A glans penis nagy része hiányzik, az erősen görbült megcsontított penis a szeméremcsont csont-hártyájával összenőtt. A penis tövén egy széles tölcser-alakú, tág, a húgycsőbe vezető sipoly, a melyből kiindulólág a jobb heréhez egy vastag, mélyre terjedő hegkötég húzódik. A húgycső csak a szeméremcsontéhoz fixált részig járható át, innen kezdve totalis atresia konstataható. A vizelet genyes, zavaros, erősen ammoniak-szagú. A jobb here hegesen indurált, a bal hiányzik. A jobb prostata-lebény sorvad, a bal megkisebbedett, hegesen indurált. Az emlőbimbók körül a beteg tápláltsági fokának meg nem felelő zsírmennyiség.

Diagn. Atresia urethralis traumatica cum synechia ad ram. inf. ossis pubis. Defectus et deviatio penis urethraeque. Defectus testis sin. operativa. Fistula suprapubica artefacta. Dystrophia adipogenitalis.

Az első műtétet 1916 augusztus 4.-én végezte aether-narcosisban. Legelőször is a húgycsőnek a szeméremcsontéhoz tapadt részét szabadította fel, majd a húgycső atresiás részét reszekálta. A nagy húgycső-defectus miatt, hogy a húgycsövet újra in continuitate kanalizálhassa, urethrothomia perinealist végzett, retrograd szondázással. Miután a kanalizálást sikerrel befejezte, a penis bal felére eső nagy defectust fedi plastikával, a melyhez részben a scrotumot, a melyet már a húgycső kanalizálásakor alapjáról teljesen felpraeparált, részben pedig a bal inguinális tájék mobilizált bőrét használja fel. Állandó katheter végig a húgycsőbe.

A penis-defectus plastikája csak részben tapad, úgy, hogy a további gyógyulás lassú sarjadzással történik.

A második műtétet szeptember 12.-én végezte, még pedig a beteg határozott kívánságára szintén aethernarcosisban. Először is a suprapubikus sipolyt zárta, majd részlegesen megismételte a húgycsőplastikát. A hólyagsipoly 10 nap alatt teljesen záródott. Az oldalsó húgycsősipoly jelentékenyen megkisebbedett, de teljesen nem záródott.

A kezelés eredménye kiválólag az 1916 november 16.-án felvett statusból: Testben jelentékenyen megerősödött, egészséges külsejű. Szabad, jól kanalizált, 24° Charr.-szondával könnyen átjárható penis. Gyógyult cystitis. A penis baloldalán, annak körülbelül középső részén körülbelül kis kendermag nagyságú húgycsősipoly. A beteg, ha az oldalsipolyt befogja, jó sugárban vize. A hólyagcapacitás és functio normális. A beteg megfigyelése az emlőkben fokozatos zsírerakodást, a medence területének fokozatos növekedését, a szakáll és bajusz szőrzetének lassan haladó sorvadását és állandóan fokozódó sexualis közömbösséget mutat.

A pars pendula penis rejtélyes eredetű gangraenája.

Remete Jenő: L. József, a 94. gy.-e. 29 éves közlegénye az Augusztá-kórházból, hová egy nappal előbb eszméletlen állapotban hozták, került osztályára folyó év február 10.-én a következő statussal:

Elesett beteg, aggodó, félelmet mutató, gondteli arc-kifejezéssel. Sensoriuma zavart, képtelen értelmes feleletet adni. A pulsus gyenge, szapora. A hőmérsék 37° C. A penis gangraenosus, feketén elszíneződött. A scrotum oedemás. A penis tövén éles barázda látható, a mely az összes szövetekre kiterjed, egészen a corp. cavern. urethraeig. A ventralis oldalon az urethra maga is kettévált és a centralis csont tártongva mered ki a sebből. Főleg eme utóbbi körülmény, a mely a vizelet jó levezetését biztosította és a már kifejezett demarcatio miatt a conservativ expectativ eljárást választja. A mi a baj eredetét illeti, az meglehetősen homályos. A beteg bizonytalan bementései alapján csak arra lehetne következtetni, hogy vagy stuprumnak, vagy pedig nemi boszszúnak lett az áldozata. A beteg összes többi nemiszerve és mirigye ép. Az ondóhólyag massatumában számos, élénken mozgó ondósejt. Másnap 37.3° Cels. temperatura mellett in toto leöklődik a pars. pend. ur. Az utókezeléskor főleg arra vigyáz, hogy a megrövidült húgycsőcsont ne zsu-gorodjék.

Adatok a Weil-Felix-reactio diagnostikai használhatóságához kiütéses typhusban új, állandó összetételű diagnostikum alapján.

Csépai Károly: A Weil-Felix-reactio a háborús esztendő legjelentékenyebb serodiagnostikai felfedezése. Csépainak az északi harcúterén szerzett tapasztalatai alapján a próba mint korai diagnosticum nem használható ugyan, de a második betegség-hét folyamán úgy pozitív, mint negatív irányban eldönti a diagnosist (1:100 hígítás). A reactio emellett epidemiológiai kutatásoknál is igen értékes szolgáltatokat tett neki. A próba azonban jelenlegi formájában olyan, hogy csak bakteriologusok végezhetik kellően felszerelt laboratóriumokban. Tudvalevőleg azonban a kiütéses láz oly helyeken szokott előfordulni, amelyek ilyen kultur-intézményektől távol esnek. A széles körben való gyakorlati alkalmazhatás végett tehát vagy a centralisatiót kell bevezetni, mint például Poroszországban (Porosz belügyi rendelet, 1914 február 17), vagy olyan formában kell a reactiót a gyakorló orvos kezébe adni, hogy szakismeretek és laboratórium nélkül is végezhesse. Az utóbbi utat eddig azért nem lehetett választani, mert nem sikerült állandó összetételű és jól agglutináló febris exanthematicus diagnostikumot előállítani. Csépai ezt a kérdést megoldotta. X₁₉ 12 órás sűrű agar-kultúrájából physiologiai konyhasóoldattal suspensiót készített, a suspensiót 60° C-on 2 óráig, vagy 100° C-on 1/2 óráig sterilizálta és aseptikusan eltette. Az ilyképen előállított diagnostikum állandó összetételű és épp oly jól agglutinálódik, mint a friss suspensio.

A diagnosticum készítése módjának a titka, egyszerűsmind az eddigi kísérletek sikertelenségének az oka az X₁₉ suspensio azon viselkedésében rejlik, hogy 50—55° C-ra hevítve csaknem teljesen elveszti agglutinabilitását. Ha azonban a sterilizést 60° C, vagy ennél magasabb hőfokon végezzük, az agglutinabilitás teljesen visszatér. Ennek a viselkedésnek az az oka, hogy a proteusban gátló anyag van (a proteus agglutinogen gátló anyaga). Ez az anyag thermolabil, 50—55° C-on szabadul fel és 60° C-on elbomlik. Ez a viselkedés megfejtí azon észlelést is, hogy míg a friss X₁₉ suspensio csak igen híg alakban agglutinál jól, továbbá, hogy míg 0.5% phenol teljesen megszünteti a friss suspensio agglutinabilitását, addig a 60—100° C-on hevített suspensio concentráltan is jól agglutinál, 0.5% phenol pedig alig csökkenti agglutinabilitását. A reactio serológiai lényegében Csépai

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.

Scipiades Elemér: Közlemény a magy. kir. tud. egyetem II. sz. női klinikájáról (igazgató: Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos) és II. sz. kórbonczitani intézetéből (igazgató: Krompecher Ödön dr., egyet. ny. r. tanár.) Az osteomaláciáról. (Belsősecretiós tanulmány.) 495. lap.

Báron Sándor: Közlés a II. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Kuzmik Pál dr., ny. r. tanár, I. oszt. főorvos) Műalsóvégtag hajlító contracturás lábszárcsonk kiegyenesítésére. 498. lap.

Koleszár László: Közlemény az I. hadsereg fogolykórházából. (Parancsnok: Gänger Jenő dr., cs. és kir. törzsorvos.) Újabb rugós portatív extensiós készülék a csonttörések kezelésére és műtét előtt előkészített, rövidüléssel gyógyult esetek meghosszabbítására. 499. lap.

Deutsch Ernő: A pozsonyi országos hadigondozó kiállítás. 504. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Anleitung zur frühzeitigen Erkennung der Krebskrankheit. — Lapszemle. Rosenfeld: Colica nephritica. — Sebészet. Ritter: Inoperabilis daganatok kezelése mesterséges hyperaemiával. — Venereds betegségek. P. Uhlenhuth és P. Mulzer: A kísérletes syphilisre vonatkozó további adatok. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Muck: Otitisből eredt agyvelőátlyog. — Thaler: Scorbut. 501—508. lap.

Magyar orvosi irodalom, 508. lap.

Vegyes hírek, 508. lap.

Tudományos Társulatok, 509—510. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a magy. kir. tud. egyetem II. sz. női klinikájáról (igazgató: Tauffer Vilmos dr., ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos) és II. sz. kórbonczitani intézetéből (igazgató: Krompecher Ödön dr., ny. r. tanár.)

Az osteomaláciáról.

(Belsősecretiós tanulmány.)

Irta: **Scipiades Elemér** dr., egyetemi magántanár, a II. számú női klinika adjunctusa.

Mindenki, a kinek munkakörébe az osteomalacia kérdéseivel való foglalkozás beletartozik, tudja, hogy ezen betegség aetiologiája tisztázva mai napig sincsen.

Legrégibb keletű s leginkább túlsúlyban levő az az aetiologiai felfogás, hogy a csontlágylás általános dyskrasiás betegség.

Az idősebb **Winckel** a betegség okát tevő dyskrasiá felidézőiként a szervezetet hosszabbban érő általános kártékony behatásokat sorolt fel. Ilyenek: a nedves lakás, a hiányos ruházkodás, a szegényes — különösen mérszben szegény —, esetleg hasmenést is okozó anyagokkal való táplálkozás, a nehéz testi munka, a gond és bánat, különösen akkor, ha a felsoroltak terhességgel, illetőleg hosszú szoptatással is szövődnek. **Winckel** rámutatott egyben arra is, hogy éppen ezért a csontlágylás inkább a szegényebb néposztályba tartozó egyénekben fordul elő.

Ezzel ellentétben vannak viszont igen előkelő szerzőktől kétségbevonhatatlan észlelések, melyek bizonyítják, hogy a csontlágylás a legjobb hygienés viszonyok között élő néposztálybeli egyénekben is előfordulhat.

Winckel feltevéseit azonban állatokon tett tapasztalások is támogatni látszanak.

Ismeretes ugyanis, hogy a szabadsághoz szokott háziállatokon — különösen fiatal korukban történő — hosszabb idejű ketrecbezárás, vadállatokon a domesticatio céljaira történő s hónapokig vagy évekig való fogságban tartás osteomaláciát szokott előidézni, s az is, hogy állatokon, különösen terhes állapotukban a mérszelen, mérszszegény, phosphor-szegény, esetleg még oxalsavval vagy tejsavval meg is savanyított tápláléknak hosszabb időn át való etetése, avagy a rajtuk epe-, hasnyálmirigy- vagy bélsipoly készítése és hosszabb időn át való fenntartása révén létrehozott senyves állapot hasonlóan ilyen betegséget szokott kiváltani.

Megint más irányba terelték az aetiologiai vizsgálatokat

a bakteriologia, melynek kutatásaira egyrészt az adta meg az alapot, hogy a csontlágylás úgy embereken, mint állatokon egyes helyeken endemiásnak látszott, továbbá azon anatomiai észlelések, melyek a csontlágylás kórtani lényegét gyuladással, ostitissal vagy osteomyelitissal hozták összefüggésbe (**Volkmann** és **Basset**).

S jóllehet kitűnt, hogy egyes vidékeknek az osteomaláciával szemben való immunitása nem igazolható, továbbá, hogy az osteomalaciák kapcsán régebben közölt bakteriologiai leleteket az újabb vizsgálatoknak nem sikerült bizonyítaniok, ezen irányzatnak egészen a legújabb időkig is vannak hívei. (**Kehr**).

Ilyen pl. **Morpurgo**, a ki osteomalaciás asszonyok különböző szerveiből diplococcusokat tudott izolálni, melyeknek állatokra való átoltása útján olyan folyamat volt előidézhető, mely osteomalaciának, illetőleg rachitisnek felelt meg.

Recklinghausen azonban ezen s ilyenfajta kísérletekkel szemben óvatosságra int, s azt mondja, hogy ha parasitaer infectio volna ezen betegségnek emberen az oka, akkor nem lehetne ugyanazon fajtájú fertőzés, azaz egy és ugyanazon elődsdi gyermekben a rachitisnek, felnőttön pedig az osteomalaciának lényeges oka. Különbön is szerinte a malaciás betegségek lappangó lefolyása ellene szól a heveny fertőzőes aetiologiának. Hosszas anatomiai tapasztalásai viszont annak kijelentésére jogosítják fel, miszerint semmi kilátás sincs arra, hogy chronikus lefolyást okozó fertőző tényezőknek, milyenek a lues s a tuberculosis, oki összefüggését illetőleg valamely reális alapra akadjunk.

Ezért **Recklinghausen**, és mint mondja, a legtöbb német pathologus nézetével egybehangzóan ki is jelenti, hogy azt a gondolatot, mely szerint a rachitist és osteomaláciát specifikus kórokozó idézni elő, egyelőre teljesen el kell vetni.

A csontlágylás fertőzőes aetiologiájára különben a legnagyobb csapást **Fehling**-nek azon korszakot alkotó felfedezése (1889) mérte, mely kiderítette, hogy a petefészek kiirtása (castratio) a csontlágylást meg tudja gyógyítani. Ez az észlelés ugyanis méltán tette érthetlenné azt, hogy miért szűnik meg hát a legkülönbözőbb szervekből izolálható állítólagos bacterium kórokozó hatása éppen a petefészek kiirtására s azzal a rögtönösséggel, amelylyel a reactiót — nevezetesen a fájdalom megszűnését — csontlágylásnál a castratióra nem egyszer bekövetkezni látjuk.

Fehling-nek ez a felfedezése egyben az aetiologia kutatóinak figyelmét is azonnal a petefészekre irányította.

S csak természetes volt, hogy abban az időben, mikor a tudomány a petefészeknek a szervezetet illető vonatkozásait

a *Pflüger*-féle elmélet neurosisos correlatiója szerint bírálta, az osteomaláciát magyarázó okért is az idegrendszerben kerestek.

Sőt ezen irányzatnak kedveztek is olyan tapasztalások, melyek az osteomaláciának idegbetegségekkel, pld. psychosissal, tetaniával, *Basedow* való koronkénti szövődését hangoztatták, továbbá azon anatómusoktól származó feljegyzések, melyek osteomaláciában a csontokon vagy a csontvelőben gyulladás, de legalább is hyperaemia jelenlétére mutattak.

Fehling aztán ezekre támaszkodva, úgy fogalmazta meg elméletét, hogy az osteomalacia a csontoknak egy a genitáliák, de különösen a petefészek funkciójával összefüggő trophoneurosis. A petefészek kóros tevékenysége folytán a sympathicus útján haladó reflex az érmozgatóknak kóros beidegzését okozza, miáltal aztán mindenek szerint az értágítók izgatása jön létre. Az így keletkező pangásos vérbőség által előbb a mészcsók oldódása, a halysteresis, utóbb pedig a csontszövet felszívódása megy végbe. A petefészek kivétele pedig szerinte az értágítók állandó ingerét szünteti meg, miáltal a csontok ereiben a vérbőség megapad, mire a mész-kiválasztás alászáll és a csontszövet regenerációja, újraképződése megindul.

Ezt az egész szépen megconstruált és a legkülönbözőbb irányokból támogatott elméletet azonban teljesen feldöntötték azon észleletek, melyek azt mutatták ki, hogy az osteomalacia előfordul férfiakon is, kiknek pedig nincsen petefészkük, öreg asszonyokon is, kiknek petefészkük funkciója már régen kialudt, olyan fiatal nőknél is, akik egész életükben amenorrhoeák voltak, továbbá, hogy a csontlágyulás hosszabb generációs szünet után, az egyénnek kellő hygienés viszonyok közé való helyzetése esetén, a petefészek bennlétele ellenére is meggyógyulhat s hogy végül minden osteomaláciát a castratio sem tud meggyógyítani.

Méltán mondja ezért *Tauffer*, hogy *Fehling* korszakalkotó felfedezésében, t. i. hogy a castratio az osteomaláciát gyógyítja, a kórtan ugyan egy fontos ténnyel áll szemben, a magyarázat azonban reá mindmáig hiányzik.

Nem hiába fordult azonban ekkorra már az érdeklődés a humorális irány felé. A vizsgálók figyelme ugyanis hamarosan ráterelődött azon körülményre, hogy a petefészekken kívül más belső secretiós mirigyek is vannak a csontrendszerre befolyással.

S szinte természetes volt, hogy a kutatások tárgyaként egyik legelsőnek a pajzsmirigyet (thyreoidea) választották (*Hönnicke*), melynek egyrészt az ivarmiriggyel való számtalan vonatkozásait ismerték, melynek másrészt befolyását a törpeségre és kretinismusra, továbbá a mongolismusra és myxoedemára észlelésekkel és kísérletekkel már kimutatták.

A csontlágyulásnak thyrogen elmélete azonban megalapozva egyáltalában nincsen. Hiszen, mint arra *Biedel* is rámutat, még az sincs kísérletileg eldöntve, vajjon mellette hyper- vagy hypothyroidismusnak kellene-e jelen lenni. A klinikai észlelések szerint ugyanis a csontlágyulás *Basedow* mellett is, meg myxoedema kapcsán is előfordulhat.

Theoretice és anatomicus is plausibilisebb és jobban megalapozott a glandula parathyreoidea és az osteomalacia közötti összefüggés.

Ennek felvételét *Erdheim*-nek az az észlelése adta meg, hogy a parathyreoideális hámtestecskék kiirtása patkányokon a dentin-képződés zavarára vezet, olyanforma elváltozásokra, melyek a rachitikusok fogbetegségére és a terhes nők fogromlási folyamatára emlékeztetnek (*Recklinghausen*).

További, főként patkányokon végzett vizsgálatainak eredményeit *Erdheim* abban összegezte, hogy a hámtestecskék kiirtása által a növekedésben levő csontvázra gyakorolt befolyás lényege teljesen összevág azon elváltozásokkal, a melyeket *Pommer* a rachitis és osteomalacia lényegként ismert fel, úgy, hogy a csontvázban a parathyreopriv alteratio hatásaként jelentkező elváltozások rachitisnek nevezhetők.

Mind e felsoroltak készítették *Erdheim*-et arra, hogy az osteomaláciában s a vele rokonnak ismert kórfolyamatokban elváltozások után keressen a hámtestecskékben. És

kutatásainak eredményeként, ha nem is minden, de nagyon sok csontlágyulásos esetben megnagyobbodását, adenomatousos burjánzását, vagy épp daganatát tudta kimutatni legalább is az egyik hámtestecskének. Ugyanilyen elváltozásokat tudott továbbá kimutatni öregkori osteomalacia, rachitis tarda és juvenilis csontlágyulás eseteiben is. És *Erdheim* leleteit mások, eseteik többségében, szintén meg tudták találni, s úgy tudom, hogy magyar vizsgálóknak (*Dollinger-Ádám-Buday-Johann*) szintén vannak idevágó észleléseik.

Mindezek ellenére *Erdheim* azt mondja, hogy ő nem akarja az osteomalacia okát a hámtestecskék hyperplasiájában keresni. Inkább azt hiszi, hogy ez a hyperthrophia csak egyik tünete a csontlágyulásnak, kifejezésként a parathyreoidea fokozott igénybevételének az osteomalacia kapcsán termelt mérgek által.

Bossi (1907) megint az osteomalacia és mellékvese között keresett összefüggést. Kísérleteiben ugyanis kecskéken az egyik mellékvese kiirtására állítólag osteomalaciához hasonló elváltozások voltak észlelhetők, miért is ő a csontlágyulás létrejöttét mellékvese-insufficienciából magyarázta s annak gyógyítására adrenalin-injectiókat javasolt.

Biedel, *Cristopholetti*, *Solda* és *Erdheim* azonban mellékvese-kiirtás után állatokon nem tudták a *Bossi*-féle csontelváltozásokat konstatálni. Másrészt a therapiás hatások is, mint azt *Novak* s a mi klinikánkról *Ruszin* kimutatta, az esetek többségében elmaradnak (csak 24% a gyógyulás *Cristopholetti* szerint), akárhányszor kártékonyak, de legalább is változók.

S minthogy a mondottakon kívül *Quest* vizsgálataiból az is kitért, hogy az adrenalin-bevitel kártékonyan befolyásolja az ásványosok bilance-át, nevezetesen a phosphor és a mész-kiválasztás ilyenkor fokozódik, ez az aetiologiás-therapiás irányzat az újabb időben szinte egészen elhallgatott.

Hátra van még, hogy, mint legújabbra, *Bab*-nak a *Wertheim*-klinikáról 1911-ben a bécsi Orvosegyesületben, előadott azon közlésére mutassunk rá. A nevezett tíz osteomalaciás esetről számolt be, melyekben a kezelés eszközéül pituitrinum infundibulare-t (*Parke-Davis*), tehát hypophysis-kivonatot használt kedvező eredménnyel.

Szerinte a hypophysis-kivonatként hosszú időn át a szervezetbe való vitele az osteomalaciára káros, fokozott petefészek-tevékenységet volna hivatva lecsökkenteni s az osteomalaciás jelenségek javulását ezúton elérni.

S valóban, rajta kívül mi is (glanduitrin *Richter*-rel) három esetben s mások is (köztük *Klotz* rachitisben) kedvező eredményekről tudunk beszámolni ez eljárással.

S mikor ezzel a belső secretiós mirigyek és az osteomalacia közötti összefüggést tisztázni kívánó kísérletek és vizsgálatok eredményeinek összességét áttekintettük, nem mulaszthatjuk el a hivatkozást *Recklinghausen*-nek azon megjegyzésére sem, mely azoknak hiányosságait tárja fel, mondván, hogy ezen kísérleteknek mindenekelőtt azt kellett volna kimutatniuk: 1. hogy a csontoknak kísérletileg létrehozott elváltozásai a rachitikus-malaciásokkal részleteikben is meg egyeznek, 2. hogy az illető szerveknek kísérletileg létrehozott defectusai az emberben meglévő pathológiás állapotokkal valóban correspondálnak is.

S miután ezen két feltétel mindegyikének eddig egyik elmélet sem tudott megfelelni, *Recklinghausen* szerint: a szerv-exstirpációk eddigi eredményeiből annak a bizonyítékát, hogy a csontok malaciája egyetlen egy szerv tevékenységének zavarából származnék s kivált, hogy az emberi rachitisnek és osteomalaciának is ilyen specifikus tényező volna az oka, nem lehet kivenni.

A mi különösebb érdeklődésünk ezen kérdés iránt akkor ébredt fel, midőn *Biedel*-nek a „belső secretiókról” szóló nagy munkája új kiadását megérvén, a chemiai correlatiók tudnivalóinak megismerésével behatóbban kezdtünk foglalkozni.

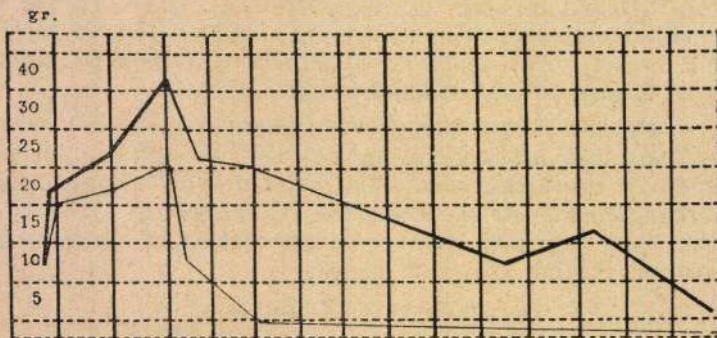
Itt ugyanis a thymust tárgyaló fejezet áttanulmányozásakor a következőkről értesültünk (*Biedel* III. kiadás, I. köt., 370—373, 379—380, 383—384. szám).

Már Friedleben (1858), utána pedig Basch (1903—1906), továbbá sokan mások megbízható és kellő időben végzett teljes thymus-kiirtások után azt állapították meg, hogy ezen szerv hiánya a szervezetben kiváltképpen csontelváltozásokban nyilatkozik meg, s hogy ezen csontelváltozások egy specifikus thymektogen csontbetegség jelenségei s a túlságban képződő új csontszövetnek hiányos mészfelvevőképességén, vagyis az intermediaer anyagcserének a thymusfunctio kiesése által előidézt zavarán alapulnak. De míg Klose és Vogt azt mondja, hogy ha ez a méshiany a még fejlődésben levő csontot éri, akkor rachitis és abnormalis hajlékonyság keletkezik, ha ellenben a már kész csontot illeti, akkor az eredmény előbb osteomalacia, aztán pedig osteoporosis és abnormális törékenységgé lesz, addig Matti egyenesen azt jelenti ki, hogy a csontrendszer ezen elváltozásai messzemenően s minden lényeges pontban egyezők a rachitikus csontelváltozásokkal, Matti hangsúlyozza mégis, hogy ez a morfológiai megfigyelés természetesen nem involvál egyben kóroktani lényegességet is.

A thymusfunctio-kiesés okozta emez éppen részletezett következményekkel szembeállítom most azon egyéb adatokat, melyeket — mint tárgyalás alatt levő themánk szempontjából fontosakat és érdekeseket — sikerült még a thymus-kérdés áttanulmányozása kapcsán gyűjtenem.

A felső mediastinum laza kötőszövetében ülő páros gátormirigy — mint kiváltképpen Hammar vizsgálatai tisztázták — a születés után folytonosan növekedve, a serdültség idején el kifejltségének legnagyobb fokát. E kortól kezdve ellenben állandóan visszaféjlődik. A thymus azonban nem tűnik el teljesen, mert még a legöregebb korig is megmarad ez a szerv egy retrosternalis, úgynevezett thymikus zsírtest alakjában, sőt benne a thymus-parenchyma maradványait is fel lehet még ilyenkor fedezni. Ebből következik, mint Biedel mondja, hogy az úgynevezett thymus-persistentia kifejezés mint helytelen a kórtanból mellőzendő.

Ezen tényt különben egy Hammar-tól származó görbével a következőként lehet szemléltetni:



a vastag vonal a thymus-test, a vékony vonal pedig a parenchyma középértékeit szemlélteti grammokban.

A thymusnak ezen ú. n. korral járó s a pubertás idejében legfeltűnőbb és legnagyobb involutióján kívül előfordul a gátormirigynek ú. n. *accidentális involutiója* is, melynek histológiai lényege az előbbivel megegyezik.

Az esetleges involutiók egyike a *gátormirigynek terhességi sorvadása*, melyet Fulci constatólt kétségtelenül először házinyulakon, a terhesség utolsó szakaszában. A terhesség után kísérleteiben élénk burjánzási folyamat volt észlelhető a thymuson, mely e szervet rövid időn belül restituálta és pedig összes alkotó részeiben. Legújabbán megint Bonpiani-nak Fulci vezetése alatt végzett vizsgálatai azt tisztázták, hogy ha a terhességet szoptatás követi, a gátormirigy helyreállása nem következik be a szülés után. Ellenben, ha a szoptatást félbeszakítjuk, akkor aránylag rövid idő alatt megkezdődik, sőt le is folyik a thymus-restitutio.

A gátormirigy esetleges sorvadásának egy másik — ma már szintén közismert — fajtáját, az *éhezésre bekövetkező involutiót*, Hammar tanulmányozta és súlybeli, valamint szövettani megállapításait mások vizsgálatai is megerősítették.

A csökkent táplálkozás mellett a *hosszas fekvés is involutióját* okozza a gátormirigynek, mint azt téli álmot alvó állatokon megállapították.

A thymus-mirigyen ilyen *accidentális involutio* keletkezik: *súlyos acut és chronicus fertőző betegségek, cachexiás kórok s a mirigynek Röntgennel való besugárzása kapcsán is*. E kártékony tényezők elmúlása után ellenben regenerál a gátormirigy és pedig nem annyira hypertrophia, mint reviviscentia révén. Regaut és Cremieu pedig még azt is tisztázták, hogy röntgenezett állatokon cachexiás betegségek, vagyis két *tényező összetevődése*, a thymus involutióját siettetik és erősítik, illetőleg regenerációját késleltetik, vagy meg is gátolják.

Itt említem meg továbbá, hogy Fiore és Franchetti patkányokon és házinyulakon azt is kimutatta, miszerint a thymus *volumenjének* kísérletileg előidézt *változásaival* *parallel változott az elcsontosodás folyamata is*, úgy, hogy a thymus-megkisebbedés késedelmeskedésével, a thymus-megnagyobbodás viszont gyorsulásával járt az elcsontosodásnak.

Az állatokon megállapított s előbb felsorolt *accidentális involutio-féleségek* az emberi thymuson is konstátáltak.

S ha most emlékeztetek arra, a mit az osteomalacia aetiologiájáról bevezetésemben elmondottam, lehetetlen, hogy fel ne tűnjék sajátos módon való egyezése annak, hogy a gátormirigyen ime éppen ugyanolyan esetekben keletkezik — az elcsontosodás késlekedésével együtt járn szokott — *accidentális involutio*, mint a mely eseményekhez a klinikai tapasztalás a csontlágulás felidézésének okait kötötte és a mely tényezőket Winckel-nek már ismert részletezése után „a kedvezőtlen hygienés viszonyok” gyűjtőneve alatt foglalhatunk össze.

Nézzük azonban most, milyen az összefüggés a thymus és az ivarmirigy között, mely kérdésnek ismerete themánk szempontjából szintén eminens fontosságú.

Calzolari már 1898-ban kimutatta, hogy házinyulakon az ivarmirigyek kiirtására a thymus súlya lényegesen megnövekszik és castráltakon kevésbé degenerálnak mutatkozik, mint hasonló nem castrált állatokon. Henderson és Squadrini ugyanezt marhákra vonatkozólag mutatta ki, konstátálván azt is, hogy bikákon a thymus-atrophia a szaporításra való felhasználással, teheneken pedig a terhesség tartamának idejével egyenes arányban növekszik. Goodall tengeri-malaczkokon, Soli káppanokon és házinyulakon észlelte a castratio hatását és konstátálták, hogy ezen művelet után a thymus háromszorosára is megnövekszik.

A legbehatóbb e tárgyú vizsgálatok mégis Gellini-től és Hammar-tól származnak, a kik többek között azt is kimutatták, hogy a castratio csak a *pubertás ideje után* van ilyen növesztő hatással a thymusra s azt is, hogy a megnagyobbodás nem egyszerű hypertrophia, hanem a parenchymának reviviscentiája.

Összegezve tehát az elmondottakat, hallottuk, hogy a thymusfunctio kiesése fiatal állatok csontjain olyan elváltozásokat hoz létre, melyek a rachitisével minden lényeges pontban egyeznek. Láttuk, hogy a gátormirigynek egyben a functio-kiesést is jelentő involutiója pedig egészen azonos esetekben szokott létrejönni, mint a melyekkel *hosszas tapasztalásokból* lesűrve, a tudomány az osteomalacia keletkezését összefüggésbe szokta hozni. Értesültünk végül arról, hogy a nemi érettség ideje alatt végzett castratio, a mely a mai osteomalacia-therapia leghatásosabbnak ismert eszköze, megnövekedését, mitöbb, reviviscentiáját idézi elő a thymusnak, illetőleg parenchymájának, a mely változásról pedig tudjuk, hogy az egyenes arányban áll a csontosodási folyamatok meggyorsulásával együttjárónak megállapított functio-gyarapodással e mirigyben.

Nem lehet csodálni, hogy ezen meglepő adatok összegezése sürgetően tolta elé a kérdést, vajjon nem itt kell-e tehát keresnünk az osteomalaciának eddig rejtelmes aetiologiáját.

S ezen kérdés felvetése annál jogosultabb volt, mert

az az eszmecsere, mely a rachitis és osteomalacia közötti lényegbeli dualismust illetően a tudományban hosszú időn át folytatódott, az újabb időben a pathologusokat hovatovább az unitárius álláspont köré sorakoztatta. *Schmorl* volt különösen az, mondja *Recklinghausen*, kinek vizsgálatai a szilárd válaszfalakat az osteomalacia és a rachitis között ledöntötték.

És *Schmorl*-lal egybehangzóan nyilatkoztak a kérdésben *Pommer* és *Kassowitz*, továbbá *Schmidt M. B.*, sőt még *Recklinghausen* is, a ki pedig előbb a dualistikus állásponton állott, s a ki ezen kérdések tanulmányozásának egész életet szentelt, minden fenntartás nélkül közéjük állott.

Ilyen előzmények után fogtunk mi hozzá 1915 tavaszán felmerült eszménk tanulmányozásához, mindenekelőtt arra a *Recklinghausen* által a bizonyításhoz szükségesnek mondott kérdésre keresve a feleletet: *lehet-e állaton thymus-kiirtás útján csontelváltozásokat előidézni, kivált olyanokat, melyek az emberi malaciáival minden részletükben megegyeznek.*

E célból történt kísérleteink berendezésében jórészt a *Basch*-féle útmutatásokat követtük.

Kísérleti állatnak ugyanis a kutyát választottuk, mely *Basch* szerint a legalkalmasabb a thymus-kiesés okozta elváltozások tanulmányozására. S mi is, mint ő, feltétlen súlyt helyeztünk arra, hogy úgy a tanulmányozandó, mint a kontrollállatok egy ellésből származzanak. A kölyök-kutyákat rendszerint betöltött három hetes korukban választattuk el anyjuktól s vettük a magunk etetésébe, nagy súlyt helyezve arra, hogy az állatokat a továbbiakban is rendes életviszonyaiknak megfelelőleg tartsuk, nehogy az ennek figyelmen kívül hagyásával előidézett lényeges változtatások útján olyan helyzetet teremtsünk, mely — mint ismeretes — önmagában is elégséges malaciás csontelváltozások kiváltására. Állatjainkat ezért mi, minden ketreczés nélkül, szabadon engedjük szaladgálni a házban és udvaron és mindnyáját teljesen egyöntetűleg ugyan, de olyan táplálékon — tej, ételmaradék, csont és egyéb konyhahulladék — tartottuk, mint a milyennel a kutyát általában is szokás táplálni. Kutyáinkat egy heti ilyen egyöntetű etetés után, betöltött négy hetes korukban operáltuk, mint a mely idő — addigra kutyákon a thymus teljes kifejlődése megtörténvén — a kísérletek megkezdésére legalkalmasabb.

Műtetre csak egészséges kutyák kerültek, főként nagyobb fajtájúak; a műtét előtt mindannyinak súlya le lett mérve. Összesen 17 kutyát operáltunk, melyeknek súlya 1105 és 3100 gramm között ingadozott, megjegyezvén, hogy az egy ellésből származók súlya egymás között legfeljebb 100 gramm körül differált. Kontroll állat gyanánt minden ellésből csupán egyet, és pedig mindig a leggyöngébbet hagytuk meg.

Anaestheticumul, minthogy első esetünkben az aether-chloroform kevert narcosissal is rossz tapasztalást tettünk, tisztán morphiumot választottunk, minden kilogrammjára az állatnak körülbelül 1 cm³-t adva az egy százalékos oldatból. Így ugyan csak bódulatban operálhattunk, a mi igaz, a műtétet a kutya sikoltozása miatt a műtőre keservesebbé tette, az állatok azonban ilyen eljárás mellett sokkal ellenállóbbnak bizonyultak.

Az operált kutyákat, szintén *Basch* ajánlatára, a műtét után 5—8 hét múlva irtottuk ki. Ezeknek, valamint a műtét kapcsán elhullott hat állatnak sectióját az állatorvosi főiskolán boldogult *Rätz* tanárnak kórboncztoni intézete végezte lekötő készséggel.

Mielőtt most a histológiai vizsgálatok eredményeinek részletezésére térnék rá, megemlítem, mit észleltünk az operált állatokon makroszkopice. Ezt rövid néhány szóval abban összegezhetem, hogy a kutyák szőre a műtét után a kontroll állatokéhoz képest hosszú ideig rendetlenebbnek látszott. Az operált kutyák egyik-másika két-három héttel a műtét után egyideig húzta a hátulját, lépcsőn kissé ügyetlenül járt, szívesen tartózkodott ülve. Végül az operált állat, annak ellenére, hogy — mint említék — kontrollállatnak mindig a leggyöngébbet hagytuk meg, fejlettségében az egészségeshez képest visszamaradt.

Lássuk azonban most, mik hát azon elváltozások, melyek osteomalaciában a csontokon létre szoktak jönni, s melyeknek histológiai tüneteit operált állataink csontjain nekünk is keresnünk kellett.

Az osteomalacia lényege *Recklinghausen* szerint egy ismeretlen ártalmon alapuló autolyticus folyamat, melynek ő a thrypsis nevet adta. Ez a — szerinte fermentatív és fokozott nedváramlással együttjáró — folyamat a velőüregek felől, a csontsejtekből kiindulólá s a vérerek belsejéből hat ki a kész csontgerendákra s első eredménye a halysteresis lesz, vagyis a csontnak megfelelő helyei elmesztelenednek s az alapanyag engedékennyé, puhává lesz, elváltozik s feltűnően chromophiliássá válik.

Ezt a változást — ezt a regressiv metamorphosison alapuló resorptiót — a szövettani praeparatumban legkivált a csontgerendák szélén keletkező malaciás peremszegély, azaz egy mesztelen csontszegély megjelenése jellemzi, mely hyalinszerű, homogen, legfeljebb finoman csíkt, néha azonban határozottan párhuzamosan rostos szerkezetet mutat s eosinnal meg thioninnal jól festődik.

Ezen thryptikus — erősebben festődő — zóna a csonttestcskék és az erek körül tokköpönyegek (Mantelterritorien) képződésében jelentkezik a szövettani képen.

Maguk a csonttestcskék pedig a thryptikus noxa hatása alatt megduzzadnak — onkotikusak lesznek —, majd a körülöttük keletkező thryptikus zónában az alapanyagnak beolvadása következtében előbb finom nyulványaik otrombává és bunkóssá válnak. Végül pedig a csonttestcskék szétesnek és helyükön sejtörmélék marad (autolysis). A mesztelenné vált, halysteresises alapanyagnak a csontsejtek körüli ezen beolvadása mutatja egyben, hogy a malaciás thrypsis nem egyértelmű a halysteresissel.

Ugyanolyan beolvadásnak, mint a csonttestek tája, esnek áldozatul a peremszegélyek is, minek következtében a csontgerendák keskenyebbé, a velőüregek tágasabbá, maguk a csontok pedig porosusabbá válnak.

S mint *Recklinghausen* tisztázta, a beolvasztásban, illetőleg a feloldott alap- és ragasztóanyag kilúgozásában az elpuhuló csontszövetben utakat vágó úgynevezett *Volkmann*-féle ereket vivő, perforáló csatornák s a bimbók hajtsa útján szaporodó erek vesznek részt.

Ugyancsak ezen kilúgozásnak termékei: a tela osseának rétegekre való hasadozása, úgynevezett dissectiója, továbbá az ép és elmesztelenedett csont határára képződő úgynevezett *Recklinghausen-féle rácsrajzolatok* (Gitterfiguren), mely utóbbiak nem egyebek, mint a kilúgozás útjait alkotó drain-csatornácskákból szövődött képek.

(Folytatása következik.)

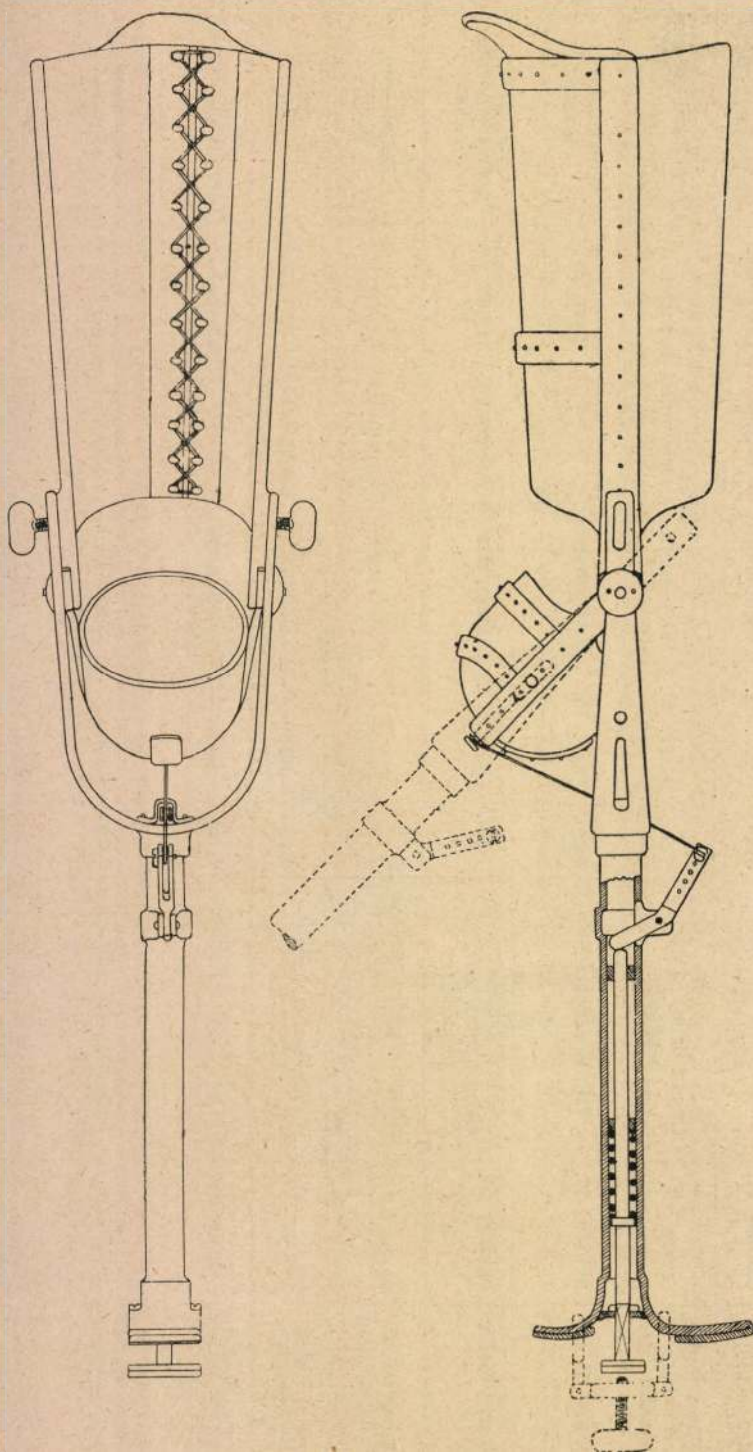
Közlés a II. sz. sebészeti klinikáról. (Igazgató: Kuzmik Pál dr., ny. r. tanár, I. oszt. főtörzsorvos.)

Műalsóvégtag hajlító contracturás lábszárcsontkiegyenesítésére.

Irta: *Báron Sándor* dr., cs. és k. főorvos, jelenleg a m. k. Hadigondozó Hivatal sátoraljai helyi intézetének (vezetőorvos: Balás Dezső dr., ezredorvos) osztályvezető főorvosa.

Hajlító contracturás lábszárcsontkiegyenesítése az esetben indokolt, ha a nem túlrövid csont izmai elég erősek, ill. eléggé erősíthetők és így a kiegyenesített csont a művégtag lábszárrészenek mozgatására alkalmas. A lábszárcsont hajlító contracturájának elsődleges mechanikai oka legtöbbször a m. semitendinosus, semimembranosus és biceps femoris rövidege (nyújtott csípő mellett a lábszárcsont jobban nyújtható, mint hajlított csípő mellett), melyhez rendszeren a hátulsó tokszalagrész kisebb mértékű zsugorodása társul. A hajlító contracturás lábszárcsontkiegyenítésére lehetőleg conservatív eljárásokat alkalmazunk, amennyiben a megrövidült izmok inainak meghosszabbítása, kapcsolatban esetleg a hátulsó tokszalag átmetszésével, a csontot hajlító izomzat működését hátrányosan befolyásolja.

