

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY
FŐSZERKESZTŐ.

EGYET. TANÁR ES

SZÉKELY ÁGOSTON
SZERKESZTŐ.

EGYET. TANÁR

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Pólya Jenő: Közlemény a szt. István-kórház III. sebészeti osztályáról. A hegesen lefelé húzott szájjúg műtéti felemeléséről. 617. lap.

Fabinyi Rudolf: Közlemény a lipótmezei állami elmeegógyintézetből. (Igazgató; Oláh Gusztáv dr., miniszteri tanácsos.) Az alkoholizmus és a háború. 618. lap.

Pfann József: Harcztéri tapasztalatok a gázphlegmonéről és gyógyításáról. 621. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Dr. Ignaz Schwarz: Geschichte der Apotheken und

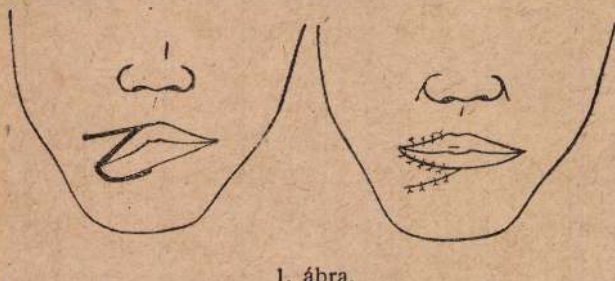
des Apothekerwesens in Wien von der ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. — *Lapszemle. Belorvostan. Müller és Zalewski:* Az influenza kezelése. — *Morawetz:* Az influenzában észlelhető vérhenszerű kiütésről. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Milian:* A jodismus megszüntetése. — *Friedemann:* Az influenza-peumonia kezelése. — *Treupel:* Influenza kezelése. — *Manning:* A kézdesinfekcióról magnosterinnel. 624. lap. *Magyar orvosi irodalom.* 625. lap. *Vegyes hírek.* 625. lap. *Tudományos Társulatok.* 626—627. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a szt. István-kórház III. sebészeti osztályáról. A hegesen lefelé húzott szájjúg műtéti felemeléséről.

Irta: *Pólya Jenő* dr., egyet. rk. tanár, közkórházi főorvos.

B. P., 9 éves fiú, 1918 júniusában került osztályomra egy másfél évvel azelőtt kiállott égés után az áll, állalatti táj és pofák, különösen a bal pofa bőrén székelő vaskos hegekkel. Ezek a hegek alsó ajkát teljesen kifordították, úgy, hogy az ajakpír széle az állsúcs tájára került (2. ábra). Ezért alig tudott enni, az étel nagy része kiesett, illetve kifolyott a szájából és állandó nyálcsurgása volt. Az ektropiumot megfelelő kimetszésekkel és mobilizálással s az ejtett sebek olyirányú egyesítésével, hogy az ajkat egyszersmind emeljék is, elég könnyen sikerült megszüntetni (op. 1918 június 14). Az ajkak zártak, a képződött szájnyílás azonban ferde volt, mert a jobb szájjúg lényegesen mélyebben állott, itt a nyálkahártya is kissé ki volt még fordulva s ezen a helyen valamelyes nyálcsurgás is visszamaradt. Ezen egy igen egyszerű correctiós műtéttel (1918 október 5) sikerült segítenem, melynek ismertetése közlésem tulajdonképeni célja s melyet az 1. ábra demonstrál.



1. ábra.

Arról volt szó, hogy a jobb szájjúg hegesen lefelé van húzva, a mit úgy is fejezhetnénk ki, hogy a felső ajak aránytalanul hosszú, az alsó aránytalanul rövid volt e helyen. A megoldás tehát ebből folyólag úgy kínálkozott, hogy az alsó ajak hiányosságát a felső feleslegéből pótoljuk. Ezért pontosan az ajakpír és bőr határán vitt metszéssel elvágtam azt a heget, mely a szájjúgot lehúzta és az ajakpírt e helyen kifordította, s az ajakpírt most addig praeparáltam felfelé, míg a szájjúgot normalis helyzetébe nem hoztam. Most egy nyelével oldalt tekintő háromszögű lebenyt készítettem a felső ajak bőréből, épp oly hosszút és valamivel szélesebbet, mint a minő az alsó ajkon a felpraeparálás után keletkezett defectus volt, ügyelve arra, hogy a le-

benyt körülíró két metszés közül az alsó pontosan a felső ajak pírjának és bőrének határán vonuljon. E lebenynyel kifoltoztam az alsó ajak hiányát s a secundaer defectus összevarrásával, midőn a felső ajak pírját a bőrsebhez kivarrtam, a szájjúgnak felemelt helyzetében való rögzítését még jobban biztosítottam. A sima és per primam való gyógyulás utáni eredményt csukott és nyitott száj mellett a 3. és 4. ábra



2. ábra.



3. ábra.



4. ábra.

mutatja. A száj funkciója kifogástalan, az evést, beszédet semmi sem zavarja, nyálcsurgás nincs, az ajkak formája — eltekintve persze a rajtuk és környékükön mutatkozó égési hegektől — sem hagy hátra semmi kívánni valót. Az ajakpír és bőr határán levő műtéti hegek egyáltalán nem láthatók.

Az ajak felszabadítási módja és a lebeny alakja tekintetében a leírt eljárás hasonlít *Szymanovski* eljárásához, melylyel a felfelé húzott szájjúgot korrigálta.* *Szymanovski* azonban a lebenyt a sulcus nasolabialis tájáról veszi. Én felfelé húzott szájjúg esetében, ha a viszonyok megengednék, inkább az alsó ajakból venném a lebenyt. A másik ajakból vett lebenynek nevezetesen az az előnye van a sulcus nasolabialisból vett lebeny felett, a mire már fentebb utaltam, hogy t. i. a secundaer defectus elzárásával is javítunk az eredményen s hozzájárulunk a kívánt helyzetben való rögzítés előmozdításával a műtéti siker biztosításához. Ezért voltam bátor erre a kis fogásra kartársaim figyelmét felhívni.

* Idézve *Nelaton et Ombredanne*: Les autoplasties, II., 94.

Közlemény a lipótmezei m. kir. állami elmeorvosintézetből.
(Igazgató: Oláh Gusztáv dr., ministeri tanácsos.)

Az alkoholizmus és a háború.*

Irta: *Fabinyi Rudolf* dr., főorvos.

Egy régi mondás azt tartja, hogy nincsen olyan rossz, a minek valami jó oldala ne volna. Nagyjában így vagyunk a most folyó világháborúval is. Azon rettenetes pusztításokkal szemben, melyekkel a háború úgy anyagi, mint kulturális és szociális téren járt, reánk nézve nem minden jelentőség nélkül áll a háborúval járó kevés haszon között az a tény, hogy az emberek iszákossága s ezzel kapcsolatban az alkoholos elmebetegségek száma a háború alatt lényegesen csökkent.

Mint tapasztalati tény többször hallottam ezt már emlegetni, de ezt számadatokkal Magyarországra vonatkozólag tudtommal még senki sem mutatta ki. A nyilvánosság előtt az alkohol-psychoisok megfogyására is csupán *Oláh* tett czélzást az Általános Közjótékonyági Egyesület alkoholelles szakosztályának múlt év tavaszán tartott előadásorozatán, a mennyiben előadásának végén megemlíti, hogy „feltűnt a férfi-osztályon a felvételek nagymérvű lepadása, a mire nem marad más magyarázat, mint az, hogy az alkohol annyira megdrágult és hozzáférhetetlenné vált, hogy az elmebetegség legfőbb forrása ezzel kiapadt.”¹

A német irodalomban is csak *Bonhoeffer* és *Weichbrodt* tesznek említést arról, hogy az alkoholizmus a háború alatt apadt. *Bonhoeffer* már 1916-ban sem tudott alkoholos deliriumot hallgatónak bemutatni. A berlini Charitéban a háború előtt 14% volt a férfi-felvételekből alkoholista, míg 1916-ban már csak 33%.

Úgy *Bonhoeffer* statisztikájából, mint az előadásához hozzászóló *Magnus Levy* megjegyzéseiből az derül ugyan ki, hogy az alkoholizmus már a háború előtt is csökkent, de távolról sem olyan nagy mértékben, mint a háború kitörése után, a mint azt *Henneberg* és *Leppmann* a munkások és a rokkantak biztosításánál is tapasztalták.

Weichbrodt a frankfurti klinika beteganyagán is hasonló tapasztalatokat tett. Az alkoholista-felvételek a férfiaknál 53—62%-ról 73%-ra csökkentek. (1917 júliusáig)

A míg *Bonhoeffer* és *Weichbrodt* az alkoholizmus csökkenését csak egy-egy intézetre mutatták ki és ezen aránylag szűkkörű tapasztalatokból vonták le következtetéseiket, jónak láttam nemcsak egy intézet, hanem lehetőleg az összes magyar elmeorvosintézetek adatait feldolgozni, hogy azokból egész Magyarországra vonatkozólag lehetőleg megbízható eredményeket nyerjek. A részletes feldolgozás alapjául szolgáló helybeli adatokon kívül ezért felhasználtam a három másik állami elmeorvosintézet jelentéseit, valamint a többi nagyobb számú elmebeteg-ápoló intézetekéit is, melyek évi forgalma a belügyministeri jelentésekben kóralakok szerint is fel van tüntetve. Ezek a következők:

A budapesti egyetemi elmeorvosintézet, a kolozsvári klinika, a pozsonyi állami kórház elmeosztálya, az igazságügyi országos és megfigyelő elmeorvosintézet, a bajai, ballassagyarmati, budapesti Szent János-kórházi, debreczeni, gyulai, kaposvári, máramarosszigeti, miskolci, módosi, nagyváradai, nyitrai, pécsi, sátoraljaujhelyi, szabadkai, szegedi, szekszárdi és temesvári köz-kórházak elmeosztályai, az egri irlalmasrendi férfi- és női kórház, a budapesti Erzsébet-szegényház, végül a *Schwartzter*- és *Ringer*-féle sanatoriumok.

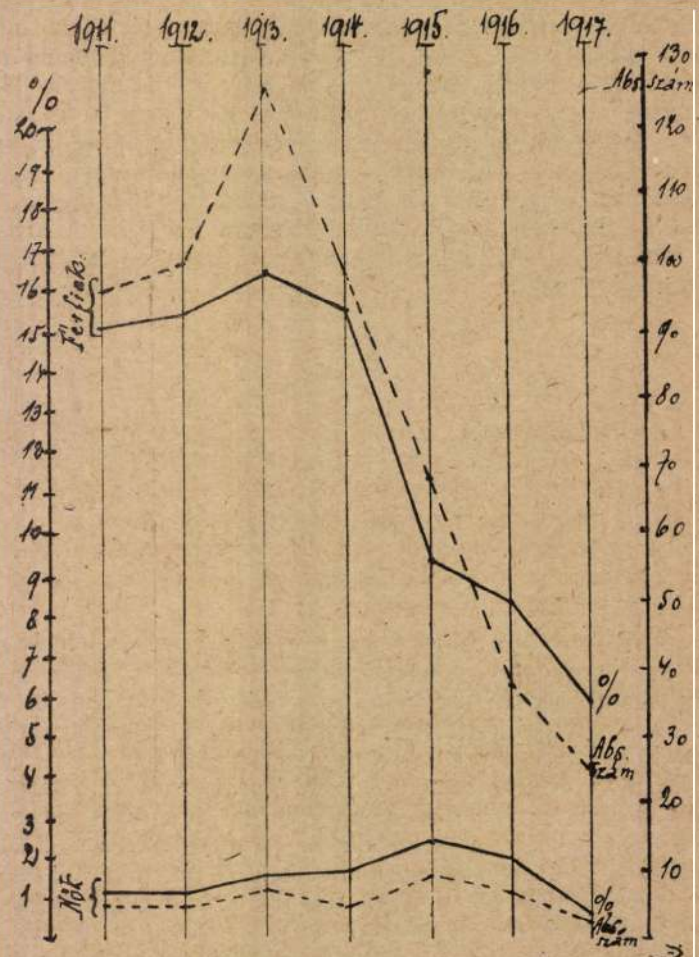
Tudom, hogy a számítások alapjául szolgáló statisztikai adatok megbízhatóságához nem egy tekintetben szó férhet, főleg azon oknál fogva, hogy annak elbírálásában, illetve megítélésében, hogy vajjon egy adott eset alkoholizmusnak veendő-e vagy sem, az egyéni nézeteknek tág tere nyílik. Magunkról tudjuk, hogy milyen nehéz néha biztos határt

vonni az alkoholizmus különböző alakjai és például egy paralysis, epilepsia vagy paranoia között, különösen, ha a beteg csak rövidebb ideg volt megfigyelésünk alatt és a kiegészítő serologiai vizsgálatok sem történhettek meg. Annál nagyobbak a nehézségek, mivel az alkoholizmus majdnem minden idegen psychosisba belejátszhatik, azokkal sokszorosan kombinálódhatik és az eredeti tüneteket egészen elferdítheti, illetve a betegek cselekvését vészthozóan befolyásolhatja, a mire az imbecilleknek alkoholos abusos behatása alatt elkövetett cselekményei mutatják a legélénkebb példát.

Ezért egyöntetű adatokról nem igen lehet szó. Nézetem szerint a kapott számok csak approximativ értékeket képviselnek. Legpontosabb eredményeket még a Lipótmezei elmeorvosintézet anyagától várhatunk, részben azért, mivel pontos feljegyzések állottak rendelkezésemre, részben pedig azért, mert a szóbakerülő betegek legnagyobb részét személyesen ismertem.

Számításaim alapjául az 1911—1917. éveket vettem, amikbe e szerint beleesik három teljesen háborúmentes év s három egészen háborús év, míg az 1914. évből tudvalevőleg 5 hónap esik a háborúra 7 pedig békére. Férfiakat és nőket külön vettem számításba, a mi, a mint mindjárt látni fogjuk, a kapott értékes eredmények miatt ugyancsak megérte a fáradságot.

A lipótmezei állami elmeorvosintézetben, a mint a mellékelt I. számú grafikon és I. számú táblázat mutatja, a háború előtt a férfi-alkoholista elmebetegek száma 100 körül ingadozott, sőt 1913-ban 125-re emelkedett. Százalékokban számítva az összes felvételeknek 15—16%-a volt a férfiak közül alkoholista. A nők felvétele évente számszerint 5—7, százalékban 1.1—1.4%. A háború kitörésének évében változás még nincsen, csupán a nők arányszáma emelkedik egy kissé 1.5%-ra. 1915-ben már rendkívül esik a férfiak száma 67-re (93%). 1916-ban az esés tovább tart, de nem olyan intenzív, míg végül 1917-ben a férfi összfelvételekből már csak 5.9% alkoholista, szám szerint 25. Tehát a férfiak alkoholizmusa közel 1/3-adára csökkent.



I. grafikon.

* Előadott a Budapesti kir. Orvosegyesület Elme- és Idegkórtani szakosztályának 1918 június 17.-én tartott ülésén.

¹ A mint utólag értesültem, *Donáth Gyula* a Magyar Fajegészség-tani és Népesedéspolitikai Társaságban legutóbb szintén tartott előadást az alkoholizmusnak a háború alatti lényeges megfogyásáról.

I. táblázat.

Év	A felvett alkoholisták száma		Az összes betegfelvételekből alkoholisták %/ó-ban	
	férfiak	nők	férfiak	nők
1911	96	5	15·1%	1·1%
1912	100	5	15·4%	1·1%
1913	125	7	16·4%	1·4%
1914	98	5	15·6%	1·5%
1915	67	9	9·3%	2·3%
1916	37	7	8·6%	2·0%
1917	25	2	5·9%	0·5%

A nőknél egészen más jelenséget tapasztalunk. Ezeknél 1915-ben az alkoholista-felvételek száma 2·3%-ra emelkedik, a békeidőknek majdnem duplájára. 1916-ban is még 2% és csak 1917-ben esik le 0·5%-ra. E szerint a nők alkoholismusa a háború kitörése után éppen az 1915. évben, a mikor az alkoholista-férfiak száma olyannyira esik s részben még 1916-ban is csekély fokú, de határozott gyarapodást mutat s csak a legutolsó 1917-es évben süllyed a megszokott alá.

A nők alkoholismusának ezt a háború elején való gyarapodását véletlennek nem tarthatjuk. A pénzhiány, a könnyelműség, az erkölcsök általános meglazulása a hadiszalmazvegyeket bizonyára nagyobb mértékben vitte az akkor még olcsó szeszes italok ivására, aminek az itteni női alkoholista felvételeknek gyarapodása különben is csak halvány képét mutatja, annál is inkább, mivel tulajdonképpen hiányzott az idő arra, hogy az addig nem ivó néposztály alkoholizálódjék.

A mit Lipótmézson láttunk, ugyanazt tapasztaljuk a 4 állami elmeorvosintézet összesített jelentéséből készült II. számú táblázaton is.

II. táblázat.

Év	A felvett alkoholisták száma		Az összes betegfelvételekből alkoholisták %/ó-ban	
	férfiak	nők	férfiak	nők
1911	149	8	14·2%	1·2%
1912	153	8	14·6%	1·2%
1913	177	10	14·6%	1·3%
1914	164	11	13·9%	1·8%
1915	97	12	7·0%	1·9%
1916	71	7	6·1%	1·2%
1917	51	2	4·9%	0·3%

A férfi-alkoholisták a háború előtt ezekben is 14—15%-ot képviselnek, 1914-től fogva az arányszám 7—6%, illetve 4·9%-ra esik. A nők arányszáma a háború előtt a felvételekből 1·3%, a mely szám 1914 és 15-ben 1·8—1·9% ra növekszik, tehát a férfiak alkoholismusának csökkenésével szemben a nők alkoholismusa a háború elején az összes állami intézetekben is gyarapodást mutat.

Némileg különbözik a többi számításba vett elmebetegosztályon és klinikán az alkoholisták számának változása. (III. táblázat.)

Itt ugyanis a felvételek arányszáma a háború előtt 1912-ben a legmagasabb 17%-kal, 1913-tól fogva csökken 15% ra, 1914-ben pedig már csak 11·9%, míg 1915-ben, a mikor az állami elmeorvosintézetekben lényeges apadás van, a felvételek száma ezekben az intézetekben csekély emelkedést mutat 13·2%-ra, hogy aztán 1916-ban 9·4%-ra és tovább 1917-ben 6·7%-ra essék le. A nőknek alkoholismusában is 1913-tól fogva látunk ezekben az intézetekben csökkenést, a mennyiben 2·7%-ról a női alkoholista-felvételek percentszáma 1·2%-ra csökken.

III. táblázat.

Év	A felvett alkoholisták száma		Az összes betegfelvételekből alkoholisták %/ó-ban	
	férfiak	nők	férfiak	nők
1911	549	55	16·3%	2·5%
1912	519	45	17·0%	2·0%
1913	483	61	15·0%	2·7%
1914	364	34	11·9%	1·8%
1915	378	34	13·2%	1·8%
1916	284	28	9·4%	1·4%
1917	182	24	6·7%	1·2%

Az alkoholismus háborúalatti csökkenése tehát az elmeosztályokon is feltűnő, de még sem annyira kifejezett s nem történik annyira szabályossággal, mint az állami intézetekben. Ennek okát főképpen abban keressük, hogy az ebbe a csoportba tartozó intézetek, néhány kivételével, vidékiek lévén, más beteganyaggal rendelkeznek. A jó és bőségben való élet s ezzel a szeszes italoknak, főképp bornak nagyobb mértékben való fogyasztása vidéken sokkal inkább megmaradt, mint a fővárosban. Különösen az ország keleti felében levő elmeorvosintézetek egynemelyikében, például a kolozsvári klinikán, a nagyváradi s a máramarosszigeti elmeosztályokon és például Pécsen is az alkoholista-felvételek száma a háború alatt apadást alig, vagy egyáltalában nem mutat, sőt Kolozsvárt gyarapodott is.