A készülék egyszerű szerkezetét a következő ábrák mutatják:



Készülékünk a következő céloknak felel meg:

a) mankóláb merev térdel; a csomb és lábszárcsonk fel van függesztve. A testsúlyt *Dollinger*-féle tubertámasz-felület fogja fel és a mankóláb lecsúszását a behajlított lábszárcsonk gátolja meg;

b) járásközben a mankóláb terhelésekor a testet mozgó nehézség- és izomerő, ill. helyesebben a talaj ellennyomó ereje a járófelületből kiálló alaphoz erősített csapot a lábszárcsöbe benyomja; a benyomuló csap kétkarú emeltyű és aczéldrótos összeköttetés segélyével a csontkosarat a lábszárcsökhöz közelíti, azaz a lábszárcsonkot nyújtja; a csomb előre-csúszását egy az ábrán fel nem tüntetett, a csombtoksínék között alul-elül kifeszített heveder gátolja meg. A mint a mankóláb terhelése megszűnik, a lábszárcsöben alkalmazott nyomórúgó a lappal összefüggő csapot újból kinyomja a járófelület síkjából. A redressáló hatás terjedelmét és erejét a kétkarú emeltyű felső karjának rövidítésével, ill. hosszabbításával szabályozhatjuk. Végeredményben tehát a mankóláb

minden egyes terhelésekor a lábszárcsonkot nyújtó rugalmas, szabályozható hatás érvényesül;

c) mint a lábszárcsonk súlynnyújtását megkönnyítő segéd-készülék is szerepel. Ilyenkor a lábszárcsövet a csontkosárral mereven úgy kötjük össze, hogy hossz tengelyük egyezik (az ábrán megszakított vonallal jelezve) és a súlyt a lábszárcsö alsó részére, tehát hosszú karra alkalmazzuk;

d) végül a beteg nyugvó helyzetében állandó redressáló hatást fejthetünk ki azáltal, hogy a járófelületből kiálló lapot az e felületre alkalmazott csavar segítségével benyomjuk.

E készülék a gyakorlatban jól bevált; a beteg, kinek részére szerkesztettük, rögtön bot nélkül jól járt vele és a kombinált redressáló hatások néhány hét alatt különösebb fájdalmak nélkül majdnem teljesen kinyújtották a 10 cm. hosszú, nyújtott csípő mellett 110°-ig, hajlított csípő mellett 90°-ig nyújtható lábszárcsonkot.

A készülék technikai szerkesztését adataim alapján *Jankó Gyula* ipariskolai igazgató megbízásából *Perlusz Dezső* hadnagy végezte.

Közlemény az I. hadsereg fogolykórházából. (Parancsnok: Gänger Jenő dr., cs. és kir. törzsorvos.)

Újabb rúgós portatív extensiós készülék a csombcsonttörések kezelésére és műtétet előkészített, rövidüléssel gyógyult esetek meghosszabbítására.

Közlő: *Koleszár László* dr., kolozsvári klinikai operateur, ezredorvos, az I. hadsereg fogolykórházának osztályvezető főorvosa.

(Vége.)

Portatív extensiós készülékünkkel összesen 21 csombcsonttörést gyógykezeltünk, melyeknek tabellaris kimutatása a következő:



8. ábra.

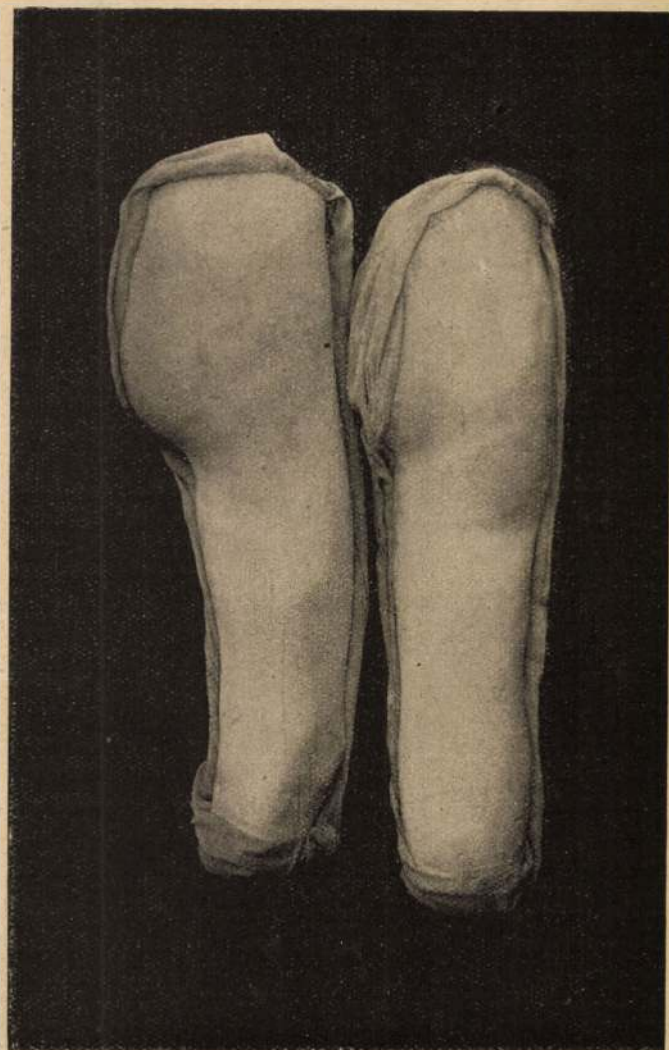
Sorszám	Név	Ezred	Sebesülés neve	Sebesülés napja	Kórházba jövelekor az állapot	Rövidülés	Készülék feltétele	Húzás ki szerint a port. ext. készülékben	Műtét	Készülék levétele	Jelen állapot	Rövidülés a gyógyulás után
1	R. A.	Orosz gy. e. 269/9 gyalogos	Jobb czombsont lövési törése a felső harmadban	1916 november 8.	Consolidatio, fistula-képződés, 170° szögképződés	7 cm.	1916 decz. 6.	Bardenheuer	Osteoclasia	1916 nov. 30.	Jó callus szögletképződés nélkül	2 cm.
2	M. P.	Orosz gy. e. 269/14 e. gyalogos	Bal czombsont lövési törése a felső harmadban	1916 november 8.	Consolidatio, 165° szögletképződés	8 cm.	1916 decz. 8.	Bardenheuer	Osteoclasia	1917 január 1.	Jó callus szögletképződés nélkül	1/2 cm.
3	B. C.	16/11 román gy. e. gyalogos	Jobb czombsont lövési törése az alsó harmadban	1916 október 17.	Nagy lágyrész-sérülés, callus-képződés nélkül	6 cm.	1916 decz. 10.	Bardenheuer	—	január 21.	Jó callus	2 cm.
4	A. C.	27/10 román gyalogos	Jobb czombsont törése	1916 október 24.	Semmi consolidatio	9 cm.	decz. 10.	Bardenheuer	—	január 25.	Jó consolidatio	3.5 cm.
5	S. J.	192/2 orosz gyalogos	Bal czombsont lövési törése	1916 nov. 29.	Semmi consolidatio, 160° szögletképződés	7 cm.	1917 január 1.	Bardenheuer	Osteoclasia	január 30.	Jó consolidatio, semmi szögletképződés	—
6	Zs. A.	312/5 orosz gy. e. hadnagy	Bal czombsont lövési törése a középben	október 15.	Consolidatio, 170° szögletképződés	8 cm.	1916 decz. 13.	Steinmann	Necrotomia Osteotomia	január 29.	Jó consolidatio, semmi szögletképződés	1.5 cm.
7	N. N.	15/10 e. orosz gyalogos	Bal czombsont lövési törése a felső harmadban	nov. 17.	Nagy lágyrész-sérülés, bűzös váladék	12 cm.	decz. 17.	Steinmann	—	január 13.	Jó consolidatio, fistula	1 cm.
8	P. G.	14/5 e. román gyalogos	Jobb czombsont lövési törése schrapnellről	október 17.	Consolidatio, szögletképződés	6 cm.	decz. 24.	Steinmann	Osteoclasia	január 26.	Jó callus, semmi szögletképződés	1 cm.
9	M. G.	14/16 e. román gyalogos	Bal czomb lövési törése a felső harmadban schrapnellről	szept. 22.	Consolidatio, szögletképződés	8 cm.	decz. 30.	Steinmann	Osteotomia	márczius 7.	Consolidatio, semmi szögletképződés	2 cm.
10	W. C.	27/1 e. román gyalogos	Jobb czombsont törése	október 21.	Bűzös sebváladék	4 cm.	nov. 15.	Bardenhauer	—	decz. 30.	Consolidatio, fistula	1 1/2 „
11	D. P.	317/12 e. orosz gyalogos	Jobb czombsont törése	október 30.	Circularis gipsz-kötésben jött december 5.-én. Consolidatio, szögletképződés	7 cm.	január 2.	Steinmann	Osteotomia	január 31.	Consolidatio szögletképződés nélkül	3 cm.
12	N. D.	98/13 e. orosz gyalogos	Bal czombsont lövési törése a felső harmadban	decz. 4.	Circularis gipsz levétele január, 5.-én semmi consolidatio	7 cm.	január 5.	Steinmann	Necrotomia	márczius 7.	Consolidatio, fistula	—
13	G. M.	16/4 e. román gyalogos	Bal czombsont lövési törése a felső harmadban	október 17.	Consolidatio, szögletképződés	7 cm.	január 6.	Steinmann	Osteotomia	márczius 7.	Consolidatio, fistula	2 cm.
14	O. N.	53/9 e. orosz gyalogos	Bal czombsont lövési törése	január 3.	Lágy részek kilerjedt roncsolása	5 cm.	január 17.	Steinmann	—	február 17.	Tetanusban meghalt	—
15	L. S.	20/6 e. orosz gyalogos	Bal czombsont lövési törése schrapnellről	január 10.	Nagy lágyrész-sérülés	6 cm.	január 17.	Steinmann	—	márczius 3.	Consolidatio, fistula	2 cm.

Sorszám	Név	Ezred	Sebestülés neve	Sebestülés napja	Kórházba jövételekor az állapot	Rövidülés	Készülék feltétele	Húzás ki szerint a port. ext. készülékben	Műtét	Készülék levétele	Jelen állapot	Rövidülés a gyógyulás után
16	J. V.	13/1 román gyalogos	Jobb csombcsont lövési törése a középi harmadban	nov. 13.	Beszáradt seb	5 cm.	január 24.	Steinmann	—	március 3.	Consolidatio	—
17	G. H.	8/3 e. orosz gyalogos	Jobb csombcsont lövési törése	január 6.	Igen kiterjedt lágyrész-sérülés, nagycsontdefectus	10 cm.	január 25.	—	—	Sin gyanánt alkalmazva	—	—
18	C. J.	37/8 román kaplár	Jobb csombcsont törése az alsó harmadban	január 1.	Bűzös, genyes váladék	7 cm.	január 28.	Steinmann	—	március 29.	Consolidatio	—
19	A. C.	27/2 e. román szakaszvezető	Jobb csombcsont lövési törése	nov. 27.	Kiterjedt lágyrész-sérülés	6 cm.	január 29.	Steinmann	—	március 26.	Consolidatio	—
20	M. P.	189/3 román gyalogos	Bal csombcsont lövési törése	január 3.	Consolidatio szögletképz.	4 cm.	január 30.	Steinmann	Osteotomia	március 21.	Consolidatio szögletképződés nélkül	—
21	B. P.	501/6 e. orosz gyalogos	Jobb csombcsont lövési törése a felső harmadban	március 8.	Consolidatio szögletképz.	7 cm.	márcz. 26.	Steinmann	Osteoclasia	május 2.	Consolidatio szögletképződés nélkül	—

Az e rendszerrel gyógyított esetekről, a mint említettük, pontos gipszlenyomatokat vettünk. Ilyen gipszlenyomat fényképét mutatom be a következő ábrákon.

A 8. ábra a 9. esetet ábrázolja. Az eset 8 cm. rövidüléssel került kezeink közé, osteotomiával a szögletképződést egészen, és a rövidülést kiegyenlítettük, úgy, hogy gyógyult állapotban 2 cm. rövidülés maradt meg.

A 9. ábra a 11. esetet mutatja. D. P., orosz gyalogos, zárt jobb csombcsonttörést szenvedett 1916 október 20.-án. Sínkötése volt december 5.-éig, a mikor circularis gipszkötéssel látták el, melyet 1917 január 2.-án távolítottunk el. Ekkor már consolidatio volt, de 7 cm. rövidülés és kisfokú szögletképződés. Január 2.-án Steinmann-féle szögnyújtáshoz

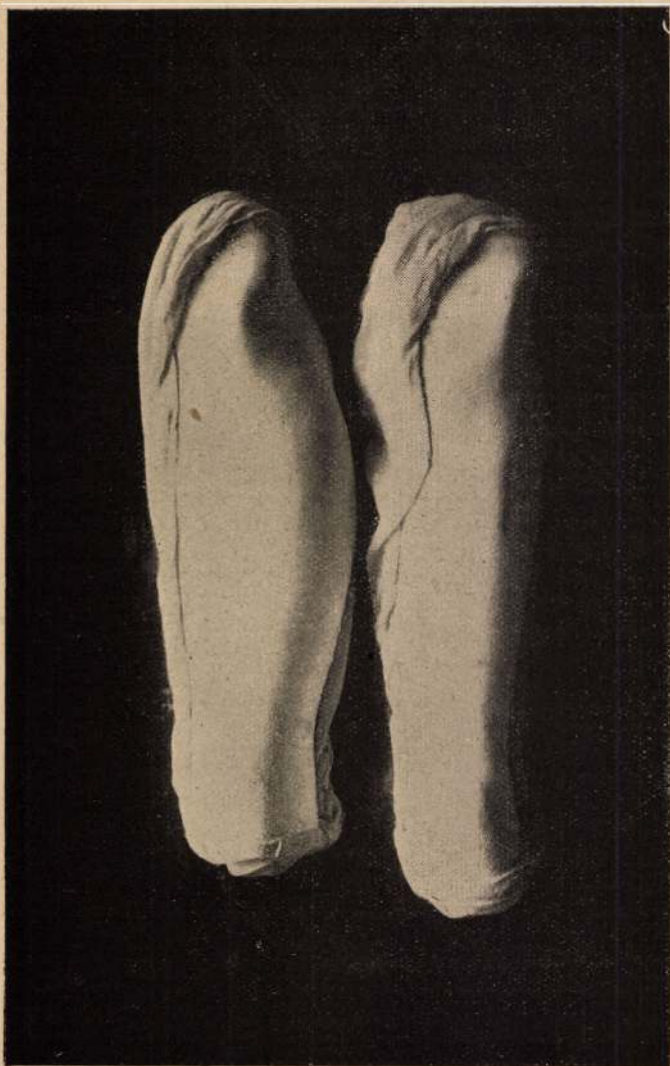


9. ábra.

való előkészítés után osteotomiát végeztünk, a sebet véglegesen varrtuk és az újabb rendszerű portatív extensiós készüléket föltettük. A készülék január 31.-én távolítottunk el. Jó consolidatio, szögletképződés nincs. 3 cm. rövidülés maradt meg. Hogy a rövidülést nem tudtuk egészen kiegyenlíteni, annak tulajdonítjuk, hogy a szögeket már 3 hét multán eltávolítottuk és így az izmok ismét retrahálódhattak. Az ízületek mozgása szabad.

A 10. ábra a 13. esetet ábrázolja. G. M., román gyalogos, 1916 október 17.-én lövés következtében bal csombja felső harmadán törést szenvedett. Felvételtkor a bemeneti és kimeneti nyílás beszáradt volt. Felvételekor, 1917 január 4.-én jó consolidatio szögletképződéssel, 7 cm. rövidüléssel. Január 6.-án Steinmann-féle szögnyújtásra való előkészítés után a callus helyén osteotomiát végeztünk, a sebet rétegesen elvarrtuk. Portatív extensiós készüléket alkalmazva, a két oldali rúgókat úgy megfeszítettük, hogy a húzó erő 15—15 kilogrammot képviselt. A szögeket február 15.-én távolítottam el,

a készüléket pedig márczius 1.-én. Ekkor már a consolidatio teljes, szögletképződés nincsen, a rövidülés 2 cm. Az ízületek mozgása szabad.



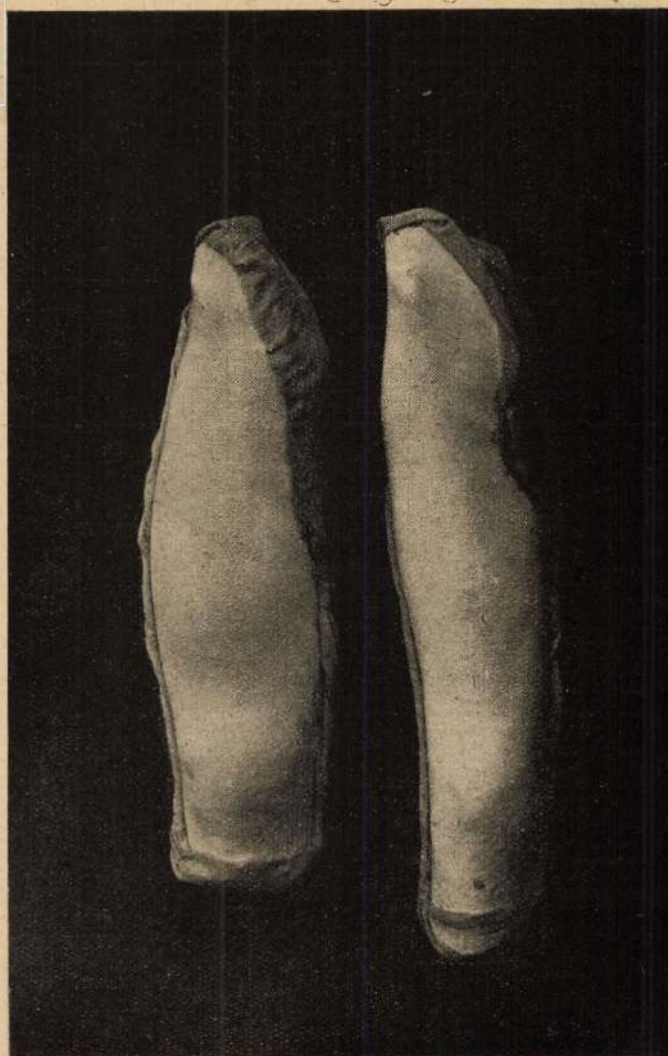
10. ábra.

A 11. ábra a 16. esetet ábrázolja. J. V., román gyalogos, 1916 december 13.-án lövés következtében jobb csonbjának középső harmadán csonttörést szenvedett. 1917 jan. 24.-én felvételekor a be- és kilövési nyílás beszáradt, pörkkel fedett, gyulladásnak semmi tünete, semmi consolidatio, 5 cm. rövidülés, kistokú szögletképződés. Sin-eltávolítás után Steinmann-húzásra előkészítve, a szögeket szintén a tibiába verve, portatív extensiós készülékünket alkalmaztuk. A rugókat megfeszítettük, hogy 15—15 kgr.-nak felelt meg egy-egynek a húzása. Nyomópelottákat alkalmaztunk. A szögeket február 26.-án távolítottuk el, a készüléket márczius 3.-án. Jó consolidatio, semmi rövidülés, az ízületek mozgása szabadok.

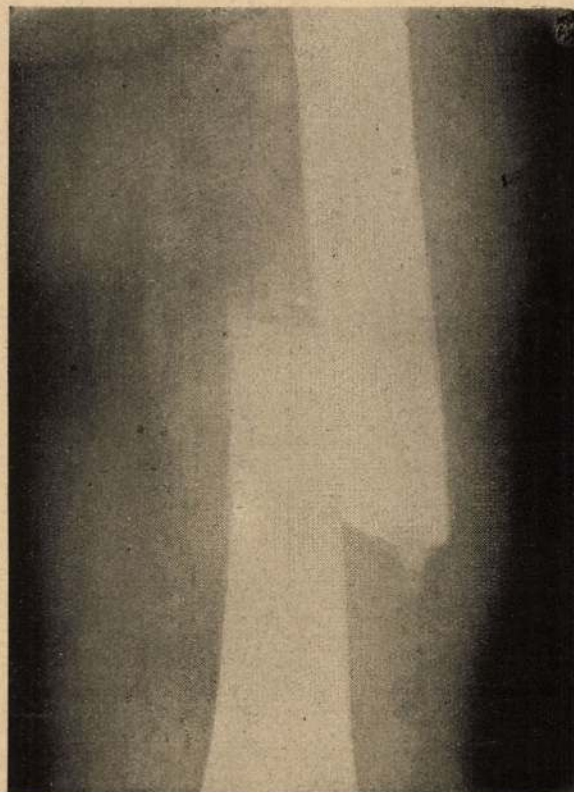
A 12. ábra az esetet a kezelés előtt, a 13. a kezelés után ábrázolja.

A 14. ábra M. P., román gyalogos bal csonbját mutatja kezelés előtt és után. A nevezett 1917 január 3.-án sebesült meg; mikor hozzánk került, már jó consolidatio volt, szögletképződéssel és 4 cm. rövidüléssel. Január 30.-án Steinmann-féle szegnyújtásra való előkészítés után osteotomiát végeztünk és a portatív extensiós készüléket feltettük. A szögeket márczius 6.-án távolítottam el, a készüléket mint támasztó-sínt márczius 21.-éig hagytam meg, a mikor eltávolítottam. Jó consolidatio, szögletképződés nincs, rövidülés nincs, az ízületi mozgások szabadok.

A 15. ábra 21. esetünket mutatja. B. P., orosz gyalogos, Röntgen-képén látható a csontok nagy dislocatiója

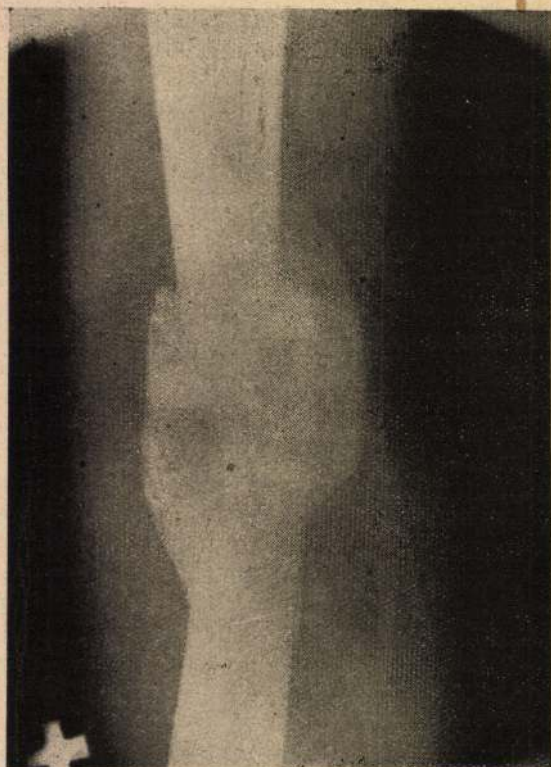


11. ábra.



12. ábra.

törés következtében; a 16. ábrán a gyógyult törés látható; rövidülés nincs.



13. ábra.



14. ábra.



15. ábra.



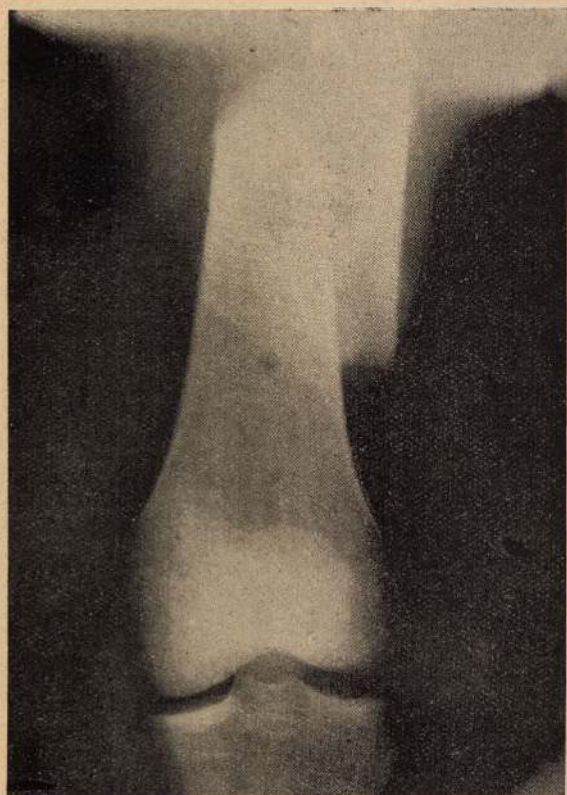
16. ábra.

A 17. ábra 18. esetünk Röntgen-képét mutatja felvételtkor, a 18. ábra gyógyuláskor. Rövidülés nincs.

A két rugóval ellátott portatív extenziós készülék előnyei a következők:

1. A beteg könnyű szállíthatósága.
2. Bármely sebkezelés könnyen alkalmazható.
3. A nyújtás és a reponált csontok helybentartása csaknem tökéletes. (Röntgennel ellenőrizhető.)
4. Úgy a *Bardenheuer*-, mint a *Steinmann*-húzás alkalmazható.

5. Sin gyanánt jól használható.
6. Csontmeghosszabbító műtét után és a mikor erős nyújtásra van szükség, alkalmazható.



17. ábra.



18. ábra.

Ezek alapján azoknak, a kik czombcsonttörések kezelésével és csontmeghosszabbító eljárásokkal foglalkoznak, szíves figyelmükbe ajánlom készülékünket.*

Hasonló készüléket az alkarra és lábszárra kórházunkban szintén alkalmazunk, ezek leírását e lap hasábjain legközelebb fogom közölni.

* A készüléket Herczog Béla budapesti műszerész készíti.

A pozsonyi országos hadigondozó kiállítás.

Irta: *Deutsch Ernő* dr. honvéd ezredorvos.

A rokkantak észszerű ellátása a háború alatt és után a legégetőbb socialis problémák sorába tartozik, súlyos gondot okoz az egyénnek, a társadalomnak, az államnak. A becsületesen gondolkodó rokkant nem akarja a koldus megszégyenítő kenyerét élvezni, a társadalom nem tűrheti, hogy testén tétlen herék élösködjének, s mindenekelőtt kötelessége az államnak, hogy a haza szent földjéért megrokkantak jövő tisztas megélhetéséről gondoskodjék. Minden actio, mely a jelzett irányban felvilágosítóan és megnyugtatólag hat az egyesre s a nagy közösségre, a legmesszebbmenően elismerést érdemel, fokozott mértékben, ha oly tudással és szeretettel van indítva, mint a pozsonyi országos hadigondozó kiállítás, mely elméleti és gyakorlati, katonai és polgári szempontokból egyaránt kitűnő nyújt a szemlélőnek.

A rokkantat régi hivatása, vagy ha ez keresztülvihetetlen, új munkakör keretében kellőképp kiképezni (mihez oktató irányításon kívül a kórosan elváltozott testrész sebészi, orthopaediai kezelése, végtaghiány pótlása szükséges) s a tanult munkást megfelelően elhelyezni oly feladatok, melyek eredményes keresztülvitelére orvosnak, paedagogusnak és socialis munkásnak ideális harmoniában karöltve kell működnie. A megbeszélés tárgyát tevő kiállítás tehát hivatott az utókezelő intézetek, rokkant-iskolák, műhelyek és produktumaik, a művégtag-gyárak és socialis irodák működését egyaránt átnézetesen ismertetni; *Bakay Lajos* egyet. tanár, főtörzsorvos és kiváló munkatársai nagy tudásának és ernyedetlen szorgalmának e feladat kitűnő megoldása teljesen sikerült.

A rokkantak sebészi utókezelésének illusztrálására szolgálnak a pozsonyi intézet által kiállítottak. (Igazgató: *Bakay Lajos* dr., egyet. tanár, főtörzsorvos; vezető főorvos: *Sebestyén Gyula* dr., tanársegéd.) Az idegsérülések változatai s az idegműtétek (ideg-varrat, implantatio, neuroma-eltávolítás) főbb fázisai gipszmodelleken s rajzokon vannak demonstrálva; plastikai műtétek az arczon, koponyán, különböző ízületi plastikák, csontdefectusok ellátása nyeles bőrlebens segítségével, állizületek gyógykezelése drótvarrattal és csontátültetéssel, orrdefectusok pótlása kitűnő kivitelű fényképekkel vannak érzéktve. Nagyon érdekes és tanulságos a több mint száz amputációs csonton végzett párhuzamos fénykép- és röntgenológiai felvétel. (*Töpler István* dr. tanulmánya.) A pozsonyi intézet Röntgen-felvételeinek gyűjteménye felöleli a csont- és ízületi sebészet minden részletkérdését: ízületi plastikák, csont-varratok, csontszögölések, lövedékek a koponyaüregben, stb., stb.

Az Országos Hadigondozó Hivatal pozsonyi intézetének odontorthopaediai osztályát (igazgató: *Bakay Lajos* dr., egyet. tanár, főtörzsorvos; vezető főorvos: *Herz Móricz* dr.) magas színvonalú kiállításában tanulmányozhatjuk. Itt láthatjuk a többi között a dislocatio nélküli törések megszüntetésére a vulkanizált kaucsukból, illetve ezüstből öntött fixációs sánt, *Schroeder* gyűrűsdrótvét, a horizontális dislocatio megszüntetésére — ahol még mozgékony törésvégek vannak — pontosan beállított ferdesíkot, horizontális és verticalis dislocatio megszüntetésére a *Schroeder*-féle csúszató sánt (*Gleitschiene*), a kemény és lágy szájpada defectusainál az obturátort, az intermaxillaris gummiligaturát, valamint zongorahúros terpesztő sánt, értékes, subtilis és igazán ötletes prothesiseket, extra- és intraoralis kötéseket, *Randolf*-fémből készült hidöntvényeket, a nyergelő kaucsuk hidat, a srófrajáró kaucsuk fixációs kötést az esetnek megfelelően. Ez a gazdag anyag, individualizálva, a laikusnak éppúgy, mint a szakembernek egyaránt könnyen megérthető és szemlélhető módon van beállítva.

Az Országos Hadigondozó Hivatal Budapest, Munkácsy-utcai intézete sebészeti, szemészeti és odontorthopaediai osztályainak kiállított tárgyai általános elismerést és érdeklődést érdemeltek ki. (Igazgató: *Borszék Károly* dr., egyet. tanár, főtörzsorvos; vezető főorvosok: *Szabó József* dr., egyet. magántanár, *Salamon Henrik* dr., egyet. magántanár, ifj. *Imre József* dr., egyet. magántanár.)

Borszék anyagát leginkább a koponya- és agysérülésekhez társuló sokféle szövődmény közül a késői agytályog, a *Jackson-féle* epilepsia és a koponyacsont-defectusok teszik. A műtét alá kerülő esetek mindegyike előzőleg a Bajza-utcai utókezelő gyógyintézetben (igazgató: *Csikó József* dr., egyet. magántanár) ideggyógyászati szempontból pontosan meg lesz vizsgálva, mindegyikről *Röntgen*-felvétel, majd szemfenéki és fülvizsgálat készül.

A koponyacsont nagyobb hiányainak pótlását illetően az ideggyógyászok és sebészek ellentétes véleményére vonatkozólag igen becses adatokat szolgáltatnak az intézet műteti anyagáról készült gipszlenyomat-sorozatok. Valamennyi eset műtét előtti állapotát gipszlenyomat, *Röntgen*- és rendes fényképfelvétel érzékíti, a csonthiány plastikai pótlásának sikerét pedig legalább hat hónappal a műtét után készült gipszlenyomatok és fényképfelvételek igazolják, tehát nem momentán műteti eredmények, hanem állandó gyógyulások! A defectusok plastikai pótlása a sikerült esetek legtöbbszörében nem idegen anyagok transplantációjával vagy ugyanazon egyén más test-tájékaról vett csont-csonthártyalebeny átültetésével történik, hanem a defectus szomszédságából vett nyeles csont-csonthártya lebeny eltolásával; az ily módon átültetett csontlebeny életképes marad és szervesen begyógyul, nem lökődik ki még hosszú idő után sem; a valóban jó eredmények ezen műteti technikának tulajdoníthatók. A defectusok plastikai pótlásán kívül feltűnik egy férfitenyérynél mély koponyahorpadás osteoplastikai trepanációval sikeresen meggyógyított esetét demontstráló gipszlenyomat.

Kiváló szemésszi és sebésszi szaktudásról szolgáltat bizonyítékot a hadigondozó hivatal szemosztálya. Gazdag változatban tanulmányozhatjuk a harctéri sérülések után a szemhéjakon és arcon végzett plastikai műtéteket. Szemorvosi tudásunk értékes gyarapodását látjuk a csökkent látásuk számára szerkesztett *Zeiss*-féle távcső-lupékban és pápaszemekben.

A magas színvonalú *odontorthopaediai* kiállítás két részre oszlik. Az egyik feltűnteti az eredményeket, melyeket az osztály elért a *Salamon-féle* gelatin-prothesisekkel az arc elpusztult részeinek (különösen orr, fül) pótlására. 24 gipszminta, egész sor fénykép érzékíti a meglepő aesthetikai hatást, mely az esetek javarészában felülmúl minden sebésszi úton elérhető.

A kiállítás másik része 57 db. kettős gipszminta, egész sor fénykép, *Röntgen*-kép, melyek azon methodusokat demontstrálják, melyeket az osztály az állkapocstörések gyógyításában alkalmaz. Ezzel az osztály demontstrálni kívánja egyrészt azt a szigorúan conservatív irányt, melyet követ, de másrészt azt a törekvést is, hogy lehető egyszerű eszközökkel érjen el lehető legteljesebb eredményt.

Az osztály eddig kb. 1000 állkapocstörött beteget kezelt, ezek 75%-a gyógyultán került újra a frontra, 2%-a segédszolgálatra lett alkalmas és csupán 5%-a rokkant.

Az orthopaediai kezelés, mely elsősorban a merev ízületek activ vagy passiv mozgását célozza gépek révén, kitűnően van képviselve az Országos Hadigondozó Hivatal pozsonyi intézete medico-mechanikai osztályának vezető főorvosa, *Fischer Ernő* dr., ezredorvos által szerkesztett, a bel- és külföldön egyaránt elismert s használt gépekkel. Zsugorodott ujjak és ízületek kinyújtására szolgálnak az Országos Hadigondozó Hivatal, Budapest, Márvány-utcai utókezelő gyógyintézete által igen jó eredménnyel használt *Kopits Jenő* egyet. magántanár által szerkesztett készülékek.

Gazdag tárháza a modern physiotherapiának az Országos Hadigondozó Hivatal, Budapest, Császárfürdői utókezelő intézetének (igazgató-főorvos: *Dalmady Zoltán* dr.; főorvos: *Widder Bertalan*) kiállítása:

Magas feszültségű villamos áramok alkalmazására szolgáló terem modellje, villamos kezeléshez való kapcsoló-készülékek, *Henszelmann* és *Dalmady*-féle elektródok, *Dalmady*-féle körfogatmérőszinórok, homokfürdő modellje, ideiglenes nemeztalpbetét modellje, rugós fasúlyzók, *Volkman*-féle ujjmozgató készülék, *Widder*-féle orsóidegbénulást javító készülékek csukló-rögzítéssel és anélkül. Kis

gipszmodell, jobbkarján: törés utáni felkarizületet rögzítő készülék; balkarján: felkartörést rögzítő készülék; jobb lábán: leszerelhető, még be nem gyógyult csonkra alkalmazható ideiglenes munkaláb; bal lábán: bénult quadriceps-izom működését pótló készülék. Könyöksugornál alkalmazott, beállítható nyújtókészülék, lötyögő könyökizületet rögzítő tok, házilag készült orthopaedcipők külső emeléssel, *Hahn*-féle markolókészülék, talpprothesis a sarokcsont ki-növése-nél, különleges fogású asztalos és faesztergályos műszerek karamputáltak és bēna vagy merev kezűek számára. Fényképek és *Röntgen*-képek érdekesebb hadisérülésekről, valamint az intézetben használatos kezelésmódokról.

A kiállítás legimponálóbb részét alkotja a művégtagok terme, a hol együtt találjuk hazánk összes művégtagműhelyeinek készítményeit. A művégtaggyártás igen szövődött problema, mert felette nehéz oly prothesis gyártása, mely egyrészt leplezi a természetes végtag hiányát, másrészt lehetővé teszi, hogy a rokkant dolgozni tudjon, tehát a kozmetika, az úgynevezett „vásárnapi láb vagy kéz” és a munkavégtagok szerkesztése egyaránt fontos feladat. Ugyane csoportba tartoznak az immediat-prothesisek, a bēnulásoknál használatos sinek, tehermentesítő- és felfüggesztő-, fogó- és markoló-készülékek, lötyögő és állizületeket rögzítő tokok, koponyacsonthiányokat pótló fedőtokok, támasztófűzők, orthopaedcipők stb.

Elsősorban kell megemlékeznem a budapesti m. kir. állami művégtaggyár (a hivatal sebésszi tanácsadója *Dollinger Gyula* dr., egyetemi tanár, vezértörzsorvos, igazgatója *Karlovcz László*) kitűnő, világszerte elismert gyártmányairól. A fix alátámasztási felületek képzésével elért csontfelfüggesztési elv mindinkább átmegy a köztudatba. A gazdag kiállítási anyagból kiemelem a következőket:

Lábszár- és csípőamputáltaknál használatos művégtagok és azok előállítási módja; negatív és pozitív gipszmodellek előrajzolásával és egy művégtag metszetével. Csigolyagyuladással alkalmazott támasztófűzők; a fűzők előállítási módja negatív és pozitív gipszmodellek, valamint előrajzolások kapcsán. A felkar- és alkartörés utáni állizületeknél használatos rögzítő készülékek. A lábszár- és csípőtörés utáni állizületeknél használatos tehermentesítő készülékek, ezekhez való pozitív modell előrajzolásával. Csőbamputáltaknak és csípőizületben kiiesítettéknek való kozmetikai és munkavégtagok, ezekhez való gipszmodellek és előrajzolások. Fogókészülék alkaramputáltak számára. Különböző műkarok alkaramputáltak, felkar- amputáltak és vállizületben kiiesítették részére. Műkarhoz való negatív és pozitív gipszmodell, ez utóbbin előrajzolás. Ökölkosár- és kézkosárkészülék merevkezűek számára. A *Karlovcz*-féle műkar alkotórészei és munkaillesztékei. *Ráth*-féle műkar, illesztékekkel. Művégtagsinek elkészítési menete, a gipszmintázó helyiség ábrái. A *Karlovcz*-féle műkarhoz való illesztékek elkészítési menete, *Ráth Kálmán* m. mérnök írókészülékei, mely készülékek szerény véleményem szerint *Hoeffmann* és *Tannenber*g alkotásaival szemben haladást jelentenek. A m. kir. állami művégtaggyár művégtag-termeléséről szóló kimutatások s a gyár művégtagjainak alkalmazása rokkantakon (forgatható rajzok).

Az Országos Hadigondozó Hivatal pozsonyi intézete művégtagműhelyének (igazgató: *Bakay Lajos* dr., egyetemi tanár, főtörzsorvos) kiállítása felette gazdag eredeti constructiókban.

Kiemelem a következőket: A múltab fa- és bőrmunkáinak elkészítési menete. Egy *Fischer Ernő*-féle térdizülettel ellátott művégtag s egy hosszirányú metszet a művégtagon át a térdizület bemutatására. Térdizület, mely megoldja azon problémát, hogy lehet a művégtag térdizületi részét hajlítás közben bármely fokon rögzíteni úgy, hogy az az egész test súlyát megbirja, anélkül, hogy bebicsakoljon vagy hogy ennek az elérésére bármely bonyolódottabb szerkezetre vagy az amputált részéről kézfogásokra volna szükség. Csőbamputáltaknak való munkavégtag és kozmetikai művégtagok.

Bakay-féle markolókészülékek modelljei kézdefectusos, merevujjú vagy ujjhiányos rokkantak számára, rögzített, csavarral beállítható, valamint rugóval ellátott és a könyökizület moz-

gatásával szorító szerkezetek. Pozsonyi modellek kozmetikai és munkakarok alkaramputáltak, felkaramputáltak és vállizületben kiízesítettek számára. E művétagok izületi része nem gömbizület, sem fogaskerek, hanem hengerfelület, a melyet csavarjárat és kis pufferek segélyével bármely állásban lehet rögzíteni. A fából való kozmetikai műkéz előállításának menete gipszmodellel. Különböző munkaillesztések. Orsóidegbénulásnál használatos sín. Lábszáramputáltak számára való munkavétag és ugyanilyen kozmetikai művétagok, csonttal mozgatható, továbbá térdeplő térdizülettel, valamint *Pirogoff* szerint bokában kiízesítettek számára. Emelt cipők az alsó vétag különböző fokú rövidüléseinél. A művétagok aczélsíneinek elkészítése.

Az Országos Hadigondozó Hivatal sátoraljaujhelyi intézetének művétag-műhelye (min. biztos: *Majláth József*, igazgató-főorvos: *Balás Dezső*) igen gazdag és szép-kivitelű eszközökkel vett részt a kiállításon: ujpercz redresszáló készülékek, orsó- és singideg becsukásba való sinek, kéztő redresszáló tok, *Bakay*-féle markoló készülékek, könyörögztő tokok zárható és szabad izülettel, *Scarpa*-gép és *peroneus-bénulás*nak való készülék cipőkkel, orthopaed-czipők az alsóvétag rövidülésénél külső és belső emeléssel, valamint külső és belső fűzéssel, túlnyújtást megakadályozó térd-rögztő tokok. Eredeti s nagy horderejű *Báron Sándor* főorvos szerkezete: hajlító contracturás lábszárcsontok számára konstruált munkaláb, mely egyrészt támaszvétag, másrészt önműködő, minden lépésnél redresszáló gép s végre nyújtó-készülék.

Az Országos Hadigondozó Hivatal aradi művétag-műhelye a *Zimmermann-Benkert-Révai*-féle kozmetikai műlábát állította ki. Ezen prothesis egészen újszerű készítésénél a gipszminta nélkülözhető. A műlábak különböző hosszban (25–30 cm.) állíthatók be s 15–25 cm. átmérőjű kipárnázott karikákban végződnek, melyekbe beleül az amputált, a műláb erre van függesztve, járásközben hajlítható, a járásnak nagyfokú biztonságot nyújt a bokában elhelyezett gömbcsukló. E prothesis tömeggyártásra felette alkalmas.

Az Országos Hadigondozó Hivatal kassai intézete (igazgató-főorvos: *Lichtenberg Sándor* egyet. magántanár) orsóideg-hűdést javító sint, ccomb-amputáltak részére pedig egy munka- és két kozmetikai, igen ügyes, szabad-rugós térdizülettel bíró prothesist állított ki.

Az Országos Hadigondozó Hivatal debreczeni ipari rokkant-iskolája a *Ráth*-féle munkalábát mutatja be, a melynek térdizületi része rúgóval ellátott két összefekvő fémlemez.

A kiállításnak talán leglátogatottabb része az Országos Hadigondozó Hivatal pozsonyi intézetének művétag-műhelyei és ipari rokkantoktatása (igazgató: *Bakay Lajos* egyet. tanár főtörzsorvos, az ipari oktatás igazgatója: *Bajcsy Árpád*, vezető-tanár: *Suján Pál*.)

„A rokkantak 16 tanműhelyének munkaközben való bemutatása azt célozza, hogy a közönség ne csak az ipari oktatás kiállított eredményeit lássa, hanem betekintést nyerjen abba is, hogy ezek az eredmények hogyan fejlődnek, hogy miként foglalkoznak a megfelelő tanerők a rokkantakkal és hogy mily módon lesz belőlük ismét a saját erejéből megélő, boldog, kereső munkás.”

Igen értékes anyagot mutat be a budapesti Duna jobb- és balparti rokkantiskola, az Országos Hadigondozó Hivatal debreczeni gazdasági és ipari rokkantiskolája, a hódmezővásárhelyi rokkantiskola, az Országos Hadigondozó Hivatal ikervári különleges gyógyintézete, a kassai ipari rokkantiskola, a pozsonyi honvédkerületi parancsnokság rokkantak lábbadozó osztága, az Országos Hadigondozó Hivatal sátoraljaujhelyi mezőgazdasági iskolájának háziipari osztálya, az Országos Hadigondozó Hivatal váci rokkantiskolája.

Külön kell kiemelni *Zichy Géza* gróf felette tanulságos képeit a félkezeiek oktatásáról és az Országos Hadigondozó Hivatal vak katonák budapesti intézetének (vezető: gróf *Desewffy Emilné*, igazgató: *Czakó Elemér* dr., igazgatóhelyettes: *Kirschenheuter Ferencz*) a vakok munkáit és elméleti oktatását szemléltető bemutatását. A kiállítás e részéből leszűrődő igazságok:

„A rokkant oktatása ne csak foglalkoztatás legyen, hanem a megtanult mesterség képesítse őt arra, hogy teljesen meg tudja állni helyét az életben. Ezért lehetőleg csak jó kereső mesterségre taníttatjuk a rokkantakat. Magyarország rokkantoktatásának fontos elve az, hogy lehetőleg adjuk vissza a rokkantakat a legfontosabb hazai foglalkozásnak, a földművelésnek. Nagyobb fokban rokkantnál ez csak akkor lehetséges, ha saját birtoka elegendő ahhoz, hogy neki és családjának biztos megélhetést biztosítson. Ha nem maradhat meg földművesnek, akkor oly iparágat választunk neki, a melyet lakóhelyén, otthon folytathat. A mi népünknek ez a legmegfelelőbb. Az otthoni ipar tehát az, a melyre legszükségesebb, hogy a rokkantakat tereljük. Ezek az ipari foglalkozások a következők: szabó, szűcs, cipész, borbély, szíjgyártó, kovács, kosárfonó, asztalos, esztergályos, lakatos, bádigos, bognár, czímfestő, mázoló, szobafestő, órás. A gyári munka, a melynél a munkás a gyártásnak csak egy speciális részét tanulja meg, nem képesíti a rokkantakat arra, hogy a gyári terméket maga tudja előállítani és őt ahhoz a helyhez, rendesen nagyobb városhoz köti, a hol a gyár van. Szülőhelyétől független rokkantnak a különböző gépkezelési és fűtői foglalkozások igen előnyösek. Bizonyos kapcsolatot létesít az ipar és mezőgazdaság között egy szinten igen jól fizetett iparág: a mezőgazdasági gépész.

A pallér, ácsmester, ipari rajzoló és útmesteri tanfolyam már nagyon összefügg a magasabb elméleti oktatással, de arra való rokkantnak szép megélhetést biztosít.

Az elméleti oktatás egyrészt olyan, a melyben minden rokkantnak részt kell vennie. Ide tartozik a minden analfabétára kötelező írni-olvasni tanulás és az iparosok elméleti oktatása (a hol a szakmájukhoz szükséges elméleti oktatásban, mint például számolás, levelezés, stb. részesülnek.) Specialis része az elméleti oktatásnak a gyógy-pedagógiai oktatás, a félkarúak (balkarúak) írásra tanítása, a vakok tanítása, stb.

A magasabb elméleti oktatásnál a polgári- és kereskedelmi-iskola tananyagához nagy vigyázattal kell az igazán erre való tehetséges anyagot megválasztani, nehogy proletárságot neveljünk.

A kurzusban elért eredményeket szemléltető grafikonok mutatják: eddig felvétetett 4350 rokkant, ezek közül gyógyulttan bocsátott már el 433, javultan 938, mint rokkant 480. Teljes ipari kiképzést nyert eddig 267 rokkant.

A munkaközvetítő hivatal által elhelyezett rokkantak közül az iparosok és kereskedők köréből 37% nyert a régi szakmában elhelyezést, 23% a régihez hasonló, de könnyebb foglalkozást választott és 40% új szakmában nyert elhelyezést. A mezőgazdasággal foglalkozó rokkantak közül 40% nyert régi szakmájában elhelyezést, 45% a régihez hasonló, de könnyebb foglalkozást választott, 15% más szakmában nyert megélhetést. A hivatalnokok közül 23% nyert a régi szakmában elhelyezést, 19% a régihez hasonló, de könnyebb foglalkozást választott és 58% más szakmában talált megélhetést.

A Hadigondozó Hivatal munkaközvetítői összesen már 1000-nél jóval több rokkantnak juttattak állandó kereseti alkalmat.

A kiállítási bazárban a budapesti, hódmezővásárhelyi, kassai, pozsonyi, sátoraljaujhelyi és tokaji intézetek termékei örvendenek nagy kelendőségnek.

Ha a kiállítás gazdag anyagát érdeme szerint behatóan tanulmányozzuk, ha ismerjük azt az elméletben és gyakorlatban egyaránt óriási horderejű ténykedést, melyet a Révész-utcai intézetben *Verebély Tibor* egyetemi tanár, főtörzsorvos kiváló munkatársaival végez s ha visszagondolok azon élvezetes és tanulságos napokra, melyeket ez év tavaszán *Korányi Sándor* egyetemi tanár, főtörzsorvos legsajátosabb alkotásában, a rózsahegy belbeteg-hadigondozóban töltöttem, akkor minden sovínizmust félretéve elmondhatjuk, hogy a magyarság nemcsak a hadakozás, a harcsvonal mögötti munka és kitartás, hanem a tudomány és socialis munka terén is derekasan megállja helyét!

IRODALOM-SZEMLE

Könyvismertetés.

Anleitung zur frühzeitigen Erkennung der Krebskrankheit. Leipzig, S. Hirzel, 1917.

A szász közoktatásügyi ministerium néhány év előtt országos bizottságot küldött ki a rákbetegség tanulmányozására és leküzdésére. E bizottság első feladatának tekintette, hogy útmutatót adjon az orvosok kezébe a rák diagnostikájáról. Ennek az eredménye a nemrégiben megjelent kis munka (összesen 92 oldal), a mely rövid bevezetés után az első részben a rák diagnostikájának és kezelésének általános elveit ismerteti, a második részben az egyes szövettrendszerek rákjának diagnostikáját tárgyalja, a harmadik részben pedig az egyes testtájékok és szervek rákjának diagnostikáját írja le. A főszó természetesen a korai felismerésre van fektetve. A legnagyobb részt *Rupprecht* titkos egészségügyi tanácsos írta; a gyomor- és bázsingrák fejezete *Stümpell* tanár, a bélrák *Payr* tanár, a női nemi szervek rákjáé *Zweifel* tanár, a próbaexcisióról szóló *Schmorl* tanár tollából való. Amint ez illustrius szerzőktől előre várható volt, a munka fényesen oldotta meg fontos feladatát; elterjedése orvosaink körében is nagyon kívánatos. Ára másfél márka.

Lapszemle.
Belorvostan.

Colica nephritica című cikkében *Rosenfeld* felhívja a figyelmet arra a körülményre, hogy újabban nagyobb számmal észlelhetők olyan esetek, amelyekben a vörös vizelet és a vesetáji fájdalom alapján nephrolithiasisra kell elsősorban gondolnunk, noha tulajdonképpen csak vesegyuladásról van szó. A differentialis diagnosis sokszor nagyon nehéz, főleg ha — a mint az elég gyakori — vesegyulladás fennforgása daczára cylinderek rövidebb-hosszabb ideig hiányzanak a vizeletben. Az oka a jelzett fájdalmaknak a vesetoknak feszülésében keresendő, a mit a vérbőség és vizenyő okozta megnagyobbodása a vesének létesít; e mellett szól az is, hogy helybeli vérvétellel (köpülőzéssel) a fájdalmak kedvezően befolyásolhatók. (Berliner klin. Wochenschrift, 1917, 34. szám.)

Sebészet.

Inoperabilis daganatok kezelése mesterséges hyperaemiával. *Ritter* tanár (Posen) már tizenegy évvel ezelőtt közölt kísérleteket, melyeket inoperabilis daganatoknak mesterséges hyperaemiával gyógyítása terén végzett. Eredményei ugyan nem voltak fényesek, mert beteganyaga nem volt alkalmas (csupa régi, cachexiás eset), azt azonban mégis kétségtelenül mutatták, hogy a hyperaemia nem hat károsan, sőt inkább előnyösen.

Mostani közlésében a szerző egy beteg kórtörténetét írja le, a mely annyival inkább számíthat érdeklődésre, mert az illető beteg jelenleg, 10 évvel kezelése után, még mindig életben van, sőt teljesen jól érzi magát, harctéri szolgálatot teljesít. Az akkoriban 20 esztendősen betegnek a bal vállán volt tetemes nagyságú, a műtét megkísérelésekor inoperabilisnek bizonyult, a szövettani vizsgálat szerint aprósejtes sarkomája. Egy hónapon át naponként alkalmazott szívóüvegkezelésre a daganat teljesen eltűnt, s a mint említettük, mindeddig (10 éve) nem újult ki. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 36. szám.)

Venereás betegségek.

A kísérletes syphilisre vonatkozó további adatokról számol be *P. Uhlenhuth* és *P. Mulzer* (Strassburg i. E.). A szerzők e tanulmányuk keretén belül, melyet, sajnos, a háború kitörése miatt nem fejezhettek be, eddigi kísérleteiket több csoportba osztják. Az első kísérleti csoport, melyet

most közölnek, recens syphilises emberek vérének és egyéb nedveinek házinyulak heréjébe való oltására vonatkozik. Újabban ők 8 recens syphilises egyénnek (4 primaer affectio és 4 secundaer tünetes eset) 2 cm³ vérért oltották az állatok heréjébe. Mind a négy secundaer esetből és 2 primaer-affectiós esetből vett vér pozitív eredményt adott, a mennyiben az állatok heresyphilomát kaptak. 5 manifest tertiarer esetből ellenben a vér átoltása negatív eredménnyel járt. Negatív eredményre vezettek továbbá azok az oltási kísérletek, a melyekben az oltóanyag secundaer lueses egyének vizelete, nyála, illetőleg verejtéke volt. Megemlítjük, hogy *Trinchese* egy maczerált magzatot világra hozott nőnek tejével pozitív oltási eredményt kapott. A szerzők terve az volt továbbá, hogy számos, a betegségnek különböző szakában levő oly lueses egyénnek vérével oltanak rendszeres kísérletekben, a kik manifest-tünetet nem mutatnak, de a kiknek *Wassermann*-reactiója pozitív. Az eddigi tapasztalatok ugyanis azt látszanak bizonyítani, hogy a pozitív *Wassermann* és a vérooltások pozitív eredménye között parallelismus nem forog fenn. Véleményük szerint az a fontos kérdés, hogy a „positív *Wassermann*” jelentősége azonos-e a fertőző képességgel vagy sem, csakis állatkísérlettel dönthető el. A friss syphilises tüneteket mutató egyének liquor cerebrospinalisa úgylátszik fertőzőképes, erre vall 2 esetük, melyben az oltási kísérlet pozitív eredményt adott.

A szerzők második kísérleti sorozata spirochaetákat magában rejtő állati anyag és florid syphilises emberi vér különböző hígításainak fertőzőképességére vonatkozik. A kísérletek azt bizonyítják, hogy a syphilises házinyúlhere-nyagnak még 1:10,000-re hígítása is pozitív oltási eredményre vezethet. A spirochaetákat magában rejtő kísérleti anyagnak erősebb hígításaival az incubatiós időszak megnyúlik. Az oltást követő syphilises elváltozás intenzitása a hígítás nagyságával progressive csökken. A syphilises egyének vérében a spirochaeták még a florid szakban is igen gyér számmal vannak jelen; ezt nemcsak a „Dunkelfeld”-ben vizsgálás bizonyítja, hanem a szerzőknek az a tapasztalata is, hogy a herébe oltott vérnek legalább 1—2 cm³-nyi mennyiségűnek kell lennie, hogy hígítatlanul vagy gyengén diluálva pozitív oltási eredményre vezessen.

A harmadik kísérleti csoport azt a kérdést vizsgálja, hogy a virusnak a syphilises hereoltás nyomán keletkező generalizálódása mennyi idő múlva áll be. Ezt az érdekes és fontos kérdést állatra nézve a szerzők, úgy látszik, szintén megoldották. Házinyulnak spirochaetát tartalmazó hereanyaggal történő intrascrotális oltása nyomán már a 8. napon tartalmaz a vér virus, a 14. napon túl pedig már a szervekben is van virus. Ezek a szervek már pozitív oltási eredményt adnak, vagyis spirochaetát tartalmazók, noha syphilises nyilvántulást nem viselnek magukon.

Érdekes az a vizsgálati sorozat is, mely a syphilises házinyul különböző szerveinek spirochaeta-tartalmára irányul. A sorozat arra a fontos kérdésre kívánt választ adni, hogy a spirochaeták egyenletesen oszlanak-e meg az egyes szervekben, avagy vannak-e szervek, melyekben inkább felhalmozódnak a syphilis kórokozói. Positív eredményt leginkább a májjal történt oltások adtak. A lép is alkalmas erre. Egy ízben a syphilises állat gerinczvelő-pépjé is adott pozitív eredményt. A tüdővel, agyvelővel, bőrrel, vesével, stb.-vel végzett oltások negatív eredménnyel végződtek. E sorozat egyelőre tehát azt látszik bizonyítani, hogy leginkább a máj rejt magában a spirochaetákat. Természetes azonban, hogy a kísérletek sok nehézsége miatt ez az eredmény még nem tekinthető véglegesen megállapítottnak.

A szerzők végül egy érdekes kísérleti sorozatban megállapították, hogy a spirochaeta pallida az élő állati és emberi szervezeten kívül meglehetősen életképes. Így kiderült, hogy syphilises egyének vére defibrinált állapotban, szobahőmérsékleten eltéve, legalább 48 órán át fertőzőképes maradhat. (Berliner klinische Wochenschrift, 1917, 27. szám.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Otitisből eredt agyvelőtályog kitakarítása után *Muck* egy esetében az állapot folytonos rosszabbodása mellett terjedő encephalitis fejlődött. 5 cm³ venosus vérnek az encephalitis góczba fecskendezése után azonnal tetemes javulás állott be és az illető most már öt hónap óta gyógyult. (München. mediz. Wochenschrift, 1917, 34. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 36. szám. *Sztanojevits L.*: Neosalvarsan-injectio után beálló ködös állapot forensikus szempontból. *Faragó Zsigmond*: Kizárt üszkös rekeszsérvese.

Budapesti orvosi újság, 1917, 36. szám. *Fabinyi Rudolf*: Női ápolószemélyzet férfi-elmebetegeknél.

Vegyes hírek.

Bauer Lajos dr. közkórházi főorvosnak a budapesti egyetem orvosi karán a „csecsemő- és gyermekorvos”-ból magántanárként kinevezését a közoktatásügyi miniszter megerősítette.

Kinevezés. *Jósa Ödön dr.-t* a debreczeni közkórház sebészeti osztályának vezető orvosává, *Rózsa Zsigmond dr.-t* Hontmegye tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

A budapesti tüdőbeteggondozó intézetben augusztusban 87 új és 1057 régi betegnek rendeltek. A köpetvizsgálat eredménye pozitív volt 49 esetben. A betegek között kiosztott 360 kiló liszt, 540 kiló kenyér, 100 kiló búzadara, 1600 kiló burgonya, 1650 darab tojás. 190 beteg ingyen gyógyszert kapott, 425 betegnek az országos betegápolási alap terhére történt a rendelés.

Személyi hírek külföldről. *E. Malaisé* (idegkórtan) és *W. Heuck* (bőrkórtan) müncheni magántanárok rendk. tanárok lettek. *Fr. Krzysztalowicz dr.-t*, a bőrkórtan rendk. tanárát a krakói egyetemen rendes tanárrá léptették elő. — Tanári címet kaptak a következő magántanárok: *L. Wacker* (München, kórboncztan), *J. Jeric* és *A. Ostrcil* (Prága, cseh egyetem, nőorvos). — A zürichi egyetem élettani tan-székére *Gaule* tanár utódjául *W. R. Hess* odaváló magántanárt nevezték ki.

Meghalt. *Buding Miklós dr.* csákovai orvos 55 éves korában. — *Raehlmann* tanár Münchenben, régebben a szemészet tanára a dorpai egyetemen. — *Bergmann*, az ismert orvosi könyvkiadócség tulajdonosa Wiesbadenban, augusztus 22-én.

„Adatok a heterovaccinás kezeléshez” című, mult számunkban megjelent közleményünk kéziratához 12 részletes lázgörbe is volt mellékelve, amelyeket azonban technikai okokból nem közölhetünk s meg kellett elégednünk a belőlük levonható következtetés rövid összefoglalásával.

A tüdőbetegség miatt hazabocsátott katonákkal szemben követendő eljárás tárgyában a belügyminiszter a következő rendeletet bocsátotta ki: A cs. és kir. hadügyminiszter úr 1917. évi március hó 17.-én 405/Abt. I. F. szám alatt kelt rendeletével megengedte, hogy a katonai egészségügyi intézetekben elhelyezett tüdőbeteg katonák, bizonyos feltételek előzetes biztosítása mellett, saját otthonukba házi ápolásba legyenek bocsáthatók. Ez a kedvezmény — bár kivételes esetekben — azokra a katonákra is vonatkozik, a kik nyílttuberculosisban szenvednek, vagyis a kiknek baja már előrehaladt állapotban van s így fertőzés középpontjává válhatnak. Azonos rendeletet bocsátott ki a m. kir. honvédelmi miniszter úr is (57.135/1917. 5 H. M.) a saját fennhatósága alatt álló intézetekben ápolott tüdőbeteg katonákra vonatkozólag. Minthogy az ekként elbocsátott katonákkal való további bánásmód és intézkedés az országos hadigondozó hivatal hatáskörébe utaltatott, a m. kir. miniszterelnök úrnak 1916. évi 9173. számú rendelete alapján a nevezett hivatal hozzájárulással megállapította a házi ápolásba veendő tüdőbeteg katonák elbocsátásával a közigazgatási hatóságokra háruló teendőket és ezek teljesítésének módját. Az eljárás lényege abban áll, hogy az országos hadigondozó hivatal az elbocsátani kívánt katonák tartózkodási községének helyi hatóságától előzetes tájékoztatást szerez be az iránt, hogy milyenek ott az elbocsátandó katonák családi és lakásbeli viszonyai? Ezt az értesítést — a megküldött kérdőív-mintalap-rovatainak lekiismeretes kitöltésével — a helyi hatóság állítja ki és küldi vissza az országos hadigondozó hivatalnak. Ennek az értesítésnek az alapján történik azután a tüdőbeteg katonák hazabocsátása, a kikkel szemben, ha nyílt tuberculosisban szenvednek, tartózkodási községükben bizonyos óvintézkedésekre van szükség. A polgári otthonukba fertőzőképes állapotban visszatérő tüdőbeteg katonákra ugyanis a tüdővész elleni küzdelem szempontjából kettőzött figyelmet kell fordítani; egyfelől, mert a fertőzés továbbterjesztésére a frissen fejlődő és gyors előhaladású megbetegedések különösen alkalmasak és másfelől, mert a hosszas távollét után a harcztéri állandó életveszedelemből beteg hazatérő családját vagy családtagot természetesen odaahaza a legnagyobb bensőséggel és szeretettel fogadják, állandóan körülveszik s így bőséges alkalom nyílik arra, hogy a beteg vészhozó betegségét észrevétlenül családja tagjaira, de később a társadalmi

érintkezésben ismerőseire és barátaira is átvihesse. Különösen a gyermekek azok, a kiket az ilyen beteggel való közvetlen és sűrű érintkezéstől óvni kell, mert a felnőtt korban kitörő tüdőbajnak a gyökere rendszerint már a gyermekkorban bekövetkezett gümös fertőzésben rejlik s mert a gyermekek zsenge szervezete nagyon fogékony arra, hogy náluk könnyen eredményes fertőzés jöjjön létre. Azoknak a védőrendszabályoknak tehát, a melyeket az 1913. évi 191.049/1912. sz. B. M. körrendelet alapján a környezetüket fenyegető fertőzőképes tüdőbeteg egyénnel szemben alkalmazni szükséges, érvényt kell szerezni a visszatérő tüdőbeteg katonákkal szemben is. Ennek első feltétele, hogy az intézkedésre hivatott hatóságok, valamint a tuberculosos leküzdésére alakult helyi társadalmi szervezetek is, a tüdőbeteg katonák hazaérkezéséről tudomással bírnak. Ez az előadottak szerint az országos hadigondozó hivatal útján fog megtörténni, még pedig a tüdőbeteg katonák hazaérkezését megelőzőleg. Így tehát a helyi hatóságnak módjában lesz, orvosi szakközege meghallgatásával megszabni azokat az óvó rendszabályokat, a melyek esetről-esetre a körülmények szerint szükségessé válnak mutatkoznak. Ilyenek: külön hálólhelyiségek, de feltétlenül legalább is a többiekétől távolálló külön ágynak biztosítása, vizes köpöcsészének kötelező és ellenőrzött használata, a beteg fehérneműjének külön gyűjtése és mosatása s a lakás helyes higiénikus használata, rendes, bőséges szellőzés, nedves seprővel való tisztogatás por verése nélkül, időnként fertőtlenítés és az egyéni óvszabályokra való kitanítás. Ott, a hol tüdőbeteg-gondozó intézet működik, ott a helyi hatóság feladata az, hogy a hazaérkezett tüdőbeteget a gondozóba beutalja s erről a gondozó vezetését értesítse. Ott, a hol ilyen intézmény nincsen, a hatóság saját illetékes orvosának közbenjöttével állapítja meg és ellenőrzi a követendő rendszabályokat. A tüdővész elleni társadalmi védekezésre szövetkezett egyesületek elnökségeit és a tüdőbeteg-gondozók vezető orvosait a további teendőkről a tuberculosos elleni küzdelem országos bizottsága már kellően és ismételtén tájékoztatta s azokat buzgó közreműködésre felhívta. Midőn ezeket Czimé tudomására hozom, felhívom, intézkedjék, hogy az országos hadigondozó hivatalból érkező tudakozódó űrlapokat az illetékes hatóságok (hatósági közegek) haladéktalanul, pontosan és lelkiismeretesen állítsák ki és azonnal küldjék vissza. A hazaérkezett tüdőbetegeknél alkalmazandó eljárást illetőleg újból utalok a 191.049/1913. B. M. körrendeletre, mely a fertőző tüdőbetegekkel szemben követendő hatósági intézkedések alapjául szolgál. Elvárom, hogy az említett rendeletben foglaltak alapján, a rendszabályok körültekintő és tapintatos alkalmazásánál a helyi hatóságok meg fogják találni azt a módot, mely az illető eset körülményeit mérlegelve, a legjobban megfelelőnek mutatkozik annak a célnak az elérésére, hogy a nyílt tüdőbeteg egyén másra nézve fertőzés forrásává ne válhassék.

Frim-féle gyógyintézet

Alapítva 1875

Budapest, VII., Jókai-utca 9.

Telefon: 62-65.

gyengeelméjűek és epileptikusok részére:

Gondos ápolás. Szakorvosi kezelés. Kitűnő ellátás. Kívánatra prospectus.

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

Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bõrgyógyító és kosmetikai intézete

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

Dr. Grünwald sanatoriuma

Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvételnél férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratorium.

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

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

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

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

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

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.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Az 5. lovas hadosztály tudományos orvosi értekezlete. (Harcztér, 1917 július 2.) 509. lap. — Budapesti Kir. Orvosegyesület (VIII. rendes tudományos ülés 1917 április 14.-én). 510. lap.

Az 5. lovas hadosztály tudományos orvosi értekezlete.

(Harcztér, 1917 július 2.)

Elnök: **Szepessy Sándor**,
főtörzsorvos.

Jegyző: **Kammer Manó dr.**,
ezredorvos.

Purjesz Béla: A segélyhelyek felszerelése állóharcban.

A csapatorvosi tevékenység szűk voltának oka részben a segélyhely hiányos és elavult felszerelésében keresendő. Ez különösen az állóharcban nyilvánul meg, hol a segélyhely feladata nem csupán az első segélynyújtásban merül ki, hanem könnyebb lefolyású betegségek és sebesülések gyógykezelésére is hivatva van, hogy ezáltal a mögöttes intézetek a főleges munka alól tehermentesítve legyenek. A segélyhely kevés orvosi eszközzel van ellátva és a sterilitás és anaesthesia kérdése sincs teljesen megoldva. A steril gaze kérdését az előadó Dührsen-dobozokkal véli megoldhatónak. A fracturák ellátása még mindig a segélyhely érzékeny pontja.

Ezután foglalkozik a segélyhelyen használható terapiával, továbbá az általános közegészségügyi s kényelmi berendezések tökéletesítésével, melyek lehetővé teszik, hogy a segélyhely állóharcban is hivatásának magaslatán álljon.

Szécsényi és Grosz hozzászólása után Szepessy főtörzsorvos kifejti, hogy a segélyhelyen működő orvosok kitűnő szolgálatait eléggé igazolják azok a számok, melyekből kitűnik, hogy hány ember életét mentették meg éppen a segélyhelyen alkalmazott kötések.

Grosz Rudolf: A segélyhelyen kezelt néhány érdekes eset.

A segélyhelyen kezelt 2 tüdőlővérről (1 gyógyult), 1 gyógyult haslővérről és 3 agylővérről (2 gyógyult) számolt be. Az agysérülés-esetekben igen alapos sebtoilette-et végzett, a bemeneti nyíláson besodort csontszilánkokat eltávolította. Hangsúlyozza, hogy a conservatív kezelés jó eredményeit igazoló statisztikák hibásak, mert az egészségügyi intézetekbe el nem szállított, a segélyhelyen meghalt esetek nincsenek benne. Ő csak azért tartotta a fenti eseteket segélyhelyén, mivel a legközelebbi egészségügyi intézetben nem operálták volna meg őket és így nem akarta őket hiába a rossz úton való szállítás következményeinek kitenni. Azt tartja, hogy ha a has- és fejlővéseket nem operálják, akkor legcélszerűbb azokat a segélyhelyen tartani, úgyszintén az összes tüdőlővéseket; a segélyhely ennek megfelelően rendezendő be, a mi állóharcnál keresztülvihető. Tüdőlővés eseteiben a szükséghez képest morphin- és coffein-injectiókat ad.

Hohenberg József: Nem tartja helyesnek morphin- és coffein-injectiónak egyidőben való adását, mert az egyik rontja a másiknak a hatását.

Kammer Manó: Helyesnek tartja, hogy a tüdő- és haslővéseket az arra megfelelőleg berendezett segélyhelyen visszatartsák néhány napig, ha nincs oly intézet a közelben, a hol az eseteket a lehető legrovidebb idő alatt meg lehet operálni, mivel az ily sérültek a lehető legrosszabbul viselik el a szállítást; az agylővésesek kezelését a segélyhelyen azonban semmi körülmények között sem tartja célszerűnek.

Szepessy Sándor: A gáztámadásról és a gázmérgezések kezeléséről.

A gáztámadásnak kétféle alakja van: gázlövés és gázfűvés. A gázlövés a gáztámadásnak enyhébb formája és abból áll, hogy a felrobbant lövegekből gázok szabadulnak ki, melyek felhők alakjában a földre ereszkednek és völgyekben, mélyebb szakadékokban, erdőkben válnak kellemetlenné, esetleg végzetessé az ellenfélre. A hatás abban nyilvánul, hogy kábultság, rosszullet, hányásinger, köhögésinger, mellszűrés fogja el a katonát. A kábultság 2 óráig, a mellszűrés 24 óráig tart és azután egy napi gyengeség-érzés után az illető visszszakapja szolgálatképességét. Szeles, esős időjárás-kor nem használható.

Sokkal veszedelmesebb a gáztámadásnak másik fajtája,

a gázfűvés, a mi abból áll, hogy a támadáskor használt mérgező gázokat aczéltartályokban viszik az első állásokba s az aczéltartályokat kedvező szeles időjárás mellett kinyitják, hogy a gázokat a szél az ellenfél felé sodorja. Nagyon óvatosnak kell lenni a szél iránya miatt, mert a szél könnyen visszaterelheti a gázokat és a támadót támadhatja meg. Tehát csak a támadóra nézve kedvező szél mellett alkalmazható.

A gázok hatásáról és az ellentük való védekezésről a német gáziskola fejtett ki úttörő munkásságot, melyet a bécsi gáziskola részben átvett, jórészt pedig a saját szükségleteinek megfelelőleg kiegészített. A gyógykezelési eljárásokról pedig a berlini „Kaiser Wilhelm-Akademie“ szerzett kísérletek alapján tapasztalatokat. A mérgező gázok közül a chlorgázphosgen (COCl_2) rendkívül mérgező, belégzéskor maró hatást fejt ki, a szemet, az orrot, a légzőutakat erősen ingerli, kínos, görcsös köhögést okoz vérköpéssel és 2—3 órán belül szív-
hűdés következtében beáll a halál. Ez a gáz a gyomorba jutva, mérgező hatást nem fejt ki.

Más gázok (jod-, brom-, chlor-vegyületek, chlorpikrin, jodeczet-ester, bromeczet-ester) a szemekben égető érzést, könycsurgást, szemhéj-görcsöt, büzbombáik szédülést, hányást, főfájást okoznak, a kénvegyületeket tartalmazók kiterjedt fekélyeket a bőrön.

A gázmérgezés ellen legjobb a prophylaxis. A mint a gáztámadást jelzik, azonnal védő-álarczokat kell használni, melyeket már előzetesen ki kell próbálni. Egyik-másik esetben hatásosak a büztelenítő töltények. Szénéleg-mérgezéssel szemben a védő-álarczok hatástalanok. A mérgezés főfájásában, szédülésben, kábultságban nyilvánul, hányás, piros arc, izomgyengeség, tonusos és clonusos görcsök, hűdés, asphyxia jelentkezhetnek. Az érverés eleinte szapora, később gyenge, gyér, szívgyengeség, tüdővízenyő, halál következik be. Teendők ilyenkor az illető helyről való eltávolítás, a nyugalom, a jó levegő, excitansok, coffein-, camphora-injectiók, strophantus, oxygen-belégzés, szükség esetén érvágás.

Ha gázmérgezettel állunk szemben, azonnal, még a segélyhelyen (a mely chlor-calcium-oldattal és infúsiós készlettel kell, hogy felszerelve legyen), 1%-os chlorcalcium-oldatból 900 cm^3 -t adunk, 12 óra múlva ismét 450 cm^3 -t és 24, esetleg 36 óra múlva harmadszor 450 cm^3 -t oly módon, mint a konyhasós infúsiót szoktuk adni.

Szász Béla: A háborús járványokról.

A fertőző betegségek leküzdésében 3 tényező játszik szerepet: a betegség felismerése, a betegek gyógyítása és a megfelelő egészségügyi intézkedések. Csak az elsőről és utolsóról beszél. Előadja röviden a typhus, paratyphus, dysenteria, cholera, kiütéses typhus, pestis klinikai tüneteit és a található kórbonczati elváltozásokat, beszél e betegségek előidézőiről, terjedésük módjáról. Kiemeli, hogy a betegségek melyik szakában milyen anyag legyen a laboratoriumi vizsgálat tárgya: így a typhus első két hetében a vér, a 2. hét végétől, illetve a 3. héttől kezdve a bélsár és vizelet, a 10—14. naptól kezdve esetleg a vér a Widal-reactio céljából, paratyphusban a vér, bélsár és vizelet, dysenteriaiban és choleraiban a bélsár, kiütéses typhusban a vér, pestisben a bubók nedve, a vér, a köpet. Röviden szól a nemi betegségekről is, ismerteti a Wassermann-reactio lényegét; e reactio megfelelő eredményt csak az 5. héttől kezdve ad. A fertőző betegségek prophylaxisában a teendőket 3 csoportba sorolja: 1. a betegek elkülönítése, melynek addig kell tartania, a meddig a kórokozó bacterium a beteg váladékaiban kimutatható, illetve a betegség lezajlása után a beteg tapasztalat szerint még fertőzhet; 2. az általános és 3. a különös hygienés intézkedések megtétele, mely utóbbiak alatt a védőoltásokat érti.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(VIII. rendes tudományos ülés 1917 április 14.-én.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Csiky József.

(Folytatás.)

Periarteriitis nodosa.

Szokatlanul nagy hólyagkő litholapaxiával gyógyított esete.

Remete Jenő: D. közlegény incontinentia urinaevel került 1916 december 28.-án az osztályra. A 29.-én felvett állapot a következő: középtermetű, erősen lefogyott, beteges külsejű férfi. Belső szervei épek. A jobb vese és a hólyagtáj nyomásra érzékeny. Az alsó húgyutak szabadok. A vizelet zavaros, bőven tartalmaz fehérjét és genyvet. A hólyagban a bevitt szondával concrementum tapintható.

A január 3.-án végzett cystoskopi vizsgálat a következő leletet adja: A hólyag kissé tágult, trabecularis. A nyálkahártya belővelt, a hólyagfunduson tyúktójsányi, ovalis, elég sima kő fekszik, felületén fehér felrakódásokkal.

Előkészítő cystitiskezelés után január 23.-án litholapaxiát végez lumbalis anaesthesiában. A kő 7 cm. hosszú és 5 cm. széles. A műtét 52 percig tartott, az öblítővíz a hólyagból végig vértelen volt. Csak a húgycsőből volt némi vérzés, a melyet a vastag lithotriptor bevezetése okozott. Állandó katheter.

A lefolyás sima, láztalan. Február 7.-én megcystoskopozza a megoperált beteget. A vizsgálat eredménye a következő: A hólyagnyálkahártya injiciált, a nyálkahártya a jobb ureterdomb körül fellazult. A hólyagban semmi concrementum. A jobb ureterből zavaros vizelet ürül.

Diagnosis: Cystitis, pyelitis l. d.

Epikrisis: Noha már a műtét előtt gyanította a pyelitist, másrészt a kő szokatlan nagysága is a lithotomiát indikálta, mégis tekintettel a beteg általános állapotára, a cystitis javulására és a hólyag aránylag jó kapacitására, litholapaxiára határozta el magát. S csakugyan az eredmény jogossá tette feltevését, hogy a pyelitisnek egyes szerzők által rettegett műtét által okozott súlyos visszaesése nem fog bekövetkezni. S nem tekintve az első esti kis hőemelkedést (38.1° C), a sima lefolyást nem is komplikálta semmi.

Ki kell még emelni a lumbal-anaesthesia (40%-os novocain-oldat) tökéletes hatását és az aránylag nagyon rövid műtét időt (52 perc), a mely alatt a szokatlan nagy kő finom homokká morzsolgott. A kő, a mi felfogható volt, finom homok-állapotban 75 gr.-ot nyomott s még hozzászámítva azt a körülbelül 35%-ot, a mi a Kovács-féle mosásnál elveszhetett, körülbelül 110—115 gr. lehetett a súlya.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1386/1917. sz.

Alulírott főszolgabíró az elhalálozás folytán megüresedett nagykereskedő állásra pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítéseiket és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a folyó évi szeptember hó 30. napjának délután 5 órájáig nyújtsák be.

Kellően fel nem szerelt vagy elkészen beadott kérvényt figyelembe nem veszek.

Az állás javadalmazása a következő:

1. 1600 korona törzsfizetés, a mely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlékkal emelkedik.
2. Nagykereskedő községben 4 szobából és mellékhelyiségekből álló lakás és kert használatára.
3. A törvényben megállapított látogatási díjak.

Az útiutalány kérdése rendezés alatt áll, a háború tartama alatt az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 21. §-ában megjelölt esetekben igénybe veendő fuvarokat a községek természetben tartoznak kiszolgáltatni.

A választás határidejét később fogom kitűzni.

Biharkeresztes, 1917 szeptember 2.

Stankó Endre, biharkeresztesi járási főszolgabíró.

14.484/1917. kig. sz.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, 1200 korona évi fizetéssel, 300 korona működési pótlékkal, lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. étellemezéssel javadalmazott alorvosi állásra pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtok felhivatnak, hogy kellő képzettségüket igazol-

zó okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos Jakabffy Gyula főispán úrhoz czimezve legkésőbb folyó évi október hó 15. napjáig közvetlenül a bajai közkórház igazgatóságánál nyújtsák be.

Baja, 1917 szeptember hó 3.

Weisz Nándor, polgármester-helyettes.

ALORVOS

fővárosi sanatoriumba azonnali belépésre kerestetik.

Ajánlatok „Állandó” jellegre „Petőfi” Irodalmi Vállalathoz

VII., Kertész-utca 16. kéretnek.

Oesterreichischer Verein für chemische und metallurgische Produktion
Wien I, Schenkenstrasse 8—10.

„Carbovent“

(Carbo animalis pro usu interno) az összes toxinok legmagasabb adsorptiós képessége folytán, kitűnően bevált cholera, dysenteria, valamint minden gyomor és bélfertőzési bajoknál. Mint sebhintőpor is kitűnő hatását.

Kapható 100 g-os zacskókban a következő budapesti nagykereskedőknél:

THALLMAYER és SEITZ, KOCHMEISTER FRIGYES UTÓDAI és TÜRÖK JÓZSEF.

Máté Mihály és Társa

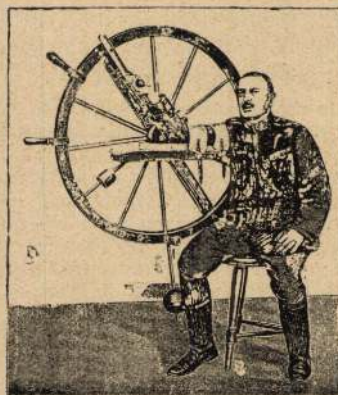
orvosi műszerek, teljes kórházberendezések

IV., Mehmed szultán-út 31,

Nemzeti múzeummal szemben.

Telefon: 63—33. Sürgőnycím: Mátészerezés Budapest.

Letelepedő orvos uraknak költségvetéssel szívesen szolgálunk.



Sebesült katonákat kezelő
intézetek figyelmébe.

A korai funkcionális
kezelés

ma mindenhol keresztül vihető,

mert

9 darab gyógytorna-készülék

az újjak összes ízületeinek, a kéztő, könyök, váll, csípő, térd, láb kontrakturáinak aktiv, passiv és ellenállásos kezeléséhez. **Korona: 1000.—**

Tessék prospektust kérni!

LOPOS GYULA tornaszer-gyáros

Telefon: 113—44. * Budapest, III., Lajos-utca 60.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bársony János: Eugenetika a háború után (II). 511. lap.

Schill Imre: A. m. kir. Rokkantügyi Hivatal rózsahegyí gyógyintézetéből. (Vezető főorvos: Róth Miklós dr., egyetemi tanársegéd, ezredorvos.) Könnyebb tüdőbetegek szabadságolása alkalmával szerzett tapasztalatok (Statisztikai tanulmány.) 514. lap.

Sciapiades Elemér: Közlemény a magy. kir. tud. egyetem II. sz. női klinikájáról (igazgató: Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos) és II. sz. kórbonczani intézetéből (igazgató: Krompecher Ödön dr., egyet. ny. r. tanár.) Az osteomaláciáról. (Belsősecretiós tanulmány.) 495. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. E. Sonntag: Die Wassermann'sche Reaction in ihrer serologischen Technik u. klinischen Bedeutung. — Leo Kaplan: Hypnotismus, Animismus und Psychoanalyse. — P. G. Unna: Kriegsaphorismen eines Dermatologen. — Lapszemle. Belorvosan. Friedmann és Gins: A himlővel való fertőzés. — Sebészeti. Finsterer: Rosszul gyógyuló csontsípolyok. — Veneréus betegségek. Blaschko: A nemibajok elleni küzdelemben tapasztalt áramlatokról és ellenáramlatokról. — Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. Behr: Láz szimulálása. — Thaler: Scorbut. 521–522. lap.

Magyar orvosi irodalom. 522. lap.

Vegyes hírek. 522. lap.

Tudományos Társulatok. 523–524. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Eugenetika a háború után (II).

Írta: Bársony János dr., egyetemi tanár.

1915-ben „felszólításra” írtam már erről a kérdésről s a szomorú idők tanulságaképpen arra a következtetésre jutottam, hogy, ha a második ezerévet is meg akarjuk élni, teljes erővel oda kell dolgoznunk, hogy „magyarok” minél többen legyünk. Minthogy azonban csak a prima qualitas érdemes és csak ez képes valóban a szaporításra, a legelső lépés a fajtánk javítása legyen. Legyünk egészségesek, testben erősek. Egészséges testben elégedettebb a lélek, élénkebb az ész, productióra és reproductióra az ilyen *complexum* hivatott s alkalmas.

A háború megint megtanított arra, hogy eredményt elérni haesitálással nem lehet. Azonfelül a háború beleszoktatott abba is, hogy a parancsot csakugyan parancsnak tekintjük és, ha egyszer a vezetés valamit, a mit jónak és szükségesnek tart, elrendelt, ne sokat disputálgassunk róla, mert a „de”, „azonban”, „azazhogy”-gyal nem sokra megyünk, sőt végképp elkéshetünk. Sok szóbeszéd, hivatott és hivatatlan vélemények összehalmozása csak babyloni zürzavarnak lesz a kútforrása. A győzelmes fél háborúját ma is kis vezérkarral jóformán egy ember intézi. A másik oldalon, a hol mindenki beleszól, pedig jóval erősebbek, rosszul megy a dolog. Hogy a magam malmára fordítsam a példát, úgy gondolom, hogy annak a temérdek előadásnak, melyet végighallgattunk vagy hirdetni láttunk, nem sok lesz a haszna. „Sok baba közt elvész a gyerek”, tartja a közmondás. „Gyorsan határozva, gyorsan cselekedni, azt, a mi a fajtánk javítására és szaporítására okvetetlenül szükséges, szigorúan elrendelni és alkudozás nélkül keresztül is vinni”. Ez legyen a program. A háborús tapasztalatokat és conjuncturákat a jövő javára ezen a téren is ki kell most használni.

Magam t. i. azt tartom, hogy az egész emberiség szellemi és testi egészségét, jelenét és messze jövőjét a nemi betegségek ássák alá és pedig most már valósággal rohamosan. A kankó és syphilis rémei az élő és a jövőendő generációknak. A kankó ad hoc, a syphilis ad hoc et ad longum posterum. Hogy megokoljam, a mit eddig mondtam és a mit még szándékom mondani, egy kis áttekintést kell tartanom a két betegség felett, még pedig, minthogy mindig speciálisan e téren dolgoztam, régi praktikus nőorvosi szemmel. A mögöttem elvonult 34 orvosi esztendő feljogosít erre.

I. A kankót ma is még, különösen férfiak körében, szinte tréfás, könnyű betegségnek szokás tekinteni. Ez lehet az oka, hogy alig védekeznek ellene és hogy a háború előtti békés években is a női nemnek 20%-a volt már megfertőzve. Kankós sok 2, 4, 10 éves kis lány, a kiket az anyjuk, a nevelőnő, vagy a cselédek fertőzték. Vannak ilyen fertőzött nemi betegek a serdülő lányok közt és igen sok van az éppen férjhezment 18–20 éves ifjú asszonyok közt. A hadi házasságok lényegesen szaporították a fertőzések számát. Lássuk azonban röviden, mit is jelent az az asszonyra, hogyha gonococcusok jutottak a nemi részeire.