Ha pedig most az összes magyar elmeorvosintézetek és elmeosztályok évi jelentéseit összesítjük, az utóbb számításba vett intézetek és az előbb tárgyalt állami intézetek eredményeinek összefoglalásaképpen a férfiaknál az alkoholista-felvételekben egy olyan görbét fogunk kapni (IV. táblázat és

IV. táblázat.

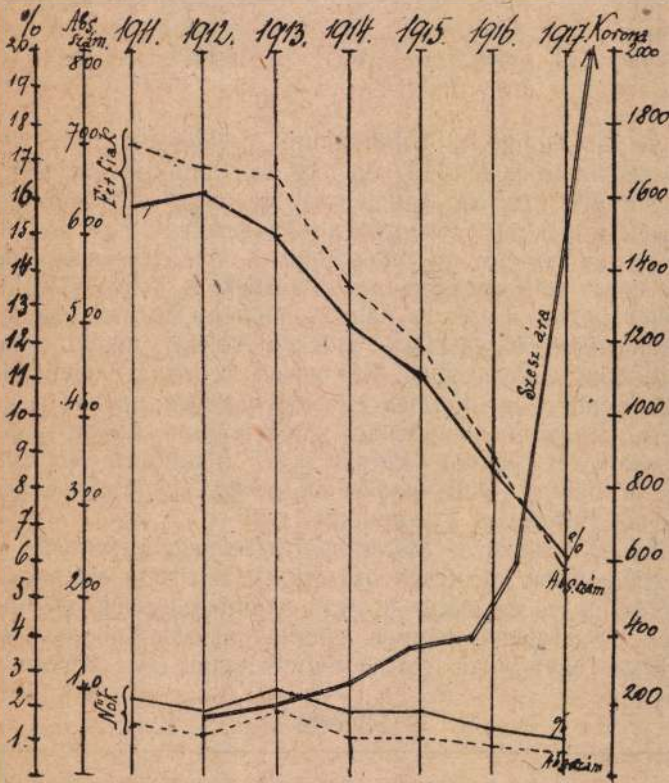
Év	A felvett alkoholisták száma		Az összes betegfelvételekből alkoholisták %/ó-ban	
	férfiak	nők	férfiak	nők
1911	698	63	15·7%	2·2%
1912	672	53	16·2%	1·9%
1913	660	71	14·9%	2·4%
1914	528	45	12·4%	1·8%
1915	475	46	11·2%	1·8%
1916	355	35	8·5%	1·3%
1917	233	26	6·2%	1·0%

II. grafikon), mely a háború előtt 15—16%-ot mutat s 1914-től fogva több-kevesebb egyenletességgel esik, úgy, hogy 1916-ban az összfelvételeknek már csak 8·5%-a, 1917-ben pedig már csak 6·2%-a alkoholista. Abszolút számokban ez azt jelenti, hogy a háború előtt évente közel 700 férfi került iszákosság miatt ezekben az elmeorvosintézetekbe és az alkoholisták száma 1917-ben egyharmadára, 230-ra kevesedett.

A nők száma is 1913-tól fogva fokozatosan kevesedik, de jóval lassúbb tempóban, mint a férfiaké. Az alkoholismus gyarapodása az összesített kimutatásban nem a háború elejére, hanem még a háború előtt 1913-ra esik (az összfelvételek 2·4%-a). 1914—15-ben a férfifelvételek csökkenésével szemben, a női felvételek 1·8%-kal stagnálást mutatnak, míg 1917-ben a női felvételeknek már csak 1%-a tartozik az alkoholismus kórformájához.

Az alkoholismus miatt felvett elmebetegek kevesedésének oka bizonyára abban is rejlik, hogy az alkoholista betegek egy része katonai elmeorvosintézetekbe jutott. Hogy mekkora lehet ezeknek száma, arról pontos tudomásom nincsen, egyes kartársak értesítése szerint feltűnően kevés.

A nagyszombati tartalékkórház — mely már a háború előtt is mint katonai elmeógyógyintézet működött — értesítése szerint az alkoholistá-felvételek a békeévekben az összfelvételeknek 2—3%-át tették. 1915-ben az intézet forgalmának rendkívüli megnövekedése mellett egyszerre felszökik az arányszám 7.2%-ra, 1916-ban azonban már megint csökken 6.3%-ra, 1917-ben pedig már csak 4.6%. Tehát az alkoholista egy része kétségkívül idekerült a katonai elmeógyógyintézetekbe, de viszont ezeknek száma relative olyan csekély, hogy 4.6%-kal még jóval a polgári intézetek 6.2%-a alatt marad.



II. grafikon.

Tekintetbe véve továbbá azt, hogy a polgári intézetekben az alkoholistáknak nemcsak az abszolút, hanem a többi psychosizisokhoz viszonyított relativ száma is éppen úgy esett, a katonai elmeógyógyintézetekbe felvett alkoholista végeredményeinket lényegesen aligha változtathatnák meg.

Tehát az alkoholizmus csökkenésének főoka csak a szeszes italok megdrágulása, illetve a közfogyasztásra kerülő alkohol lényeges megfogyása lehet. Mindnyájan emlékszünk rá, hogy a háború kezdetén eleinte lassan, majd mind intenzívebben, utóbb mondhatnám egész rhapsodikusán, ugrászerűen emelkedett a magasba mindenféle szeszes ital ára. Sajnos ez az emelkedés olyan rendszertelenül és sokszor csak részlegesen, vidékek szerint olyan változékony módon történt, hogy az emelkedésnek közvetlen hatását az alkoholizmus csökkenésére minden detailban ki nem lehet mutatni.

Az összes szesztartalmú italok között még leginkább fixirozott a tiszta szesz nagybani ára. Ez békeidőben többé-kevésbé határozott arányban volt a belőle készült szeszes italokéval, a háború alatt azonban a kínálat csökkenése, a kereslet megnövekedése és főleg az árdrágító spekuláció miatt sokkal kevésbé áll összhangban a fogyasztásra kerülő szesztartalmú italok árával. Ennélfogva a szesz maximális ára is csak nagyon hozzávetőleges mértéke a szeszes italok árának és így is csak utólagos mutatója, mert hiszen jól tudjuk, hogy a maximálás mindig csak későn, akkor történik meg, mikor már az árak a lehetetlenségig fel vannak verve.

A szesz maximális ára a háború előtti években hektoliterenként 200 koronán alól volt, 1914-ben is csak 227 kor. (állami részesedéssel és adóval számítva). Eleinte csak lassan emelkedik, 1915 májusban 360 koronára és 1916 márciusá-

ban 390 koronára. 1916 szeptemberben már nagyobb ugrást tesz 590 koronára, hogy aztán 1917 októberben egyszerre felszökjön 990 koronára. A II. sz. grafikai táblázatban ennek megfelelően egy eleinte lassan, később meredeken felszökő görbét láthatunk, mely ellentétes az alkoholistá-felvételek görbéjével, de annál még intenzívebb különbségeket mutat.

A termelt alkohol mennyisége is lényegesen csökkent a háború kitörése óta, most alig megy már a békebeli alkoholnak 1/3-ára.

Az eddigiekben az összes alkoholistaát vettük számításba, tekintet nélkül az alkoholizmus különböző kórformáira. Ezek számarányának esetleges megváltozása tette a további vizsgálatok tárgyát. Már Bonhoeffer is utalt arra, hogy a delirium majdnem egészen eltűnt, míg a pathologikus részszegség aránylag még gyarapodott.

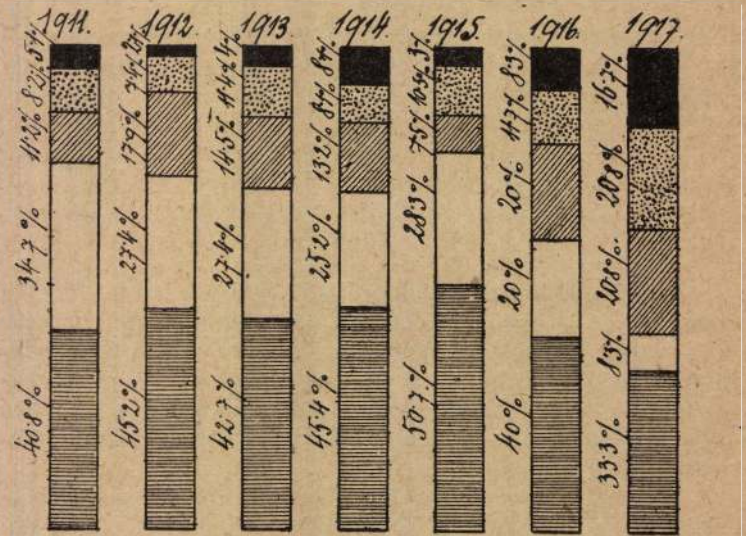
E célból a lipótmezei áll. elmeógyógyintézet rendelkezésére álló anyagát vizsgáltam át, ugyancsak az 1911—17. évekre kiterjedőleg. Az összefoglaló alkoholos elmezavaron belül megkülönböztettem 5 alcsoportot.

Ezek a következők:

1. egyszerű chronikus alkoholizmus és pathologikus részszegség,
2. delirium,
3. paranoid alakok,
4. pseudoparalysis alcoholica,
5. epileptoid alakok.

Megjegyzem, hogy deliriumnak vettem mindazon eseteket, melyekben annak tünetei felvételkor, vagy közvetlen a felvétel előtt kétségkívül kimutathatók voltak, míg a korábbi időre vonatkozó bemondások számításba nem jöttek.

Az alkohol-hallucinosis különben is ritka eseteit a paranoid formákhoz soroltam. A pseudoparalysis alcoholica alatt pedig azon esetek foglaltattak össze, melyekben súlyos hűdéses tünetek uralták a kórképet, a nélkül azonban, hogy valódi paralysisről lehetett volna szó, a mitől a serologiai vizsgálatok és a körleflyás határozottan megkülönböztették. Az epileptoid alakok alá a chronikus alkoholizmus azon esetei vétettek, melyek alkohol-abususra rendszerint súlyos epilepsias tünetekkel reagáltak (rohamok, ködös állapotok), míg ennek ellenében a csak mintegy véletlenül vagy alkalmászerűen iszákoskodó epileptikusok természetesen alkoholistáknak nem voltak vehetőek.



III. grafikon.

A fentebbiek tekintetbe vételével összeállított III. sz. grafikai táblázatból, mely csak férfiakra vonatkozik — mint-hogy a nőket illetőleg azok kis számánál fogva használható

eredményeket nem várhattunk —, mindenekelőtt konstatálható, hogy a háború előtti években az egyszerű chronikus alkoholizmus az összes alkoholisták 40—45%-át tette. A deliriumok aránylag 1911-ben voltak legszámosabbak (34%) és azontúl 1914-ig 25—27%, míg a maradék a többi kóralakokra, főleg a paranoidos alakra (11—17%) esett (pseudoparalytikus alak 7—11%, epileptoid alak 2—8%). 1914-ben változás az arányszámokban még nincs, 1915-ben az első teljesen háborús évben a chronikus alkoholizmus (beleértve a path. részegséget) 51%-ra emelkedik, a deliriumok is némileg gyarapszanak 28%-ra — természetesen a többi kóralak rovására. 1916 és 1917-ben a háború további tartama alatt azonban az egyes kóralakok közti viszony gyökeresen megváltozik. A chronikus alkoholizmus (mindig beieértve a path. részegséget) lényegesen csökkent először 40%, majd 33%-ra, de legszembetűnőbb fogyást a delirium mutatja, amennyiben 28%-ról 8,3%-ra esik, szóval 2 év alatt az alkoholizmus többi alakjai mellett egészen háttérbe szorul. Ezekkel szemben az alkoholizmus súlyosabb elváltozásokkal járó alakjai nyomulnak előtérbe: úgy a pseudoparalys, mint a paranoid alakok egyenként közel 21—21%-át teszik már az összes felvételeknek és az epileptoid alakok is 16%-ra nőnek.

Ennek a nem várt, meglehetősen különösnek látszó eredménynek magyarázatát első pillanatra nehezen találtam. Véletlenségről szó nem lehet, az eltolódás olyan szabályos és olyan feltűnő. Azt hiszem azonban, hogy a helyes úton járok akkor, midőn a magyarázatot abban keresem, hogy az alkoholizmusnak ezek a súlyosabb, az idegrendszernek mélyebbre ható chronikus elváltozásával járó alakjai nem egyszerű vagy rövidebb ideig tartó alkohol-abusus következményei, hanem éveken át tartó állandó alkohol-mérgezésnek, úgy hogy a betegség keletkezése tulajdonképpen a háború előtti időkre esik és annak továbbfejlődésére, illetve végleges kitörésére — mely az illetőket az elmeógyógyintézetbe hozta — a későbbi esetleg józanabb életmód már befolyást csak kevéssé gyakorolhatott. E mellett szól az is, hogy az ebbe a csoportba tartozó esetek nagyrésze nem először, hanem ismételtén került a jelzett háborús évek alatt az intézetbe.

Tulajdonképpen ezeknek a súlyosabb kóralakoknak relativ gyarapodása közvetett úton is csak az alkoholpsychosisok fogyása mellett bizonyít, minthogy az abszolút számokban ezekben a kóralakokban is észrevehető a fogyás. Csakhogy ezek a chronikus alakok még megmaradtak, aránylag sokkal kevésbé fogytak meg az alkoholizmus acutabb formáival szemben, melyek a szeszes italok hiánya folytán jóval nagyobb csökkenést mutatnak. Ezeknek a háború elején beállott gyarapodását, mely főleg a pathológiás részegségre vonatkozott, az akkori viszonyok könnyen megmagyarázzák. Az ital akkor még nem volt drága és hozzáférhetetlen, a terjedő könnyelműség, a máról-holnapra-élés, a „heute rot, morgen tot“ érzéséből eredő mulatozások, valamint a már akkor is uralkodó nagy pénzhiány, a mihez még az is járult, hogy a közrend- és közcsendháborítások szigorúbb ellenőrzés alá kerültek, az acut alkoholos kóralakok gyarapodására bőséges okul szolgáltak. Míg viszont a háború folytatásával akkor, mikor minden szeszes ital mérhetetlenül megdrágult, megdrágult még sokkal nagyobb mértékben, mint minden más élvezeti cikk, mikor kimérésben egy deczi pálinka, amely azelőtt 8 fillér volt, most 2 kor. 20 fillérbe, az azelőtt 60—80 filléres bor literje 7—8 koronába, a 24 filléres sör üvege 1 kor. 70 fillérbe kerül és még hozzá ezeknek az italoknak minősége is rosszabb és alkohol-tartalma is kevesebb, az acut szeszmegezések és ezzel azok folyamánként jelentkező chronikus alkoholizmus és alkoholos deliriumok számának természetesen nagyban redukálnia kellett.

A fentebbi számításokban nincsenek még bennfoglalva azok az alkoholizmusban szenvedő elmebetegségeik, kik az ország azon kisebb 64 kórházában nyertek felvételt, melyekről a belügyministeri évi jelentés csak összesítve emlékszik meg. Az alkoholizmusnak már ismert arányszámát véve az előbbiekhöz,

ezekből a kórházakból a háború előtti években még átlag 130—140 férfi és 12 nő volna hozzászámítandó, míg 1917-ben ez a szám már 32 férfire és 6 nőre csökkent.

Mindezeket számításba véve, Magyarországon iszákosság miatt a háború előtt átlagban 900—1000 ember került évente elmeógyógyintézetbe, míg 1917-ben ennek már alig harmada, 297 egyén. Ezek már egymagukban is igen jelentős számok, de ha még hozzá vesszük azt, hogy tulajdonképpen az alkoholistáknak csak egy igen kis hányada kerül elmeógyógyintézetbe, ezeknek a számoknak jelentősége beláthatatlan módon meg fog növekedni. Bizonyára óriási azoknak a száma, a kik így a körülmények kényszerítő hatalma alatt kénytelenek voltak alkoholizmusukból meggyógyulni, illetve a kiknél a chronikus alkoholizmus kifejlődése megakadályoztatott. Az a haszon, a mely ebből úgy gazdasági mint socialis és erkölcsi téren háramlik az amúgy is annyira megpróbált országra, egészen felbecsülhetetlen, nem számítva annak a romboló hatásnak elmaradását, melylyel az alkoholizmus a jövő generációt kétségkívül megrontotta volna.

A fentiekhez több hozzátenni valónk alig lehet. A háború egy laboratoriumi kísérlet biztonságával megmutatta nekünk az utat, a melyen az alkoholizmus elleni küzdelmet biztos sikerre lehet vinni. A mit évtizedekig tartó gyűlésezések, Goodtemplar-páholyok, antialkoholista-egyesületek és minden más nyilvános s magán anti-alkoholista propaganda megvalósítani nem tudott, azt a háború egy csapásra megcsinálta.

Mindezek helyett elegendő volt az alkoholizmus csökkentésére az összes szesztartalmú italoknak jelentékeny megdrágítása.

Remélem, hogy ennek tudatában a háború bevégezése után sem fogja az állam a most szükségből elért fényes eredményeket rosszul felfogott anyagi érdekekből ismét kockára tenni.

A szesztartalmú italok, főként a pálinkafélék árának csökkentése néhány év alatt bizonyára visszavinné a régi bajba s ezért már eleve tiltakoznunk kell minden lényeges árieszállítás ellen. Az alkoholnak, mindennemű pálinkáknak és likőröknek, de éppen úgy a sörnek és a bornak továbbra is a lehető legmagasabb adókkal való sújtását kell követelnünk, a mitől az államnak semmiféle hamis érdek által nem szabad magát félrevezettetnie.

Meg vagyok győződve, hogy erre az eljárásra az állam sem fog ráfizetni. A mit az állam veszít a nagyobb fogyasztáson, visszanyeri kisebb fogyasztásnál a nagyobb adóban s a sok magyar bor sem vész kárba, ott marad exportcikknek amúgy is leromlott valutánk feljavítására. És végtére mégis csak az államnak fontos érdeke, hogy tagjai teljesen egészséges, munkabíró, az államterheket könnyebben viselő és egészséges utódokat nemző polgárok legyenek.

Bizunk a jövőben és reméljük, hogy mindnyájunk megelégedésére meg fogjuk találni a helyes utat.

Irodalom. K. Bonhoeffer: Über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1917, XL. kötet. — K. Bonhoeffer: Vortrag in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1917 május 14. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Referatum. 1917, 14. kötet. — Weichbrodt: Über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1917, XLII. kötet. — Oláh Gusztáv: Alkohol és elmebetegség. Megjelent a Társadalmi Múzeum Szemléjében, 1918.

Harcztéri tapasztalatok a gázphlegmonéről és gyógyításáról.

Irta: Pfann József dr., főtörzsorvos.

(Folytatás.)

A felső végtagokon beálló folyamatot is bizonyos jóindulatúság jellemzi. Rosszindulatú csak akkor, ha nagyon kiterjedt a sérülés és egyidejűleg jelentékenyebb vérkeringési zavar, nagyobb erek sérülése is fennáll. Ha például az alkaron az orsó- vagy singverőér sérült, a gázphlegmone

nagyobb kiterjedést is ölthet. A horzsoló vagy érintői lövések nyomában támadt processus a legconservatívabb sebkezelésre is rendbe jó. Csonkító műtétek a felső végtagon inkább csak olyankor kerülnek szóba, a mikor a végtag életképességének feltételei már a sérülés jellegéből kifolyólag hiányoznak. Várakozó álláspontot mindenkor inkább kockázthatunk, mint az alsó végtagon. *A gáznak magasra terjedése ép bórallati kötőszövet mellett az amputációnak nem akadálya.* A gáz maga nem ártalmas agens, az gyakran mechanikai okokból terjed oly magasra, a hol még a megbetegedésnek nyoma sincs (*Kirschner*). Egy alkalommal a felkar felső harmadának, a vállnak, a felkarcsontnak és vállizületnek súlyos roncsolódásához társult a folyamat s a kulcsalatti és feletti árkokban, valamint a lapoczkáján, nyakon mindenütt nagy kiterjedésben élénk serczegés volt tapintható. A váll kiizelése után visszamaradt seb, dacára hogy a roncsolt területektől csak néhány cm. vastag szövetréteg választotta el, tiszta maradt, a levegő az említett helyekről eltűnt, úgy hogy pár nap múlva a secundaer varratot alkalmazhattuk.

Legkomolyabbak és legveszedelmesebbek a far-, illetve a medenczetájon, továbbá az alsó végtagon jelentkező gázphlegmonék. E testtájakon tehát már a prophylaxisos beavatkozásoknak is gyökeresebbnek kell lenniök. A fartájon előforduló infectiót tág feltárásokkal s a *beteg szövetek kímésítésével* iparkodunk elhárítani. A végtag úgynevezett el-lövései azonnali amputációt tesznek szükségessé. Legveszedelmesebbek a végtag kiterjedt lágyrészcsoncsolásai mellett a térdfeletti s a czomb felső harmadában levő csonttörések.