A gonorrhoea éppen olyan mikrococcus okozta betegség, mint a sebfertőzés. Csakhogy, míg az utóbbi keletkezéséhez előzetesen hámfoszlás szükséges, addig az előbbi megtelepedik hámfoszlás nélkül is mindenütt, a hol a hám nincsen elzarusodva. Kis leányok, szűzek, terhesek külső nemi részeinek hámborítéka finom, puha, laza. Elég, hogy kankós folyással szennyezett kéz, víz vagy ruhadarab tapints, érintse. A prostituált hüvely nyálkahártyája már bőrré van cserevezve, e durva hámon nem ragad a kankó, de a méhük nyaka-csatornája meg a húgycsőjük mindig puha hengerhámval fedett, ezekben a fertőzés első melegágya itt fog kifejlődni. A gonorrhoeát tehát meg lehet kapni mástól is, nemcsak férfitől, és másként is, nemcsak közösülés útján. A terjedés útjai s a súlyosabb fajta betegségek képe hasonló a gyermekágyi sebfertőzéseihez. Különbség közöttük, hogy a gyermekágyi fertőzések inkább törekszenek az egész test beszennyezésére, a gonofertőzések meg könnyebben hagyják magukat a nemi részekre lokalizálni. A gonofertőzés többnyire lapszerint halad, in continuitate, haladhat azonban a nyirok- és vérerek útján is. Nagy szerencse, hogy többnyire lokalizált marad a genitáliákra. A húgycsőről a hólyagra, innen a vesékre, a méhnyakról a méh üregébe, a petevezetők, a petefészkekre és a hashártyára terjed a fertőzés. Máskor a nyirokereken veszi az útját a parametriumba vagy directe a méh falán keresztül a perimetriumra és peritoneumra. Ismét máskor a vérerek mentén fertőzi a szívet, szemet, izületeket, izmokat. Sőt ismerünk valóságos gonosepsiseket, melyeknek ugyanaz a képe, mint a gyermekágyi sepsis universalis, csakhogy a tőlük származott genyben, köpetben, meg a szervekben, vagyis mindenütt a gonococcusokat és csakis őket lehet kimutatni. A gonococcus-betegségek jelene s jövője, szintén olyanformán mint a sebfertőzéseké, két komponens egymásra hatása szerint fog kialakulni. A bacteriumok virulentiája és az organismus ellentálló, védekező ereje adja meg a betegség képét és a prognózisát. Megkap-

hatja a kankót a fiatal asszony egészen rejtett, idősült formában. Nem is tudja, hogy volt valamely különösebb baja, mígnem a legközelebbi szülése alkalmával egyszercsak a gyermeke szemén vagy őrajta magán gyermekági kankós hashártyagyulladás alakjában ki nem üt a kankó. A másik fiatal asszony meg a legszebben virágzó korában a legelső közösülésre megkapja a hólyag- és hashártyagyuladást, hónapokig lázak és kínok között fekszik s ha majd év vagy évek múltán valahogy lábra áll is, talán egyetlen közösülési kísérletének örökös roncsa lesz. A szemészek a minden praeventív intézkedések ellenére megszületés közben szerzett, bienno-rrhoeás szemfertőzésekből származott megvakulásokat ma is még 10%-nak mondják, vagyis, hogy száz vak közül tíz azért vakult meg, mert a születésekor a szülői nemi részei gonococcusokkal voltak beszennyezve. Ezek az élve született, mindjárt megvakult, de életben maradt emberek. E vakokat szaporító asszonyok száma azonban elenyésző csekély azokéhoz képest, a kik elnyomorodván, nem szülnek, merthogy nem is fogamzanak, tehát sterilek, meddők maradnak egész életükre, vagy hogyha hosszú évek múltán közülök nagy ritkán egyik-másik mégis valamikor fogamzani fogna, azt a legnehezebb szövődményekkel, nehéz vetélésekkel, méhen kívüli terhességgel, előfekvő lepénnyel, gyermekági peritonitissal stb. fogná megfizetni. A folytonos betegérzés, a családi élet felbomlása, az élet teljes élvezhetetlensége ezeket a szegényeket végül arra kényszeríti, hogy élethalálra elszánják magukat s ha már másként sehogysém lehetett, műtét útján próbálnak gyógyulni. Minden műtétet összeszámlítva, melyek sajátosan a nőorvos hatáskörébe tartoznak, a legnehezebbek ezek között vannak. Egy erős para-, perimetritis, salpingitis, oophoritis, peritonitis gonorrhoea után olyan conglomeratumokat találunk a hasban, hogy tájékozódni is csaknem lehetetlen. Már az elülső hasfalhoz a cseplesz, a belek mindenütt oda vannak növe, vékony-, sőt vastagbél elül a hólyaghoz, coecum és appendix jobbról áthúzva feszesen a bal ovariumhoz, belek a cseplesszel és egymásközt fejnyi daganattá összekapaszkodva fedik a Douglasba lehúzott és keményen rögzített belső genitálékát, uterust, tubákat és ovariumokat. És ez az egész tömeg vastag, kérges, olyan környezetben, mely az olló csapásai alatt szinte recsegő hangot ad. Van e tömegek között olyan is, melyet operációval sem lehet sehogysém rendezni. Ha pedig még lehet, akkor meg egy fiatal és máris semlegesített csonka test az, a mi visszamarad. És mindez talán egyetlen érintés vagy érintkezés után.

A két véglet között, melyet említettem, van a kankónak egy középalakja is. Ez az évekig nagyobb tünet híján élősködő kankó. Például vannak házastársak, a kik eleinte együtt csendesen átbetegeskdedek egynehány esztendő, gyógyítottak is a bajukat úgyahogy, ezenközben a coccusaik a régi rossz talajban elcsenevésztek, sőt a házastársak gonococcusai egymást meg is szokhatják, vagyis acclimatizálódhatnak. Férjnek és feleségnek egymással szemben nincs semmi panasza. Ha azonban mással érintkeznek, a friss, az alkalmas talajban lábrakél az acut gonorrhoea. Megcsendesedett, tünet nélküli, vagy csekély tünetű betegség többnyire az örömléányoké. Éppen ezért a fertőzés terjesztésében ezek a legtermékenyebbek.

A nagyon mérges coccus alkalmas talajban feltartóztatlanul terjed szét a női genitálékban s akár milyen gyorsan volna is alkalmunk elébe állani, rövid pár nap alatt fent van a hashártyán, meg a hólyagban és vesékben. Mint minden betegségben, a gonorrhoeás fertőzésekből keletkezett szervi betegségekben is megvannak azok a súlyos alakok, melyek mint a tüzvész pusztítanak és legfeljebb csak roncsokat hagynak. De a mérsékelt virulentiájú fertőzés is idősült betegség képében kihatással lesz a nő egész életére, testet, lelket bénít, a szaporodásnak akadálya, ezenfelül új talajba oltva — mint mondtam — megint erőre kap s a fertőzés nehéz formáit tudja létrehozni.

A férfi kankójának is vannak életveszélyes hevenyes vagy következményeiben veszélyessé váló idősült formái. Bennük is fejlődhet erős mérgű fertőzésből gonococcus-sepsis,

majd máskor lassankint húgycső-szűkületek, prostatagyulladás, hólyag-, vese-betegségek, ezek folyamánként szívhypertrophia, tüdőemphysema, kankós arthritis és endocarditis, szívbíllentyű-elégtelenség, stb., melyek azután az élet delén vagy az öregedő években komolyan kezdik gyötörni az emberi testet. De hasonlíthatatlanul több és nagyobb pusztítást okozhat egy ilyen fertőzés a nő szervezetében, a hol az urogenitalis csatornán kívül egy második kényelmes út is nyitva áll a mikrofertőzés számára és ez az út a nagy nyiroktömlőbe, a hasüregbe vezet. A faj-szaporítás tekintetében is az asszonyra komolyabb a dolog. Idősülten kankós férfi, ha heréi épen maradtak, ondószálcáival még termékenyíthet s a vezető csatornák gyógyulása után akár évek múlva családot alapíthat. Sőt kankós férfi beteg állapotában is megtermékenyíthet egy egészséges asszonyt. A míg azonban reá nézve a termékenyítéssel az ügy befejeződött, addig ezzel szemben a kankós férfitől megtermékenyített, eddig egészséges asszony éppen ezen terhes állapota folytán csaknem bizonyosan súlyosan beteg lesz. Továbbá az asszony-kankó nem terhes állapotban is a szaporítást eszközlő szervekre siet fel, meddősíti a női organismust és ha hossz- szas gyógyítgatás, vegetálás után, egyszer mégis fogamzás történne, a terhesség, szülés, gyermekági szövődményeire lehet kilátásunk. Mindezek felül az asszony termőképessége terminushoz kötött. Negyven éven felül megapad s negyvenöt körül már előbb-utóbb bizonyosan s teljesen kialszik.

A kankó ezek szerint sokkal nagyobb betegsége a nő nemnek, mint a férfiaknak. Már a csecsemő-leány születése közben ki van neki téve. Közöségesen a legszebb és legtermékenyebb ivarkort rontja meg. Megtöri, semlegesíti a legegészségesebb fiatal életet. Útjába áll a fajszaporodásnak.

II. A syphilissel még a kankónál is sokkal szomorúbban állunk. A háború előtt 80%-a a férfiaknak megkapta a kankót s 50%-át fertőzte syphilis. A háborús három év alatt ez a százalékszám nagyon emelkedett. A nemi vérbetegség az előbb tárgyaltnál még jóval nagyobb, a *legnagyobb veszedelme* az emberiségnek. A kankó ragaszkodik ahhoz, a kit megfertőzött, de abban idővel kipusztul, vagy azzal elpusztul. A syphilist azonban örökölni lehet. Ennek a betegségnek igen nagy a variációja. Meg lehet kapni olyan rejtett alakban, hogy a gazdának nincs is tudomása róla. Egyelőre nem mutat semmi külső tünetet, titokban, lassan rágódik az élet gyökerén s egyszer csak a nem gyógyított, elhanyagolt, régi betegség formájában leplezi le magát. Még az is meglehet, hogy a házaspárnak sejtelve sincs róla, hogy a vére nem volt egészséges, csak a gyermekek, unokák egyéb ok híján való állandó satnyasága, folytonos betegeskedése tereli a gyanút ebbe az irányba. Ezzel ellentétben azonban létezik olyan vehemens, rosszindulatú syphilis, a mely röviden halálos, a melyen emberi hatalom nem tud segíteni. A két véglet között mindenféle fokozati változatosság van. A leggyakoribb a valamennyire gyógyított, de ki nem gyógyított, úgynevezett latens, vagy magyarul nevezve „rejtőző“ syphilis. Tudniillik a hangos, tünetes syphilist megismeri magán a laikus is és a míg tünetei vannak, gyógyíttatja magát, de, a mint a nagyobb vagy külső kellemetlenségek elmúltak, megint abbahagyja a gyógyítást, a betegség meg „rejtve“ eszi magát tovább. Ezek az emberek ilyen állapotban termékenyíthetnek, a terhesség, meg a feleség és gyermek testi, lelki egészsége pedig a betegség latenciája szerint fog majd alakulni. A vetelés 80—90%-a bűnös magzatúzás. A spontán vetélések nagy része meg syphilistől ered. A maczerált szülések 80%-a ilyen eredetű. A vetélések azért jönnek létre, mert sok beteg fogamzott embryo előbb vagy utóbb meghal a méh üregében s az ekként most már idegen testté lett magzatot napok vagy hetek múltán a méh kitolja magából. Ezek a vetélések csekély vérzéssel és kisebb fájdalommal szoktak végbemenni. Ha tehát egy házaspárón a vetelés szokványosan ismétlődve jelentkezik, a lefolyása könnyű, az asszony nem, vagy csak alig vérzik, a nőorvos szemében gyanús syphilisre. Ilyen pedig szertelenül sok van. Az is meglehet, hogy a gyermek időre születik, de bár 280 napot töltött az anyjá-

ban, hitvány, sovány, gyenge; megint gyanús arra, hogy a szülők vére nem egészen tiszta. Az is megtörténik, hogy a betegségnek semmi jele sincsen sem a szülőknél, sem az újszülöttnél, az újszülött fürge, üti a mértéket s mégis hetek múlva syphilitikus kiütéseket kap. De még olyan is van, hogy az apa egyideig gyógyította magát s egyelőre jól is érzi magát, a felesége meg a gyerekei azonban kis ellenállásúak, könnyen betegszenek. Mert hogy a rejtett betegség is a magzaton keresztül átmegy az anyára. Minek folytán azt az asszonyt, a ki viruló leány volt, vételget, sorvad, sárgul, senyved s különös ok nélkül feltűnő hamar öregszik, a nő orvos gyanús szemmel nézi. Éppen ez az alattomos rejtőzése avatja a betegséget az emberiség végveszedelmévé. Mint ahogy a ráknál kívánnánk, hogy bárcsak fájna, a mint keletkezik, mert akkor a kezdetén mindjárt sietnének segíteni vagy segítettetni, ilyenformán a syphilisnél is jobb volna, ha a legenyhébb fertőzés is nyilvánossá válnék, ne tudna rejtőzni, minden alakjában tünetekkel járna. Hozzávetőleg sem lehetne kiszámítani azt, hogy hány millió ember a szerencsétlenségét, a halálát és hány ártatlan feleség, gyermek és unoka az egész életére szóló nyomorúságát köszöni egyetlen ilyen fertőzésnek. Mert a syphilis az unokáig, sőt talán tovább is bünteti az apák könnyelműsködését. A scrophulotikus, lymphatikus, adenoidos, imbecillis, rövid-eszű, tehetségtelen, hereditáris rált gyermekek, astheniás, neurastheniás serdülők, paralytikus, tabes, elmebeteg felnőttek, az élet delén szervi betegségekben pusztulók nagy része syphilissel örököltén vagy szerzetten terhelt, általa gyengített talajon vegetáló életek, melyek minden káros behatással szemben kis ellenállással rövid ideig tartanak. Ezek a gyöngeségben fogamzott, vagy szerzett méreggel sorvasztott organismusok teszik a betegek nagy számát. A parenchymás szervek, máj, lép, vese, tüdő betegségei, a szív és erek korai betegeskedése, az elmeszesedések, a tuberculosis és a rák rohamosan emelkedő százalékszámának tekintélyes részét arra lehet visszazármaztatni, hogy az apa nem gyógyította ki magát tökéletesen e ráragadt szívós betegségből. Mert a betegséget az inficiált testből teljesen ki lehet irtani. És ez a kérdés „punctum saliens“-e. Hosszú nőorvosi gyakorlatom alatt nagyon sok a kezembe született gyermeket volt alkalmam évtizeden és évtizedeken keresztül figyelemmel kísérni, akiknek az egészségében nincs gáncsolni való s akiknek az apjáról bizonyosan tudom, hogy a házassága előtt, sőt egyik-másik a házassága első éveiben is még rejtetten inficiálva volt. Ha pedig ezek meg tudtak gyógyulni ennyire, akkor az egész emberiséget megrontó ezen betegség ellen való küzdelem, a betegség kiirtásának reménye nem utopia. Megbocsáthatatlan mulasztás, bűnös hanyagság, a mi eddig történt s ma is még történik. Az élet egyik legnagyobb logikátlan contradictiója. Akárcsak a ma háborúja, melylyel az ivarkor *elejéről, deléről* való legszebb emberek milliói elpusztítják egymást, mint mondják, azért, hogy a gyermekeiknek, unokaiknak majd jobb legyen a sorsuk. Régen tudjuk, hogy a syphilis mindenfelé terjed, hogy egy infectio generatiókat tud megrontani, hogy az általa megrontott emberi testben minden betegség könnyen felburjánzik, hogy a gyermekek satnyaságát, serdülők tuberculosis-halálát, felnőttek rákos kihalását, az elmebetegek túlszaporulását stb. stb., jó részben neki tulajdoníthatjuk, s mégis szinte érdekes, titkos betegségnek tartjuk, csaknem rejtgetjük. Ha így haladunk, még pár emberöltő és az egész emberiség syphilitikus lesz. Az az anya, a ki maga nem szerezne is meg, mert szolid nemi étellel vigyázna magára, hozzájut a férje, vagy talán már előbb hozzájutott öröklések útján. A tetvek terjesztette kiütéses typhus, a rüh, a fekete himlő, takonykór momentán csunyasabb betegségek mint a syphilis s ezeket éppúgy, mint a typhus, dysenteria, diphtheria, gyermekágyi lázat, cholera, pestist, stb., *helyesen*, büntetés terhe alatt be kell jelenteni, azért, hogy elkülönítéssel a továbbterjedését megakadályozzuk, pedig ezek nem terjednek át a jövő nemzedékre. A syphilissel ellenben nyakra-főre keztyüs kézzel bánunk. Ég a ház felettünk és finom udvariaskodásokkal akarjuk oltani.

Nyomatékkal ismételem, hogy az ifjú embereknek a háború előtti években 80%-a kankóval, 50%-a syphilissel fertőzte meg magát s hogy a háború alatt ez a szám rohamosan magasabbra szökkent. Kétségtelen, hogy a perspectiva szörnyen kedvezőtlen. A háború okozta károkkal, még az elvesztett emberéletet is odaszámítva, sokkal könnyebben el lehet készülni, mint ezzel a két fertőző nemibetegséggel. Az anyagi veszteség pótlása címén irtalmatlanul elveszik a vagyunkunk egy részét. Rendben van. De ne csak az anyagi kárt, hanem az egészséget is regeneráljuk. Itt azonban csakis *még nagyobb szigorúsággal* lehet valamit elérni. Akkor pedig nincsen semmi helye a titkolózgatásnak. Egészséges testen nincs mit szégyelni! A ki azonban ragadósan beteg, azt tessék erőszakkal is rendezni, kigyógyítani s ha másként nem lehet megóvni a többi embert tőle, akár mint egy kiütéses typhust, elkülöníteni. Tapintatos vizsgálat nem bánt hat meg senkit. A diplomás bábát is, mielőtt egy klinika szolgálatába lép, kivétel nélkül szigorúan meg szokás vizsgálni, mert szív- vagy vesebeteg nem való a nehéz szolgálatra, tüdővész, kankós, vérbeteg nem ápolhatja sem az újszülöttet, sem a gyermekágyast, fájós, odvas fogról a szülőnőt inficiálhatni, stb. Annak az okleveles, tehát intelligensebb asszonynak vagy leánynak a tetőtől talpig való vizsgálat ellen nincs is kifogása. A jószándékú ellenőrző vizsgálatokhoz a kevésbé intelligens alkalmazottak is bizonyára hozzá fognak szokni. A klinika évi tízezrekre menő szegény-rendelését nagy részben cselédek kérik ki. „Kegyelmes asszonyok“, „papok“ és „püspökök“ ezt az ügyet nem intézhetik el, ez rájuk terra incognita. Perzselően égető kérdése ez a jelen és jövő emberének. Csak az apróságokig kemény kéz produkálhat annyit, a mit haszonnak lehet nevezni. Hajszaínyi fedetlen résen is kicsúszik s terjed a syphilis. Ne háborúval, hanem ezen az úton gondoskodjunk a gyermekek s unokák jobb jövőjéről!

Ez év tavaszán nálunk is százig menő előadásokban milliard szó esett erről a themáról, hivatottaknak és még több hivatatlannak számtalan órában volt temérdek mondani valójuk. Én azt hiszem, hogy minél többen szónokolnak róla, annál szorosabbra bogyózzák a gordiusi csomót. Jobb lesz azt elvágni! Ellenőrizni a családi alkalmazottakat, vizsgálni a házasulandókat, kivétel nélkül s erőszakkal is gyógyítani a már beteget, a tudva fertőzött meg büntetni pénzzel és szabadságvesztéssel, még pedig sokkal erősebben, mint a ki anyagi vagyont lop, vagy egy embertársát megcsönkíti.

Az egészségügyi congressus előtt időszerűnek tartottam elmondani ezen gondolataimat.

* * *

Néhány idézet: Prof. Fehling (Strassburg). Unsere Aufgaben für die Bevölkerungspolitik. (Deutsches Revue 1917 január.): A házasságok meddőségének 70–80% „ban a férfi betegségeiből, gonorrhoeájából visszamaradt nemzötetlenség az alapoka.

Prof. Grotjahn (Berlin). Die Eugenik als Hygiene der Fortpflanzung. (Archiv für Frauenkunde und Eugenik, I. kötet, I. füzet, 1914.): Németországban százezer lakosra 300 elmebeteg és idióta, 150 epilepsiás, 200 iszákos, 30 süketnéma, 260 nyomorék és 500 tüdőbeteg (előrehaladt stadiumban) esik. Az iskolaorvosok szerint 1/4-e az iskolás-gyermekeknek testhibás és e bajoknak 2/3-a öröklésen alapul.

Prof. Bokay J. (Budapest). A nemi betegségek gyógykezelése. (56. lap): „Tudvalevő dolog, hogy a koraszülések és vetélések 1/4 részénél az előidéző okot lues szolgáltatja.“

Prof. Czerny (Heidelberg). A rák gyógyítása. (Rákértekezlet. Páris, 1910 október 1.): Bizonyos előző betegségek, mint a milyen a syphilis, meggyengíthetik a véderőt a feltételezett vírussal szemben és előidézhetik a szervezet praecarcinomás átalakulását. Így előkészítve a talaj, azon később majd kifejlődik a rák.

Prof. Kirchner (Berlin). Neue Wege für die Bekämpfung der übertragbaren Geschlechtskrankheiten. (Zeitschrift für ärztl. Fortb. XIV. évfolyam, II. kötet, 1917, június.): Poroszországban a statisztika szerint 700 ember hal meg évente syphilisben. Ez a szám azonban sokkal nagyobb, ha a következményes betegségekben elhaltakat is ideszámítjuk (elme-, ideg-, érbetegségek). 1913-ban Poroszországban 175,989 gyermek halt meg az első életévben és ezek közül 42,695-nek a halál oka „Angeborene Lebensschwäche“ (Syphilis).

Docent Reiter (Hygien. Instit. Saarbrücken). Kann eine Verbreitung der Dozent Gonorrhoe und der hiermit verknüpfte Geburtenrückgang nach Friedensschluss eingeschränkt werden? (Deutsche med. Wochenschrift,

1917, 22. szám): „Letzten Endes wird die Folge aller Erkrankungen sein, dass viele Tausende von Kindern ungeboren bleiben. Dies mit allen zu Gebote stehenden Mitteln zu verhüten, muss als eine ernste hygienische Forderung der Zeit betrachtet werden.“

A m. kir. Rokkantügyi Hivatal rózsahegyí gyógyintézetéből.
(Vezető főorvos: Róth Miklós dr., egyetemi tanársegéd, ezred-orvos.)

Könnyebb tüdőbetegek szabadságolása alkalmával szerzett tapasztalatok.

(Statisztikai tanulmány.)

Irta: Schill Imre dr.

A m. kir. Rokkantügyi Hivatal rózsahegyí gyógyintézetében számos tüdőbeteg katona nyert elhelyezést utókezelés céljából. Ezek közül földmíveléstudgyi ministeri rendelet értelmében lehetőség szerint minél többet szabadságoltunk a tavaszi és nyári mezőgazdasági munkák elvégzésére.

A következőkben az osztályaimról szabadságolt katonákon végzett vizsgálataimról számolok be. A levont következtetések nem újak és minden klinikusnak, minden tüdőbeteg-sanatoriumbeli orvosnak vannak hasonló tapasztalatai, azonban az egyszerre való tömeges szabadságolás önmagától kinálkozott nagyarányú kísérletnek, a betegek munkaképességének szempontjából.

Vizsgálataim 60 betegre terjednek ki, a kik a Turban-féle beosztás szerint kisebb részben az I., nagyobb részben a II. stadiumba tartoznak és szabadságolásuk előtt kevés kivétellel láztalanok voltak. Közülük két ízben volt szabadságon a betegek fele. A szabadság 3—4 hétig tartott. A két szabadság közt átlag két hónap telt el.*

A betegeknek tekintélyes része szabadságáról subfebrilis állapotban tért vissza. Bemondásuk szerint nehezebb és tartósabb testi munkát alig egy-kettő végzett (például aratás), a legtöbb csak könnyebb munkát bírt el és többen egyáltalában nem dolgoztak, csak felügyeltek a munkára. Tekintetbe kell vennünk azonban, hogy földmívésaink a ház körüli munkákat (például favágás) nem veszik munkaszámba és még a ki csak felügyelt is, vagyis kiment a földjére és majdnem egész nap talpon volt, az is lényegesen több mozgást végzett, mint gyógyintézetünkben, a hol a tüdőbetegek kezelése teljesen sanatoriumi elvek szerint történik.

Foglalkozásra a 60 beteg közül 45 földmíves, ezek közül valamelyik (első vagy második) szabadságáról subfebrilisen tért vissza 26. Feltűnő azonban, hogy az iparosok közül, a kik mezőgazdasági munkát alig, a kereskedők közül, a kik illet egyáltalában nem végeznek és azok közül, a kiket valamilyen testi hibájuk akadályozott a munkában (radialis-bénulás, peroneus-bénulás, traumás neurosis), milyen sokan tértek vissza subfebrilisen. (I. táblázat.)

I. Foglalkozás.

Foglalkozás	Subfebrilis	Láztalan
Földmíves — — — — —	26	19
Iparos, kereskedő, béna	8	7

Ez bizonyítja legjobban, hogy már az eddigi nyugodt életmód megszakítása is elegendő a subfebrilitas előidézésére.

* Ha ugyanazon egyén két ízben volt szabadságon, ez mint két külön eset volt feldolgozás tárgya, kivéve természetesen az I., IV., VI., VII. táblázatokat. Egyes táblázatokon valamivel kevesebb eset szerepel mint 60, illetve 90, mert az intézetünkbe való beutalás előtti kezelés adatainak hiányossága miatt az illetők a megfelelő táblázatokból kimaradtak (VI., VII., VIII.).

A IX. táblázatban csak 46 eset szerepel, mert a subfebrilitas tartamának észlelése egyes betegeken, azoknak más gyógyintézetbe való áthelyezése miatt, nem volt lehetséges.

A VII., VIII. és IX. táblázaton az esetek megoszlását százalékosan is kiszámítottam a könnyebb áttekinthetőség kedvéért, tudatában annak, hogy száznál kevesebb esetből számított százalékos arány csak a megközelítő valószínűség értékével bír.

Az alábbi táblázatok a betegek életkorának, a betegség tartamának, kiterjedésének és az objectív vizsgálattal megállapítható aktivitási jelek közül a szörcsölő zörejeknek, a köpetletnek és a betegség alatti lázas vagy subfebrilis állapot hosszának összefüggését mutatják a szabadság után észlelt subfebrilis temperaturákkal.

II. Életkor.

30 évig		30 éven felül	
Subfebrilis	Láztalan	Subfebrilis	Láztalan
28	25	17	20

III. Betegség tartama.

1 évig		1 éven felül	
Subfebrilis	Láztalan	Subfebrilis	Láztalan
20	21	26	23

IV. Folyamat kiterjedése.

Kisebb		Nagyobb	
Subfebrilis	Láztalan	Subfebrilis	Láztalan
11	9	22	18

V. Aktivitási jelek.

Szörcsölő zöreje volt vagy van, vagy egyszeri positív köpetlet		Szörcsölő zöreje nem volt, nincs, állandó negatív köpetlet	
Subfebrilis	Láztalan	Subfebrilis	Láztalan
21	22	25	22

A betegeknek egy vagy két aktivitási jel jelenléte szerinti csoportosítása nem vezetne eredményre, mert szörcsölő zöreje és pozitív köpetlet csak 3 esetben volt egymás mellett jelen.

VI. Lázas vagy subfebrilis időszak hossza.

3 hóig		3—6 hó közt		6 hón felül	
Subfebrilis	Láztalan	Subfebrilis	Láztalan	Subfebrilis	Láztalan
12	11	7	6	11	8

A kiken a felvételt megelőző hőmenet megállapítható nem volt (5 egyén), a VI. táblázatból kimaradtak.

Az I—VI. táblázat szerint körülbelül egyenlő arányban oszlanak meg a subfebrilisek és láztalanok, bármely szempont szerint csoportosítjuk is a betegeket, vagyis ezen körül-

ményeket a subfebrilitas jelentkezésével nem hozhatjuk összefüggésbe; még kevésbé várhatunk eredményt a testsúly változásának megfigyelésétől a következő megfontolás alapján:

Ha valaki, a ki megelőzőleg nagyobb testi munkát végzett és rosszabbul táplálkozott, nyugodt életviszonyok közé kerül és jobban táplálkozik, a testsúlya zsír-appositio folytán nőni fog (fehérje-appositio fokozott fehérjebevitel esetében sem lehetséges). A testsúly növekedése bizonyos fokon azonban megáll, ha az egyén újból egyensúlyba jutott. Általánosan ismert tapasztalat, hogy tüdőbeteg-sanatoriumokban a betegeknek túlnyomó többsége csak az első pár hónapban hízik, később már csak kisebb ingadozások észlelhetők; a várható hizás ceteris paribus annál nagyobb, minél alacsonyabb társadalmi rétegből került ki az illető beteg.

A következő táblázat is mutatja, hogy bizonyos időtartamú kórházi kezelés után a testsúly relativ változásának prognostikai jelentőséget nem tulajdoníthatunk. (VII. táblázat.)

VII. Testsúly.

Kórházi kezelés össztartalma	Első szabadságolásig		
	Hízott	Fogyott	Változatlan
$\frac{1}{2}$ év	9 (69%)	1 (8%)	3 (23%)
$\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ közt	21 (62%)	9 (26%)	4 (12%)
$1\frac{1}{2}$ —2 év közt	3 (33%)	6 (66%)	—

A mi a testsúlynak a szabadságolás alatti viselkedését illeti, az első szabadságolás alatt a betegeknek több mint fele veszített testsúlyából, nagyobb részben olyanok, a kik intézeti kezelésük alatt híztak; a nálunk fogyottaknak vagy változatlanoknak $\frac{3}{7}$ -e otthon hízott.

Második itt tartózkodásuk alatt az otthon hízottaknak $\frac{2}{3}$ -a fogyott, az otthon fogyottaknak vagy változatlanoknak $\frac{2}{5}$ -e hízott.

A második szabadságolás után az előzőleg hízottak mind fogytak, az előzőleg fogyottaknak vagy változatlanoknak megint $\frac{2}{5}$ -e hízott. Vagyis vannak betegek, a kik nálunk híznak, otthon fogynak, visszatérésük után újból híznak és vannak olyanok, a kik otthon híznak és a többletet visszatérésük után újból elveszítik; az előbbieket valószínűleg rosszabbul, az utóbbiak jobban és változatosabban táplálkoznak, mint nálunk.

Van ezenkívül egy tekintélyes töredék, mely sem nálunk, sem otthon nem hízik.

Utoljára marad a legfontosabb tényező, hogy t. i. mennyi ideig volt a beteg szabadságolása előtt láztalan; ennek befolyása a VIII. táblázatból látható.

VIII. Megelőző láztalan időszak hossza.

Szabadságot megelőző láztalan időszak hossza	Esetek száma	Subfebrilis	Láztalan
0	11	82% (9)	18% (2)
1 hó	38	63% (24)	37% (14)
2 hó	27	37% (10)	63% (17)
3 hó	7	14% (1)	86% (6)
> 3 hó	6	33% (2)	67% (4)

A VIII. táblázat adatait tekintetbe véve, látható, hogy minél hosszabb láztalan időszak előzte meg a szabadságolást, annál inkább csökken a subfebrilis és nő a láztalanok százalékos arányszáma. A láztalanoknak legnagyobb százalékszámát 3 láztalanul töltött hónap után találjuk; az utolsó két rovatban ugyan csak kevésszámú eset van és az ily kis számokból számított % nem egészen megbízható, mégis mint-

hogy a subfebrilis arányának csökkenése és a láztalanok arányának növekedése megfelel az illető rovatokban mutatkozó tendenciának, felvehető, hogy a kiszámított %-os arány nagyjában helyes és ilyen módon általánosságban bizonyos valószínűséggel azt mondhatjuk, hogy 3 hónap az a *minimalis idő*, melynek láztalan eltöltése után a betegeknek szabadságuk alatti és utáni láztalanságát remélhetjük.

A szabadságolásról visszatért egyének subfebrilis temperaturái az esetek túlnyomó többségében egy, illetve két héten belül elmúlnak; a subfebrilitas hosszának az előzőleg láztalanul eltöltött időszak hosszával való összefüggését a IX. táblázat mutatja.

IX. Szabadság utáni subfebrilitas tartama.

Láztalan hónapok	1 hét v. <	1—2 hét közt	> 2 hétnél
—	4 (44%)	—	5 (56%)
$\frac{1}{2}$ v. $\frac{1}{2}$	12 (50%)	4 (17%)	8 (33%)
2 v. > 2	11 (85%)	—	2 (15%)

Minél rövidebb a megelőző láztalan időszak, annál hosszabb a subfebrilitas várható tartama.

Más oldalról világítja meg ugyanezt a kérdést az első szabadságolásról subfebrilisen visszatérteknek második szabadságoláskori viselkedése. 18 első szabadsága után subfebrilis beteg közül ugyanis 7 láztalanul tért vissza második szabadságáról és a többi 11-en is rendszerint csökkent a subfebrilitas tartama. Ezt a gyógyintézetünkben bevezetett szigorú sanatoriumi életmódnak kell tulajdonítanunk, a melyre a tüdőbetegeket más kórházakban, a hol esetleg már hosszabb időt töltöttek, többnyire nem szorítják rá.

Ezen statisztikai tanulmányból levonható végconclusio az, hogy könnyebb tüdőbeteget bármily munka végzésére képesnek csak teljesen láztalanul eltöltött, *minimalis 3 hónapi időszak után* szabad tartani, de csakis abban az esetben, ha az *ismételten megejtett aktivitási próba negatív*.

Az aktivitási próba abban áll, hogy a beteget délután 5—6 óra között meghőmérőzzük, majd $\frac{1}{2}$ —1 órai séta után a hőmérséket megismételjük. Ha nagyobb számú esetről van szó, mint például a katonaságnál, a hol a szájból mérés kivitele lehetetlen, követelnünk kell, hogy a hónalj-hőmérsék séta után a 37°-ot ne érje el.

Azt hiszem, ugyanezen követelményeket kell felállítanunk a majdan építendő népsanatoriumok betegeivel szemben is.

Közlemény a magy. kir. tud. egyetem II. sz. női klinikájáról (igazgató: Tauffer Vilmos dr., ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos) és II. sz. kórbontani intézetéből (igazgató: Krompecher Ödön dr., ny. r. tanár.)

Az osteomaláciáról.

(Belsősecretiós tanulmány.)

Irta: Scipiadés Elemér dr., egyetemi magántanár, a II. számú női klinika adjunctusa.

(Vége.)

Meg kell most említenem, hogy az osteomaláciában látható peremszegélyeket nem mindenki tekinti megpuhult és meszt elvesztett, hanem ellenkezőleg, újlag felrakódott és még el nem meszesedett, úgynevezett *osteoid-szövetnek*.

És ezen felfogás jelöli éppen azt a pontot, melyen az osteomalacia és rachitis közötti histologiai különbségek elmosódnak (Kaufmann). A csontújképződés, más szóval az osteoid-anyag keletkezése osteomaláciában, különben Recklinghausen szerint néha nagy hatalmasságot ér el a csontokon, különösen ott, a hol arra a legnagyobb húzás és nyomás gyakoroltatik. S az osteoid-szövetnek ezen tömeges képződésében újabb egyöntetűség van a rachitis és az osteomalacia között.

A mondottakon kívül jellemzőnek mondják még a malaciás elváltozásokra *cystácskák keletkezését a csontokat takaró porcállományban, hyperaemiának jelenlétét a csontosodási zónában s végül vérzéseknek és pigment-szemcséknek előfordulását a csontvelőben.*

Természetesen ezen összefoglalt kép kidolgozásához s az abban felsorolt elváltozásokra jellemző szemléltető példái kereséséhez egy egész élet s óriási, a legsúlyosabb eseteke is magában foglaló rachitikus és osteomalaciás anyagnak áttanulmányozása volt szükséges, mint az például *Recklinghausen*-nek sikerült. A mindennapos gyakorlati histologia ellenben megelégszik a betegségnek a malaciás peremszalag jelenléte alapján való diagnosztikájával.

Mi ezt a malaciás peremszalagot 11 operált és csontjait illetőleg feldolgozott állatunk mindegyikében megtaláltuk, ellentétben az ezirányban szintén feldolgozott kontroll-állatokkal, a hol ez a szalag mindenütt hiányzott.

E mellett azonban, minthogy az elváltozásokat egyrészt különböző decalcinációs eljárásokkal, továbbá a legkülönbözőbb festési methodusokkal, azonkívül decalcinátlanul *Kaiserling*-oldatban való fixálás után festett csontokon is tanulmányoztuk, abban a helyzetben voltunk, hogy metszeteink százaiból kiválogatott készítményeken az operált kutyáink csontjain keletkezett malaciás elváltozásokat nagyobb részletességgel is demonstrálhattuk.

Igy 1. számú készítményünkön, melyet a *Schmorl*-féle vizes thionin-formalin-eljárással kezeltünk, igen jól volt látható a velőállomány közötti csontgerendák szélén a malaciás peremszalag.

2. számú készítményünk, melyet a *Schmorl*-féle thionin-ammonium causticum-eljárással festettünk, kitűnően szemléltette ezen peremszalagnak harántcsíktól szerkezetét.

3. számú készítményünk, mely a *Schmorl*-féle vizes thionin-formalin-eljárással lett festve, a tela ossea széthasadását mutatta; úgy ez, mint a következő 4. számú, *van Gieson* szerint festett metszet jól demonstrálta a malaciás peremszalagok fokozott festékfelvétel-képességét (chromophilia).

5. számú készítményünkön, melyet decalcinátlan csontból szelve, a *Schmorl*-féle thionin-kalium-timsós-eljárással festettünk, láttuk, hogy a peremszalagok vörös-violet színben mutatkoztak, vagyis olyan színben, mellyel ezen eljárás értelmében a csont mésztelen állapotát lehetett bizonyítani.

A *Schmorl*-féle thionin-ammonium causticum-eljárással festett 6. számú készítményünkön az ép s a malaciás zóna határán a *Recklinghausen*-féle rács-alakzatot (*Gitterfiguren*) lehetett demonstrálni; ennek közelében egyrészt ép, másrészt onkotikus bunkós nyulványú, még távolabb pedig szétesett csontsejtekkel.

7. számú készítményünk az epiphysis-porc takarójában cystácska képződését mutatta.

8. számú készítményünkön, mely decalcinált csontból a *Schmorl*-féle thionin-ammonium causticum-eljárással készült, a telében itt-ott malaciás köpennyel is ellátott bimbódzó ereket, a *Schmorl*-féle vizes thionin-formalin-eljárással festett 9. sz. készítményünkön pedig egy *Volkman*-féle perforáló csatornát láttunk.

10. számú készítményünk, mely a *Schmorl*-féle thionin-ammonium causticum-eljárással készült, gyönyörűen mutatta a csontosodási zóna nagy hyperaemiáját.

11. számú, hasonló eljárással festett készítményünkön a csontvelő vérzéseit lehetett látni, végül 12. számú, a *Schmorl*-féle vizes thionin-formalin-eljárással festett készítményünkön pedig a csontvelő pigmentációját lehetett demonstrálni.

Praeparatumaink tehát, melyeket *Krompecher* tanár is volt kegyes kontrollálni, feltett kérdéseinkre megfeleltek és pedig úgy, hogy kétségtelen, miszerint fiatal kutyákon a thymusnak alkalmas időben végzett teljes kiirtása útján olyan csontelváltozásokat lehet előidézni, melyeknek histológiai képe az emberi malacia ismert elváltozásaival minden részletében megegyezik.

Következnék most a *Recklinghausen* által feltett másik

kérdés bizonyítása, nevezetesen: hogy a thymusnak kísérletileg létrehozott defectusa correspondál-e a thymus állapotával az emberen jelentkező osteomalaciában is.

A mint tudjuk, az ennek bizonyítására fordítandó munkától másoknak teljesen egybehangzó s histológiai bizonyítékokkal is felfegyverzett vizsgálatai minket már megkímélnek. Hiszen a thymusra vonatkozó ismeretek összegezésekor említettük, hogy e mirigy koplaláskor, tápláltsági zavarokkal járó betegségekben, senyves állapotokban, acut vagy chronikus fertőző betegségekben, terhességek kapcsán, főként ha azok gyakran ismétlődnek, továbbá ha hosszas fekvéssel vagy túl-hosszú szoptatással járnak, szóval mindazon hygiene-ellenes állapotokban, melyekhez a csontlágyulást kapcsolódni látjuk, involutióba lép, vagyis olyan defectust szenved el, mely a csontosodásnak már szintén részletezett zavarai jár együtt.

Mi ezért a bizonyításban inkább tovább mentünk s nem elégedve meg a *Recklinghausen* által feltett két kérdés megválaszolásával, még további, magunk által feltett, két bizonyító kérdésre igyekeztünk feleletet keresni.

Ezek egyike pedig az volt: *bizonyítható-e, hogy az, a mi egyrészt az operált kutya csontelváltozásait, másrészt az emberi malaciát előidézi, ugyanazonos biológiai folyamat; másika pedig az: vajjon az osteomalaciának esetleg bizonyítható thymogen származása nincsen-e ellentétben azon tapasztalásokkal és vizsgálati eredményekkel, melyeket a tudomány ezen betegségről eddig, mint positivumokat kiderített.*

Az első kérdésünkre adandó felelet érdekében, mely tehát a kutyán kísérletileg előidézett s az emberen spontan bekövetkező malacia folyamatának azonosságát kívánja bizonyítani, mindenekelőtt azt kellett kutatnunk, vannak-e az osteomalaciának a csontelváltozásokon kívül olyan objectív physikális vagy chemiai tünetei, melyek a thymectomiás állatokkal való összehasonlításra positiv alapokat adnak.

S hogy feltett kérdéseinkre a feleletet mely irányban keressük, arra nekünk az irodalomnak, bár igaz sok helyütt hiányos és gyakran ellent is mondó adatai mutatták meg az utat. S ez alapon határoztuk el, hogy egyrészt a vér haemoglobintartalmának, teljes morphológiájának, alvadási idejének, viscositásának, vegyhatásának s végül a szervezet calcium-balance-a mikénti viselkedésének szempontjából egészséges terhes, valamint osteomalaciás terhes és nem terhes egyéneken kontroll-vizsgálatokat végezzünk, másrészt, hogy azokat a thymectomizált és egészséges kontroll-állatainkon kapható eredményekkel összehasonlítsuk.

A vizsgálatra választott egyéneket nem állítottuk be nitrogen-egyensúlyba, egyrészt, mert hasonló viszonyok között kívántuk őket vizsgálni, mint kísérleti állatainkat, másrészt, mert nem abszolút értékek keresése, hanem csupán relativ, összehasonlító adatok nyérése volt a célunk. Ezért megelégedtünk azzal, hogy úgy az osteomalaciás, mint a kontrollnak választott egyéneket már a vizsgálatot megelőzőleg egy héten vagy hosszabb időn át egyugyanazon helyiségben, ugyanazon étrenden s ugyanolyan életviszonyok között tartottuk, s hogy ezen feltételeket a vizsgálatok tartama alatt is folytatva, náluk az azonos fajtájú meghatározásokat mindig egyszerre s ugyanazon időben végeztük.

A vér haemoglobintartalmának meghatározására a *Hellige*-féle colorimetert használtuk (*Hellige F. & Co. Freiburg in Breisgau*).

A vér fehér és vörös vérsejt-tartalmának meghatározására a *Bürker*-féle kamrát alkalmaztuk.

A fehér vérsejtek fajtainak s azok egymáshoz való viszonyszámának meghatározását *May-Grünwald*, *Giemsa* szerint festett, szárított praeparatumokon végeztük.

A vér alvadásiidejének megállapítására a *Wright*-féle eljárást alkalmaztuk. Hogy miért éppen ezt az eljárást választottuk, mikor a *Kottmann*-féle készülékkel állítólag sokkal pontosabb, abszolút értékeket kapni, annak az a magyarázata, hogy nekünk egyrészt csupán relativ értékekre volt szükségünk, másrészt *Adler L.* (Wien), a ki ezen eljárást már bőségesen kipróbálta, annak használhatóságáról minket készségesen személyesen informált s végül a *Kottmann*-féle külön-

ben is drága készüléknek a háborús állapotok következtében Svájcából való beszerzése lehetetlen volt. (Abderhalden, Handbuch der biochem. Arbeitsmethoden. Urban és Schwarzenberg, Berlin—Wien, 1912, V. kötet, 2. rész, 241. szám. A készüléket Schaerer A. G. Bernben, Bubenbergrplatz, készíti.)