Nagyon súlyos toxikus jelenségek esetén, ha a folyamat még nem terjedt fel a törzsre, illetve medenczére s a beteg még nincs in ultimis, magas amputációt kell megkísérelnünk. Sokszor ezzel sem tudjuk megállítani a folyamatot, de nem csoda, mert a foudroyans alakokban az infectio a mélyben, főként a nagy ereket és idegeket (czombverőér, ülőideg) környező laza kötőszövetben rendszeren jóval magasabbra terjed, mint azt a helyi tünetek után vélnénk. A *csontkrecidiva* rendszeren ezekben a piszkos-sárgán elszinesedett, kocsonyásan átívódott szövethézagokban szokott mutatkozni, éppen ezért a *legkisebb gyanu esetén a csonkot tágan nyitva kell hagynunk.*

Hogy mikor amputáljunk (exartikuláljunk), s mikor érijük be a conservatív-operatív eljárásokkal, arra a leírt általános elveken kívül részletes szabályt felállítani alig lehet. *Bár tagadhatatlan, hogy a végtag megtartására irányuló kísérleteink több kockázattal járnak, mint a csonkító eljárások, kötelességünk megkísérteni* mégis, hacsak nem látszik absolut kilátástalannak, hogy a beteg végtagját megtartsuk, feltéve, hogy azzal a beteg életét közvetlenül nem veszélyeztetjük, még ha a conservatív kezelés számunkra több veszélyeséget és idővesztéséget jelent is. Igaz ugyan, hogy egyszer-egyszer csalódás ér s a folyamat a conservatív műtét után is terjed, de azért ilyenkor sem kell félnünk, hogy elkésünk az amputációval, ha a beteg közérzetét, hőmérsékét, szív működését, valamint a helyi tüneteket lelkiismeretesen ellenőrizzük. Hogy tehát amputáljunk-e, azt annak mérlegelésével döntjük el, hogy *hol van s milyen kiterjedésű a roncsolás és hogy milyen rohamosan terjed a fertőzés, illetve milyen mélyreható az általa létrehozott elváltozások.*

Amputatio alkalmával válasszunk lehetőleg *egyszerű módszert*, a mely a legrövidebb narcosist igényli és síma, könnyen hozzáférhető s a sebváladék pangására alkalmas nem nyújtó sebfelületet ad. Ez utóbbi szempontból legmegfelelőbb volna a körkörös egyszakaszos csonkítás, az úgynevezett szálami-metszés. Ezt a módszert azonban, melyet a háború elején többen gyakoroltak, mert lehetetlen és reamputációval is csak nehezen helyrehozható csonkot eredményez, ma már senki sem használja. Alig vesz hosszabb időt igénybe, a jelzett követelményeknek épp úgy megfelel és összehasonlíthatatlanul jobb csonkot eredményez *a körkörös kétszakaszos csonkítás* nagy bórmanchettával, a lágyrészek-

nek retractorral való erős visszahúzásával és a csontnak *Bunge* szerint való ellátásával. Ha a fertőzött góczhoz közel vagyunk, a manchettát, hogy tasak ne maradjon, kifordítjuk s e kifordított helyzetben egy-két öltéssel rögzítjük. Ha a gócztól elég távol, tiszta területen dolgoztunk, a csonkot, a beteget fokozott ellenőrzés alá helyezve, részben összevarrtuk. Csonkjainkat a legtöbbször rövidebb-hosszabb idő múlva secundaer úton elzárhattuk, úgy hogy reamputációt az ily módon végzett műtétek után csak egészen kivételesen kellett végezni.

Az utókezeléskor, bármily beavatkozást végeztünk is, a legnagyobb gondot kell fordítanunk a beteg erőbeli állapotának emelésére, a szívgyengeség és egyéb toxaemiás tünetek elhárítására, mint azt már előbb is hangsúlyoztam. A digalennel kevert (subcután vagy intravenás) sósvíz-beöntésnek nem egyszer csodás hatását láttuk.

Innen is, onnan is figyelmeztetnek, hogy a gázphlegmonés betegen injectiók, tűszúrások nyomában könnyen jelentkezik gázphlegmone. Egyesek ezt azzal magyarázzák, hogy a szervezet általános fertőzése mellett a száraz helyén locus minoris resistentiae támad s alkalom nyílik reá, hogy ott a véráramba kerül bacteriumok új folyamatot indítsanak. Mások meg a szűrő eszköz hiányos tisztaságára, illetőleg fertőzött voltára viszik vissza az említett tapasztalást. Hajlandóbb vagyok ez utóbbi magyarázatot elfogadni, mert mi injectiók beszúrások helyén gázphlegmonét fejlődni nem látunk. Köszönhetjük ezt talán annak, hogy dacára sokszor primitív viszonyainknak, eszközeink keringésére, a kezek abstinentiájára mindig nagy gonddal ügyeltünk s az utolsó időket leszámítva, gummikeztyűkkel is eléggé el voltunk látva.

A sebkezelésben tartsuk szem előtt, hogy a sebgyógyulás első feltétele a *nyugalom*. Ne feledjük el, hogy a mozgás s a seb felesleges piszkálása, izgatása a szunnyadó infectiót életre keltheti. Iparkodjunk a sebet a nyomástól, rázkódtatástól megvédeni. A nyugalmi helyzet biztosítására a végtagot felpolcoltuk, felfüggesztettük, drótsínre helyeztük. *De legtöbb hasznát vettük e tekintetben a Dollinger módszere szerint készített gipszsíneknek*, melyeket az elzás ellen vízhatlan szöveggel béleltünk ki, máskor ablakokkal láttunk el, melyeken át az ellennyilásokba helyezett draincsöveket ki is vezethettük. E módszer mellett nem volt szükséges a végtagot a sínből minden egyes kötésváltás alkalmával kiemel-nünk. Az első végtagok csonttöréseinél kétségtelenül az ablakos circularis gipszkötések vagy a *Dollinger-féle* járókötések biztosítják leginkább a végtag nyugalmi helyzetét, de néhány kellemetlen tapasztalatom után ezeket nagyobb lágyrészcsoncsolás mellett az első napokban, a míg a gázinfectio veszélye fennállott, nem alkalmaztam, mert a sebnek és környékének ellenőrzését nagyon megnehezítik.

Ha a gyógyulásnak szinte elengedhetetlen feltétele a nyugalom, természetes, hogy a *szállítás*, amely a seb nyugalmát a legnagyobb mértékben megzavarja, a betegre nézve *a legkomolyabb veszélyt jelenti.* Számtalanszor volt alkalmam erőszakolt szállításoknak, kényszerű kiürítéseknek sokszor helyrehozhatatlan következményeit látni, s tapasztalni a gázphlegmonének szinte endemiaszerű jelentkezését és teljesen megnyugodott folyamatoknak a legsúlyosabb alakká való átváltozását. A gázphlegmoneban szenvedő, vagy az azon átesett beteget tehát korán ne szállítsuk, mert a szállítás rendszeren a folyamat rohamos tovaterjedését, de sokszor a beteg halálát is maga után vonja. *A tovaszállítást nyugodtan csak jóval a bántalom lezajlása s a seb feltisztulása után eszközölhetjük.* De legyünk óvatosak a nagyobb szövetroncsolással járó sérülések szállítását illetőleg egyáltalán, tartsuk vissza valamennyit, amikor a viszonyok csak megengedik, ha pedig a helyzet kényszerít, tartsuk vissza legalább azokat, akiket a veszedelem legjobban fenyeget.

A sebkezelésre vonatkozólag a háború igazolta ama régi feltevésemet (Első kötés a harctéren, Gyógyászat, Honvédorvos, 1906), hogy az első vonal chirurgiájában az asepsist az antisepsissel kell majd összekötnünk, olykor

helyettesítenünk. Akkor még ezt sokan ellenezték, ma meg már az antisepticumok használatával a másik tülzásba esnek. Ilyen tülzás a sebnek Dakin-Carrel-féle chloros vízzel való állandó öblítése, Dobbartin és Hirschberg szerint való drainezés mellett. Mi ezt meg sem kíséreltük, mert tömegmunka mellett az eljárás komplikált és kivihetetlen. Ellenzik különben Gräfenberg és Sachs-Müke is, mert állandóan izgatja a sebet és beteget, másrészt mert a folyadékot a szövetekre közömbösnek nem tartják. Schlesinger szerint az állandó öblítés a szűk csatornarendszer mellett alkalmas arra, hogy a fertőző anyagot egészséges területre hurcolja tova. Igen jó hasznát láttuk a Schächter-től ajánlott kalium hypermangan.-oldattal készült tartós túrdóknek, de ez is csak hátrább eső kórházban vihető keresztül egyenletes, nyugodt munka mellett.

A nyitvahagyott seb kiöblítésére lysoformot, kalium hypermanganicum-, ezüstnitrat-oldatot, de főként hyperolt használtunk. Utobbinak oxydáló, szagtalanító és mechanikai úton való tisztító hatása feltűnő. Később a chlor-oldatra térünk át, melyet, bár kiváló hasznát tagadni nem lehet, specificumnak mégsem lehet tekinteni. Hátránya a kellemetlen szaga és hogy az ágyon és fehérneműn foltot hagy. A seb mechanikai kitesztítésének céljaira az említettek bármelyike megfelel, de velük a sebet fertőtleníteni nem lehet. A gázphlegmonés folyamatot, mint azt sokszor láttuk, a sebnak jodtincturával való kitörlése vagy leöntése sem tudta megállítani.

A peru-balzsam és jodoform sem tudja a fertőzést befolyásolni, sőt annyiban hátrányosak, hogy a jellegzetes szagot, mely fontos diagnostikai jel s elmaradása a folyamat megállását jelenti, tartósan takarják, saját illatukkal elnyomják.

Az állati szén alkalmazásától sem láttam hasznót, sőt ellenkezőleg, a sebet és környékét alaposan befeketítvén, az ellenőrzést megnehezíti. Franz is azon a véleményen van, hogy a gázphlegmonék fejlődését nem akadályozza meg.