A viscositás meghatározására a Determann-féle készülék szolgált, de vele mindenkor csak a relativ viscositást vizsgáltuk meg, és pedig nem is a folyadék haladásának gyorsaságait, hanem, mint a Hess-féle készülékkel, csupán a víz- és véroszlopok niveau-differentiáját hasonlítva össze.

A vér vegyhatására, mint Novák és Pogres, a tüdő-alveolusok levegőjének szénsavtartalomra való meghatározása alapján igyekeztünk következtetést vonni, minthogy az, miként tudjuk, a vér szénsav-tensiójának ingadozásaiba enged betekintést, mely viszont a vér-aciditás indicatora. A meghatározásokra pedig a Plesch-féle respirációs készülék szolgált, melyből a levegő átszívása a Hempel-féle büretekbe történt s ott analizáltatott volumetrián. Utóbbi készüléket itthon készítettük azon apparatus rajza után, melyet Pogres is használt s nekünk a bécsi I. számú belklinikán személyesen készséggel bemutatott.

Állatokon a véralkalescentia meghatározására természetesen más eljárást kellett választanunk. S erre a venosus vérből kiváló vérsavó hydroxylion-concentrációjának megmérése szolgált. Ezen méréseket Farkas Géza tanár volt szíves végezni, hangsúlyozván, hogy a nyert értékeket csupán relativ értékeknek kívánja tekintetni.

Ugyancsak nevezett tanár volt kegyes nekünk helyet adni a calcium-meghatározások céljaira, melyeket intézetében (Magy. kir. állatorvosi főiskola élettani intézete) mi magunk végeztünk. Ugyanott kísérlettük meg a phosphor-kiválasztást illetőleg is meghatározásokat végezni. Utóbbiakat azonban mellőznünk kellett, mert a háborús időben a meghatározásban igen fontos szereppel bíró phosphormolybdensavnak, kivált megbízható alakban való beszerzése elháríthatatlan nehézségekbe ütközött.

A CaO meghatározását a Neumann-féle methodikával végeztük s hozzá a vizeletet úgy állatoktól (ketrecben), mint asszonyoktól 24 órán át gyűjtöttük. A bélsarat pedig, hogy a kiürülő anyagoknak kellő egyenletes elosztását biztosítsuk, három 24 órán át fogtuk fel és pedig, mint a vizeletet, toluol alatt, majd vácuumban szárítva és porrá törve, a vizsgálat előtt jól összekevertük.

Ezen vizsgálatok tárgya három osteomalaciás asszony, illetőleg négy egészséges terhes, továbbá két thymectomiás, illetőleg két egészséges kontroll-kutya volt.

Az egyénenként táblázatokba foglalt adatokból azonban alig volt lehetséges valamelyes egységes irányú eredményt kiolvasni. A mikor ellenben az egyfajtájú egyének és kutyák táblázatait összeadva, azokból középértékeket számítottunk s a beteg és egészséges egyének, illetőleg az egészséges és operált kutyák adatait szembeállítottuk, akkor a következő meglepő eredményekre jutottunk:

Asszonyok:

Egészséges 4 terhes:		Osteomalaciás 3 egyén:	
Haemoglobin ...	85.25 (Hellige-egység)	Haemoglobin ...	86 (Hellige-egység)
Vörösvérsejt sz. ...	4.675.000	Vörösvérsejt ...	4.430.000
Fehérvérsejt sz. ...	7.455	Fehérvérsejt ...	6.867
Polynuclearis ...	76.46% = 1192	Polynuclearis ...	72.89% = 992
Nagy mononuclearis ...	3.40% = 53	Nagy mononuclearis ...	3.61% = 49
Kis lymphocyt ...	13.92% = 217	Kis lymphocyt ...	16.46% = 224
Atmeneti alak ...	4.11% = 64	Atmeneti alak ...	4.85% = 66
Eosinophil ...	2.12% = 33	Eosinophil ...	2.13% = 29
Basophil ...	—	Basophil ...	0.07% = 1
100.01% = 1559		100.01% = 1361	
Vér alvadásiideje (Wright sz. 37° C) 2 perc 3 mp.		Vér alvadásiideje (Wright sz. 37° C) 2 perc 36 mp.	
Viscositas 20° C 0.675		Viscositas 20° C 1.2	
Vérvegyhatás (szén-savtensio) 4.4		Vérvegyhatás (szén-savtensio) 3.96	
CaO vizeletben 100 gr.-ra 0.02125 gr.		CaO vizeletben 100 gr.-ra 0.012095 gr.	
CaO szárított bélsárban 100 gr.-ra 3.5705 gr.		CaO bélsárban 100 gr.-ra 4.545 gr.	

Kutyák:

Egészséges két kutya:		Thymectomizált két kutya:	
Haemoglobin ...	69 (Hellige-egység)	Haemoglobin ...	74 (Hellige-egység)
Vörösvérsejt sz. ...	4.335.000	Vörösvérsejt sz. ...	5.050.000
Fehérvérsejt sz. ...	13.890	Fehérvérsejt sz. ...	17.040
Polynuclearis ...	57.41% = 337	Polynuclearis ...	50.15% = 327
Nagy mononuclearis ...	8.00% = 47	Nagy mononuclearis ...	5.98% = 39
Kis lymphocyt ...	26.24% = 154	Kis lymphocyt ...	34.05% = 222
Atmeneti alak ...	3.07% = 18	Atmeneti alak ...	4.91% = 32
Eosinophil ...	5.28% = 31	Eosinophil ...	4.91% = 32
Basophil ...	—	Basophil ...	—
100.00% = 587		100.00% = 652	
Vér alvadásiideje (Wright sz. 37° C-nál) 2 perc 18 mp.		Vér alvadásiideje (Wright sz. 37° C-nál) 2 perc 38 mp.	
Viscositas 20° C-nál 0.6		Viscositas 20° C-nál 1.2	
Vérvegyhatás p. H = -log. C. H. 7.28		Vérvegyhatás p. H = -log. C. H. 7.02	
CaO vizeletben 100 gr.-ra 0.014865 gr.		CaO vizeletben 100 gr.-ra 0.017.807 gr.	
CaO szárított bélsárban 100 gr.-ra 26.324 gr.		CaO bélsárban 100 gr.-ra 13.453 gr.	

Vagyis tehát azt látjuk, hogy az egészségesekhez viszonyítva úgy az osteomalaciás egyének, mint a thymectomiás kutyák vérmorphológiájában lymphocytosis mutatkozik, megnyúlt a vér alvadásiideje, kisebb lett a vér tapadóképessége és savanyúbbá lett a vér vegyhatása. Igaz, utóbbi értéknél a kutyavér hydroxylion-concentrációjában mutatkozó különbség oly csekély, hogy az még a hibaforrásokon belül esik, de mindenesetre feltűnő, hogy az érték tendenciája, hasonlóan a szénsav tensiójához, szintén az alkalicitás csökkenésének irányában mutatkozik.

Az utolsó adat, a melyről még meg kell emlékeznünk, a calcium-kiválasztás mikéntje.

Hasonlóan mások vizsgálataihoz, osteomalaciásokon csupán a bélsáron át s nem egyszersmind a vizeletben keresztül is a calcium-kiürítés fokozottabbnak mutatkozik, mint egészséges egyénekben. A thymusoktól megfosztott állatokon ellenben, az egészségesekhez viszonyítva, éppen megfordítva az ép kutyák kiválasztása mutatkozik fokozottabbnak.

Azonban ezen adatok ellentétes voltában még nem szabad ellentmondást látni s arra gondolni, hogy tehát a calcium-balance deficitje thymectomiás állatokon nincs is jelen. A szervezetnek calcium-deficittel való dolgozását ugyanis, mint láttuk, minden vitán felül mutatja thymectomiás állatokon is a csontoknak halystereticus, malaciás minősége.

A különbséget szerintem talán inkább az adja, hogy míg a csontlágylásos asszonyokon a halystereticus-malaciás elváltozások már kész egyént érnek, addig thymectomiás kutyákon azok egy még csak fejlődésben levő egyénben mennek végbe, melynek — ezen jelenlevő mérszdeficit mellett — bizonyára minden calciumjával takarékoskodni kell, hogy fejlődésben levő szerveit és csontjait mérszszel úgy ahogy elláthassa, miért is a calciumból kiürítésre csak kevés kerülhet.

Meglepetéssel olvastam különben már a magam adatainak megismerése után, hogy a calcium-kiürítés ezen, eddig érthetetlennek mondott, de bizonyára az éppen mondottakon alapuló különbségét az osteomalaciás nők és rachiticus gyerekek mérszbalanceának összehasonlításakor is megtalálták. Míg ugyanis Zunz L. szerint osteomalaciás egyénekben a calciumnak a bélsáron keresztül történő fokozottabb kiválasztása általában megállapítottan vehető, addig rachiticus gyermekeken az eddig ez irányban legmegbízhatóbbnak ismert Zweifel-féle vizsgálatokból az derült ki, hogy még a florid rachiticus gyermek is olyan mennyiségű calciumot tartott vissza szervezetében, mely nagyobb volt, mint az egészséges kontroll-gyermeke.

Tehát az általunk talált adatból nem hogy ellentmondást nem lehet kiolvasni, hanem ellenkezőleg az ezen éppen említett tapasztalásban helyességének bizonyító próbáját tudjuk megtalálni.

S mindezekben harmadik feltett kérdésünkre is megkaptuk a feleletet, mert ime kiderült, hogy: az a folyamat,

mely thymectomiás fiatal kutyákon az emberi malaciával egyező pathohistológiai képet idéz elő, ugyanolyan physialis és chemiai, egyszóval biológiai tünetekkel jár, mint a milyeneket osteomalaciás egyénekben lehet kimutatni.

Igy hát most még csupán azon utolsó kérdésünk vár feleletre, vajjon az osteomalaciának esetleg bizonyítható thymogen származása nincs-e ellentmondásban azon tapasztalásokkal és vizsgálati eredményekkel, melyeket a tudomány ezen betegségről eddig mint pozitívumokat kiderített.

Nézzük e célból mindenekelőtt az osteomalacia előfordulásának ismert sajátosságait.

Azzal, hogy a csontlágyulás főként a rossz hygienés viszonyok között élő, rosszul táplálkozó, gondokkal küzdő, szegényebb néposztálybeli asszonyokon fordul elő s itt is kivált olyanokon, a kik nagyon fertilisek, gyors egymásutánban szülnék és túlságos soká szoptatnak s hogy ezeknek is rendszerint gyermekágyához vagy lactatiós időszakához csatlakozik az osteomalacia, éppenséggel nincs ellentétben ezen betegség thymogen elmélete. Hiszen elmondottuk, hogy mindezen tényezők éppen azok, melyek a thymusnak involutióját okozzák, amely állapottal együtt járó functiokiesés a megfigyelt állatok csontjainak elmeszesedési zavaraival jár együtt.

De azzal sem áll ellentétben ezen elmélet, hogy az osteomalacia — igaz, nagyrítván — jó hygienés viszonyok között élő vagy nullipara egyénekben is előfordulhat. Ezeken is támadhatnak ugyanis olyan körülmények, például gond, bánat, tápláltsági zavarokkal járó acut vagy chronikus betegségek, senyvedések stb., melyek ismert módon pathológiás thymus-involutióval járnak, nem is számítva azt, hogy a thymus a neki kiszabott teendőkre egyik-másik egyénben már eredetileg is insufficiens vagy közel insufficiens lehet.

Azon eddigi érthetlenséget pedig, hogy az osteomalacia férfiakon, valamint amenorrhoeás, vagyis úgy hisszük, a petefészek működésének legalább is lefokozódásában leledző nőknél is előfordul, a thymus-elmélet egyenesen megmagyarázza. Accidental pathológiás thymus-involutiót előidéző körülmények előfordulása ugyanis ezeken is lehetséges. De különben is férfiakon osteomalaciát szinte kizárólag csak senilis, marasmusos állapotokban észlelünk, a melyek szintén accidentalis thymus-involutióval járnak együtt.

Nem contradictorius a csontlágyulás thymogen származásával az a tapasztalás sem, hogy rossz vagy czélszerűtlen anyagokkal táplált, takarmányozott, mozgásaitól hosszasan megfosztott, esetleg ketreczelt, senyvesztő anyagcsere-kísérletekben leromlott vagy bacterium-emulsiókkal beoltott (Morpurgo) állatokon is előfordul osteomalacia. Hiszen említettük, hogy mindezen tényezők szintén accidentalis thymus-involutióval járnak együtt.

Az osteomalaciának néha és néhol endemiás megjelenése szintén összevág a thymogen elmélettel. Nagyon jól elképzelhető ugyanis, hogy — mint a golyvára hajlamosító tényezőknél is látjuk — olyan közegészségellenes táplálkozási, lakásbeli, ruházkodási, életmódbeli stb. viszonyok, melyek thymus-involutiót okoznak, helyenként és vidékenként halmozódhatnak vagy nagyobb közösségben is érvényesülhetnek.

De nincs ellenkezésben a csontlágyulás thymusos eredete olyan tapasztalásokkal sem, melyek a parathyreoideának hypertrophiáját, adenoid burjánzását s a pajzsmirigynek különböző változásait látták osteomalacia kapcsán. Hiszen úgy a thymus, mint a parathyreoidea, valamint a pajzsmirigy is branchiogen származású, hogy úgy mondjam, egyvágású mirigyek, úgyannyira, hogy például a parathyreoidea a patkányon, melyen *Erdheim* is ismert kísérleteit végezte, egyenesen a thymus belsejébe van belerejtve. Legalább is nem zárható tehát ki, hogy a parathyreoidealis branchiogen mirigyen a másik, vele ily közeli vonatkozásban álló branchiogen mirigynek, a thymusnak, involutióba lépésekor vagy elsorvadásakor mintegy kompenzáló hypertrophia keletkezhet. A mi pedig a pajzsmirigygyel való vonatkozásokat illeti, azok úgy látszik, még nincsenek egészen tisztázva. Épp olyan szélsően ugyanis, mint a hogy az osteomalacia Basedow és

myxoedema kapcsán is előfordulhat, látták azt is, hogy thymus-kiirtásra a pajzsmirigy egyszer túlteng, máskor meg változatlan marad, továbbá, hogy pajzsmirigy-etetésre a thymus egyszer megnagyobbodik, máskor meg megkisebbedik. Hiszen ebből gondolt éppen *Utterström* arra, hogy a pajzsmirigyben thymus-depressorius és thymus-excitatorius anyagok együttes előfordulását kell feltételezni.

Itt kell megemlítenem, miszerint az, hogy az osteomalaciában hyperovarismus, fokozott petefészektévékenység volna jelen, még egyáltalán nincsen bizonyítva, már csak azért sem, mert, mint *Adler* is mondja, eddig még egyetlen olyan kézzelfogható tényező sem áll rendelkezésünkre, melylyel a hyperovarismushoz, mint olyannak, létezését bizonyítani tudnók.

Igaz, *Wallart* erre valló jelenségnek minősíti a petefészek úgynevezett interstitialis mirigyének megsaporodását, melyet úgy ő, mint rajta kívül *Seitz* és mások (*Stern*, *Torkel*, *Kaji* és *Falk*) is konstataáltak osteomalaciában.

Egyrészt azonban ma még az interstitialis mirigynek belső secretiós jelentősége sem áll minden vitán felül, másrészt annak osteomalaciában való megsaporodottságát *Franqué* nem is tudta megtalálni.

S mi is azt láttuk, mint azt egy legutoljára 4 év előtt terhes egyénből származó praeparatumunkon szemléltethettük, hogy a theca interna sejtjei az osteomalaciás egyénben csak olyan ovariumban vannak megsaporodva, melyben kis cystás degeneratio van jelen s csakis e cystácskák falában, de ekkor sem oly mértékben, mint az terhes egyénekben szokott lenni. Olyan petefészkekben ellenben, melyekben cystás degeneratio nincsen, az interstitialis mirigy megsaporodását osteomalacia esetén sem lehet találni, mint azt egy készítményünk is mutatta, melyben az organizálódás stadiumában levő corpus luteum mellett egyetlen ilyen burjánzó theca-sejtcsoportot tudunk csupán találni, azt is egy cystás atresiában levő tüsző körül. Világos tehát, hogy az interstitialis mirigy megsaporodása a cystás degenerációval, nem pedig az osteomalaciával van lényeges összefüggésben.

Ezzel van együtthangzásban az is, hogy a petefészki interstitialis mirigy minőségében thymectomiás és egészséges kutyáink között sem találtunk különbséget.

A mi most az osteomalacia terapiájának eddigi pozitívumait illeti, azokból annak megindokolására, hogy a castratio nagy hányadú gyógyító eredménye a csontlágyulás thymogen elméletével nincs ellenkezésben, alig kell már szót vesztegetnem. Hiszen talán az egész thymus-kérdésből, mint mondtam, az van legeggyöntetűbben tisztázva, hogy a nemi érettség ideje alatt végzett castratio hatalmas, néha akár háromszoros volumenű hypertrophiájával, mi több, reviviscenciájával jár együtt a thymusnak, mely pedig, mint szintén kísérletek igazolják, egyenes arányban áll a gátmirigynek a csontok elmeszesedését elősegítő működésével.

Ezért ezzel tovább nem is foglalkozva, inkább azt szemléltetem még röviden, hogy a thymus-elmélet az osteomalaciás terapiának olyan kérdéseibe is bevilágít, melyek előttünk eddig sötétségben állottak.

Megmagyarázza például ez az elmélet, miért nem gyógyít meg a castratio némely, kivált súlyos, osteomalaciát. Azért, mert ekkor a thymus már annyira el lehet sorvadva, hogy azt a castratio sem tudja már reviviscenciára kelteni.

Magyarázza azt is, miért gyógyulhat meg hosszú generációs pauza után spontan is a csontlágyulás, és pedig a fokozott működésűnek feltételezett petefészek bennmaradása ellenére is. Mert nem petefészek-hyperfunctio az osteomalacia oka, hanem thymus-involutio, mely utóbbi szülés után s kivált az egyének szoptatás nélkül, jó hygienés viszonyok közé való helyeződésével visszafejlődik, sőt ha arra kellő ideje van, meg előbb túlságos fokú nem volt, baját egészen ki is heverheti.

De magyaráz a thymus-elmélet még egyebeket is. Így azt is, miért járhat a *Bossi*-féle adrenalin-kezelés az osteomalacia terapiájában eredménytelenséggel, nem egyszer meg épp kellemetlenséggel, továbbá azt is, miért látni osteomala-

ciában hypophysis kitartó adagolása után bizonyos eredményeket.

A mellékvese és thymus viszonyának tisztázásából ugyanis az derült ki, hogy a mellékvesekéreg, tehát az interrenalis systema, thymus-excitor, az adrenalis vagy chromaffin systema ellenben thymus-depressor.

Viszont a thymus-hypertrophia az interrenalis systemának hypertrophiájával, ellenben az adrenalis systemának csödjével jár, épp úgy, mint ahogy Wiesel s rajta kívül többek között Goldzieher is kimutatta, hogy status thymicolymphaticusban a mellékvese chromaffin systemája s a mellékvesén kívül álló adrenalis systema hypoplasiában van.

Innen van, hogy a mellékvese kiirtását állandóan a thymus megnagyobbodása követi, míg a mellékvese kéreg- és velőállományából készült kivonatnak tartós befecskendezése a thymus megkisebbedésére vezet.

Ebben tehát megvan már a magyarázat arra, hogy miért lehet osteomalaciában eredmény nélküli, sőt egyszerűen káros, a Bossi-féle adrenalin-therapia. Hogy pedig miért okozhat kellemetlenségeket is, arra meg az adja meg a magyarázatot, hogy a thymus-involutio az adrenalis systemának már úgyis hyperfunctiójával jár együtt, a mit az adrenalin-bevitel csak még fokoz.

A mi pedig a hypophysis-kivonatok tartós nyújtásával osteomalaciában koronként elérhető kedvező — de eddig jórészt érthetetlen — eredményt illeti, a mire nézve magamnak is volt szerencsém már 3 esetet közölni, azt a thymus-elmélettel szintén lehet magyarázni. A hypophysis ugyanis közismerten thymus-serkentő és a petefészket elnyomó mirigy, tehát a hypophysis-kivonatnak a szervezetbe való tartós bevétele az involutióban levő thymust reviviscentiára serkentheti és úgy látszik, ilyen hatásokat belőle még akkor is ki tud váltani, mikor olyat, vagy legalább is elegendőt a castratio nem tudott abból kiváltani.

Kimerítvén így az idevágó momentumok részletezését, most már utolsó kérdésünkre is megszerkeszthetjük a feleletet, mely úgy fog hangzani, hogy: az osteomalacia thymogen elmélete azon tapasztalatokkal és vizsgálati eredményekkel, melyeket a tudomány e betegségről mint pozitívumokat kiderített, nemcsak nincs ellentétben, hanem ellenkezőleg, közülük olyanokat is megmagyaráz, melyek eddig az osteomalaciának ovarialis és egyéb elméletei kapcsán egyáltalában nem állottak világosan előttünk.

Nem maradhatok végül adós annak e mondásával sem, mit lehet osteomalaciában a thymus-kivonatokról várni.

A thymus-mirigy kivonattól az eddigi állatkísérletekben egyszer vérnyomás-csökkenést (Svehla), máskor vérnyomás-növekedést (Popielsky), olykor pedig galactagog-hatást (Ott és Skott) láttak, s ezt nem egyszer légzés- és szív-zavarok, az erekben alvadás-jelenségek stb. kísérték. Mindezt azonban Popper nem tartja specifikus hatásnak.

Basch állatoknak thymusmirigy-kivonatokkal való hosszabb kezelésére a thymus megkisebbedését, Adler pedig a vér adrenalin-tartalmának megnövekedését, mások végül thymus-mirigy hosszabb etetésével csontelváltozások jelentkezését, phosphaturiát láttak állatokon jelentkezni, olykor az állat elsenyvedésével (Charrin, Ostrowsky, Gebele, Beonde, Tarnin, Curasulo).

Hyperthymisatiós kísérleteket végeztek továbbá thymus-implantatio révén is. A beültetett mirigy azonban mindenkor hamar degenerált s így következtetések vonására ezen kísérletekben alkalom nem igen adódott.

Megkísértették végül thymus-kivonat adagolását thymustalan állatoknak is. Úgy tapasztalták azonban, hogy a kivonat a kiesési tüneteket csak még fokozza.

Vagyis tehát, mondja Biedl (III. kiadás, I. kötet, 391. oldal), a thymus-kivonatokkal végzett kísérletek eddig semmi biztos támpontot nem nyújtottak arra, hogy a thymus présnedveiben vagy annak más módon készített kivonataiban benne volnának azon hormonok, melyeknek készítését és a vérpályákba való leadását a thymus-kutatás egyéb eredményeiből kifolyólag nagy valószínűséggel kell felvennünk.

Érthető ezért, hogy mi a thymus-kivonatokkal való kísérleteket ezen munkánk kereteiből kihagytuk, mert a thymusra való hatás gyakorlására egyelőre csupán a közvetett utakat (ovarium, hypophysis) lehet célravezetőnek tartanunk.

S ha most összegezni akarnám a mondottak alapján conclusióimat — minden feltett kérdésünkre alkalmas feleletet kapván —, az volna várható, hogy kimondjam, miszerint az osteomalaciának a thymus-mirigy az okozója.

Ennyire azonban mégsem megyek, mert tudom azt, hogy ha nem is a lényegen, de egyik-másik adatomon újabb módszerekkel végzett vizsgálatok esetleg módosíthatnak s mert tudom azt is, hogy adataim száma is kevés, bár meg kell jegyeznem, hogy ennyi adat összegyűjtésére is két hosszú esztendőnek igazán fáradságos és türelmes munkájára volt szükség.

Láttuk azonban: 1. hogy kétségtelen, miszerint fiatal kutyákon a thymusnak alkalmas időben végzett teljes kiirtása után olyan csontelváltozásokat tudunk előidézni, melyeknek histológiai képe az emberi malacia ismert elváltozásaival minden részletében megegyezik.

2. Mások vizsgálataiból pedig tudjuk, hogy a thymusnak kísérletileg létrehozott s a csontoknak éppen említett elváltozásait létrehozó defectusával a gátormirigynek az emberi osteomalacia előfordulásával oki kapcsolatba hozott tényezők mindegyike esetén jelenlevő defectusa correspondál, azaz accidentalis involutio, mely a csontosodásnak hasonló zavaraival jár párhuzamban.

3. Vizsgálatainkból továbbá kiderült, hogy az a folyamat, mely fiatal kutyákon az emberi malaciával egyező pathohistológiai képet idézi elő, ugyanolyan physicalis és chemiai, egyszerűen biológiai tünetekkel jár, mint a milyeneket osteomalaciás egyénekben lehet kimutatni.

4. S végül szemléltettük azt is, hogy az osteomalacia thymogen elmélete azon tapasztalásokkal és vizsgálati eredményekkel, melyeket a tudomány ezen betegségről mint pozitívumokat kiderített, nemcsak nincs ellentétben, hanem ellenkezőleg, közülük olyanokat is megmagyaráz, melyek eddig az osteomalaciának ovarialis és egyéb elméletei kapcsán egyáltalán nem állottak világosan előttünk.

Ezért azt hisszük, nem követünk el túlságos merészséget, kimondván, hogy vizsgálataink minden valószínűséggel azt mutatják, miszerint azon folyamatoknak, melyek az emberi malaciát előidéznek, a thymus-mirigy a közvetítő-jök. S úgy látszik, minden olyan körülmény, mely a gátormirigynek kellő mértékű pathológiás accidentalis involutiót idézi elő, osteomalaciát fog az emberen okozni, kivált ha ezen körülményhez terhesség s főként több — gyors egymásutánban és a lactatiós időszakok után kellő szünetek nélküli — terhesség, illetőleg az ezzel együttjáró thymus-involutio is társul.

Irodalom. ¹ Adler L.: Zur Physiologie und Pathologie der Ovarialfunktion. Archiv für Gynaekologie. 95. kötet, 349. oldal. —

² Adler: Thymus und Adrenalsystem. Aus dem path. Institut des Viktor-Krankenhaus zu Berlin-Schöneberg. Virchow's Archiv. CCIV. kötet, 1. füzet. Ref Waldeyer-Posner. Jahresbericht für die ges. Med. 49. évf., 1915, 176. oldal. — ³ Bab: Behandlung der Osteomalacie mit Hypophysenextrakt. Verhandlungen der Wiener Gesellschaft der Aerzte. 30. Juni 1911 und Münchener med. Wochenschrift, 1911, 34. sz., 1814. oldal. — ⁴ Basch: Ueber die Ausschaltung der Thymusdrüse. Wiener klin. Wochenschrift, 1903, 31. sz. 893. oldal. — ⁵ Basch: Beitrag zur Physiologie und Pathologie der Thymus. Jahrbücher für Kinderheilkunde. 64. kötet, 1906. évf. — ⁶ Biedl A.: Innere Sekretion. III. kiadás, I. és II. kötet. Urban és Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1916. — ⁷ Bossi: Nebennieren und Osteomalacie. Zentralblatt für Gynaekologie. 1907, 3. és 6. sz. Archiv für Gynaekologie. 83. kötet, 3. füzet. — ⁸ Christoforletti: Zur Pathogenese der Osteomalacie. Gyn. Rundschau, 1911, 113. oldal. — ⁹ Erdheim: Ueber Epithelkörperbefunde bei Osteomalacie. Sitzungsberichte der Wiener Akademie 1907. 116. kötet, 3. rész, 6. füzet, 311. oldal. — ¹⁰ Fehling: Ueber Kastration bei Osteomalacie. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie. II. kötet. Kongress Halle 1888. — ¹¹ Fehling: Ueber Wesen und Behandlung der puerperalen Osteomalacie. Archiv für Gynaekologie. 39. kötet. — ¹² Fehling: Weitere Beiträge zur Lehre von der Osteomalacie. Archiv für Gynaekologie. 48. kötet. — ¹³ Göth L.: Ueber eine besondere Beckenform und über Ovarialbefunde bei Osteomalacie. Monatschrift für Geb. und Gynae-

kologie. 24. kötet (1906). — ¹⁴ *Hoennicke*: Zur Theorie der Osteomalacie. Zugleich zur Lehre von den Krankheiten der Schilddrüse. Berliner klin. Wochenschrift, 1904, 1154. oldal. — ¹⁵ *Hoennicke*: Ueber das Wesen der Osteomalacie und seine therapeutischen Konsequenzen. Samml. zwangl. Abhandl. Halle a. S., 1905. — ¹⁶ *Hoffmann*: Antithyreoidin Moebius bei Osteomalacie. Zentralblatt für Gynaekologie, 1908, 18. sz., 589. oldal. — ¹⁷ *Joest és Jähnichen*: Einige Blutbefunde bei Osteomalacie der Pferde. Berliner T. W., 9. sz., 149. oldal (1914). — ¹⁸ *Kaufmann*: Spezielle Path. Anatomie. Berlin, Georg Reimer, 1911. — ¹⁹ *Keller*: Blutgerinnungszeit und Ovarialfunktion. Archiv für Gynaekologie, 1912, 92. kötet, 540. oldal. — ²⁰ *Klose*: Thymusdrüse und Rachitis. Zentralblatt für allg. Pathologie und Path. Anatomie. 25. kötet, 1. sz. (1914). — ²¹ *Koch*: Ueber experimentelle Rachitis. Berliner klin. Wochenschrift, 17. sz., 773. oldal; 18. sz., 839. oldal; 19. sz. 886. oldal, 1914. — ²² *Liesegang*: Ueber die puerperale Osteomalacie. Zentralblatt für Gynaekologie, 1915, 15. sz. — ²³ *Novak*: Zur Adrenalinbehandlung und Osteomalacie. Archiv für Gynaekologie. 93. kötet, 2. füzet. — ²⁴ *Novak és Porges*: Ueber die Acidität des Blutes bei Osteomalacie. Wiener klin. Wochenschrift, 1913, 44. sz., 1791. oldal. — ²⁵ *Novak és Porges*: Ueber puerperale Osteomalacie. Zentralblatt für Gynaekologie, 1915, 23. sz. — ²⁶ *Neumann*: Weitere Untersuchungen über die Stoffwechselverhältnisse des Calciums, Magnesiums, der Phosphorsäure und des Nitrogens bei puerperaler Osteomalacie, mit besonderer Rücksicht auf die durch die Kastration und andere therapeutische Eingriffe verursachten Veränderungen des Stoffwechsels. Archiv für Gynaekologie, 51. kötet; Magyar Orvosi Archivum, III. évfolyam, 3. füzet. — ²⁷ *Neumann u. Vas*: Ueber den Einfluss der Ovariumpräparate auf den Stoffwechsel. Monatschrift für Geb. und Gynaekologie, 15. kötet. — ²⁸ *Parhon és Goldstein*: Sur l'existence d'un antagonisme entre le fonctionnement de l'ovaire et celui du corps thyroïde. Compt. rend. de la soc. de biol. 1913, febr. 28. — ²⁹ *Porges, Leimdörfer és Markovici*: Ueber die kohlen-saure Spannung des Blutes in pathologischen Zuständen. Zeitschrift für klin. Medizin, 73. kötet, 389. oldal. 1911. — ³⁰ *Quest*: Ueber die Bedeutung der Nebennieren in der Pathologie und Therapie der Rachitis. Zeitschrift für experimentelle Pathologie, 1909, 5. kötet. — ³¹ *Recklinghausen F.*: Untersuchungen über Rachitis und Osteomalacie. Verl. G. Fischer. Jena, 1910, I. és II. kötet. — ³² *Rössle*: Das Verhalten der menschlichen Hypophyse nach Kastration. Virchow's Archiv. CCXVI. kötet (1914). — ³³ *Ruszkinko*: Az osteomalacia kezelése mellékvesekivonattal. Összefoglaló referaturn. Gynaekologia, 1907, VI. évf., 379. oldal. — ³⁴ *Scipades E.*: A petefészek belső secretiójáról. Budapest. 1916. Melléklet az Orvosi Hetilap 1916. évi 44. számához. — ³⁵ *Scipades E.*: Osteomalaciás esetek. A budapesti kir. Orvosegyesület értesítője, 1916. V. évfolyam, 18. szám és Orvosi Hetilap 1917, LXI. évfolyam. — ³⁶ *Seitz L.*: Osteomalacie; in Doederlein's Handbuch der Geburtshilfe. II. kötet, 316. oldal. Wiesbaden, F. Bergmann, 1916. — ³⁷ *Sonntag E.*: Allgemeines über die Osteomalacie; in Winckels Handb. der Geburtshilfe. II. kötet, 3. rész, 1975. oldal. Wiesbaden, F. Bergmann, 1915. — ³⁸ *Stern*: Beitrag zur Klinik und Organotherapie der Osteomalacie nebst anatomischen Untersuchungen über die interstitielle Eierstockdrüse. Zeitschrift für Geb. und Gynaekologie. 68. kötet, 3. füzet. 1911. oldal. — ³⁹ *Süstmann*: Blutbefunde bei an Osteomalacie leidenden und der Osteomalacie verdächtigen Pferden. Berliner T. W., 12. sz., 199. oldal (1914). — ⁴⁰ *Tamemori*: Untersuchungen über die Thymusdrüse im Stadium der Altersinvolution. Virchow's Archiv. CCXVII. kötet. — ⁴¹ *Tauffer V.*: Osteomalacia. A belgyógyászat kézikönyve. II. kötet, Budapest, Dobrowsky és Franke, 1895, 363. oldal. — ⁴² *** Ueber den Einfluss der Ovarientransplantation. Ein Beitrag zur Entstehung der Osteomalacie. Zeitschrift für Geb. und Gynaekologie. 77. kötet, 1. füzet, 49. oldal. — ⁴³ *Velits*: Ueber die Heilung der Osteomalacie. Zeitschrift für Geb. und Gynaekologie. 1892, 23. kötet, 630–633. oldal. — ⁴⁴ *Wallart*: Ueber das Verhalten der interstitiellen Eierstockdrüse bei Osteomalacie. Zeitschrift für Geb. und Gynaekologie. 61. kötet, 581. oldal. — ⁴⁵ *L. Zunz*: Ueber den Einfluss der Kastration auf den respiratorischen Stoffwechsel. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 95. kötet. — ⁴⁶ *L. Zunz*: Ueber Osteomalacie (kritisches Sammelreferat). Berliner klin. Wochenschrift, 1912, 50. sz., 2364. oldal. — ⁴⁷ *L. Zunz*: Stoffwechselversuche bei Osteomalacie. Archiv für Gynaekologie, 1913, 99. kötet, 145. oldal.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

E. Sonntag: Die Wassermann'sche Reaction in ihrer serologischen Technik u. klinischen Bedeutung. J. Springer, Berlin, 1917. (Negyedré, 122 oldal. Záradécul 68 oldal terjedelmű irodalomjegyzék.)

A szerző a lipcsei sebészeti klinika docense és assistense. Sebész, a ki serológiai munkát ír! Nálunk bizonyára mosoly és kétkedés fogadná vállalkozását vagy legalább is az a szelid megjegyzés, hogy a sebészetben nem akad-e már érdemes tárgy irodalmi ambíciói kielégítése számára? Mintegy

ezekre a kérdésekre készül fel a szerző, a ki egyébként *Kolleintézetében*, Bernben szerezte szakismereteit, mikor a könyv címe alá függeszti, hogy „auf Grund von Untersuchungen und Erfahrungen in der Chirurgie“. Egyébként erre — a könyv valódi anyaggyűjteményét némiképp kicsinyítő — kitétele a szerzőnek nem volna szüksége, mert munkája nemcsak a reactio sebészeti klinikai vonatkozásait tárgyalja, hanem alaposan és behatóan terjeszkedik ki a próba értékelésére és a diagnózisban való jelentőségére az orvostudomány valamennyi ágában, valamint az egyes betegségek kórjóslatában és gyógyításában.

A könyv anyaga két részre van osztva, egy serológiai (methodikai) és egy klinikai részre. A serológiai részben a szerző először a próbában használatos reagenseket veszi sorra és előállításukat, feldolgozásukat, konzerválásukat stb. könnyen érthető módon, jó didaktikai érzékkel tárgyalja. Majd a kísérlet módszerével (az eredeti utasítás szerint) és a kivétel sorrendjével foglalkozik, alkalmat találván közben néhány sokat vitatott elméleti kérdésnek, mint a reactio érzékenyebbé tételére irányuló kísérleteknek, a paradox reactio hypothesisének és az ismertebb modificációknak rövid és tárgyilagos ismertetésére. A reagensek kitérítésének és a specialis kísérleti technikának tárgyalása után még a próba eredményének értékelésével foglalkozik és ebben a gyakorlati szempontból fontos kérdésben arra a conclusióra jut, melyet legutóbb a Zeitschrift für ärztliche Fortbildung ezidei 8. és 9. számában *Finger* és *Müller*, az Orvosi Hetilap 28. számában pedig e sorok írója is hangoztatott.

A klinikai részben a fajlagosság kérdésére vonatkozó irodalom, illetőleg azon megbetegedések sorolatnak fel, melyekben bizonyos körülmények közt különböző szerzők a reactiót szintén pozitívnak találták.

A próbának a lues különböző stadiaiban, a hereditaer luesben, valamint a metalueses megbetegedésekben való viselkedése a mieinktől némiképp eltérő tapasztalatokra juttatja a szerzőt. Nevezetesen az ő klinikai praxisában nagyobb, sőt sokszor 100% a pozitív reactio az egyes lueses, illetve metalueses állapotokban. Ennek az eltérésnek oka nyilván abban keresendő, hogy a szerző klinikai tapasztalatai nagyrészt mégis csak sebészeti megbetegedésekre, illetve ilyeneket utánzókra vonatkoznak, már pedig, ha annyira kifejezett tünetekkel van dolgunk, akkor természetesen a biológiai reactio is nagyobb százalékban lesz pozitív.

Ha *Sonntag* nem is végzett házagpótló munkát — mert hasonló tárgyú munka sok van forgalomban —, mégis, könyve szíves és megbecsülő fogadtatásra tarthat igényt.

Forbát Sándor.

Leo Kaplan: Hypnotismus, Animismus und Psychoanalyse. Leipzig und Wien, F. Deuticke, 1917.

A szerző bíráló történelmi tanulmányában nem akar régi felfogás szerint historiát írni, vagyis saját szavaival élve, „a különböző nézetek catalogusát“ összeállítani, hanem tudományos oknyomozó munkát végezni. Az első fejezetben a hypnotismus történetét nyújtja, *Mesmer*, *Braid* és *Bernheim* tanait taglalva. A második fejezetben *Charcot*, *Möbius* és *Freud*-nak a suggestióra és hystériára vonatkozó felfogását méltatja. A harmadik fejezet összehasonlító tanulmány „a lélekről és az ismeretlenről“ (*Paracelsus, du Prel*). „Eredeti eszmék és a valóság“ címen *Plato*, *Locke*, *Kant* és *Berkeley* philosophiájával foglalkozik. Az ötödik fejezet „a lélek és pszichikus reakciói“ címmel kritikusan elemzi *Aristoteles*, *Descartes*, stb. elméleteit. A rendkívül érdekesítően írt mű tanulmányozását mindenkinek ajánlhatom. *Deutsch Ernő*.

P. G. Unna: Kriessaphorismen eines Dermatologen. Berlin, 1917, A. Hirschwald.

A szerző könyvének az aphorisma-gyűjtemény elnevezést adja, mert önbírálatlaltal élve, művében nélkülözi a tankönyvben elengedhetetlen rendszert és tökéletességet; a szerző túlszigorú önmagával szemben, mert aphorismái nem egy tankönyvvel kiállják a versenyt! Fejtegetéseinek központja:

„Mi a viszketés és miképp gyógyíthatjuk legjobban?” E kérdést mesteri módon oldja meg! Nemkülönben felette eredeti és megszívlelendő fejezetek: az idősült kankó megelőzése, a benőtt köröm kezelése sebészi beavatkozás nélkül, az arnica belső adagolása vérzéseknél, a hegek és az elephantiasis kezelése pepsinnel stb. Egy kis pharmacopoea dermatotherapeutica végzi be a háborús szükségletnek felette megfelelő könyvecskét. *Deutsch Ernő.*

Lapszemle.

Belorvostan.

A himlővel való fertőzésre vonatkozó kísérletes vizsgálatokról számol be *Friedmann* és *Gins*. Vizsgálataikat a berlini Koch Róbert-intézetben végezték és főleg azt kutatták, hogy mely utakon hagyja el a himlő vírusa a beteg szervezetét és hogy a reconvalescentiában mily hosszú ideig mutatható még ki a vírus. A mi az előbbi illeti, azt találták, hogy elsősorban az orr, a száj és a légcső nyálkahártyájának típusos efflorescentiái útján jut ki a fertőző anyag a beteg szervezetéből, a betegség későbbi szakaiban pedig a megnyílt bőrpustulák tartalma is tekintetbe jön. A mi a vírus behatolásának helyét illeti, kizárólag a felső légutak nyálkahártyája jön tekintetbe. Nagy gyakorlati jelentőségű a szerzők azon megállapítása, hogy 15 eset közül 2-ben még hetekkel a láztalanvá válás után kimutatható volt a fertőző anyag az orr nyálkahártyáján; a vírus azonban úgy látszik csak oly helyeken marad meg hosszabb ideig, a hol ulceratiók vannak. Nagyon fontosnak tartják tehát a pontos orrvizsgálatot tükrrel, mielőtt a gyógyult egyént elbocsátjuk. (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1917, 37. sz.)

Sebészet.

A rosszul gyógyuló csontsipolyok kezelésének módjairól ír *Finsterer* tanár. E sipolyok — melyek gyakran hónapokon át minden kezeléssel dacolnak, — oka leggyakrabban a csont mélyében rejtőző idegen test: akár fémszilánk, ruhafoszlány vagy kódarab, melynek kijutását a sipoly szűk volta megakadályozza.

Nem állja meg helyét *Janssen* ama nézete, hogy mindazon esetekben, a midőn a sipoly genyeredése rövidebb időn belül meg nem szűnik, bizonyára idegen test van jelen; ugyanis még akkor is, ha minden sequestert sikerült eltávolítani, a váladék-képződés mindaddig nem szűnik meg, a míg a visszamaradt csonttüreg sarjszövettel teljesen ki nem telődött. Ily csonttüregek kitöltése céljából több sebész a *Mosetig* által ajánlott jodoform-plombot alkalmazza. Ez eljárást a szerző csak a tuberculosus alapon fennálló csontmegbetegedések eseteiben találta alkalmasnak. Más esetekben a plomb vagy magától löködött ki, vagy pedig el kellett távolítani.

Nagyobb csonttüregek kitöltésére az élősztövvel való plastikát első ízben *Schulten*, majd *Hacker* ajánlotta. Legalkalmasabbnak bizonyult e célra az izomszövet.

A műtét kivitele igen egyszerű. Leginkább arra kell ügyelni, hogy a fennálló genyéképződés miatt az izomlebeny táplálkozása biztosítva legyen. A sipoly nyílás körülmetészése és a lágyrészek feltárása után az idegen testet vagy sequestert eltávolítva, a csonttüreg bejáratát kiszélesítjük oly módon, hogy ez az alapjánál jóval tágabb legyen. A sarjszövet eltávolítása után az üreget vérzéscsillapítás céljából ideiglenesen tamponáljuk s ezalatt a legközelebbi izomból megfelelő hosszú és széles alappal bíró lebenyt fektetünk az üregbe, ügyelve az izmot tápláló erek lefutására. Nagyobb üregeket ajánlatos egészen kitölteni. A bőrsebet sohasem szabad teljesen egyesíteni. A műtét localanaesthesiában is végrehajtható. A gyógyulás 4—6 héten belül várható. (*Wiener med. Wochenschrift*, 1917, 34. szám.) *M.*

Venereás betegségek.