Mi ezek helyett az átöblítés után inkább Dakin-oldatba, Burow-oldatba, hydrogenperoxydiba, 10%-os sósvízbe mártott steril gazet helyeztünk lazán a següregbe, s a sebet annak szomszédságával együtt Burow-oldatba mártott kötőszerral fedtük be. A nedves és száraz kötések azután a sebgyógyulás menete szerint váltogattuk. (Pfann: Első kötés a harcziéren. Gyógyászat, 1906.)

Eseteink egy részében a gázphlegmone legacutabb tüneteinek lezajlása után a nyitott és felig nyitott (Cetto) sebkezeléssel is próbálkoztunk, melyeknek kétségtelen előnye a kötszer-megtakarítás s hogy a seb ellenőrzését jobban biztosítják. De nagy hátrányuk, hogy a beteget a kötés nélkül hagyott seb általában jobban nyugtalanítja, az ágyneműt a beteg nyugtalansága mellett hamar elpiszkolja, több gondot és individualizálást igényel, a mi a tábori kórház specialis viszonyai között igen nehéz és végre, hogy, a mint ezt mások is leszögeztek, a gázphlegmone kezelésének első szakában a folyamatot és sebgyógyulást előnyösen nem befolyásolja.

Ethúzódó, remittáló és intermittáló lázak mellett, chronikus sepsis eseteiben, többször kiváló hasznát láttuk az ezüstkészítményeknek, melyeket electrargol, argosol, col-largol intramuscularis befecskendése alakjában alkalmaztunk. Hasonló esetekben bizonyára még több sikerrel lehetne alkalmazni a Bärsony-féle intravenás sublimatkezelést, amelyről Manninger és mások súlyos általános sebfertőzés eseteiben oly meglepő eredményeket láttak, de amelyekkel, sajnos, magam nem próbálkoztam.

A Bier-féle pangásos vérbőséggel való gyógykezelés, amelyet egyesek a gázphlegmone gyógyítására is ajánlottak, az elülfekvő nagy forgalmú kórházakban még a tartós lefűzés alakjában sem alkalmazható, annál kevésbé a Thies által ajánlott rhythmusos pangás alakjában. Rumpel is, bár a hyperaemiás kezelésben értékes támogatását látja a gázinfectio elleni küzdelemnek, nem tartja azt elegendőnek arra, hogy a folyamatot megállítsa. A rhythmusos pangástól néhány esetben meglepő eredményt látott, de a súlyosabb és rohamosan

terjedő alakokban az eljárás már cserbenhagyta. Akik használták, maguk is bevallják, hogy a kezelés e módja technikai okokból nehezen vihető ki, külön apparatust, nagyon gondos felügyeletet és gyakorlott személyzetet igényel. Mindezek oly kívánalmak, melyek csak hátrább eső egészségügyi intézetekben valósíthatók meg. Mert amikor például kórházam 300 beteg befogadására a legnyomorultabb helyen nagynehezen elkészült, egyetlen napon 2300 sebesült szakadt a nyakába, akik közül az első éjszakán 35-öt vesztettünk el; pangásos kezeléssel így természetesen szó sem lehetett.

A nehézségek dacára néhány esetben megkíséreltük a Bier-eljárást, de lényeges eredményt nem láttunk tőle; Thies, a Bier-pangás szószóloja, maga is beismeri, hogy azok az eredmények voltak a legszembeötlőbbek, melyekben kifejezett gyuladással tüneteket talált (tehát a vegyes fertőzések). A Bier-pólya a reactiv gyuladás fokozására való eszköz, de itt nincs mit fokozni, mert a legtöbbször nincs is gyuladás. Aztán meg, tekintettel a műtét és kórboncolás alkalmával egyaránt talált gyűjtőér-thrombosisokra, használata aggályos is. Félő, hogy általa a stasist még inkább fokoznánk. Praeventiv alkalmazásának talán több hasznát látnánk, nem azért, mintha vele a felszívódás útjába gátat emelnénk, mert a felszívódás, mint az előbbiekben már kiemelttem, nem a nyirokereken történik, hanem, mert a vele előidézett bővebb secretio révén az anaerobokat kiküszöbölni segítenénk.

Tömegmunka mellett azonban a Bier-pólya praeventiv célból még kevésbé alkalmazható. A mikor a hadisebészettel még csak elméletből ismertem s békétapasztalásaim alapján a Bier-féle pangást harcziéri sebfertőzések leküzdésére ajánlottam (Sübacut és acut fertőzések gyógyítása a vérbőség fokozásával, Gyógyászat, 1906), megvallom, ezeket a nehézségeket elképzelni sem tudtam. De mentsegemre szolgál, hogy akkor még a régebbi tapasztalások alapján a gyalogsági puska okozta sérüléseket 85%-ra, az összes egyéb sérüléseket csak 15%-ra becsülték. Ki gondolta volna, hogy ez az arány a mai háborúban szinte egészen megfordult. És ilyen értelemben változott meg a sebfertőzések aránya is, mert ezek rendszerint a tüzéségi és más sérülések, de legkevésbé a puska lövések nyomában járnak.

A technikai nehézségeken okulva, a vérbőség fokozására Rumpel is inkább a seb környékére rakott meleg kataplaszmakkal éri be, melyeket vászonpárnácskába foglalt vastag papírvattából rögtönöz és melegít fel forró vizgőzön. De hiszen ez már activ hyperaemia, amelylyel ott vagyunk, ahol a párló kötésekkel, melyeknek hasznát és czélszerűségét senki sem tagadja.

Ha sikerült is azzal a fokozott gondossággal, éber figyelemmel, főként pedig nagyobb sebészti activitasunkkal, melyekre előző szomorú tapasztalásaink tanítottak, a gázphlegmonék számát s azok halálozási arányát lényegesen csökkentenünk, be kell mégis ismernünk, hogy még mindig jelentékeny azoknak az eseteknek a száma, ahol a sebészti therapia csődöt mond. Még ma is sokszor csak egy-egy végtag felalldozása árán vagy még így sem tudunk gátat vetni a folyamatnak és megmenteni a beteg életét.

Azok után a fényes és elvitathatatlan eredmények után, melyeket a tetanus elleni védőoltásokkal elértünk, bizalommal és nagyon türelmetlenül vártuk, hogy mi szűrődik le számunkra segítő társainknak, a bakteriologusoknak szorgos és czéltudatos tevékenységéből. Közben kevesebb rendszerességgel, a bakteriologia és serologia ösvényein inkább csak vaktában tapogatózva mi sebészek magunk is kísérelteztünk. 1916-ban, amikor a teinjectiókkal próbálkoztak szélitében (a mi frontunkon is), én is megkíséreltem valamit, amit érdemesnek vélek itt felemlíteni, mert vele eredményeinket lényegesen sikerült megjavítani. Azt merném állítani, hogy 1916 augusztusától kezdve mindazon eseteink, amelyek a toxin-aemiának még nem nagyon előhaladt szakában kerültek kórházunkba, s amelyek nem voltak egyébként életveszélyes sérülések (agy-, hassérülések, csipőizület, medence roncsolása, valamely nagy verőér sérülése), módszerünkkel a megfelelő sebészti beavatkozások mellett egytől-egyig meggyó-

gyultak. A módszer abban állott, hogy az előbb vázolt sebészeti eljárásokkal egyidejűleg, illetve azonnal a gázphlegmone megállapítása után nagy adag diphtheria-antitoxint (4—6000 AE) fecskendeztünk a beteg bőre alá. Többnyire Preisz-féle magyar savót, ennek hiányában azonban idegen készítményeket is használtunk, belőlük egyszerre 20—25 cm³-t használva el.

A diphtheria-antitoxinnal való oltás után feltűnő gyors javulás mutatkozott úgy az általános, mint a helyi tünetekben. A közérzet, erőbeli állapot és szív működés már 10—12 óra múlva feltűnő változást mutatnak. Az arc nagy sápadtsága eltűnik, az arczkifejezés nyugodtabbá válik, a fájdalmak, feszülés érzete fokozatosan szűnnek. A jellegzetes üszkös szag már a legközelebbi kötésváltáskor alig érezhető, a revisio és kimetszés után még visszamaradt beteg szövetek feltűnő gyorsan elhatárolódnak és ellökődnek. Egyszóval a sebüreg gyorsan feltisztul, a sebváladék sűrűbbé válik s hamarosan a pus bonum et laudabile-nek ad helyet.

A diphtheria-serum alkalmazása után a hőmérsék is érdekesen változik. Az egészen kezdődő folyamatok mellett mutatkozó subfebrilis hőmérsék (37·8—38°) futólagos emelkedés után normalissá válik. Azokban az esetekben, ahol subnormalis (collapsusos) temperatura volt (ezek a legsúlyosabb esetek), 10—12 óra múlva 38—38·5°-ra emelkedik a hőmérsék. A középsúlyos folyamatok mellett legtöbbször talált 39—39·5° láz az oltás után 1/2—1 nap múlva 38·5—38°-ra süllyed, majd napokon, néha heteken át subfebrilis marad.

A verőérlökés megváltozása is rövid idő kérdése. Az üres, könnyen elnyomható vagy alig tapintható szopora pulsus (140—160) erőteljesebbé válik és leszáll 100—96-ra, amelyről azután a hőmérsékkel összhangban süllyed a rendes pulsus-számra.

A folyamatot a legtöbb esetben már az első 24 órában sikerül megállítani. Ha az általános tünetek az első 24 órában nem javulnának, vagy a seb átvizsgálásakor a folyamat terjedését vagy exacerbációját vennők észre, de súlyosabb esetben mindenképpen a serum adagolását (esetleg több napon át is) ismételjük.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Geschichte der Apotheken und des Apothekerwesens in Wien von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Herausgegeben vom Wiener Apotheker-Hauptgremium. I. Band. Dr. Ignaz Schwarz: *Geschichte des Wiener Apothekerwesens im Mittelalter.* Wien. Verlag des Wiener Apotheker-Hauptgremiums 1917. XXIV. és 289 lap. 12 táblával és 4 szöveg-illusztrációval.