A nemi bajok elleni küzdelemben tapasztalt áramlatokról és ellenáramlatokról tartott igen figyelemre-

méltó előadást *Blaschko*. A tudományos venerológia több nagy vívmánya, valamint a rendszeres fölvilágosító propaganda immár az egész társadalom figyelmét kezdi a nemi bajokra terelni. Hozzájárult ehhez még a férfiaknak és nőknek a háborúval járó tömeges elválasztása, a mi a nemi betegségek veszedelmét még csak fokozta. A fenyegető veszedelem végül mindenfelé felrázta az állam és a társadalom nyugalmát. Legiója támadt a tanácsoknak és reformterveknek, melyek egy újonnan alkotandó törvénynek alapjául szolgálnak. Főként e javaslatok kritikai bonczolása teszi *Blaschko* előadásának tárgyát.

A nemi bajok elleni harcunk egyik legnagyobb nehézsége, hogy a tennivaló nem áll egyedül orvos-hygiénés alapon. Sok egyéb vonatkozása is van a küzdelemnek, a miből azután az következik, hogy az orvosokon kívül sok más társadalmi tényezőnek is van beleszólása a kérdések tömegébe. E különböző tényezők (orvosi, vallási, etikai) nézetei azután vajmi nehezen egyeztetethetők össze. A haladás nagy lassúsága nagy részben ebből magyarázható. Sokáig tévesen azt hitték, hogy a küzdelemnek „a prostitutio elleni harc” a legfontosabb, illetőleg egyedüli fontos tényezője. Azt hitték sokan, hogy az egész kérdésnek ez a kezdete és vége; az, hogy a nemi bajok elleni küzdelemben azoknak a tényezőknek gondos hygiénés ellenőrzését kívánjuk, a kik a nemi érintkezést üzlet- és iparszerűen üzik, kétségtelenül helyes és természetes. De nem szükséges okvetlenül, hogy ez az ellenőrzés a reglementatio útján, vagyis állami megbélyegzéssel történjék. A kik a reglementatiohoz görccsen ragaszkodnak, rendszerint oly orvosok, a kik egyrészt nem ismerik e rendszernek hiányos és hatástalan voltát, másrészt nem tudják, hogy vannak államok (Anglia, Hollandia, Norvégia, Dánia, Schweiz), a melyekben a reglementatiót már jó ideje eltörölték, a nélkül, hogy ebből közegészségügyi kár származott volna. Mert tekintsük a kérdés gyakorlati oldalát. A reglementált prostituáltak ma már csak igen jelentéktelen részét alkotják azon nőknek, a kik a nemi betegségek terjesztésével okolhatók. A nők százezrei és milliói élnek ma már távol vagy legalább függetlenül a szülői háztól, a mennyiben önálló kereseti pályákon működnek. E függetlenséggel jár együtt azután a szabadabb felfogás — bármily szomorú is az következményeiben —, mely őket a lazább nemi élet felé tereli. E nők nemi életének oly sok az árnyalata, hogy egymásról akárhányszor el sem dönthető, prostituáltat üz-e már, vagy még nem. A férfiak és nők közötti óriási kiterjedésű rendezetlen nemi élet láncolatának csakis egyik láncszeme a prostituatio. És talán nem is a legveszedelmesebb láncszem a „reglementált prostituatio”, *Blaschko* számítása szerint mindössze 1%-a a felnőtt női lakosságnak. Az is bizonyos a syphilis szempontjából, hogy a reglementált prostituált nem is oly veszedelmes, mint a prostituáltat üző fiatalabb, nem reglementált lueses nő, mert rendszerint már túl van a betegségen s annak ragályozó szakán. *Pinkus* statisztikája szerint a berlini prostituáltaknak 35%-ában a syphilitikus infectio legalább 3 évvel megelőzte a nőknek rendőri felügyelet alá való helyezését.

Másként áll a dolog a gonorrhoeával. Míg a syphilis szempontjából a reglementatio a legveszedelmesebb elemeket el sem éri, addig a kankó olyannyira elterjedt a prostituáltak között s a therapia oly tehetetlen, hogy az ellenőrzés képtelen a bajnak lényegesen gátat vetni. De azért itt is az volna a legfontosabb, hogy a fiatal, kezdő nők kerüljenek valamilyen discret, talán nem rendőri felügyelet alá. *Lesser*, *Bloch* és *Stern* ily irányban tett javaslatokat.

A reglementationak fölötte nagy hiányossága következtében újabban számosan nem a prostituációra helyezik a főszó, hanem arra, hogy valamennyi fertőzői forrás fölfedése. E célból nagy propaganda folyik a kötelező, általános betegbejelentés és a kezelési kényszer érdekében. A propaganda zászlóvivői úgy vélik, hogy a nemi bajokat tökéletesen úgy kell tekinteni a bejelentés szempontjából, mint a heveny fertőző betegségeket. Elfelejtik azonban, hogy a nemi bajok úgyszólván kivétel nélkül a házasságon kívüli nemi élettel függnek össze, azzal, a melyet az állam, vallás és erkölcs

elitél, de a mely annál inkább szélteben virul. De az is nagy különbség, hogy míg a heveny fertőző beteg betegségének tartamára jól izolálható, addig a nemi beteg foglalkozása után jár, sőt még nemi életében is alig van akadályozva. Az, hogy a tömegek nyilvános bejelentése lehetséges és kivihető, az bizonyos, hiszen a betegsegélyző pénztárak ezt már régen úzik. De bizonyos, hogy alig fog egy kisebb vagy közép-nagy városban orvos akadni, a ki a járásbíró úr, a lelkész úr, avagy a századosné nemi baját be fogja jelenteni. A látszólagos demokratikus intézkedés tehát nyilvánvalóan erős antisocialis cselekvéssé fajulna. De mire való is az egész bejelentés súlyos apparátusa? — mondja *Blaschko*. Bejelenteni csak azt lehet, a ki orvost keres fel, de az meg amúgy is kezelte magát. A tulajdonképpeni káros tényező a betegek nemi érintkezése. Ezt pedig megakadályozni közigazgatási úton nem lehet.

A cél elérésére más utak szükségesek, oly utak, melyek máris biztatnak eredménnyel. A nők socialis viszonyainak szükséges változásaitól eltekintve, *Blaschko* igen helyesen három módot lát, mely a nemi bajok csökkenésére vezethet. Az első az egészségesek és betegek legszélesebb körű felvilágosítása. A második út a kezelés megkönnyítésében és tökéletessé tételében áll. A gonorrhoea biztosan gyógyítható, a syphilis pedig — ha a salvarsan nem is hozza meg a gyors és tökéletes gyógyulást — igen gyorsan vezethető át az alig ragályozó szakba, az által, hogy a fertőző tünetek a mai erélyes kezeléssel biztosan eltüntethetők. A kezelés megkönnyítése körül, főként Németországban, már mostanáig is igen sok történt. Különösen a betegsegélyző pénztárak szervezte az, mely e tekintetben vezet. Németországban bármely munkás vagy bármely kis elárusító leány a legjobb szakemberek tanácsát veheti ily módon igénybe. S mindez a jótétemény ott húszmillió embernek áll rendelkezésére! Sajnos, hogy az így kezelt betegek további sorsát eddig az orvos nem kísérhette figyelemmel. Hogy ez lehetővé váljék, szükség volna harmadik útként a nemi betegek számára szervezendő gondozók felállítására, mint a hogyan azok újabban Németország számos városában immár működőben is vannak. Mindezeket kívül szükséges volna még, hogy a törvény teljes erejével sújtsa azokat a renitens és könnyelmű egyéneket, a kik tudva, hogy fertőző nemi bajuk van, másokat a fertőzés veszedelmének tesznek ki. *Blaschko* végül még egyszer hangsúlyozza, hogy panacea a nemi bajok ellenében nincsen. Legkevésbé panacea azonban az állami kényszer, jelenjék meg ez akár a régi reglementatio, akár a bejelentő és kezelési kényszer újdemokratikus intézménye képében. (Berliner klin. Wochenschrift, 1917, 26. szám.)

Guszmán.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Láz szimulálásának két esetét ismerteti *Behr*. Mindkét eset hysteriás nőre vonatkozik. A 40° C-t megközelítő végbélhőmérséklet az illetők a sphincter ani szapora működésével mesterségesen idézték elő. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 35. szám.)

Scorbut eseteiben *Thaler* nagyon jó eredménnyel használja az electrargolt; háromnaponként fecskendez be 5 cm³-t a bőr alá, összesen 6-szor. (München. mediz. Wochenschrift, 1917, 34. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917, 37. szám. *Holló Gyula*: A tüdőgümőkör korai diagnózisára való túlzott törekvés okozta tévedésekről.

Budapesti orvosi ujság, 1917, 37. szám. *Mező Béla*: Elsődleges prostata-sarcoma esete.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Winkler Jenő* dr.-t nagybányai járásorvossá nevezték ki.

A Bajtársi Szövetségek Orvosi Szakosztályainak ülésén Badenben (Bécs mellett) a beteg és sebesült katonáknak gyógy- és fürdőhelyeken, továbbá gyógyintézetekben való kezelését fogják megvitatni. A tudományos üléseken a referensek Magyarország részéről

Bókay Árpád, Bálint Rezső egyetemi tanárok és *Dalmady Zoltán* egyetemi magántanár, Németországból *His, Bonhöffer, Schmidt, Dietrich* egyetemi tanárok, Ausztriából *Wenckebach* és *Spitz* egyetemi tanárok. A jelentkezés határideje szeptember hó 30. Felvilágosítást ad az előkészítő bizottság irodája: VIII., Mária-utca 39. sz., I. számú egyetemi szemklinika.

Személyi hírek külföldről. A lausanne-i egyetemen a körbonczolástan rendes tanárává *Ch. Socin* dr.-t (Basel) nevezték ki. — *Ranke* tanár utódja a müncheni egyetem anthropologiai tanszékén *R. Martin* tanár (Zürich) lett. — Az új osztrák népjóléti miniszter, *J. Horbaczewski* dr., azelőtt az orvosi chemia tanára volt a prágai cseh egyetemen. — A berlini „Robert Koch“-intézet (Institut für Infektionskrankheiten) igazgatói állását *Fr. Neufeld* tanár osztályvezető előléptetésével töltötték be.

Meghalt. *Gervai Laura* dr., genfi orvosnő, honfitársunk, szeptember 18.-án. A háborúban jött haza, hogy felajánlja szolgálatait a katonaságnak. Így lett a debreczeni 1000 ágyas fertőző kórház vezetője, a hol működésének 2½ éve alatt bámulatos tudásával, óriási munkakedvével, munkabírással és egyéniségének szeretetreméltóságával betegek és kártársai csodálatát vívta ki. Több tudományos munkát írt. Legnagyobb feltűnést keltette „Das verbrecherische Kind“ című könyve, melyet mint a zürichi kanton gyermekbírószági szakértője készített. — *Téry Odón* dr., nyugalmazott miniszteri tanácsos, közegészségügyi főfelügyelő, 62 éves korában. — *Jahoda Gábor* dr., nyugalmazott püspöknádasi körorvos, 80 éves korában Pécsen. — *Deme Béla* dr., Biharmegyei tiszteletbeli főorvosa, 67 éves korában. — *Fischer Gyula* dr., tapolczai orvos 69 éves korában.

Lapunk mai számához a **Knoll & Co.,** Ludwigshafen a. Rh. czég „Bromural“ című prospektusa van mellékelve.

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Diaetás-physikalís magaslatis gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbeteg, anyagszerebetegek (czukor-baj, köszvény), neurastheniások, vérszegények, kimerültek részére.

Fogyasztó- és hizlaló kurák.

Tuberkulózis teljesen kizárva.

Vezetőorvos: **Dr. Gámán Béla** egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

Frim-féle gyógyintézet

Alapítva 1875
Budapest, VII., Jókai-utca 9.
Telefon: 62-65.

gyengeelméjűek és epileptikusok részére:

Gondos ápolás. Szakorvosi kezelés. Kitérő ellátás. Kiváratra prospectus.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferenoz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égekészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnee-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. Batizfalvy-féle

Bél-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízgyógymód, villamos kezelések. Hizlaló, soványító kúrák. Bejáróknak is.

sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon: József 44-35.

Dr. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM,

VI., Nagy János-u. 47.

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

Dr. Grünwald sanatoriauma

Budapest, Városligeti-fasor 13-15.

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

DOLLINGER BELA dr. Testegyenészeti intézete

VIII., Mária-utca 34.

Orvosi labororium

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete

Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED.

Heliotherapia.

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

Dr. Réh

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

Dr. Eckwert és Murányi

orvosi-, vegyi- és bakteriologiai-

LABORATORIUMA

Budapest, V., Lipót-körút 13, II. 12. * Telefon: 134-40.

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.

Igazgató-főorvos: **Dr. CZIRFUSZ DEZSŐ** kir. tanácsos.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VIII. rendes tudományos ülés 1917 április 14.-én). 523. lap. — (X. rendes tudományos ülés 1917 április 28.-án.) 523. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(VIII. rendes tudományos ülés 1917 április 14.-én.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Csiky József.

(Folytatás.)

Periarteriitis nodosa.

Jankovich László: Az eset 29 éves hadnagyra vonatkozik, a ki sebesülten orosz fogságba esett és mivel súlyos beteg volt (állítólag pyaemiás), mint rokkantat kicserélték; így került a beteg Budapestre, a hol azonban a diagnosist megállapítanem sikerült. A kórfolyamat lényege csak a boncoláskor tisztázódott, a mikor t. i. kitűnt, hogy a kisebb verőereken testi szerte mákszem-diónyi, gömbölyded, kemény csomók ülnek, a melyek mind egységes szerkezetűek, a mennyiben kérgecsomókban foglalt, körkörösén rétegzett alvadékból állanak. Ilyen csomókat azonban nemcsak a végtagok és a törzs izomzatában, hanem a zsigerekben is talált. A legsúlyosabb elváltozásokat szenvedték el a vesék, a melyek tele voltak borsó-diónyi, véralvadékkal telt üregekkel. Több apró aneurysma volt látható a bélben és mesenteriumán, a lépben és szíven. A mikroskopi vizsgálat igazolta azt, a mit szabad szemmel is észre lehetett venni, hogy t. i. a kisebb verőerek falzata elkerégesedik, megvastagodik és körülírt helyeken, a hol a media és elastica elemei már teljesen elpusztultak, kitágul, aneurysmákat alkot.

A bemutatott kórfolyamat a *verőérrendszernek kizárólagos megbetegedése*, a mely utójátéka, következménye annak a kórfolyamatnak, a melyet a periarteriitis neve alatt szoktunk összefoglalni és a melyet bár több szerző, mint például *Versé*, tévesen a syphilis következményének tart, önálló kór-képnek kell tekintünk, mert hiányzik a lueses kórelőzmény, a hullavérrel végzett Wassermann-reactio negatív volt, tulajdonképpen lueses elváltozást a szervezetben nem talált, az aneurysmák, ellentétben a syphilissel, a kisebb ereken fejlődtek és teljesen megkímélték az agy- és gerinczvelőt, gummáknak és spirochaetáknak sehol semmi nyoma sem volt.

Benedict Henrik: A periarteriitis nodosa ez évben már másodszor kerül az orvosegyesület elé: néhány hónappal ezelőtt *Johan* ismertett egy heveny lefolyású esetet. Mindenképpen köszönetet érdemelnek pathologusaink, hogy az orvosok érdeklődését ezen még mindig izgalmasan homályos és a mint látszik, nem oly nagyon ritka megbetegedés iránt ébren tartják.

Az élőben jóformán felismerhetetlen. Más-más álarcba bújlik, a szerint, milyen szervnek a verőerei leginkább bántalmazottak. Heveny lefolyás esetében morbus maculosus Werlhofii, sepsist, heveny nephritist körjeleztek, idősebb esetekben szívgyengeség, polyneuritis, trichinosis, myositis, agydagánat volt a valószínűségi körjelzés.

1905-ben szólnak sikerült egy beteg, kit az Orvosegyesületnek akkor be is mutatott, a diagnosist felállítani. Két, a bőrálatti kötőszövetből eltávolított csomó t. i. aneurysmának bizonyult, az egyik még a verőérrel volt összefüggésben, melyen a periarteriitis nodosára jellemző kritériumok biztosan felismerhetők voltak. Így tisztázódott a 10 hét óta fennálló homályos kór-kép, melyben heteken át tartó mérsékelt lázak, egy praepéritonealis, először appendicularis tályognak tartott haematoma, sárgasággal járó májkólikák, szaggató végtagfájdalmak izomsorvadással és végre néhány köles-mogyorónyi bőrálatti csomó megjelenése voltak a legkimagaslóbb tünetek. A betegnek ezenfelül régebbi aortitise és aortaelégelensége volt, a férje paralysisben szenvedett. A lueses eredetet tehát annál inkább fel kellett venni, mert más szerzők is (*Virchow*, *Versé*, *Schmortl*) a betegséget a luesel kapcsolatba hozták. Antilueses kezelésre a beteg valóban meggyógyult, csak 4 év múlva esett agyvérzésnek áldozatul.

Jankovich szerint a lueses aetiológia elejtendő. Valóban a legtöbb heveny lefolyású periarteriitisben a lues klinice és pathologicé nem mutatható ki. De kérdés, vajon egyáltalában aetilogice egységes megbetegedéssel van-e dolgunk? Feltűnő, hogy egyes kórszövettani

problemák még nincsenek végleg tisztázva, dacára a reájuk fordított nagy munkának; így a kutatók hol az adventitiában, hol a mediában, hol pedig az intimában látták a kóros folyamat kiinduló pontját. *Ferrari* egyszerűen polyarteriitistről beszél, ezen elnevezés legalább semminek sem praeejudikál. A klinikai kép példátlan szétágazódása szintén amellest szól, hogy a kérdéses betegség ma még gyűjtőfogalom, a milyen évtizedekkel ezelőtt talán a Bright-kór volt, és hogy klinikai és aetiológiai típusok felállítása még a jövő feladata.

(X. rendes tudományos ülés 1917 április 28.-án.)

Elnök: Herczel Manó báró.

Jegyző: Molnár Béla.

Scorbutos eredésű sorvadások és zsugorodások.

Dalmady Zoltán: Három beteget mutat be, kik orosz hadifogságban súlyos scorbuton estek át. A lábszár bőrálatti és izomközötti vérzései következtében a lábszárizmok nagyfokú sorvadása, s a térd és bokaizület mozgásának korlátozottsága fejlődött ki. A beteg testrészekben az izomzat deszkakemény, elmosódott körvonalú, a helyenkint barnafoltos bőrrel összekapaszkodott. A bőrt ráncba emelni, elmozdítani nem lehet. A különböző meleg-kezelések és a mechanotherapia némi javulást ígérnek.

Lobmayer Géza: Konstantinápolyban alkalmá volt sok scorbut esetet megfigyelni. Itt az orvosegyesületben jelenti be először, hogy az igen súlyos vérzésekkel járó esetekben igen jó eredményeket ért el salvarsan intravenás adagolásával. Ezen gyógykezelést az irodalomban eddig felemlítve nem találja. Az eljárást közli.

Midőn már, úgy, mint a bemutató eseteiben, a vérzés táplálkozási zavart és elfajulást idézett elő az izomzatban, sem a diaetás kezeléstől, sem a salvarsantól eredményt nem remélhetünk. Az ilyen eset a physiotherapia birodalmában marad.

Subarachnoidalis agyümlőnek zsírtransplantációval gyógyított esete.

Makai Endre: A bemutatott betegről már 1917 január 20.-án referált az orvosegyületnek. A 23 éves honvédet 1916 október 31.-én a homloktáj csontdefectusa és a homloklebeny tojáshéj subarachnoidalis cystája miatt operálta; hatalmas vérzés miatt szabad izomtransplantatio és a koponyadefectusnak szabad csontperiosteumbennel való zárása történt. Zavaraltan gyógyulás után a beteget 1917 január 20.-án akarta bemutatni, ez nap reggelén azonban status epilepticus fejlődött ki, mely miatt a déli órákban műtétet végzett. A recidivált cysta falát újból reszekálta s szabad zsírtransplantációval szüntette meg az ürt. Az eset primára gyógyult, azóta a beteg állandóan jól van. Bemutatja a második műtét alkalmával eltávolított csontlemez szövettani metszetét, melyen a 3 hónap előtt átültetett csont túlnyomó részének életben maradása s a periosteum részéről új csont képződés állapítható meg.

Mivel a január 20.-i közlése kapcsán vita tárgya volt, vajjon subarachnoidalis ümlők műtétekor nem ajánlatosabb-e a nyílt kezelés tamponade-ekor megjegyzi a bemutató, hogy közben március 6.-án közöltetett *Payr* esete, melyet a lipcei orvosegyesületben mutatott be s melyben egy nagy subarachnoidalis cystát szintén szabad zsíratültetéssel gyógyított.

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A szívtágulásról egészséges szív mellett testmegerősítés után tartott előadást *Kaufmann* és *Meyer* a „K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien“ június 22.-i ülésén. Abban a még mindig vitás kérdésben, vajjon teljesen egészséges szív mellett fejlődhet-e túlságos testmunka folytán szívtágulás, az előadók azok mellé állanak, a kik ezt a lehetőséget elfogadják. Szénsavas fürdők az ilyen tágult szívek megkisebbedését elősegítik, de még kifejezettebb a hatása az erős digitalis-kúrának (naponként 0.3 gramm pulv. fol. digitalis vagy 60 csepp digipuratum 3—4 hétig); káros hatását ezen digitalis-kúrának sohasem látták.

PÁLYÁZATOK.

1386/1917. sz.

Alulírott főszolgabíró az elhalálozás folytán megüresedett nagykereseti **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítéseiket és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a folyó évi szeptember hó 30. napjának délután 5 órájáig nyújtsák be.

Kellően fel nem szerelt vagy elköseppen beadott kérvényt figyelembe nem veszek.

Az állás javadalmazása a következő:

1. 1600 korona törzsfizetés, a mely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlékkal emelkedik.

2. Nagykereki községben 4 szobából és mellékhelyiségekből álló lakás és kert hasznélvezete.

3. A törvényben megállapított látogatási díjak.

Az útiutalány kérdése rendezés alatt áll, a háború tartama alatt az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 21. §-ában megjelölt esetekben igénybe veendő fuvarokat a községek természetben tartoznak kiszolgáltatni.

A választás határidejét később fogom kitűzni.

Biharkeresztes, 1917 szeptember 2.

Stankó Endre, biharkeresztesi járási főszolgabíró.

6103/1917. sz.

A költelki **községi orvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, ezen állásra enzzel pályázatot hirdetek.

Ezen állással 5 szobás természetbeni lakás 300 —-öl beltelekkel 1600 korona évi fizetés, továbbá 1000 korona helyi pótlék van összekötve.

Tartozik megválasztott a törvény és szabályrendeletek által reáruházott teendőket a megszabott díjak mellett teljesíteni.

Megjegyzem még, hogy a háború tartama alatt Nagykörű község orvosi teendőivel is meg lesz bízva a vármegye által fizetendő külön díjazás mellett.

Felkéretnek pályázók, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket a jársági alsó járás főszolgabírói hivatalához **legkésőbb folyó évi szeptember hó 30.-áig** terjesszék be.

Jászapáti, 1917 szeptember 14.

A főszolgabíró.

6070/1917. sz.

Jászkisér községben a **községi orvosi állás** nyugdíjazás folytán megüresedvén, ezen állásra pályázatot hirdetek.

Az állással 1600 korona fizetés és 600 korona lakbér van összekötve. A megválasztott orvos tartozik a halottkémleli, védhimlő-oltási, valamint minden a törvény és szabályrendeletekben felsorolt teendőket a megszabott díjazásért teljesíteni.

Megjegyzem, hogy a községnek 6000 lakosa van, kik az orvosi segély igénybevételéhez ragaszkodnak.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket **folyó évi szeptember hó 30.-áig** hivatalomhoz terjesszék be.

Jászapáti, 1917 szeptember hó 13.-án.

A főszolgabíró.

A 110.267/1917. B. M. számról másolat.

Az aradi m. kir. állami gyermekmenhelynél megüresedett **igazgató-főorvosi állásra**, a mely a VIII. fizetési osztálynak megfelelő 3600 korona évi fizetéssel és a megfelelő lakbérrel van egybekötve, ezennel pályázatot hirdetek.

A pályázók tartoznak az 1883. évi I. t.-czikk 9 §-ának második részében előírt minősítést, valamint a csecsemő- és gyermekgyógyítás és gyermekvédelmi közigazgatás terén gyakorlati tudásukat igazolni.

A pályázni kívánók az esetben igazoló okmányokkal felszerelt, egy koronás bélyeggel ellátott és a magyar királyi belügyministeriumhoz címzendő folyamódványukat — ha közszolgálatban állanak — felettes hatóságuk útján, ha ily szolgálatban nem állanak, közvetlenül a magyar királyi belügyministerium iktató-hivatalába **1917. évi október hó 15.-éig** nyújtsák be.

Budapest, 1917, szeptember hó 14.-én.

Magyar királyi belügyminister.

4768/1917. kig. szám.

Pestvármegye abonyi járásához tartozó Abony nagyközségben megüresedett **községi vezető-orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalma: ötödéves korpótlékkal egybekötött évi 1600 korona törzsfizetés, 500 korona lakbér, 500 korona fuvarátalány, a községi alkalmazottak gyógykezeléseért megállapított 100 korona tiszteletdíj, továbbá a látogatási díjak.

Felhívom a pályázókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-czikk 7. §-ával előírt képesítettségüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket **folyó évi október hó 15.-ig** adják be hozzám.

A választás napját később fogom megállapítani.

Abony, 1917. évi szeptember hó 17.-én.

Madarász dr., főszolgabíró.

3369/1917. fb. szám.

Kisküküllő vármegye erzsébetvárosi járásához tartozó és újonnan rendszeresített száznádasi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Ezen körhöz a székhelyvel együtt 8 község tartozik.

Törzsfizetés az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona.

Lakáspénz, fuvardíj és látogatási díjakról szabályrendelet intézkedik.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket **1917. évi október hó 15.-éig** hozzám nyújtsák be, mert a később beérkező pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

A választás napját később fogom kitűzni.

Erzsébetváros, 1917. évi szeptember hó 11. napján.

A főszolgabíró.

5773/1917. szám.

Vasvármegye németújvári járásához tartozó, 19 községből álló **II. németújvári körorvosi állásra**, melynek székhelye Németújvár, ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása: I. 1600 korona évi fizetés és ötévenként 200 korona korpótlék, mely a 800 koronát túl nem haladhatja; II. 600 korona évi lakbér; III. a községek terhére megállapított fuvarátalány; IV. szabályrendeletileg megállapított látogatási és halottkémleli díj.

A megválasztott körorvos a németújvári vármegyei kórháznál megüresedett és 800 korona évi tiszteletdíjjal javalmazott kórházi osztályorvosi állásra is pályázhat.

Felhívom azon orvos urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-czikk 7. §-a értelmében az esetleg eddigi alkalmaztatásukat is igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **folyó évi október hó 5.-ének déli 12 órájáig** hivatalomhoz adják be. A később érkező vagy kellően fel nem szerelt kérvények figyelembe vételét nem fognak.

A körorvosi kör lakosságának anyanyelve német.

A választást folyó évi október hó 6.-án reggel 8 órára Németújvár nagyközség tanácstermébe tűzöm ki, melyre a megyei és községi kiküldöttek külön fognak meghívni.

Németújvár, 1917. évi szeptember hó 5.-én.

A főszolgabíró.

A LORVOS

fővárosi sanatoriumba azonnali belépésre kerestetik.

Ajánlatok „Állandó” jeligére „Petőfi” Irodalmi Vállalathoz VII., Kertész-utca 16 kéretnek.

TÁTRAISANATORIUMBAN

belgyógyászati előképzettséggel bíró

SEGÉDORVOS

kerestetik. Röntgenezésben jártasak előnyben részesülnek. Ajánlatok „TÁTRA” jeligével a „Petőfi” irodalmi vállalathoz VII., Kertész-utca 16 küldendők.

FŐMŰTŐSNŐ

felvéteti fővárosi sanatoriumba magas fizetéssel és mellékköltségekkel. Csak elsőrangú erőkre reflektálunk, kik hasonló állásban hosszabb ideig működtek.

Ajánlatok: „MŰTŐSNŐ” jeligére továbbít a „Petőfi” irodalmi vállalat VII., Kertész-utca 16.

Epileptikusok

gyógy- és nevelő-intézet **BALF** gyógyfürdőben, Sopron mellett. A nm. m. kir. belügyministerium

121.038/IV. a. sz. magas rendeletével jóváhagyva. Ellátmányösszeg egész évre (negyedévenként előre fizetendő) az I. oszt. 2020 kor.; a II. oszt. 1840 kor.; a III. oszt. 900 kor. Teljesen vagyontalanok a nm. m. kir. belügyministeriumnak 1903. évi 9721/IV. a. sz. rendeletére az országos betelepítési alap terhére vehetők fel. A felvételi engedélyért a nm. belügyministeriumhoz kell folyamodni. A betegek ápolásával a budai szt. Ferencz-rendi apácák vannak megbízva. Prospektusokkal szolgál Balf gyógyfürdő igazgatósága vagy a gyógyfürdő tulajdonosa tolnai Wosinski István dr., örökös római gróf. (Vasut-, posta- és telefon-állomás.)



Natrarsen ERI

Pearson-oldat) 0,001—0,02 emelkedő sorozatokban a legideálisabb arseninjection.

Rózsavölgyi Imre
gyógyszerész

Speciallaboratorium ERI
Budapest, VI., Aréna-út 124.

Próbák ingyen és bérmentve.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bókay János: Közlemény a budapesti egyetemi gyermekklinikaival kapcsolatos „Stefánia”-gyermekkorházról. A Rammstedt-műtét jelentősége a csecsemőkori pylorus-szűkület kezelésében. 525. lap.

Péteri Ignác: Közlemény a budapesti egyetemi gyermekklinikaival kapcsolatos „Stefánia”-gyermekkorházról. (Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos.) A gyomorlégőhólyag szerepe az újszülöttek és csecsemők hányásában. 528. lap.

Báron Sándor: Közlemény a m. kir. Rokkantügyi Hivatal sátorlajúhelyi intézetéből. (Vezetőorvos: Balás Dezső dr., ezredorvos.) A m. biceps brachii meghosszabbításáról. 529. lap.

Friedrich László: Közlemény egy cs. és kir. várkorház bakteriológiai laboratóriumából. Adatok a Shiga-Kruse-dysenteria járványtanához. 530. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Prof. H. Oppenheim: Beiträge zur Kenntniss der Kriegsverletzungen des peripherischen Nervensystems. — W. Birk: Leitfaden der Säuglingskrankheiten für Studierende und Aerzte. — Lapszemle. Belorvostan. Holló Gyula: A tüdőgümőkór korai diagnoszára való túlzott törekvés okozta tévedések. — O. Cohnheim: A vérhas és a heveny bélzavarok gyógyítása. — Schwarze: Az agyvelő-sérülések utókezelése. — Sebészeti Hayward: Renyhén sarjadzó lepedékes sebek kezelése. — Stasser: A gránátzilánkok okozta sérülések. — Szülészeti és nőorvostan. Sachse: A terhesség megakasztásáról tüdő- és gégegümőkór fennforgásakor. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Haas: A colipyelitis és colicystitis kezelése. — Lühl: Paroxysmalis tachycardia. 534–535. lap.

Magyar orvosi irodalom. 535. lap.

Vegyes hírek. 535. lap.

Tudományos Társulatok. 536. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti egyetemi gyermekklinikaival kapcsolatos „Stefánia”-gyermekkorházról.

A Rammstedt-műtét jelentősége a csecsemőkori pylorus-szűkület kezelésében.

Közlő: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.

A kiváló dán gyermekorvos, H. Hirschsprung által 1888-ban leírt kórképe a csecsemőkori stenosis pylori-nak Finkelstein, Heubner, Ibrahim, Pfaunder, Thomson, Wernstedt, Tobler stb. munkálatai által oly kiegészítést nyert, hogy az ma már meglehetősen tisztán áll előttünk s mégis a bő irodalmi termékek¹ dacára a kórfolyamat pathogenesist és terapiáját illetően a felfogások eléggé divergálnak, sőt sok tekintetben ellentmondók.

Jelen közlés a sebészi kezelés (indicatio és műtétmód) kérdésének tisztázásához kíván adatokat szolgáltatni.

* * *

A csecsemőkori pylorus-stenosisnak kórjólását Heubner (1903),² továbbá Langstein és Meyer (1914)³ kedvezőnek mondják s ezért a gyógyításnál a belső kezelésnek előnyt is adnak az operatív beavatkozás felett. S mégis, ha az ösztatisztikát figyelembe vesszük,⁴ azt látjuk, hogy a belsőleg kezelt esetek letalitása a legutóbbi időkig is meglehetősen nagy volt (232 esetre 46,1%, exitus letalis), az igaz, hogy ugyan ezen összeállítás szerint a műtéti esetek halálózása még ennél is nagyobb volt (138 esetre 54,3%).

A pathogenesist vonatkozó ismereteink mai állása szerint mindinkább bizonyítottnak látszik, hogy a kórállapot, vagyis a stenosis létrehozásában a pylorus spasmusa a fő mozzanat (Ibrahim: „dass spastische Zustände im Krankheitsbild eine hervorragende, vielleicht die ausschlaggebende Rolle

¹ A teljes irodalmat 1908-ig megtaláljuk az „Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde“ I. kötetében, J. Ibrahim alapos tanulmányának bevezetőjében (208. oldal).

² O. Heubner: Lehrbuch der Kinderheilkunde. I. kötet, 210. oldal. „Die Behandlung des Leidens habe ich, seitdem ich mich von seiner Spontanheilung immer von neuem überzeugt habe, möglichst wenig eingreifend gestaltet.“

³ Langstein és Meyer: Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel. II. és III. kiadás, 1914. „Die Prognose ist also günstig... Nach den bisherigen Erfahrungen gebührt im allgemeinen der inneren Therapie der Vorzug bei der Behandlung.“

⁴ L. c., 263. oldal.

spielen...“) — erre utalnak a többi között Bauer Lajos dr.-nak therapiái kísérletei is⁵ papaverinum hydrochloricummal — s a pylorus-hypertrophia csak következményes állapot, úgynevezett „Arbeitshypertrophie“, vagyis a spasmus és hypertrophia pylori között klinikailag csak fokozati különbség áll fenn. Ezt szem előtt tartva kétségtelen, hogy a prognosis esetenként fog változni, mert míg azon esetekben, hol tisztán, vagy jórészt functionális zavar van jelen, a kedvező kimenet kellő diéta kezelésével s gyógyszeres therapiás beavatkozással (papaverin methodusos bőr alá fecskendezése!) joggal remélhető, addig feltűnő anatómiai elváltozás („Massenzunahme“) esetén sebészi beavatkozás nélkül az inanitiót megszüntetni nem tudjuk s a halálos kimenetel kimerülés folytán biztosan be is fog következni.

A kérdés mindezek után az: tudunk-e klinikailag éles határt vonni a spasmus és hypertrophia pylori között, jobban mondva, adott stenosis esetén mikor áll be az operatív beavatkozás időpontja s meddig odázható el kockázata nélkül a sebészi ténykedés?

Fájdalom, a két alak között határt vonni klinikailag alig lehet, erősebb hypertrophia mellett szől mindenestre a diéta és belső gyógyszeres kezelés teljes sikertelensége, minek folytán a testsúly fokozatosan s rapide esik s a csecsemő szemlátomást közeledik az inanitiós teljes kimerülés felé. Hogy a tapintható tömött pylorus nem lehet kriteriuma a műtéti javallat felállításának, az az irodalmi közlések alapján kétségen felül áll, így Ibrahim 29 oly esetről tesz említést, hol a pylorus a hasfalakon át jól volt tapintható s a csecsemők mégis meggyógyultak sebészi beavatkozás nélkül; legújabbban Bauer⁶ is közölt hasonló eseteket.

De meddig várjunk, meddig nézzük úgyszólván ölbe tett kézzel a súlygörbe következetes hanyatlását?

Heubner 1906-ban⁷ még azon a nézeten van, hogy: „dass man jedenfalls bis zum Ende des dritten Monats warten solle, da meist die Wirkung zum Bessern sich bei innerer Behandlung bis dahin einzustellen pflege“. Ezzel szemben Ibrahim (1908) két heti várakozást ajánl, W. Birk⁸ pedig (1914) úgy véli, hogy: „will man operieren lassen, so soll man es frühzeitig thun, spätestens wenn das Kind bis 2–300 gr. oberhalb der Quest'schen Zahl⁹ angelangt ist“ s

⁵ Orvosi Hetilap, 1916.

⁶ L. c.

⁷ Therapie der Gegenwart, 1906.

⁸ Leitfaden der Säuglingskrankheiten. 1914.

⁹ Quest-féle szám = a csecsemő legmagasabb testsúlyának egyharmada.

végül A. F. Hess¹⁰ csak azon eseteket kívánja operáltatni, amelyen az *Einhorn*-féle duodenum-szondázás megkísérletet, de a szonda a nyombélbe nem vezethető.¹¹

Mint ezen néhány kijelentésből is látjuk, a nézetek eléggé rezerváltak s a szóba jöhető operatív beavatkozások iránti bizalomhiány okozta azt, hogy ha műtét mégis végeztek, az rendszeren már a kimerüléshez közel álló csecsemőn eszközöltetett, midőn a műtét beavatkozás esélye már különben is igen csekély volt.

A pylorus-hypertrophia ellen 1913-ig megkísérlett műtétek közül: *pylorus-resectio*, *jejunostomia*, *Loreta-Nicoll-féle divulsio*, *gastro-enterostomia*, *pyloro-plastica*, csak az utóbbi három az, mely a gyakorlatban gyökeret vert.¹² Az eredmények, sajnos, egyáltalában nem voltak kielégítők, hisz a *divulsio* mellett 54%, a *gastro-enterostomia* mellett 49%, a *plastica* mellett pedig 57% volt a halálozás, mint azt *Ibrahim*-nak 1908-ig nagy gonddal összeállított statisztikája mutatja. S miért volt ily rossz az eredmény? Kétségtelenül azért, mert ezen beható s egyáltalában nem veszélytelen beavatkozásoktól való félelem folytán a műtét kezelése indicatiója a legtöbbször csak későn állítottatott fel, midőn a csecsemő már ad maximum lefogyott s ellentállóképessége ad minimum lecsökkent.

Ezeket szem előtt tartva, a műtétnek oda kell törekedni, hogy oly műtét eljárást állapítsunk meg, mely, szemben a fenti műtétekkel, lehetőleg egyszerű s lehetőleg veszélytelen legyen, minimalis időt vegyen igénybe s mégis eredményt mutasson fel.

A *Rammstedt*-műtét, melyet szerzője a münsteri német vándorgyűlésen, annak sebész szakosztályában ismertetett,¹³ a fenti követelményeknek a legteljesebb mérvben megfelel.

Rammstedt műtét módjának megállapításához a véletlen folytán jutott. A *Weber*-féle részleges pylorus-plasticát óhajtott végezni, de varratai szétváltak, úgy, hogy a sebészekt egyesítése csak tökéletlenül sikerült; a csecsemő daczára ennek símán gyógyult s egy év után is teljesen gyógyultnak találták. A szerző már ekkor feltette magában, hogy a legközelebbi alkalommal a pylorus hosszanti átmetszése után a harántirányú varratokat egyáltalában nem alkalmazza, hanem a sebet tártongva, teljesen varrat nélkül hagyja. Műtete ezek szerint abból állott volna, hogy a hasmetszés után felkeresett hypertrophiás pylorust egész hosszában felmetszi a nyálkahártyáig, gondosan ügyelve arra, hogy a mucosát ne sértse s így a hasüreget a gyomortartalommal ne fertőzze, s a tártongó sebfelületű pylorust, úgy, ahogy van, elsüllyeszti. Azon esetében, hol ezen terv szerint 1913-ban a műtétet végezte, örömmel győződött meg arról, hogy az eredmény teljes volt, a mennyiben az átjárhatlan pylorus azonnal tártongóvá vált s így a műtét után a csecsemő egyáltalában nem hányt többé s gondos diéta mellett csakhamar teljesen meggyógyult. *Rammstedt* műtétének ismertetésekor megjegyzi, hogy az 1—2 milliméter szélességben szabaddá tett nyálkahártya üszkösödésétől nem tart, valamint nem fél attól sem, hogy a sebfelületek újból összenőnek. A teljes eredmény alapján a szakosztály figyelmébe ajánlja műtétét, annyival inkább, mert: „*davon bin ich jedenfalls überzeugt, dass die Art der Operation so kurz und wenig eingreifend ist, dass sie auch schon geschwächten Säuglingen unbedenklich zugemutet werden kann*“.

¹⁰ Zeitschrift für Kinderheilkunde. IX. kötet, 1913. R. Hess: Zur Behandlung der Pylorusstenose des Säuglings. 24. oldal.

¹¹ J. Thomson, ki a pylorus-stenosis irodalmában előkelő szerepet játszik, a sebész beavatkozás időpontját következőleg határozza meg: „It may however be taken as certain, that no surgical proceedings should ever be undertaken until suitable medical treatment has had a fair trial“. Guide to the clinical examination and treatment of sick children. Edinburgh-London, 1908, 131. oldal.

¹² Az *Einhorn*—A. F. Hess-féle pylorus-szondázás, melynek pedig *Langstein* és *Meyer* (1914) a csecsemőkori pylorus-szűkületnek kezelésében nagyobb gyakorlati fontosságot tulajdonít, körülményességénél fogva nézetem szerint alig fog nagyobb mérvben érvényesülni a gyermekgyakorlatban.

¹³ Verhandlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte zu Münster. 1912, 168—71. oldal.

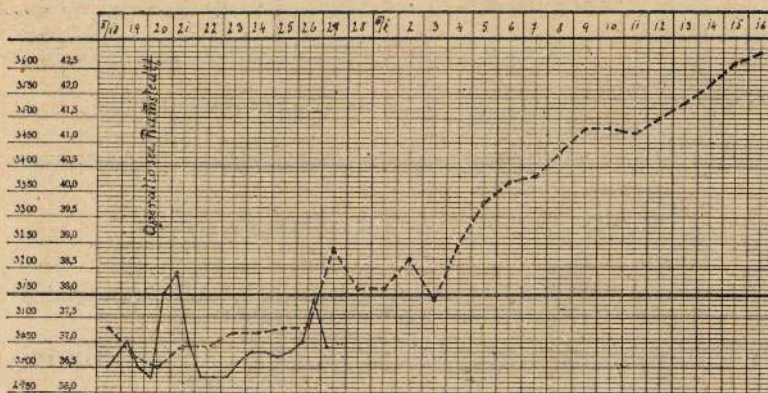
A *Rammstedt*-műtétet az azóta megjelent szakmunkák mindannyian bizakodással említik, tudtommal azonban eddig csak R. Hess kísérlette meg két esetben s cikke, mely mint a strassburgi *Salge*-féle gyermekklinika közlése jelent meg,¹⁴ a műtét kiváló hasznát fényesen igazolja.

Az alábbiakban négy esetről számolok be, melyekkel együtt a *Rammstedt*-műtéttel kezelt s irodalmilag ismertetett esetek száma nyolczra emelkedik.

1. eset. K. Gy. 5 hetes fiúgyermek. Anyja szoptatja. Testsúlya születéskor (1914. január 16.) 3150 gr. Három hétig jól fejlődik és súlya 3600 gr.-ra emelkedik. A pylorus-stenosis típusos tünetei classikus alakban negyedik életében jelentkeznek s ettől kezdve testsúlya rohamosan csökken.

Felvétel 1914 február hó 18.-án. Erősen lefogyott. Testsúlya: 3080 gr. és két nap alatt a kórházban 3000 gr.-ra súlydult alá. *Rammstedt*-műtét február hó 20.-án (*Verebely T.* tanár).

A műtétet a csecsemő jól tűri s testsúlya már másnapra kissé emelkedni kezd. Két nappal a műtét után súlya már 3240 gr. Műtét után harmadnapra a kóros jelenségek úgyszólván teljesen eltűnnek s a gyermek akadálytalanul szopik, s szopás után nyugodtan fekszik ágyacskájában.