Nemcsak messzemenő anyagi áldozatkészségről, hanem ennél is nagyobb kulturális érzékről tesz tanubizonyságot e könyv, melyet a multjára méltán büszke bécsi gyógyszerésztület a legilletékesebb szakemberrel, Dr. Schwarz Ignác-czal iratott meg, kinek első e téren mozgó közleménye 1893-ban jelent meg a „Pharmazeutische Post“-nak a szaktörténelemnek mindenkor nyitva álló hasábjain. Azóta sem szűnt meg azonban Dr. Schwarz e témával tovább is foglalatalkodni s hangyaszorgalommal gyűjteni az anyagot a legkülönbözőbb levéltárakban.

Szinte reánehezedik e könyv ismertetőjére, hogy érdeme szerint járjon el ez alapvető nagyértékű munkával. Közelebbi ismertetéséről hely szűkiben, sajnos, le kell mondanunk s beérnünk azzal, hogy gazdag tartalmáról röviden számot adva, az érdeklődőt magának a műnek élvezetszerző áttanulmányozására biztassuk.

A könyv első terjedelmes fejezete a bécsi középkori

gyógyszerészi kar általános viszonyairól szól, még pedig első sorban az orvosi karhoz és a városi hatóságokhoz való viszonyáról, mely — közbevetőleg megjegyezve — nem mindig a legbarátságosabb volt. Ezen fejezet függelékékként olvashatjuk az 1465-ben német nyelven kiadott gyógyszerészi rendtartás-tervezetet. Ezután az 1320 és 1520 közti időről felkutatható bécsi gyógyszerészeket sorakoztatja fel a szerző a róluk fennmaradt telekkönyvi feljegyzésekkel. Ez a lajstrom maga 50 oldalt foglal el. Mellékletként hat gyógyszerésznek a végrendeletét mutatja be az 1399—1427 közti időből. Majd reátér a bécsi gyógyszerészek polgári helyzetének megvilágítására, vagyoni és családi körülményeikre, nyilvános működésükre s a város gyógyszerész-negyedének ismertetésére térkép melléklésével.

Igen érdekes része a munkának *Stainpeis Márton* bécsi egyetemi tanár (1460—1527) működésének és „Liber de modo studendi seu legendi in medicina“ cz. 1520 körül megjelent munkájának közelebbi ismertetése és méltatása, a mely behatóan foglalkozik a középkori gyógyszerészek kiképzésének az ügyével s magával a gyógyszerertannal, melyben *Stainpeis* teljesen az arabs orvosi tudomány követőjének mutatkozik be.

Ezek után *Schwarz* a 15. századbeli bécsi gyógyszerárszabásokat közli és pedig az 1443., 1457. és 1459. évekből, az egykorú kommentárral és ezen árszabásoknak egy összehasonlító táblázatával.

A munkát gondosan elkészített névmutató zárja le.

A könyv ábráinak nagy része valóságos műmelléklet számba megy. Ilyen például az I. és a VII. tábla, a bécsi Szent István-templom nyugati oldalán látható epitaphium reproductiója, mely az 1509-ben elhalt Hold Ágoston gyógyszerészt tünteti fel térdelő helyzetben, a VI., III. Frigyes császárnak egy 1480 január 11.-én kelt decretumának facsimile-ja, melylyel Taschendorfer gyógyszerészt nevezi ki városhíróvá, vagy a X. és XI. tábla, mely az 1457., illetve az 1459. évi gyógyszerárszabvány egyes lapjait tünteti fel.

A munkát nagyon melegen ajánljuk az érdeklődő orvosok, gyógyszerészek és kulturtörténészek figyelmébe.

Györy.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az influenzában — úgy mint minden fertőző betegségben — nagy szerepet játszanak a szervezet normalis védekező erői, ezek között elsősorban a csontvelőnek leukocytákat termelő képessége. A lefolyás már most attól függ, hogy milyen gyorsan fokozódik ez a védekezőképesség; ha gyors a fokozódás, akkor kedvező a lefolyás, mert a még nem nagyon elszaporodott fertőző anyagot le tudja küzdeni a gyorsan fokozódott védekezőképesség. Iparkodnunk kell tehát a védekezőképességet gyorsan lehető magas fokra emelni, a mi azonban csak akkor sikerül, ha a fertőzőanyag, illetőleg az általa termelt toxin még nem szaporodott el annyira, hogy megbénítja a védekezőképességet. A védekezőképességnek a betegség kezdetén magas fokra emelését *Müller* és *Zalewski* aolan-befecskendezésekkel véli elérhetni. Az aolan csira- és toxinmentes tejfehérjeoldat, melyet a Beiersdorf-czég hoz forgalomba 10 cm³-es ampullákban. Az aolan parenteralisan a szervezetbe juttatva, erősen fokozza a csontvelő sejtermelő és immunizáló működését minden káros mellékhatás nélkül. Sokszor már egy intraglutaalis befecskendezés elegendő volt a láz megszüntetésére és a betegség tüneteinek csökkentésére; ha ez nem következik be másnap, esetleg harmadnap is megismétlendő a befecskendezés, minden alkalommal 10 cm³ mennyiséggel. 50 ilyen módon kezelt eset mind gyógyulással végződött. (Medizinische Klinik, 1918, 47. sz.)

Az influenzában észlelhető vörhenyszerű kiütésről ír *Morawetz*. Eddigi tapasztalatai szerint ez a kiütés nemcsak súlyos, hanem enyhe esetekben is előfordul. Az influ-

enza 1. vagy 2. napján jelentkeznek és néha csak órákig tart, máskor azonban napokig fennáll. Főleg a törzsöt lepi el, azután a végtagokat, főleg a czombok belső felületét. Az arcon a szerző sohasem látta. A vörhenytől való megkülönböztetés szempontjából tekintetbe vehető az angina: influenzában keskeny szegély látható az inyvitörlak szélén, a vörhenyre jellegző piros foltocskák a lágy szájpadláson hiányzanak. Az angina mérsékelt foka és a málna-nyelv hiánya főleg magasabb láz, súlyosabb általános tünetek és bőséges kiütés esetén értékesíthető, mert ilyenkor nem lehet szó enyhe vörhenyről, amelyben az angina mérsékelt és a málna-nyelv hiányzik. A hyperaemiás bőrfolliculusok kiemelkedése bőséges exanthea mellett inkább vörheny mellett szól. Hámlást az influenzás exanthea után a szerző nem észlelt. (Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 47. szám.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A jodismus megszüntetésére *Milian* az adrenalint ajánlja. Az 1:1000 oldatból naponként kétszer veendő be 6 csepp. (Ref. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1918, 19. füzet.)

Influenza-pneumonia néhány nagyon súlyos esetében *Friedemann* tanár (Berlin, Virchow-kórház) jó eredménnyel használta a polyvalens pneumo-streptococcus-serumot (Sächsisches Serumwerk), amelyet 50 cm³ mennyiségben fecskendezett be két nap egymásután a czomb izomzatába. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 47. szám.)

Influenza ellen *Treupel* tanár klinikáján (Frankfurt a. M.) jó eredménnyel használják *Wachter* közlése szerint a fulmargin nevű colloidalis ezüst-készítményt. 5 cm³-t fecskendeznek be naponként 1—2-szer a készen kapható, kb. 1%-os oldatból intravenásan. E mellett influenza-pneumonia eseteiben digitalis-t és kámfort is adnak (naponként kétszer 5—10 cm³ ol. camphoratum forte a czomb izomzatába), esetleg vért bocsátanak. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 47. sz.)

A kézdesinfekcióról *magnosterinnel* ír *Manninger*. A magnosterin nevű magyar készítmény teljesen megfelel a jó kézdesinfekciótól megkövetelt következő feltételeknek: 1. teljesen biztosan, gyorsan és tartósan hasson, 2. ne támadja meg hosszas használat esetén se a bőrt. Ez utóbbi tekintetben azonban megjegyzendő, hogy a magnosterin erősen szárítván a bőrt, a zsír pótlásáról gondoskodni kell; e célra nagyon jónak bizonyult az ammoniával szappanosított stearinből készült pasta (Kereszty és Wolf cég), amely egyúttal a magnosterin hypochlorit-szagát is elveszi. A legszigorúbb ellenőrzéssel végzett bakteriologiai vizsgálatok kimutatták, hogy a magnosterinnel tisztított kéz felülete 100%-ban, a körömálja gyakorlottabbakon szintén 100%-ban, kezdőkön 88%-ban steril. A magnosterin használatának technikája a következő: ha van víz és szappan bőven, a kéz rendszeres megmosása és a köröm megtakarítása után a kézhez tapadó vízzel összekeverve 5 percig jól dörzsöljük kezeinket (kefe nélkül) magnosterinnel, amíg a kezét teljesen elborító pastaszerű anyag habzani kezd; a leöblítés tiszta vagy magnosterines vízzel történik. Ha kevés a víz és jó szappanunk nincs, a száraz kézre annyit veszünk a magnosterinből, hogy ez a kéz felületét teljesen ellepje. Korszából csepentett kevés vízzel már most addig mossuk kezünket, amíg szemmel láthatólag minden szenny lejt róla; körömtisztogatás után kevés vízzel újból addig dörzsöljük kezünket magnosterinnel, míg a pasta jól habzik. Ügyelnünk kell arra, hogy a magnosterin a köröm ágya és gyöke alá jól behatoljon. (Orvosképzés, 1918, 4.—6. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 47. szám. *Preisich Kornél*: Az influenzáról. *Keve Ferencz*: Háborús tapasztalatok a húgyincontinentiában szenvedőkről. **Budapesti orvosi ujság, 1918, 48. szám.** *Horváth Dezső*: A kitűntes láz kóroktana és laboratoriumi kórjelzése.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Wilteck Vilmos* dr.-t a magyaróvári Karolina-kórházhoz rendelőorvossá nevezték ki.

Meghalt. *Herczel Manó* dr. 57. évében november 28.-án. Legközelebbi számunkban bővebben méltatjuk érdemeit. — *Erreth L. jos* dr., a pécsi kórház nyugalmazott igazgató-főorvosa 73 éves korában nov. 12.-én. — *Sipőcz Géza* dr., a pécsi köz-kórház elmeosztályának főorvosa, november 22.-én. — *Székely Kálmán* dr., Beregmegeye tiszti főorvosa, november 16.-án. — *Lesmann Henrik* dr., Fogarasmegye tiszti főorvosa, 50 éves korában. — *Csiszér Miklós* dr., kászonalcsiki járárorvos, 68 éves korában. — *Riesz Ignác* dr. november 20.-án Győrött. — *Horváth Jenő* dr., honvéd ezredorvos 29 éves korában, november 16.-án Budapesten. — *Bornemisza József* dr., a miskolci Erzsébet-kórház műtőorvosa nov. 20.-án. — *Varjas Mór* dr., enyingi körorvos 55 éves korában nov. 14.-én. — *L. Stieda*, régebben az anatomia tanára a königsbergi egyetemen, ismert anatomus 81 éves korában. — *B. Wolff*, a kórboncztan rendk. tanára a rostoczi egyetemen, 48 éves korában.