1. ábra. A pontozott görbe a naponkénti súlyváltozást mutatja, a kihúzott görbe pedig a hőingadozást.

Huszonhat nappal a műtét után súlya 3630 gr., vagyis súlygyapardása a műtét óta 830 gr. (Lásd a mellékelt graphicont).



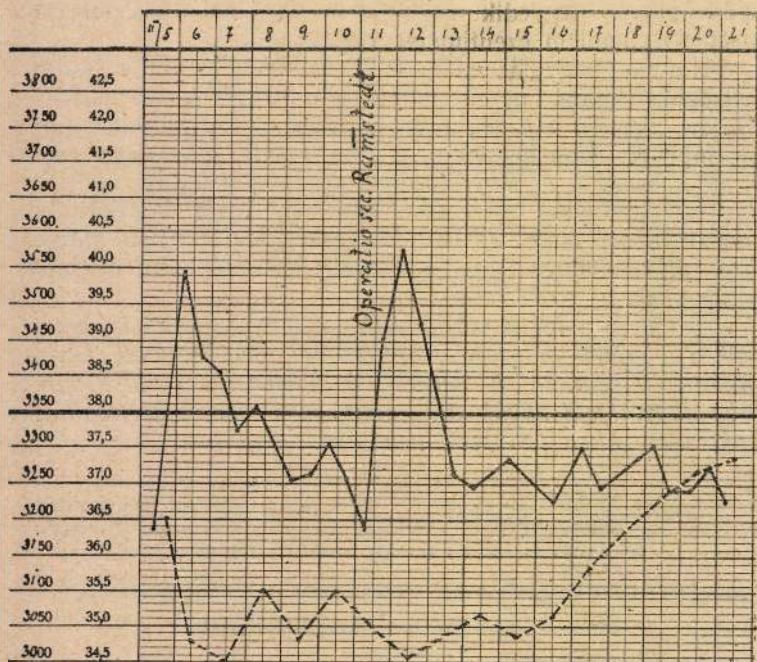
2. ábra. 1½ évvel a műtét után.

A kórházból február 27.-ikén bocsájtuk el, de hetekig megfigyelés alatt marad.

A mellékelt fénykép másfél éves korából ered s mutatja a fiúcska kifogástalan fejlődését.

2. eset. Sz. E. egy hónapos fiúgyermek felvételét 1914 február hó 5.-én. Testsúlya születéskor 3350 gr. Kezdetől fogva anyja táplálja s kezdetben a gyermek jól fejlődött. A pylorus-stenosis kifejezett tünetei egy hét óta állanak fenn. A kórkép kifejezett s az összes tünetek classikus alakban vannak jelen, felvételi testsúly 3200 gr.

Február 11.-én testsúly 3050 gr. Rammstedt-műtét (Verebély T. egyetemi tanár). A pylorus majdnem teljesen átjárhatlan s $3\frac{1}{2}$ cm. hosszú porc kemény képletté alakult. A hányás már másnapra megszűnik s február 12.-én már megindul a súlygyarapodás (lásd a mellékelt graphicont), a diuresis emelkedik s a közérzet jelentékenyen javul.



3. ábra.

Lefolyás zavartalan. Február 21.-én elbocsájtatik 3290 gr. testsúllyal, a gyarapodás tehát a műtét óta, vagyis 10 nap alatt 240 gr.

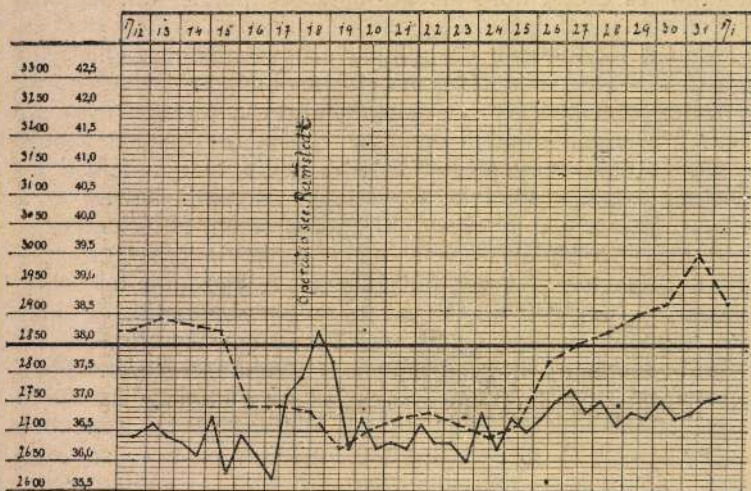
További súlyadataink, fájdalom, nincsenek, de ismételtén láttuk a gyermeket az elbocsájtás óta s meggyőződünk teljes gyógyulásáról.

3. eset. B. J. négy hetes fiúgyermek. Anyja szoptatja. Két hét óta explosiv hányás és feltűnő fokozatos súlycsökkenés. Születési testsúlya 3300 gr.

Felvétel 1916 január 12.-én. Testsúlya felvételnél 2870 gr. A pylorus-stenosis tünetei igen kifejezettek. A hypertrophias pylorus a hasfalán át jól tapintható.

Január hó 18.-án Rammstedt-műtét (Ádám dr. egyet. m.-tanár). A pylorus körülbelül 2 cm. hosszú porc-tömöttségű gyűrűvé alakult át. A műtét napján testsúlya 2730 gr., vagyis a súlyvesztés születése óta 570 gr.

A narcosist s a rövid tartamú műtétet a csecsemő jól tűrte. Másnapra a súly még 50 gr.-mal esik, 19.-ikéről 20.-ikára már súlygyarapodás látható (lásd a mellékelt graphicont), a hányás megszűnt, megindul a diuresis s tejszéklet jelentkezik.



4. ábra.

Elbocsátás február hó 1.-én 2920 gr. testsúllyal, vagyis gyarapodás a műtét óta, tehát 14 nap alatt majdnem 200 gr. A gyermek anyja tovább szoptatja s hetenként bemutatja.

Testsúly február 13.-án 3670 gr., vagyis alig egy hóval a műtét után a súlygyarapodás majdnem egy kiló.

Testsúly március 31.-én: 4950 gr.

„ április 3.-án: 5080 gr.

„ április 18.-án: 5700 gr.

„ május 14.-én: 6560 gr.

Négy hó alatt a súlygyarapodás tehát 3830 gr. A gyermek pompásan néz ki. A mellékelt photogramm tíz hónapos korából származik.



5. ábra. Kilencz hónappal a műtét után.

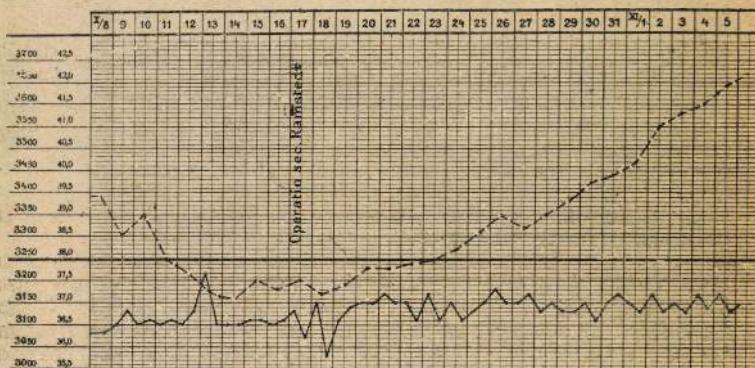
A fiúcskát időről-időre az anyja bemutatja s örömmel konstatálhatjuk a gyermek kifogástalan fejlődését.

4. eset. Z. J. 6 hetes fiúcska felvételét 1916 október hó 8.-án. Első gyermek, dajka szoptatja. Születési testsúlya ismeretlen, súlya felvételnél 3390 gr.

Két hét óta explosiv hányás, szemmel látható soványodás. A pylorus-stenosis tünetei kifejezettek. Papaverin-hydrochlor. subcutan naponta, két órai szoptatás. 8.-ától 17.-éig a testsúly csökkenése 190 gr., a gyermek az atrophia igen súlyos alakját mutatja (lásd a mellékelt fényképet).

Október 17.-ikén Rammstedt-műtét (Kóós A. dr. főorvos). A műtét sima s gyors lefolyású, a pylorus porc-tapintatú, körülbelül 2 cm. hosszú, az átmetszéskor kitűnik, hogy a muscularis majdnem egy centiméter (08) vastagságú.

18.-án már csak egy ízben hányt, nyugodt s eléggé jól szopik. Súlycsökkenése az utolsó napon, tehát egy nappal a műtét után még 30 gr. (lásd a mellékelt graphicont).



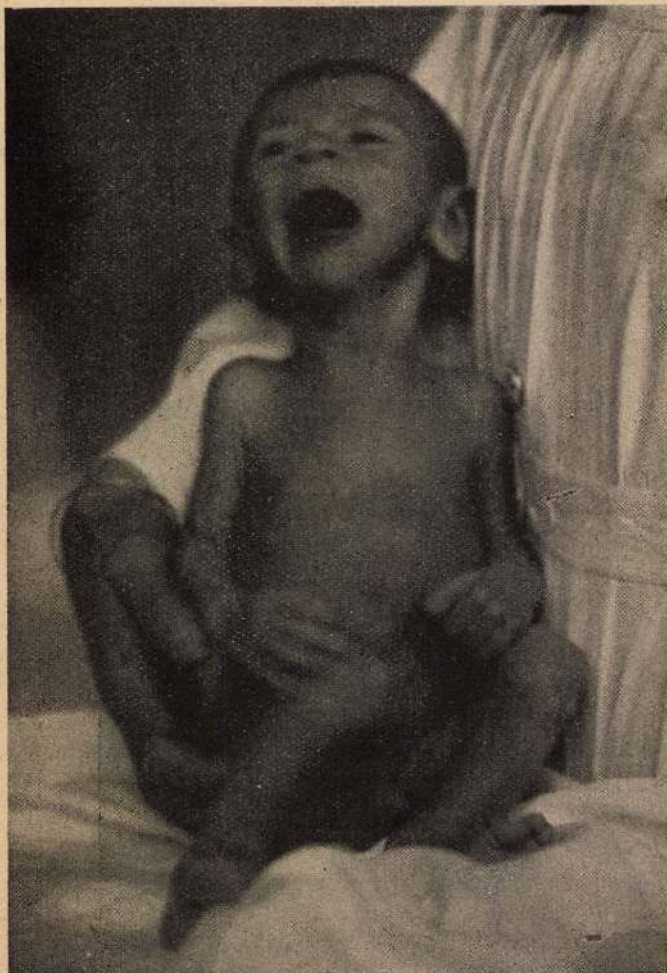
6. ábra.

19.-étől kezdve megindul a súlygyarapodás, fokról-fokra többet szopik s nyugodtan viselkedik.

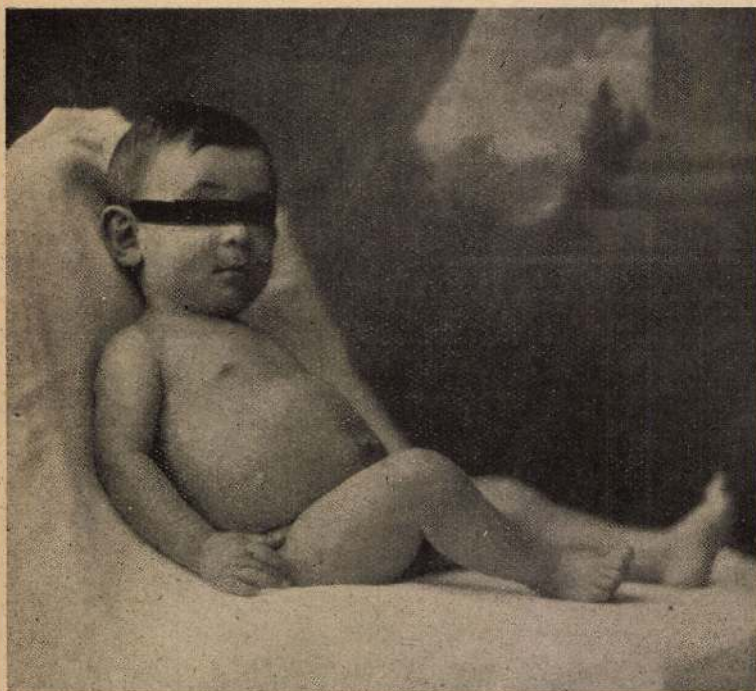
Testsúly október hó 28.-án 3350 gr., vagyis 19.-e óta, tehát 9 nap alatt 150 gr.-ot nyert súlyban.

November 7.-én testsúlya 3880 gr., december hó 17.-én

pedig 5170 gr., vagyis alig több, mint két hó alatt súlygyarapodása majdnem három kilót tett ki. A mellékelt photogramm a gyermeket 6 hónapos korából ábrázolja.



7. ábra.



8. ábra. Hat hónappal a műtét után.

1914-től a mai napig csak a fenti négy esetben avatkoztunk be operative, mely eseteken kívül a pylorus-stenosisnak még néhány esete gyógyult kórházunkban diéta, illetőleg intern kezelésre, úgy hogy a kérdéses időszak alatt

pylorus-stenosis halálozás csecsemő-osztályunkon nem is volt.

Mint láttuk, mind a négy esetünk súlyos volt s kórtörténeti adataink, melyeket vázlatosan közöltünk, mutatják, s ezt különösen hangsúlyozni óhajtom, hogy az aggasztó tünetek a műtét után úgyszólván egy csapásra eltűntek, a súlygyarapodás a műtét után 2., illetőleg 3. napon már megindult s ettől kezdve kifogástalan arányban haladt előre mind a négy csecsemőn. A műtét indicatio helyessége igazolást nyert azon körülményben, hogy a műtét végrehajtásakor mind a négy esetben kétségtelenül konstatálhattuk, hogy a porc-tapintatú pylorus majdnem átjárhatlan s erősen hypertrophiás, negyedik esetünkben úgy találtuk, hogy a muscularis majdnem centiméter vastagságú.

Hogy a gyógyulás valamennyi esetben teljes volt s a kóros jelenségek végleg, nyom nélkül eltűntek, a tartós észlelés (3½ év, 3½ év, 1½ év, 1 év) igazolja. Eseteink tehát, épp úgy, mint R. Hess két esete, a Rammstedt-műtét nagy gyakorlati hasznát a legfényesebben dokumentálják s bizonyítják, hogy ezen aránylag egyszerű s gyorsan, kevés kockázattal keresztülvihető műtét az eredményesség tekintetében messze felette áll az összes eddig gyakorolt, hasonló célú operatív eljárásoknak.

Tekintve a fent vázolt valóban fényes eredményeket, a jövőben a műtét indicatio feldőlésével nem szabad késlekednünk, hanem ha a belső és a diéta kezelésével a súlygörbe hanyatlását rövid idő alatt nem sikerül helyreállítanunk, végezzük a Rammstedt-műtétet.

Közlemény a budapesti egyetemi gyermekklinikaival kapcsolatos „Stefánia”-gyermekkorházból. (Igazgató: Bókay János dr., egyetemi ny. r. tanár, m. kir. udvari tanácsos.)

A gyomorlégőhólyag szerepe az újszülöttek és csecsemők hányásában.*

Irta: Péteri Ignác dr., a Röntgen-laboratorium vezetője.

A hányás úgy újszülötteken, mint csecsemőkön különféle alakban és a legváltozatosabb okokból kifolyólag jelentkezhet. A szopott tej egy részének közvetlenül a szopás után vagy még a szopási actus alatt szinte szokásossá vált egyszerű és könnyűséggel való kilökése a leggyakoribb jelenségek egyike az újszülött- és csecsemőkorban és ez a könnyű formája a hányásnak intenzívebb, már erőlködéssel járó és erős lökések kíséretében jelentkező hányássá fokozódhatik.

A hányás általában beteges állapot részjelenségének tekinthető, vagyis a hányás nem betegség, hanem kórtünet és jelentkezése a hányást kiváltó pathológiás elváltozás felé kell hogy figyelmünket fordítsa.

Nem mondható azonban kóros tünetnek a hányásnak azon alább részletezendő egyetlen alakja, mely úgy az újszülött-, mint a csecsemőkorban, mondhatjuk, hogy kivétel nélkül minden újszülöttön és csecsemőn, kisebb-nagyobb méretet ölt, legtöbb esetben nem is befolyásolja a gyermek fejlődését, némely esetben azonban a folytonosan és minden szopás után megismétlődő hányás többé-kevésbé károsan befolyásolhatja a testsúlygörbe fokozatos emelkedését. A hányásnak ez a formája nem az, mikor a csecsemő bőtejü emlőből egyszerre túlsokat szopik és szopás után vagy még a szopási actus alatt a felvett tej fölöslege mintegy kifolyik a gyermek szájából, hanem ez a hányás kis tejmennyiségek kiszopása után is jelentkezik, rövid idővel a táplálékfelvétel után, mikor a csecsemő vízszintes helyzetben fekszik pólyájában. A kiszopott tej szinte változatlan alakban folyik ki a szájon keresztül, de sokszor nagyobb mennyiségben, erőteljes sugárban löketik ki, anélkül azonban, hogy a hányás a gyermeket közérzetében valamelyest zavarná. Ezen hányás okára vonatkozólag eltérő nézeteket találunk az irodalomban. Minthogy egyes esetekben a hányás csak 2—3 órával a táplálékfelvétel után jelentkezik, akkor, mikor a tej már meg van alvadva és határozottan

* Minden jog fenntartva.

savanyú szaggal bir, valószínűnek mondja *Reuss*, hogy a hányás-íngert a gyomornyálkahártyának a savanyú gyomortartalommal szemben való túlérzékenysége váltja ki. Más vélemény szerint a csecsemők hányásában bizonyos fokú gyomor-atonia játszik szerepet, melyben a cardia is részt vesz; a hasnak, illetve a gyomortájéknak komprimálása folytán könnyűséggel legyőzhető a cardia tonusa és így a gyomortartalom kifolyik a oesophaguson keresztül (*Peiser*). *Guinon* véleménye szerint a hányás újszülötteken sokszor onnan ered, hogy az orrnyílások záródása folytán a csecsemő kénytelen szopás alkalmával a száján keresztül levegőt szívni és eközben levegőt nyel, ez a lenyelt levegő okozná a gyakori hányást. *Lesage* fontos szerepet tulajdonít a hányás kiváltásában a csecsemők aërophagiájának. Szerinte a normalis aërophagia semmiféle következménnyel sem jár, mert a lenyelt levegő, olyan mértékben, mint a melyben a gyomor tejjel megtelődik, el is hagyja a gyomrot, a mennyiben a tej lassanként kiszorítja helyéből a levegőt. Hányás csak akkor áll be, ha a cardia nem ad alkalmat a levegő távozására, mert valamilyen görcsös állapot zárja el a cardiát vagy az oesophagust.

Újszülötteken és csecsemőkön végzett sorozatos gyomor-Röntgen-vizsgálatokból tudjuk, hogy a csecsemő gyomrára jellegzetes a nagy léghólyag, mely főleg a táplálékfelvétel kezdetén feltűnően nagy, nagyobb, mint a gyomorban helyet foglaló táplálék mennyisége, de még a szopás befejeztével is az egész gyomorüregnek körülbelül $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$ -ét teszi ki. Ha csecsemőgyomrot üres állapotban világítunk át, a gyomortájék általában egyenletes szürke színben látszik és mihelyt a csecsemő az első korty táplálékot lenyeli, azonnal szembetűnik a nagy léghólyag. *Theile* megfigyelései szerint sok esetben már az üres csecsemőgyomor is tartalmaz kis-mennyiségű levegőt, a csecsemők a táplálkozástól függetlenül is nyelnek levegőt, még pedig főleg akkor, ha ujjukon vagy a gummiszopókán erőteljes szopási mozgásokat végeznek; más gyermekeken a sírás folytán is részben megtelődik a gyomor levegővel. Hogy táplálkozás nélkül is kerülhet levegő a csecsemőgyomorba, arra legjobb bizonyíték az újszülött: 4 újszülött közül 3-nak néhány percczel a születés után levegő volt a gyomrában (*Theile*). Általában azonban a csecsemőgyomorra jellegzetes nagy léghólyag a táplálkozás következtében fejlődik ki. Hogy mi az oka a csecsemők nagy gyomorléghólyagjának, az ma még eldöntetlen kérdés, valószínű és érthető azonban, hogy a csecsemő, a ki általában erőteljesen és mohón szopik, vagyis nem sokáig tartja szájában a kiszopott tejet, a tejjel együtt sok levegőt öblít le a szájából és a garatból gyomrába.

A telt gyomrot egyenletes belső nyomás alatt álló rugalmas falú tömlőnek tekinthetjük, melyben a tartalom, a folyadék, a test helyzetének megfelelően mindig a mélyen fekvő részt foglalja el. A rendelkezésünkre álló anatómiai vizsgálatokból is tudjuk azt, hogy a cardia a tizedik háticsigolya magasságában fekszik, a pylorus pedig a szegycsont középvonalának meghosszabbításában a gerincoszlop bal széle mellett és csak megtelt állapotban jobbra, a gerincoszlop jobb oldala mellett foglal helyet. A pylorus tehát legmélyebb pontja a gyomornak és a gyomortartalom a csecsemőnek úgy fekvő, mint függőleges helyzetében elzárja a pylorust. A cardiát azonban a gyomortartalom csak hátfekvésben, illetve a csecsemő vízszintes helyzetében tartja elzárva, függőleges helyzetben ellenben a cardia szabadon van és a cardia niveauja felett és alatt a nagy léghólyag foglal helyet, míg a gyomortartalom a gyomor alsó részét tölti ki. A csecsemőnek fekvő helyzetében a gyomortartalom a gyomornak hátulsó, a gerincoszlop felé eső részét foglalja el, a léghólyag pedig e fölött, a gyomornak előre eső részében helyezkedik el, vagyis a gyomortartalom úgy a cardiát, mint a pylorust elzárja.

A gyomortartalom, de főleg a csecsemő-gyomorra jellegzetes szokatlanul nagy léghólyag egyenletes, de erős nyomást gyakorol a gyomor falára és nyálkahártyájára, mely feszülés a cardia tágulását, kinyílását eredményezi. Ez a feszülés, a fokozott tonus, addig tart, míg a gyomortartalom

és a levegő változatlan mennyiségben időzik a gyomorban. A léghólyag *Leven* és *Barret* szerint rendszeren hirtelen távozik a gyomorból, néhány ructus alakjában, a mi azt látszik bizonyítani, hogy a nagy léghólyag valóban fokozott feszülést tart fenn a gyomorüregben; ha már most ez a fokozott tonus a gyermeket fekvő (vízszintes) helyzetben ingerli öklendésre, illetve a gyomrot tehermentesítésre, akkor, mikor a kiszopott tej a cardiát a gyomor felől elzárva tartja, nem a léghólyag vagy pedig ennek csak kis része, hanem a gyomortartalom fog távozni a cardián keresztül. Ilyen módon lehet magyarázni a hányásnak azt a formáját, melyet újszülötteken és csecsemőkön a szopás alatt és közvetlen a szopás után csaknem kivétel nélkül észlelhetünk akkor, ha a gyermek a táplálkozás után vízszintes helyzetben fekszik. Minthogy szopás után a csecsemő mintegy szükségét érzi annak, hogy a gyomrában létrejött feszüléstől, a szokatlanul nagy levegő-tartalomtól megszabaduljon, a legegyszerűbben oly módon érhetjük ezt el, ha szopás után a gyermeket néhány perczig függőleges helyzetben tartjuk és fejét kissé hátrahajlítva alátámasztjuk. Ilyen helyzetben ugyanis a cardia nem a gyomortartalommal, hanem közvetlenül a léghólyaggal érintkezik és szabad utat engedünk a fölösleges levegő távozásának, mire a fokozott feszülés enged és a hányás többé nem jelentkezik.

Nem abszolút biztossággal, de gyakran megtörténik, hogy a gyermek függőleges helyzetében a levegő egy-két ructus alakjában távozik a gyomorból; az átvilágító ernyőn ilyenkor szembeötlő a léghólyag megkisebbedése; ha pedig ez nem következik be, akkor arra számíthatunk, hogy a gyomortartalom egy része hagyja el a gyomrot és megy át a duodenumba, mint ahogy ez közvetlenül a táplálékfelvétel után valóban meg is történik. Mindkét esetben az eredmény: a gyomorfeszülés kisebbedése és a hányás megelőzése.

Csak megemlítem, hogy a legtöbb esetben sikerül ilyen, egyéb beteges elváltozás nélkül jelentkező hányást kiküszöbölni oly módon, hogy szopás után, ahelyett, hogy ágyába fektetjük, 10—15 perczig függőleges vagy legalább is félfekvő helyzetben tartjuk a csecsemőt.

Irodalom. *Bókay J.-Flesch-Bókay Z.*: A gyermekorvoslás tan-könyve. 1912. — *Finkelstein*: Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. 1905. — *Fleischmann*: Klinik der Pädiatrie. Wien, 1875. — *Flesch-Péteri*: A gyomor Röntgen-vizsgálatának eredményei a csecsemő- és a későbbi gyermekkorban. Zeitschrift für Kinderheilkunde. 1911. — *Guinon*: Referatum: Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1912, 61. — *A. Lesage-(Fischl)*: Lehrbuch der Krankheiten des Säuglings. 1912. — *Peiser*: Ueber das habituelle Erbrechen der Säuglinge. Berliner klin. Wochenschrift, 1917, 29. sz. — *Theile*: Zur Radiologie des Säuglingsmagens. Zeitschrift für Kinderheilkunde, 1917, XV. kötet, 3—4. — *Reuss*: Die Krankheiten der Neugeborenen. 1914.

Közlemény a m. kir. Rokkantügyi Hivatal sátoraljaujhelyi intézetéből. (Vezetőorvos: Balás Dezső dr., ezredorvos.)

A m. biceps brachii meghosszabbításáról.

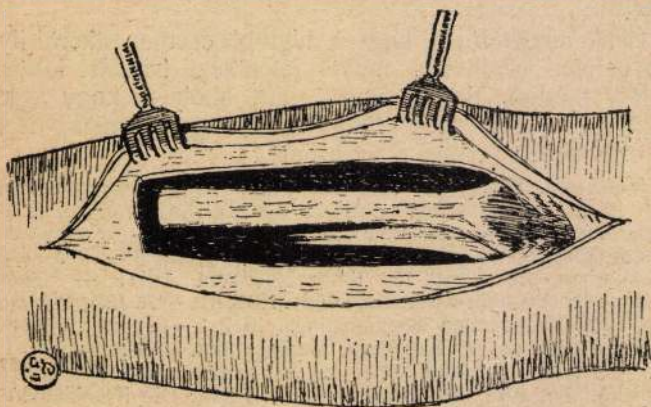
Írta: *Báron Sándor* dr., műtő, cs. és kir. tart. főorvos.

E műtét csupán olyan könyökcontractura eseteiben javallott, a melyekben a nyújtás jelentékeny korlátozásának elsődleges mechanikai oka a m. biceps brachii organikus rövidülése. A m. biceps brachii illetén rövidülését, mely legtöbbször az izom közvetlen sérülésének következménye, felismerhetjük azáltal, hogy a váll-, könyök- és felső radioulnaris ízületek állása és mozgathatósága között kölcsönviszonyt állapítunk meg, még pedig a következőképpen:

A vizsgálat első phasisában meghatározzuk, hogy kifelé fordított, erősen hátraemelt felkar és pronált alkar (az izmot feszítő állások), második phasisában pedig, hogy előreemelt felkar és supinált alkar mellett (az izmot lazító állások) mennyire nyúlik a könyök. Ha azt találjuk, hogy a vizsgálat második phasisában a könyök nyújthatósága biztosan kimutatható mértékben jelentékenyebb, mint az első phasisban, akkor kétségtelenül megállapítottuk, hogy a könyök-contractura elsődleges mechanikai oka a m. biceps brachii rövidsége, azaz a nyújtás-korlátozás egyedüli vagy legfőbb oka

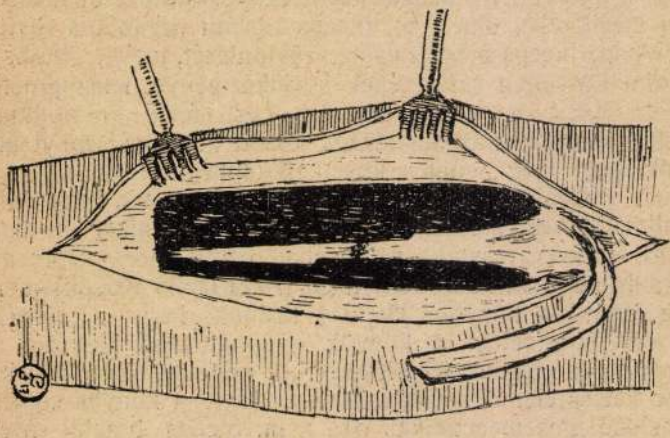
az izom rövidülése. Hogy az így megállapított izomrövidülés organikus természetű-e, azt biztosan narcosisban dönthetjük el, a fentebb említett vizsgálat megismétlésével; ha ugyanis az ízület állása és mozgathatósága közti kölcsönviszony narcosisban is kimutatható, akkor az izomrövidülés organikus eredete kétségtelen és ilyenkor jogosult beavatkozás a m. biceps inának meghosszabbítása. Ellenkező esetben a biceps-rövidülés állandó izomösszehúzódás eredménye és így a biceps-in meghosszabbítása céltalan, sőt káros. Megjegyzem, hogy a biceps-rövidülés oka gyakran vegyes, azaz organikus rövidülés állandó izomösszehúzódással szövődik. Ilyen esetekben az ízületek állása és mozgathatósága közti kölcsönviszonyt narcosisban is megkapjuk, de csak kisebb mértékben, mint amilyenben éber állapotban. Ilyen esetekben természetesen a műtét akkor javallott, ha a narcosisban talált mozgáskiesés jelentékeny.

Természetes, hogy még a m. biceps brachii organikus rövidülésének biztosan megállapított eseteiben sem eredményezi mindig a műtét magában véve a contractura teljes megszűnését, mert a m. biceps brachii organikus rövidülésén mint elsődleges mechanikai okon kívül egyéb a nyújtást — ha kisebb mértékben is — korlátozó elváltozások lehetnek, sőt legtöbbször vannak is jelen (m. brachialis internus, tokszalag és segédzalagok rövidülése stb.). Azonban egyrészt e másodlagos akadályokat legtöbbször redressement, esetleg átmetés révén könnyen legyőzhetjük, másrészt ilyenkor a m. biceps brachii inának ilyen biztos indicatio alapján eszközölt meghosszabbítása már magában véve is jelentékeny javulást eredményez. A mi a m. biceps rövidülésének részletesebb ismertetését illeti, utalok a „Sokizületes izmok rövidüléséről” című közlésemre (Budapesti Orvosi Ujság, 1917 márczius), hol a sokizületes izmok rövidülésének mechanikáját, felismerését és kezelését részletesen ismertettem.



1. ábra.

A m. biceps brachii inának meghosszabbítását leghelyesebben a következőképpen végezzük: kb. 15 cm. hosszú, hossz-irányú bőrmetszés a biceps-in belső szélén, mely metszés nagyobb része az alkarra esik. Ezután egy, főleg a lacertus fibrosusból, de részben az alkarfasciából is álló, kb. 10 cm.

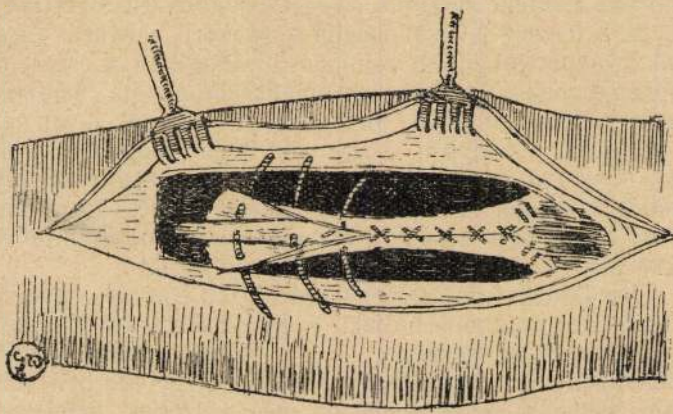


2. ábra.

hosszú, 2—3 cm. széles lebenyt készítünk, melynek nyele kívül a m. biceps-szel összefüggésben marad. (1. ábra.)

E lebeny felhajtása után a tapadásig pontosan kikészített inat Z metszéssel a rendes módon meghosszabbítjuk. (2. ábra.)

Végül a lacertus fibrosus-fascia-lebenyt kívülről a meghosszabbított in alá húzzuk és fölötté végig (a lacertus fibrosus és fascia-lebeny balfelülete jut kívülre) finom csomós selyemöltésekkel, melyek az inat is fogják, összevarrjuk. (3. ábra.)



3. ábra.

Célszerű, ha a lebenyt a proximalis varratokkal az izomhoz, a distalis varratokkal pedig a radius csontthártyájához rögzítjük.

Természetes, hogy az invarratot és fascia-plastikát csak a nyújtás esetleges egyéb akadályainak megszüntetése után végezzük. Fascia-, bőrvarrat, gipszsin, mely a könyököt 170°-os helyzetben rögzíti. Tíz nap után óvatos activ gyakorlatok, húsz nap után — ha még szükséges — passiv nyújtás.

Az eljárás előnyei:

a) a felezett és így vékony, szakadékonny biceps-in varratát hathatósan megerősítjük és az izomínegység folytonosságát az invarrat esetleges szétválása esetére is biztosítjuk. Így a functionalis kezelést is hamarabb kezdetjük meg, gyorsabb és jobb eredménnyel;

b) az invarratot jól táplált, az in mozgását elősegítő szövet veszi körül és így összenövésének létrejötté lehetőség szerint kizárt.

Közlemény egy cs. és k. várkórház bakteriologiai laboratóriumából.

Adatok a Shiga-Kruse-dysenteria járványtanához.

Irta: Friedrich László dr., cs. és kir. tart. főorvos, a laboratórium vezetője.

Az 1916. év júliusában a helyőrségnek a vár körzetében elhelyezett egy osztágában Shiga-Kruse-fajta bacillusok által okozott dysenteria-járvány tört ki. Mivel módomban állott a betegeknek úgy klinikai, mint bakteriologiai pontos észlelése, érdemesnek látszott, hogy más szerzőknek a háború alatt szerzett és közzétett tapasztalatainak anyagához részemről is hozzájáruljak.*

A járvány első betege és tulajdonképpeni terjesztője az osztág szakácsa volt, a ki a polgári lakosság között szórványosan már hetek óta fennálló ragálylyal nyilván élelmiszerek bevásárlása közben fertőződött.

Öt napra megbetegedése után jelentkezett a többi eset és azóta, dacára az óvintézkedéseknek, egyes esetek a várkörzet egyéb pontjain is szétszórtan előfordultak.

A járvány kitörésekor az egész telep legénységét, 400 embert, bacillus-gazdára megvizsgáltam, de csak annyit értünk el, hogy a nyilvánvaló betegeket ily módon hamarosan elkülöníthettük és a járványt szűk határok közé szoríthattuk.

* A közlemény, mely 1916 végén készen volt, külső körülményeknél fogva jelenhetik csak meg most.

Azonban egészséges bacillusgazdát, vagy olyant, ki mint bacillusgazda később megbetegedett, nem találtam.

A kórházban kezelt betegek száma összesen 33 volt, kivétel nélkül öreg népfölkelők. Az esetek rendszerint egészen frissen kerültek észlelésünk alá, a betegség második-harmadik napján, jellegzetes véres-nyálkás székkal, melyet azonnal vizsgáltam.

Daczára annak, hogy a bakteriologiai laboratórium a járvány-osztályban van elhelyezve és így a vizsgálat a bélsár-próba vétele után azonnal meg volt ejthető, nem minden esetben sikerült kimutatni a kórokozót, bár a klinikai lelet és az utólag megejtett agglutinációs próba kétségen kívül igazolta az esetek együtvé tartozását, annál is inkább, mert a Shiga-Kruse-bacilluson kívül másfajta dysenteria-bacillust egy esetben sem találtam. E jelenség, tudniillik a kórokozó kimutatásának sikertelensége, nem volt feltűnő, mivel már régebben ismert tény, hogy a dysenteria-bacillus kimutatása a széketében nem mindig sikerül. Ennek oka egyrészt az, hogy a bélfőra, különösen a bakterium coli a dysenteria-bacillust túlbujánzásával igen gyorsan elnyomja, másrészt a dysenteria-bacillus az alacsony hőmérséklettel szemben igen érzékeny és hamar elpusztul. A sok szerző közül csak a legújabbakra, mint *Handmann*, *Hesse*, *Lentz*, *Kolle*, *Paneth* stb. hivatkozom, kik valamennyien különösen hangsúlyozzák eme sajátságát a bacillusnak, holott *Jochmann*-nak ezelőtt két évvel megjelent tankönyvében éppen e ténynek ellenkezője található. E jelenség különös fontossággal bír a tábori bakteriologus működésében, kihez csak hosszabb idő múlva érkeztetik meg a vizsgálandó anyag. Erre való tekintettel *Handmann*¹ és tőle függetlenül *Hesse*² hordozható thermophorokat szerkesztett magának és használt oly esetekben, midőn a bélsár-próba hosszabb ideig lett volna kitéve a temperatura-viszonyoknak. Én magam oly esetekben, midőn külső körülmények folytán akadályozva voltam a rögtöni vizsgálatban, a bélsarat thermostatban helyeztem el a feldolgozás idejéig. Ez a kis fogás igen használhatónak bizonyult.

Technikám a szokásos volt. A bélsárból vett nyálkafoszlányt konyhasóban való háromszori kimosás után kristályibolya nélkül készült *Conradi-Drigalski* agarlemezre kentem fel. Az Endo-agar nem bizonyult olyan használhatónak, mint az előbb említett táptalaj.

Az így kezelt lemezek rendszerint tiszta tenyészetben nőtt ki a Shiga-Kruse-bacillus 24 óra alatt. Gyanus kolóniákat függőceppben vizsgáltam, hogy a typhus-coli-csoport tagjaitól megkülönböztessék őket. A festett készítmények fuchsin- és Gram-oldattal készültek. A festett készítmények vizsgálata azért elengedhetetlen, mert mint a hogy azt *Ph. Kuhn*³ leírja, a csupán immunsavóval való identifikálás tévedésre vezethet, a mi egyik esetben csakugyan meg is történt, hol egy, a bélsárból kitenyészített staphylococcus-törzs az agglutinációt még magas titerben is adta és electív táptalajokon is a dysenteriahoz hasonlóan viselkedett (*Kuhn* szerint paraagglutinatio), a mi, ha csak az agglutinációs identifikálás történik, elkerülhetne volna a figyelmet. Az identifikálás további folyamán a gyanus kolóniával az immunsavónak $1/60$ — $1/100$ hígításával a próba-agglutinációt végeztem. Az immunsavó kecskeserumból készült és az agglutinatio vég-titere $1/6400$ volt. Ha a próba-agglutinációt nem adta, de egyéb sajátságai miatt gyanus volt a kolónia, akkor speciális táp(cukor)talajokra és ferde agarra tovább oltok. Megjegyzendő azonban, hogy majd mindegyik gyanus kolónia adta a Shiga-Kruse-immunserum $1/60$ -szoros hígításával a próba-agglutinációt, még pedig jellemző durva szemcsékben.

Röviden áttérek itt a dysenteria-bacillus fajainak beosztására, melyre vonatkozólag még mindig eltérnek a vélemények.

*Kruse*⁴ két fajtát különböztette meg a dysenteria okozójának. A *Shiga* által is leírt nem mozgó Gram-negatív pálczika, mely a különféle cukrokat nem erjeszti és egyéb biológiai tulajdonságai mellett főleg nagy toxin-termelő képességében tér el az általa pseudo-dysenteriacillusnak nevezett másik fajtól. A pseudo-dysenteriacillus fő tulajdonsága, hogy mannitos táptalajt erjeszt és méregtermelő képessége sokkal csekélyebb, avagy semmi. Mutációs formája is van s ezt *Kruse* paradysenteriacillusnak nevezte. Különbözik a pseudo-dysenteriacillustól az által, hogy a szőlő-cukorból gázt fejleszt. Ezeket mitigált törzseknek kell felfogni s éppen az utóbbi időben gyakran írták le mint a vérhas okozóit, bár nem minden kétséget kizárólag (*Falta és Kohn*).⁵

Kruse és iskolája az utóbbi csoportban még 8 alosztályt állít fel, melyeket betűkkel jelöl meg A—H-ig. *Somme*⁶ a mannitot savanyító bacillusokat paradysenteria-bacillusoknak nevezi és kulturális és serológiai különbségek alapján hat csoportba osztja. Ezzel szemben a ma elfogadott beosztás *Lentz*-től származik, ki a toxinszegény csoportban három típust különböztet meg: a *Flexner*-, *Y*- és *Strong*-típust. Kulturális és biológiai különbségeiket *Paneth*⁷ táblázata tünteti fel.

I. táblázat.

Typhus	Lemezen	Gázképződés szőlőcukorból	Savképződés				Toxicitás
			Tejsav	Mannit	Maltose	Saccharose	
Shiga-Kruse	Átlátszó finom	—	—	—	—	—	+++
Flexner	Átlátszó nem mindig finom	—	—	+	+	—	+
Y		—	—	+	—	—	+
Strong		—	—	+	—	+	+

Én a gyanus kolóniát a *Barsiekow*-féle folyékony lakmus-cukor-táptalajokra oltottam, a melyeknek a színváltozás mellett az az előnyük is, hogy megalvadásra képesek.

A végleges identifikálás a 24 órás agar-tenyésztéssel végrehajtott agglutinációval történt. A specifikus immunsavót a titer határáig titráltam ki.

Mivel épp a dysenteriaiban az utóbbi időben az egyes fajok valódisága s létezése körül oly sok kétely merült fel (*Schütz*,⁸ *Kolle és Dorendorf*⁹ stb.), elengedhetetlenül szükséges, hogy a biológiai és a tenyésztési sajátságok egybe-vágóan minden kételyt kizárólag bebizonyíttassanak, a mihez azonban legalább 48 óra szükséges.

Minden esetben, ha a bakteriologiai bélsárvizsgálat pozitív eredményt adott, a *Shiga-Kruse*-féle dysenteria-fajtát kaptam, mely az előbb felsorolt összes tulajdonságokat mutatta. A kitenyészített bacillus toxicitásának megállapítására $1/3$ összmenyiséget konyhasóban emulgeálva, 1800 grammos házi nyulba intravenásan befecskendeztem, a mire ez 24 óra múlva kifejezett toxicus tünetek kíséretében (görcsök, opisthotonus, hasmenés, hőszűnés) megdöglött. A sectio negatív leletet adott, egyes szervekből nem sikerült kitenyészteni a bacillust.

⁴ *Kolle u. Wassermann*: Handbuch der path. Mikroorganismen 1913, 3. köt.

⁵ *Wiener Kl. W.* 1915, 33. sz.

⁶ *Zentralblatt für Bakt.* 1. Orig. 1915, 75—76. lap.

⁷ *Feldmässige Bakteriologie.*

⁸ *Zur bakt. Diagnose und Epid. der Ruhr. D. M. W.*, 1916, 14. szám.

⁹ *D. M. W.* 1916. 19. szám. *Klin. und bakt. Beobachtungen über Ruhr während des Sommerfeldzuges einer Armee in Galizien.*

¹ *Zur Diagnose und Therapie der bacillären Ruhr. D. M. W.*, 1916, 30. sz.

² *Ein behelfsmässiger, flammenloser, versendbarer Brutschrank für den Feldgebrauch. D. M. W.*, 1916, 32. sz.

³ *Med. Klin.* 1916, 30. sz. *Die Bedeutung der Paraagglutination für die Diagnose des Typhus und der Ruhr.*

Mint már említettem, összesen 33 esetet vizsgáltam meg. Ezek közül a bélsárból sikerült kitenyészteni a bacillust: 14 esetben, a mi megfelel az esetek 42 százalékának. Feltűnő mindenestre, hogy dacára az ideálisnak nevezhető vizsgálati viszonyoknak, az eseteknek több mint felével a tenyésztési eljárás nem sikerült. A bacillusnak lehülés folytán beállott károsodása ezen esetekben teljességgel ki volt zárva, de az eseteknek friss volta még az iránt is kétséget támasztott, vajjon a coli-csoport túlbujánzása tehető-e felelőssé a sikertelenségért? Egy esetben sikerült a kórokozót a vizeletből kitenyészteni, míg a vér bakteriológiai vizsgálata — epén szélesztve —, ellentétben némely szerző (*Gohn és Roman*,¹⁰ *Fraenkl*)¹¹ eredményeivel, sikertelen maradt.

Dacára annak, hogy különösen legújabbban a dysenterianak serológiai diagnózisra számos ellenzőre talált (*Kisskalt*¹², *Gohn és Roman* l. c., *Schütz* l. c.), szükségesnek láttam az összes eseteket ez irányban is megvizsgálni. A vizsgálatot párhuzamosan a tenyésztési vizsgálattal mindenkor a megbetegedés első idejétől fogva kezdtem el és heteken át folytattam. Célom az volt, hogy az agglutinációs reakció fellépési idejére és tartamára nyerjek felvilágosítást, a mely kérdés jelenleg még egyáltalán nincs biztonsággal eldöntve.

Agglutinatio útján 24 eset bizonyult pozitívnak, tehát az esetek 72%-a, majdnem kétszer annyi, mint a bélsárpróba révén; csak kilencszer volt negatív az eredmény, e 9 esetből a bélsár-vizsgálattal csak kétfőben sikerült kimutatni a dysenteria-bacillust, dacára a klinikai kórkép hasonló mivoltának. *Friedemann és Steinbock*¹³, kik az agglutinációnak igen nagy fontosságot és elsőbbséget tulajdonítanak, 11%-ban kaptak pozitív bakteriológiai leletet, míg 77 százalékban serológiai úton sikerült nekik a *Shiga-Kruse*-bacillus általi infectio kiderítése. A talált eredményeket az alábbi 2. számú táblázat tünteti fel áttekinthetően.

II. táblázat.

Szék és agglutinatio +	Szék +	Agglut. —	Szék —	Aggl. +	Szék és agglut. —	Vizelet +	Vizelet —	Vér +
13	14	9	19	24	8	1	32	0

Az agglutinációs vizsgálat menete az volt, hogy a beteg serumából phys. konyhasó-oldattal hígításokat készítettem 1:25, 1:50, 1:100 stb. arányban, ehhez *Shiga-Kruse*-bacillus 24 órás agartenyészetének konyhasós-emulsióját adtam oly módon, hogy egyenlő részben $\frac{1}{2}$ cm³-t vettem a serumból és $\frac{1}{2}$ cm³-t az emulsióból, úgy, hogy 1:50, 1:100, 1:200 stb. hígításokat kaptam. Az eredmény 24 órás thermostatban állás után lett megállapítva makroszkopice, természetesen felrázás után. A vizsgálathoz használt *Shiga*-törzset az immunsavóval a végtéig titáltam s egy igen biztos törzset használtam. Bár utóbb a bélsárból kitenyészített törzsszel is végeztem az agglutinációt, de eltérés az eredmények között nem volt.

Az esetek túlnyomó részében az első vizsgálat alkalmával még nem kaptam agglutinációt, csak két esetben volt a titer mindjárt 1:100, öt esetben 1:50, de ez csak finom szemcsésnek bizonyult. E jelenség okát talán abban kell keresni, hogy az egyének már keresztülmentek egyszer vérhason, bár ezt az anamnesisben kimutatni nem lehetett.

Distingálni kell az agglutinatio leolvasásában a finom szemcsés és durva darabos agglutinatio között, miként azt *Kutscher*¹⁴ is hangsúlyozza. A typhusban finom szemcsés agglutinációt találunk, dysenteriaiban csak a durván rögszerű jellegű. (*Kutscher* vizsgálatai állatokra vonatkoznak különösen.) Beigazolták ezt *Dünner*-nek¹⁵ embereken végzett vizsgálatai; ő vérhasas anamnesis mellett sok esetben talált

agglutinációt *Shiga-Kruse*-bacillussal szemben elég magas titerig, míg más bajban szenvedőkön durva szemcséjű agglutinációt nem észlelt. Épp ebből azt következteti, hogy a véres colitisek aetiologiájában többször szerepel a *Shiga-Kruse*-bacillus, mint a bakteriológiai bélsárvizsgálat alapján feltételezhető volna.

*Schimann*¹⁶ is a legnagyobb jelentőséget tulajdonítja a *Friedemann* által leírt durva rögszerű agglutinációnak. Én minden esetben észleltem ezt a faját az agglutinációs reakciónak.

Épp a háború folyamán, hol a védőoltások typhus és cholera ellen oly pontosan lesznek keresztülvéve, a védőoltás is kezdi komplikálni a dysenteria-Widal-reactio kérdését. A nézetek erre vonatkozólag teljesen eltérők s végérvényesen nincsenek tisztázva. *Kutscher* typhus ellen oltott állatokban dysenteria-agglutinineket is talált, de nem említi, hogy finom vagy durva szemcsés agglutinációt kapott-e. *Dünner* utána-vizsgálva a kérdést, nem talált specifikus agglutinációt oltottakon a *Shiga-Kruse*-bacillussal szemben s arra a conclusióra jut, hogy már 1:50 hígításban a durva szemcsés agglutinatio specifikusnak mondható a *Shiga-Kruse*-bacillusra. Ugyanezt állítja *Jacobicz*¹⁷ is, bár typhus és cholera ellen oltottaknál is talált agglutinációt. *Rose*¹⁸ 80 typhus ellen három hónapon belül oltott katonák egyikénél sem kapott agglutinációt Y- vagy *Shiga-Kruse*-bacillussal szemben. A szokásos typhus-védőoltások ez esetben nem hatottak zavarólag, mert a beteg katonák 7 hónap előtt lettek utoljára oltva typhus ellen, a mikor is az agglutininek kezdenek eltűnni. A minden egyes esetben megejtett *Widal*-reactio ezt csakugyan igazolta is, a mennyiben csak néhány esetben kaptam pozitív értéket, a mely 1:100-at nem haladta meg. De ellene szól a védőoltások okozta befolyásnak az agglutinációs reakciónak a vizsgálatok folyamán tapasztalt titer-emelkedése is.

Az agglutininek sokkal gyorsabban jelentek meg a szervezetben, mint a szerzők leírják. Észleletem ez irányban megegyeznek *Lentz*-ével¹⁹, a ki kb. a hetedik napra mondja megjelenésüket, ellentétben *Soldin*²⁰ és *Seligmann*-nal²¹, kik a véres szék utáni 16. napon találtak csak pozitív agglutinációt. Én már a 4. és 5. napon is kaptam pozitív reakciót, de átlagban a 7. napon jelentek meg először az agglutininek a vérben 1:50 titer-arányban, a mely szám a később megejtett vizsgálatoknál emelkedést mutatott 1:100, 1:200-ig, sőt egynémely esetben 1:800-ig is. Ez volt a legmagasabb érték, a mit kaptam.

A dysenteria korai diagnosisára tehát, mint eseteimből is látható, a *Widal*-reactiót, mint azt *Lentz*, *Schütz* stb. hangsúlyozza, nem lehet felhasználni, de annál inkább a reconvalescentiában vagy lezajlott infectiók kimutatására, mint azt *Cahn*²² közli, a ki különféle bajok miatt kezelés alatt álló és csekély hasmenésen áment katonák vérében dysenteria-agglutinineket mutatott ki, a mit, ha ez bizonyos titeren felül volt, lezajlott infectiónak tekint. Erre vonatkozó tapasztalataim nincsenek, részint, mert a betegek hamar felépültek, részint, mivel a legénységet a kórházból való elbocsátás után hamarosan kicserélték s így nem volt alkalmam őket továbbra is megfigyelni. Az említett katonák átlag három hétig állottak kórházi kezelés alatt s háromszor negatívnak bizonyuló bélsárpróba vétele után lettek kibocsátva. Az ilyenkor megejtett agglutinációs próba természetesen mindig pozitív volt azoknál, kiknél a próba már kezdetben is pozitívnek bizonyult, viszont a 9 negatív esetben ekkor sem kaptam még agglutinációt; lehet, sőt valószínűnek lehet feltételezni, hogy az agglutininek megkésve jelentkeztek ez esetekben a szervezetben. Csak egy esetben volt alkalmam észlelni hosszabb idővel (egy és fél hónap) a kórházból való elbocsátás után egy

¹⁶ Beiträge zur ser. Ruhrdiagnose. Zschr. f. Hyg., 1916, 82. köt., 2. füz.

¹⁷ Über Ruhrbacillenagglutination. B. Kl. W., 1916, 26. szám.

¹⁸ B. Kl. W., 1916, 24. szám.

¹⁹ Seuchenbekämpfung im Kriege 1915. Dysenterie als Kriegseuche.

²⁰ B. Kl. W., 1915, 43. szám.

²¹ M. Med. W., 1915, 51. szám.

²² B. Kl. W., 1916, 24. szám.

¹⁰ W. Klin. W., 1915, 22. és 23. szám.

¹¹ D. Med. W., 1915, 40. szám.

¹² D. M. W., 1915, 20. szám.

¹³ Zur Aetiologie der Ruhr. D. M. W., 1916, 8. szám.

¹⁴ M. Med. W., 1915, 36. szám.

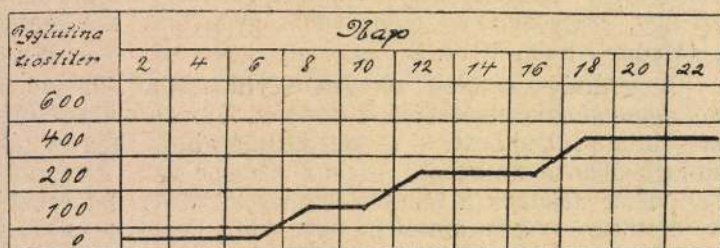
¹⁵ B. Kl. B., 1915, 46. szám.

katonát, a ki szabadságon volt véletlenül a várban. Ennél az agglutinatiós titer még 1:500-at mutatott, annyit, a mennyit a kórházból való elbocsátás után.

Feltűnő eseteimben az, hogy az agglutinatiós titer rövid idő alatt emelkedett és megmaradt oly esetekben is, hol a bélsár-vizsgálat negatív volt.

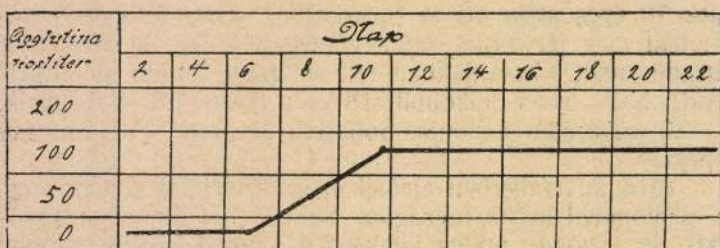
Legtöbb esetben az agglutinatiós titer emelkedése egyenletes volt, nem emelkedett magasra, gyakran pedig állandósult oly módon, hogy 0—100-ra érve ott heteken át megmaradt. Ezt a legjobban a 3. sz. táblázat mutatja.

III. táblázat.



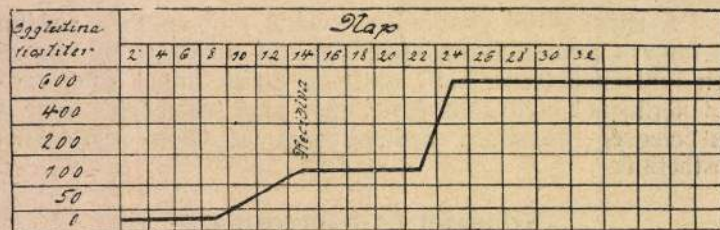
Az agglutinatio rendes típusát, a lépcsőzetes emelkedést, a 4. sz. táblázat mutatja.

IV. táblázat.



Öt esetben, hol a vérhas-tünetek már teljesen elűntek, a betegek teljes jóléte közepette még a kórházban való tartózkodás alatt recidiva állott be, ugyanolyan kísérő tünetekkel, mint a megbetegedés kezdetén, véres-nyálkás székek, tenesmussal, kis hőemelkedésekkel. Érdekes volt ez esetekben az agglutinatiós görbe; a recidiva utáni 2., 3. napon hirtelen felszokott az agglutinatiós titer s azután úgyis maradt. (Lásd az 5. sz. táblázatot.)

V. táblázat.



Vizsgálataimat kiterjesztettem a Flexner-törzsre való agglutinációra is; ez kivéve két esetet, hol 1:100 hígításban finom szemcsés agglutinatiót kaptam, negatív volt.

Áttérve az esetek klinikai tárgyalására, melyet a kissé bő bakteriologiai rész után éppen azért hagytam utoljára, mert röviden végezhetek vele, azt kell mondanom, hogy a legjellemzőbb s legfeltűnőbb volt az összes esetekben a gyors és könnyű lefolyás, úgy, hogy szinte meglepő volt a bakteriologiai lelet: Shiga-Kruse-törzs, a mely a legtoxikusabb a dysenteria okozói között.

A betegség klinikai képe is teljesen azonos formát mutatott majd minden esetben. A legszembeötlőbb tünet a gyakori székülés volt. A katonáknak naponta 20—30-szor volt véres, genyes székük, minden faeculens hozzákeveredés nélkül, tenesmussal; de voltak ennél könnyebb formák is, hol csak napi 5—10 nyálkás szék volt, mely azután véres-nyálkássá, sokszor genyessé vált. A székek ilyenkor típusos

spermaszaga volt. E gyakori székelés eltartott 5—7—10 napig és megfelelő folyékony diéta mellett fokozatosan kevesbedett, a bélsár mindinkább praeformálttá s faeculens jellegűvé lett, majd normális ürülések következtek, sőt gyakran obstipatio állott be.

A közérzet nem volt nagyon megzavarva, a hőmérsék vagy normális maradt, vagy subfebrilis volt és a 38 fokot nem haladta meg. Rendszeren 7—8 napig tartottak a hőemelkedések, addig, míg a véres-nyálkás székek. A pulsus száma a hőmérséknek megfelelő értéket mutatott.

A léptomdulat nem volt megnagyobbodva. Öt katonán a kórházban való tartózkodás alatt, már teljesen jó közérzet és normális bélsárürítés mellett recidivaszerű visszaesés állott be, de kevésbé heves kísérő tünetekkel, mint a betegség kezdetén. Ilyenkor, mint már említettem, az agglutinatiós titer is egy pár napra azután hatalmasan emelkedett.

A kezelés a szokásos volt. Mindjárt bejövételükkor calomelt kaptak a betegek, majd a tenesmusok szüntetésére belladonnát. A főtényező a diéta volt, a mely folyékony, könnyű ételek: tea, leves, kakao, stb. nyújtásából állott, majd a tünetek enyhülésével szilárd kosztra tértünk át. Igen jól bevált a Merck-féle carbo animalis-suspensio, melyet mindjárt a betegség első napjától fogva adtunk. Specifikus serumtherapiát, dacára a megállapított Shiga-Kruse-infectionnak, nem alkalmaztunk, épp az enyhe lefolyás miatt. Igazolta ennek fölösleges voltát az is, hogy utóbajt vagy complicatiót egy esetben sem láttunk, kivéve közepes anaemiát, mely azonban megfelelő roboráló diéta és arsenadagolás mellett szintén gyorsan javult.

Összefoglalva még egyszer a mondottakat: hirtelen jelentkezett s valószínűleg azonos infectiós forrásra visszavezethető, igen enyhe lefolyást mutató vérhasjárvánnyal állottunk szemben, melynek legfeltűnőbb jelensége az volt, hogy éppen ellentétben a könnyű klinikai körképpel, bakteriologiailag a legtoxikusabb fajtájú dysenteria-bacillust sikerült kimutatni a bélsárban, vagy, a hol ez nem sikerült, a vörzsgálat biztosította serologiailag a diagnoszt, a mi az esetek együtartozását kétségtelenül beigazolta. Az esetek későbbi lefolyásában is a klinikai kép mindvégig ellentétben állott a bakteriologiai lelettel, mert mindvégig könnyű maradt és következményeket nem hagyott maga után, a mi ellenkezik a legtöbb szerző tapasztalatával. Így Neufeld²³ egyenesen kizárja az enyhe Shiga-epidemiákat. A mortalitás Jochmann²⁴ szerint ezekben 10—15%-ot tesz ki. A toxin-szegény törzsek (Flexner stb.) okozhatnak súlyos infectiót is, a mi különösen a mostani háború alatt, hol legyengült emberek inficiálódtak, a legtöbbször be is igazolódott. A jelen esetben talán így lehetne magyarázatát adni a dolognak, hogy a talált törzsnek a toxin-termelése nem lehetett nagyon erős, és aránylag kedvezőbb életviszonyok között tartózkodó katonákról volt szó, kik a harc fáradalmainak nem voltak kitéve.

A betegeket Jassniger Károly dr. főorvos belosztályán szíves előzékenységből volt alkalmam észlelhetni; e helyütt is igaz köszönetet mondok neki.

IRODALOM-SZEMLE

Könyvismertetés.

Prof. H. Oppenheim: Beiträge zur Kenntniss der Kriegsverletzungen des peripherischen Nervensystems. Berlin, 1917, S. Karger.

28 ábrával és 63 kórtörténettel illusztrálja Oppenheim a peripheriás idegrendszer háborús sérüléseinek ismertetését, különös súlyt helyezve a tünettanra és körjelzésre, anélkül, hogy a prognózis és terapia egészen háttérbe szorulna. Az idegbénulások pontos ismertetése mellett különösen

²³ Seuchenentstehung und Seuchenbekämpfung, 1914.

²⁴ Lehrbuch der Infektionskrankheiten, 1914.

érdekes a vasomotoros-secretorius és trophiás mellék-tüneteknek átnézetes kimerítő ismertetése. Ma, midőn a nem-ideggyógyász is gyakran kerül azon helyzetbe, hogy az ideg-sérüléseket physico-therapiás kezelésben részesítse s a műtéti beavatkozás javallatát felállítsa, haszonnal fogja Oppenheim nagy tudásának ez új gyümölcsét élvezni. *Deutsch Ernő.*

W. Birk: Leitfadens der Säuglingskrankheiten für Studierende und Aerzte. Bonn, 1917, A. Marcus und E. Weber.

1913-ban jelent meg Birk művének első kiadása, 1914-ben egy francia fordítás látott napvilágot, melyet egy amerikai, olasz, orosz és japán követett. A szerző a csecsemő élet- és kórtanának minden fejezetét röviden s mindig a gyakorlatot tartva szem előtt taglalja, főszólyt fektetve a tünettana s therapiára, az elméleti részből csak a legszükségesebbet emelve ki. Az első kiadás óta megjelent dolgozatok ez új kiadásban kellőképpen vannak méltatva; a könyv tartalmának gazdagodását jelentik az ikergyermekkel, foetalis megbetegedésekkel és a csecsemővédelemmel foglalkozó fejezetek. A szerző Czerny tanítványa, volt segédje s tanainak szóval és írásban hű hirdetője. *Deutsch Ernő.*

Belorvostan.

A tüdőgümőkór korai diagnosisára való túlzott törekvés okozta tévedésekről írott cikkében *Holló Gyula* főleg a subfebrilis hőmérsékek jelentőségével foglalkozik és kimutatni igyekszik, hogy az ilyen hőmérsékek, a melyeket ma többnyire kezdődő gümőkórra vezetnek vissza, különböző okokból eredhetnek, de lehetnek adott esetben normalisak is. A normalis hőmérsék ugyanis nagyon változó. Már három évvel ezelőtt kísérleteket végzett az irányban, hogy miképpen lehetne megállapítani egyénileg a normalis hőmérsékletet. Kiindulva azon pharmacologiai tapasztalatból, hogy a normalis hőmérséklet — ellentétben a lázassal — lázellenes szerekkel nem befolyásolható: sikerült kimutatni, hogy a normalis hőmérsék felső határa sokszor meghaladja a számban a 37.5°-ot, a végbélben a 37.8°-ot. Nagyon is igaza van a szerzőnek, a mikor a következő szavakkal fejezi be közleményét: „a ki néhány megnagyobbodott mirigyből, dysmenorrhoeás panaszokból vagy chronikus subfebrilitasból máris tüdőgümőkórra következtet, az körülbelül ugyanabba a hibába esik, mint a ki a lueses alopeciában a kezdődő paralysis első tünetét vélne felismerni.” (Gyógyászat, 1917, 37. szám.)

A vérhas és a heveny bélzavarok gyógyításához című cikkében *O. Cohnheim* tanár először is a heveny hasmenés eseteiben szokásos hashajtásról emlékezik meg. Többnyire ricinus-olajat vagy calomelt adnak, de a szerző a physiologiai konyhasóoldatnak ad előnyt, mint a mely rendkívül gyorsan halad át a gyomor-béltractuson és a legkíméletesebben teljesíti kiöblítő hatását. 7 vagy 9 gramm konyhasó oldandó fel $\frac{3}{4}$ vagy 1 liter vízben s ez a mennyiség 10—15 percz alatt fogyasztandó el éhomra; a folyadék hőmérsékének nincs befolyása a hatásra, a szerző többnyire szobahőmérséken adta, de némelyek szívesebben isszák forrón. A hatás $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ óra múlva következik be. Idősült székrekedés ellen nem használható ez az eljárás, mert a szervezet nagyon hamar megszokja. — Nagyon jó szolgálatokat tesz a hasnak napsütetése: a meztelen hasat 1 órára kiteszszük a napsugarak hatásának. — Opiumot a szerző lehetőleg nem ad; dysenteria eseteiben azonban néha nem mellőzhető a használata, ha a folytonos tenesmus és székelés ellen a bismuthum és a tannin-készítmények nem elégségesek. Ilyenkor is azonban az opium helyett morphium-codent ad. (Rp. Morphii muriatici, Codeini phosphorici aa 0.1; Aqu. destill. ad 10.0. Naponként 3—4-szer 10 cseppet). (Münchener med. Wochenschrift, 1916, 38. szám.)

Az agyvelősérülések utókezelésében *Schwarze* szerint nagyjelentőségű a magaslati klíma (1800 méteren felül), a hol — a közvetlen napsugárzást kerülve — a fejnnyomás, szé-dülés, ingerlékenység, a melyek agyvelősérülések után oly

gyakoriak, tartósan megszűnnek. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1917, 31. szám.)

Sebészet.

Renyhén sarjadzó, lepedékes sebek kezelésére a *boluphent* ajánlja *Hayward*. E port a frankfurti Vial-Uhlmann-czég állítja elő a formalinnak és phenolnak bolus albával való kombinálásával. *Hayward* kísérletei szerint az iztelen és szagtalan, kitűnő nedvszívó és nem mérgező hatású szer — melynek zsírmertességeért a gyár szavatol — sebre reáhintve pár nap alatt megtisztítja a lepedéktől és szagtalanná teszi úgy, hogy állítólag igen hamar gyógyulás következik be. (Mediz. Klinik, 1917, 21. sz.) *M.*

A gránátszilánkok okozta sérülésekből kifejlődött *rákos daganatok* keletkezéséről ír *Strasser*. A szerzők közül többben — mint például *Lexer* is — kételkednek abban, hogy a rák aetiologiájában a traumának jelentős szerepe van. Erre számos példát találunk a baleseti sérülések között, melyekből sok esetben — természetesen nem közvetlenül a sérülés gyógyulása után, hanem jóval később — rákos daganat fejlődött ki a sérülés helyén. *Löwenstein* 241 rák-eset közül 39-et talált olyant, a mely trauma után keletkezett. Ez körülbelül 16.5%-nak felel meg.

A szerző esete a következő: 35 éves orosz fogoly, kinek 70 éves atyja ma is egészséges, anyja 50 éves korában halt meg járványos bélmegbetegedésben, 2 napi betegeskedés után. Családjukban rák sohasem fordult elő. Luest tagad. Nem élvez alkoholt, 18 éves kora óta dohányzik, 10—20 cigarettát naponta. Sohasem pipázott. Foglalkozása cipész.

1914 novemberben alsóajkán gránátszilánk sértette meg. Ez alkalommal került fogságba. Sebe 4 hét múlva meggyógyult, de 1 hónap múlva kifakadt, s 2 hóval később teljesen gyógyult.

1915 májusban a seb ismét kifakadt s azóta nem gyógyult be többé. 1917 márcziusban a szerzőhöz került a következő statussal: Jól fejlett s táplált férfi, fogazata ép. Az alajak bal felén patkóalakú, $1\frac{1}{2}$ cm. hosszú, 1 cm. széles, kemény, zegzugos szélű anyaghány, melyet szennyes pörk fed. A pörk eltávolítása után a cutis erősen vérzik. Mindkét oldali submentalis és submaxillars mirigyek mérsékelten duzzadtak. Radikális kiírtás, az összes mirigyek eltávolításával. Gyógyulás. Szöveti vizsgálat eredménye: typusos lap-hámrák.

A jelenlegi világháborúban máris több esetben fordult elő, hogy a gránát-okozta sérülésből rák fejlődött. A szerző igen fontosnak tartja, hogy az ilyen esetek minél számosabban kerüljenek nyilvánosságra, mert nem lehetetlen, hogy a rák-betegség homályos aetiologiájára ez úton végre fényt deríthetünk.

Szülészeti és nőorvostan.

A terhesség megakasztásáról tüdő- és gégegümőkór fennforgásakor *Sachse* a königsbergi nőbeteg-klinika anyagán tett észleletek alapján a következő tételeket állítja fel: 1. A lappangó gümőkórt a terhesség, szülés és gyermekágy a legtöbb esetben nem befolyásolja és nem teszi indokolttá a terhesség megszakítását. 2. Manifest tüdőgümőkór szükségessé teszi a terhesség megszakítását a) ha a folyamat haladó jellegű; b) ha magas a láz vagy állandóan subfebrilis a hőmérsék; c) ha rövid idő alatt nagyfokú a gümőkór okozta testsúlycsökkenés; d) ha nagyon rossz a gümőkór okozta általános állapot; e) ha az öröklött terhelt-ség nagyon kifejezett. 3. Gége-gümőkór minden alakja már a terhesség kezdetén szükségessé teszi a művi megszakítást. (Mediz. Klinik, 1917, 29. és 30. szám.)

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

A colipyelitis és colicystitis kezelésére *Haas* a következő eljárást ajánlja: izzasztás elektromos fényfürdőben,

a folyadékbevitel korlátozása napi 600 cm³-re, phosphorsav (Rp. Acidi phosphor. [15%] 50.0, Sir. rubi idaei 50.0, Aqu. destill. ad 1000.0, naponként 300 cm³ fogyasztandó el), továbbá 3 gramm urotropin és 4 gramm melubrin (vagy aspirin, illetve natrium salicylicum). A jelzett eljárás alkalmazása mellett erősen concentrálttá váló, urotropint és salicylt bőven tartalmazó, erősen savanyú vizelet lassanként sterillé teszi a húgyutakat. Az eredmény többnyire 8 nap alatt köszönt be. (Deutsches Archiv für klin. Medicin, 121. kötet, 4.—6. füzet.)

Paroxysmalis tachycardia esetét közli **Lühl**. A nagyon súlyos rohamok azóta, a mióta az egyidejűleg megvolt subaciditاس ellen étkezésekkor hígított sósavat vesz be az illető, teljesen elmaradtak. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1917, 38. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1917. 38. szám. **Révész Vidor**: A Stierlin-féle Röntgen-tünet ileocoecalis tuberculosisban.

Budapesti orvosi újság, 1917. 39. szám. **Mulschenbacher Tivadar**: A fertőzött térdizületi lövési sérülések kezeléséről.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király **Kövér Kálmán** dr. budapesti gyermekorvosnak az udvari tanácsosi címet adományozta.

Választás. **Molnár Tivadar** dr.-t Kapuvárott körorvossá választották.

Személyi hírek külföldről. **H. Held** rendk. tanárt a szövettan rendes tanárává nevezték ki a lipcsei egyetemen, de ugyanő egyúttal meghívást is kapott az innsbrucki egyetem anatómiai tanszékére. — **W. Gross** (kórboncolástan) és **A. Homburger** (elmekórtan) heidelbergi magántanárokat a tanári cízzel tüntették ki. — **W. Heuck** dr.-t, a bőrkórtan magántanárát a müncheni egyetemen, rendk. tanárrá nevezték ki. — **V. Urbantschitsch** tanár, a kiváló bécsi fülorvos, betöltötte 70. évét.

Hírek külföldről. A sofiai egyetemen még a folyó évben megnyílik az orvosi facultas.

Meghalt. **Wein Manó** dr. egyetemi magántanár, a ker. munkásbiztosító pénztár I. sz. sebészeti osztályának vezető sebésze, szeptember 21.-én 57 éves korában. Az elhunyt „A mindennapi sebészet” című kétkötetes munkáján kívül számos értekezést bocsátott közre, melyek közül az utolsók az „IK” tüdővészellenes szer gyógyító hatásával foglalkoztak. — **Wurmfeld Zoltán** dr. 35 éves korában, szeptember 24.-én Kőrmenden. — **Fenyő Ármán** dr. főtörzsorvos. — **Hoefmann** tanár, az orthopaedia cz. tanára a königsbergi egyetemen, 67 éves korában.

Doctor Károly dr. orvosi gyakorlatát IV., Kossuth Lajos-utca 3. sz. alatt ismét megkezdte.

Nyitra vármegye érsekújvári kórházában **Hücl Ernő** dr. kórházigazgató ímént megjelent kimutatása szerint 1916-ban 1366 beteg (988 férfi, 378 nő) ápoltak; egy-egy betegre 20.6 ápolási nap esett. A halálozás százaléka 5.56 volt. Műtét 729 esetben történt.

Országos Gyermektanulmányi Tanácskozás. A Magyar Gyermektanulmányi Társaság igazgatótanácsa véglegesen megállapította a folyó évi november hó 4.-én tartandó országos tanácskozás programját. A tételek a következők: „A tehetség korai felismerése.” Előadó: **Révész Géza** dr. egyetemi magántanár, Budapest. — „Az iskolai jellemlapok szerkesztésének szempontjai.” Előadó: **Wesely Ödön** dr. egyetemi magántanár, főigazgató, Budapest. — „A tehetséges gyermek nevelése, oktatása, társadalmi és hatósági felkarolása.” Előadó: **Plichta Béla** tanár, Szeged. — „Az erkölcsileg züllött gyermek lélektana s javító- és gyógyító nevelésének irányelvei.” Előadó: **Révész Margit** dr. orvos, a Gyógypedagógiai Gyermeksanatorium igazgatója, Budapest. — „Társadalmi és hatósági intézmények az erkölcsi züllés veszedelmének kitett gyermek megmentésére és nevelésére.” Előadó: **Sándor József** dr. törvényszéki bíró és gyermekbíró, Brassó. — „Paedagogiai szempontok a hadiárvák nevelésében.” Előadó: **Kármán Elemér** dr. kir. járásbíró és gyermekbíró, Budapest. — „Jelentkezéseket elfogad Nagy László ügyvivő alelnök, Budapest, VIII., Üllői-út 16/B. Részvételi díj 2 korona.

A „vizenyőbetegség” tárgyában a belügyminister a következő rendeletet bocsátotta ki: A most folyó háború alatt hadifogolytáborokban, a közelmúltban Bécsben a polgári lakosság körében és egy stájer-országi vasműben foglalkoztatott munkások között „vizenyőbetegség” halmozódva fordult elő. Magyarországon feltűnő arányban való előfordulásáról eddig hozzám jelentés nem érkezett ugyan, mégis indokoltnak látszik, hogy arra a hazai orvosok figyelme felhívassék. A betegség főbb jellemző tünetei a következők: bágadttság, majd fokozódó általános gyengeség érzése, a mi miatt a beteg lassanként munkáját beszüntetni kénytelen. Később vizenyő (oedema) mutatkozik, eleinte a lábszárokon, azután az arczon; a bőr színe halvány, néha gyengén sárgás árnyalatú. Az érlökés ritka, percenként többnyire 42—56,

a vizelet mennyisége feltűnően szaporodik — rendszeren 3—4 liter naponta —, fehérjét nem tartalmaz. A betegség az eddigi tapasztalatok szerint általában kedvező lefolyású és hosszabb ideig tartó nyugalomra gyógyulás következik be. Nem eléggé hosszú ideig tartó pihenés esetén gyakran visszaesés áll be. Felhívom Címet, hogy a fentiek közlésével utasítsa a törvényhatósága területén levő összes orvosokat, hogy a „vizenyőbetegség” esetleg észlelésük alá kerülő eseteit a betegek ételmezési és foglalkozási viszonyainak ismertetése mellett az illetékes elsőfokú közegészségügyi hatóságnak jelentsék be. Az elsőfokú közegészségügyi hatóság a jelentést Czimedhez továbbítsa, Czimed pedig hozzám terjessze fel. Tömeges betegedés esetén Czimed táviratban tegyen hozzám jelentést.

Pályázat. A „budapesti orvoskari” és a „Koller Gyula”-féle alapítvány folyó évi kamatai elszegényedett, magyarországi illetőségű, magyarországi egyetemen felavatott feddhetlen jellemű orvosdoktorok és azok özvegyei és árvái segélyezésére fordítandók oly módon, hogy a segélyezéssel előnyben fognak részesíttetni olyan elszegényedett orvosok, kik aggkoruk miatt hivatásukban, különösen ragályos járványok által munkaképtelenné váltak. Segélyt nyerhetnek az évi kamatokból valamely epidemiának áldozatul esett orvosdoktorok özvegyei is, különösen ha kiskorú gyermekeik vannak. Felhívom ennél fogva azon orvosdoktorokat és özvegyeket, kik e segélyre igényt tarthatnak, hogy az orvostanár testülethez intézett, kellően felszerelt s megokolt folyamodványaikat folyó évi október hó 5.-éig az orvoskari dékáni hivatalhoz nyújtsák be. **Buday Kálmán** dr., e. i. dékán.

Pályázat. A volt „sebészhallgatók segélyegyletének” a budapesti kir. magyar tudományegyetem orvostanári testülete által kezelt alapítvány kamatai elsősorban a budapesti kir. magyar tudományegyetemen képzett sebészek özvegyei és árvái gyámolítására lévén fordítandók, az orvoskari tanártestület 1894. évi április hó 10.-én kelt 807/1893—94. számú határozata értelmében értesítem az egyetemünkön oklevelet nyert sebészek bárhol tartózkodó özvegyeit és árváit, hogy a mennyiben segélyben részesülni óhajtanak, kellően felszerelt s megokolt folyamodványaikat az orvoskari tanártestülethez intézve, folyó évi október hó 6.-áig az orvoskari dékáni hivatalban benyújthatják. **Buday Kálmán** dr. e. i. dékán.

Lapunk mai számához a **Fr. Bayer & Co. Leverkusen b./Cöln/RH.** gyár „Eisen-Elarsen-Tabletten” című prospektusa van mellékelve.

TÁTRA-SZANATÓRIUM Ótátrafüreden.

Dietetika-physikalikus magaslati gyógyintézet 1020 m. magasságban, Base-dowkórosak, gyomor-, bél-, májbeteg, anyagcserebeteg (cukor-, baj, közhvény), neurastheniások, verszegények, kimerültek részére.

Fogyasztó- és hízaló kurák. Tuberkulózis teljesen kizárva. Vezetőorvos: **Dr. Gámán Béla** egy. m.-tanár. Egész éven át nyitva.

„Fasor- (Dr. Herczel-féle) sanatorium.”

Sebészeti, nőgyógyászati és belbeteg részére, Budapest, VII., Városligeti-fasor 9.

Dr. JUSTUS Kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-égkésülékek, frigoriterapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlámpa.

Frim-féle gyógyintézet

Alapítva 1875 Budapest, VII., Jókai-utca 9. Telefon: 62—65. gyengeelméjűek és epileptikusok részére: Gondos ápolás. Szakorvosi kezelés. Kitűnő ellátás. Kívánatra prospectus.

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

Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

Dr. Grünwald sanatoriuma

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

Dr. Forbát

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

Kopits Jenő dr. orthopaediai intézete,

VII., Nyár-utca 22. szám.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete

Egész éven át nyitva. Helietherapia.

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

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

RÖNTGEN-REINIGER

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (VIII. rendes tudományos ülés 1917 április 28.-án). 536. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület

(X. rendes tudományos ülés 1917 április 28.-án.)

Elnök: Herczel Manó báró.

Jegyző: Molnár Béla.

(Folytatás.)

Ostitis cystoplastica (fibrosa Recklinghausen?) esete.

Makai Endre: A 33 éves kocsis rosszul gyógyult törések körjelzésével került a bemutató Augusztá-barakk-kórházbeli sebész osztályára.

A kissé subintelligens beteg előadja, hogy 8–9 éves korában szénás-szekérről lecsúszott s az ökrök elé esett, melyek a kocsival együtt átgázoltak rajta. Eszméletét azonnal elvesztette s csak estére tért magához. Két esztendeig feküdt ágyban óriási fájdalmakkal végtagjaiban, úgy, hogy mozdulni is alig tudott. Már ez időben vette észre, hogy csontjain kiálló növedékek támadnak. 15 éves koráig volt ebben a súlyos állapotban, mely azóta állandóan javul. Azóta is időnként jelentkező rheumás jellegű fájdalmak vannak alsó végtagjaiban, melyek főleg télen igen nagy mértékben fokozódnak. Ha rövid ideig ül széken, lábait elalszanak, csak nagyon kevés munkát tud végezni, csakhamar oly tagfájdalmak támadnak, mintha megverték volna.

Családjában hasonló megbetegedés nem fordult elő, atyja s mindhárom testvére hatalmasan megnőtt, anyja kisebb termetű. 4 éve nő, egy gyermeke született s ezenfelül jelenleg is viselő a felesége.

A vézna férfi hossza 150 cm.; termete aránytalan, a symphysis felső szélétől feje tetejéig 79 cm., a talpáig 71 cm. a távolság, noha Bessel-Hagen szerint e pont rendes méreteknél a testhossz közepére esik. Bal felső végtagja rövidebb a jobbnál, mert a távolság a vállcsúctól a középső új csúcsáig baloldalt 65.5, jobboldalt 69.5 cm. A pajzsmirigy kicsiny, alig tapintható. A vizelet normalis, sem Bence Jones-féle fehérjét, sem megszorodott oxalátokat vagy foszfatokat nem tartalmaz. A Wassermann-reactio negatív. Egyéb szervek (nemi szervek is) normalisak.

Röntgen-képeken s a betegen demonstrálja a beteg csontrendszerében található elváltozásokat. Ezek három csoportba oszthatók:

1. Különféle nagyságú *cystosus üregek*, sűrűbb csontállomány alkotta falzattal, borsó-nagyságtól lúdtörzs-nagyságig, még pedig a jobb felső kar középső harmadában (részben egy median-felé félgömbszerűen kiemelkedő csontdudorba terjedően), a bal orsócsont distalis metaphysisében, a jobb sípcsont proximalis metaphysisében (egy mogorónyi és egy diónyi), a jobb szárcapocs fejében, a bal csomócsont fejében és nyakában, a bal sípcsont proximalis metaphysisében (egy mandulányi s egy ennél kisebb), a bal szárcapocs distalis metaphysisében. Ezenfelül a csontállomány feltűnő megritkulása a bal singcsont distalis metaphysisében, a jobb csomócsont fejében és nyakában s a jobb szárcapocs distalis falában.

2. *Hyperostosis elváltozások* a kéregállomány hatalmas megvastagodottságával s a csontok elhajlásával főleg a jobb felkaron, mindkét csomócsont nyakán (coxa valga), a jobb sípcsonton, a bal sípcsont és szárcapocs alsó részén, melyek egymással hatalmas tömeggé forrottak össze (synostosis), végül a baloldali VIII. bordán az első hónaljvonalban.

3. *Exostosisok*, még pedig apró felborzolódások (a bal csomócsont belső büttyén), kölesnyi-babnyi hegyes és gömbölyű tövises és léczek (mindkét orsócsont, bal singcsont distalis metaphysisében, jobb sípcsonton, jobb szárcapocs fejében), végül hüvelykujnyi cseppkőszerű növedékek alakjában (jobb csomócsont alsó harmadából, jobb sípcsont belső büttyéből, a bal sípcsont medialis büttyéből). Ezek ritkult csontállományból állanak, végük — mint az utóbbi próbakép kivésett exostosis mutatja — karfiolszerű, porczogóval bori-

tott. Ezen exostosisok nem foghatók fel mechanikai alapú képződményeknek (Zerrungsexostose), mert inakkal, izmokkal vonatkozásban nem állanak. A kivésett exostosis mikroszkop alatt ritka szövésű keskeny csontgerendázatokat mutat, melyek itt-ott osteoid szegélylyel vannak ellátva, a közökben zsírvélő.

Bármily sokszerűek is a bemutatott esetben a csont-elváltozások, bizonyos, hogy ezek valamennyien azonos alapon fejlődtek, s noha semmi sem utal arra, hogy a csontállomány consistentiája akár jelenleg, akár régebben kórosan megváltozott volt volna, kétségtelen mégis, hogy a betegséget a kórfarmák azon csoportjába kell sorolnunk, melyet *Recklinghausen* posthumus munkájában *rachitises malaciás* megbetegedések neve alatt foglal össze. Különösen említésre méltó a csontnövedékek egész skálája, melynek jelentőségét *Recklinghausen* nem méltatta kellőképpen, noha *Volkman* már figyelmeztetett arra, hogy multiplex exostosisoknál gyakori a rhachitis. A bemutatott eset igazolja, hogy nem helytálló *Pels Leusden* azon felfogása, hogy csak véletlenül találkozik a két betegség.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

1386/1917. sz.

Alulírott főszolgabíró az elhalálozás folytán megüresedett nagykereskedő *körorvosi állásra* pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítést és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám a **folyó évi szeptember hó 30. napjának délután 5 órájáig** nyújtsák be.

Kellőm fel nem szerelt vagy elkészen beadott kérvényt figyelembe nem veszek.

Az állás javadalmazása a következő:

1. 1600 korona törzsfizetés, a mely az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-ában megállapított korpótlékkal emelkedik.

2. Nagykereki községben 4 szobából és mellékhelyiségekből álló lakás és kert hasznélvezete.

3. A törvényben megállapított látogatási díjak.

Az útiutak kérdése rendezés alatt áll, a háború tartama alatt az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 21. §-ában megjelölt esetekben igénybe veendő fuvarokat a községek természetben tartoznak kiszolgáltatni.

A választás határidejét később fogom kitűzni.

Biharkeresztes, 1917 szeptember 2.

Stankó Endre, biharkeresztesi járási főszolgabíró.

7574/1917. sz.

Besztercebánya sz. kir. rend. tan. város közkórházánál megüresedett, nyugdíjjogosultsággal egybekötött bennlakó *alorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona évi fizetés, a közkórházban egy szobából álló lakás, fűtés, világítás és természetbeni élelmezés.

Felhívom mindazon nőtlen orvostudor urakat, illetve hajadon orvosnőket, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-ának második bekezdésében előírt képesítésüket igazoló és eddigi szolgálatukról tanuskodó bizonyítványokkal felszerelt folyamódványaikat hozzám legkésőbb **1917. évi október hó 25.-éig** nyújtsák be.

Később érkezett folyamódványokat figyelembe nem veszek.

Besztercebányán, 1917. évi szeptember hó 22.-én.

Répási Mátyás dr., alispán.

125/1. eln. sz. 1917.

Baja város közkórházánál üresedésbe jött, 1200 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezéssel javadalmazott *alorvosi állásra* pályázatot hirdetek.

Folyamodni óhajtók felhivatnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos *Jakabffy Gyula* főispán úrhoz címezve **legkésőbb folyó évi október hó 30. napjáig** közvetlenül a bajai közkórház igazgatóságánál nyújtsák be.

A pályázaton szigorú orvosok, esetleg ötödéves orvostanhallgatók is résztvehetnek.

Baja, 1917 szeptember hó 18.

A polgármester.