Az **epidemiás influenza** egész Európában s az Egyesült Államokban is teljes erővel dühöng. Angliában különösen London és Liverpool lakosságában szedi nagy számmal az áldozatait; a hivatalos statisztika szerint, a mely Angolország 96 nagy városára terjed ki, a halálozási arány ezekben a járvány következtében 11.4 pro millieről 20.7-re emelkedett. Az Egyesült Államok nagyobb városai is sokat szenvednek a járványtól; Washingtonban minden iskolát, színházat és mulatóhelyet bezártak, sőt Philadelphian a templomokat is.

Alkoholelvonó-intézet.

Az Általános Közjótékony-sági Egyesület Rákospalotai Gyógyítóháza Rákospalota, Árpád-utca 12. — Psychotherap. — Foglalkoztatás. — Vízgyógyász. — Prospektus.

Dr. Greslikin Milivoj röntgenlaboratoriuma teljes Lillienfeld-berendezéssel. (VIII. Csepreghy-u. 2.) Nyitva van hétköznap déli 11—12-ig csak gyomorbéleseknek, d. u. 3—6-ig pedig egyéb eseteknek (mélytherapia, stb.)

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

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

SZT. GELLÉRT

gyógyfürdő és szálló, Budapest

A régi nagyhírű Sárosfürdő 47° C forrása. Termális és fizioterapiás gyógyintézet. Termalfürdők, iszap-, szén-savas fürdő, vízgyógyintézet.

Inhalatorium, pneumatikus kamra stb. Elsőrangú szálló, diétás étkezés. Kiváratra prospektus. Igazgató-főorvos: **Dr. Bosányi Béla**, kir. tanácsos.

Fővárosi Fásor Sanatorium

vegyi-, bakteriologiai és serologiai laboratoriuma.

Budapest, VII., Városligeti fasor 9.

Telefon: József 15—26

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM

Budapest, I., Tétényi-út 12—16. Telefon: József 81—75.

Újonnan átalakítva és kibővíve. Keserűs-fürdők és ivókúra. Szén-savas-, oxigen-fürdők, hőlég-kezelés és vízgyógyintézet. Villanyozás és massage. Hízókúra. Vezető-főorvos: **Dr. Czirfusz Dezső** kir. tanácsos, a ki állandóan a telepen lakik.

Egész éven át nyitva.

Orvosi laboratorium

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

DR. Réh

Elektromagneses gyógyintézet, VII., Városligeti fasor 15. sz.

Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Álmatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis, — bénulások, rheumás bajok, arteriosklerosis stb. ellen

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út végén.) Telefon. Iroda: József 91 47. Telefon Orvosok: József 95—08. Sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati és szül. szeti osztály.

Sz. bad orvoslásosztály.

RÖNTGEN. RADIUM-KEZELÉS.

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

Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, nőbeli (csecg), szülönknek. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratorium.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest,

IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete

VIII., Máriá-utca 31.

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma

VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121—02.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete

Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFURED. Helioterapia.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület. (XVII. rendes tudományos ülés 1918 november 9.-én.) 626—627. lap.

Budapesti Orvosegyesület.

(XVII. rendes tudományos ülés 1918 november 9.-én.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Csiky József.

Hozzászólások

Buday Kálmán „Az influenza kórbonczana és bacteriologiája” és Bence Gyula „Az influenza klinikája” előadásaihoz:

(Folytatás.)

Hutyra Ferenc: Az influenza fölötté rohamos terjedése, valamint az analogia bizonyos állati betegségekkel nagyon valószínűvé teszi, hogy okozója a filtrálható vírusok közé tartozik. A betegség kórképének rohamos kifejlődése heves, általános vérfertőzésre vagy intoxicatióra utal, mely elsősorban a vérrendszert támadja meg, ennek következménye a nyálkahártyák vérbősége és a hajlamosság vérzésekre. Súlyos fertőzés esetén a tüdők erős vérbősége közvetlenül lebenyes vagy lebenyész tüdőgyulladásba mehet át mely tehát ilyenkor valószínűleg nem mindig másodlagos szövődmény, hanem hozzátartozik az influenza sajátlagos kórképéhez, míg a különféle bakteriumok már csak a beteg tüdőszövetben szaporodnak el.

Ha bebizonosodik, hogy az influenzát valóban filtrálható vírus okozza, akkor a hozzá hasonló betegségekre vonatkozó tapasztalatokból következtetve, kedvezőtlenek a kilátások a védekezés és a specifikus therapia tekintetében. A betegség erősen fertőző jellege miatt, minthogy az embereket nem lehet mozgási szabadságukban megfelelően korlátozni, lehetetlen terjedésének útját állni, aminthogy ezáltal sem volt a hatósági intézkedéseknek hatásuk, mert a járvány ezek nélkül is enyhült volna. Minthogy a filtrálható vírusok itt szóban levő kategóriái szorosan fajhoz kötöttek, hatékony specifikus védőserum előállítására kevés a kilátás, mert az influenza vírusa iránt csak az ember léven fogékony, csak emberek hyperimmunizálásával lehetne azt készíteni, ez pedig természetesen lehetetlen dolog, pedig a hasonló állati betegségek ellen a specifikus serumoknak úgy védő, mint gyógyító hatása minden kétségen felül áll. A salvarsan és a sublimat hatástalannak bizonyult az analog állati betegségek ellen. Az egyedüli vigasztaló momentum, hogy az influenza immunizál, a járvány lezajlása után tehát előreláthatóan megint hosszabb szünet fog következni addig, míg új generatio ismét fogékony talajt fog szolgáltatni a vírus számára.

Jendrassik Ernő: A tiszta influenza a gyorsan múló sepsisnek felel meg, ez 1—3 napi lázzal véget ér, néha pár tized hőemelkedés még tart ezen túl. A mi ezen kívül jelentkezik, az másodlagos fertőzés, így egyes helyeken és bizonyos időkben száraz bronchitis heves köhögéssel, máskor tüdőgyulladás és ritkábban egyéb szövődmények. Az influenza ezen betegségek kifejlődésére megadja a talajt, körülbelül úgy, mint a kanyaró. Az influenza-járvány kitörésének körülményeit nem ismerjük eléggé, az eddigiekből azonban kitűnik, hogy ez a baj nem terjed vívő állatokra (szünyög, tetű, poloska), nem italad vizek mentén s nem egészen bizonyos, hogy emberől mennyire terjed át emberre. Az azonban kétségtelen, hogy óriási földterületeken terül szét igen rövid idő alatt, e tekintetben minden más fertőző bajt tetemesen felülmúl. Ez a körülmény vall arra, hogy a levegővel, a szelekkel jut tova, hogy tehát mikrobája tovább állja a száraz állapotot, mint sok más pathogen bacterium. Ebből következik, hogy ellene a védekezés igen nehéz s a budapesti tapasztalatok is kimutatták, hogy a hatósági rendelkezések nem befolyásolták a baj terjedését. A gyógyítás tekintetéből hangsúlyozza, hogy ne féltsük a szívet! A szív szenved a legkevésbé e bajban, a sepsises halál nem szívhalál. A szívre ható szerek nem mentik meg a beteget. A véletlennek igen nagy befolyása van a statisztikákra s kis számokkal dolgozva, gyakran nagyon csalódunk a terapiában.

Berend Miklós: A járvány kezdetén, azt a megbízást adta Schiff Ervin dr. segédjének, hogy világitson át minden beteget. Miután minden, osztályára felvett gyermekben a Pirquet-féle cutan reactiót elvégezték, hamar feltűnt, hogy még egész kétségtelen tuberculosisos hilus-infiltratióban szenvedő gyermekek sem adták a megbetegedés alatt a cutan reactiót. 64 vizsgált betegük közül 61-en negatív, 3-on gyengen pozitív volt az. Tekintetbe véve, hogy a vizsgált betegek kora szerint körülbelül 60%-ban pozitív reactiót kellett volna várnunk, kétségtelen, hogy olyan megbetegedéssel állunk szemben, a mely éppen úgy, mint a morbilli, allergiássá teszi a szervezetet. A reconvalescentiában 28 beteget volt alkalmuk arra vizsgálni, hogy mikor tér vissza a pozitív reactio. E vizsgálat eredménye, hogy 12 eset még az 5. napon negatív volt; 4 eset a 10. napon, 7 eset a 15. napon, sőt egy eset a 17. egy másik pedig még a 28. napon is negatív volt. Hosszabb ideig tart tehát az allergia, mint morbilli után. Ennek a ténynek a tuberculosis elterjedése szempontjából, azt hiszi, nagy jelentősége van és szükségessé teszi, hogy a járvány következményeivel ezen szempontból foglalkozzunk.

Bókay János: A fővárosi influenza-járvány megbetegedéseinek számát 150.000-re tehetjük. A halálozások száma a hivatalos adatok szerint több mint 2000. A megbetegedések jórészt 15—35 év között

jelentkeztek. Gyermekek aránylag kisebb számmal betegedtek meg s kevésbé súlyos tüneteket mutattak. A nők praevaleálását más járványok alatt is észlelték (Biermer 1885). A Pfeiffer-féle bacillus a betegek köpetében a legtöbbször nem mutatható ki, a mi szintén ellene szól annak hogy e bacillus az influenza kórokozója. Tekintettel arra, hogy a járványok néhány hét alatt lezajlanak, kétségtelen, hogy az influenza vírusa csekély tenacitással bír s ez a körülmény nem teszi valószínűvé azt a feltevést, hogy a betegség a széliránnyal s nem a közlekedési utak mentén terjed. A gyermekanyagban Bókay gyakran látott gégetüneteket többé-kevésbé erős intenzitással, sőt néhány esetben a laryngitis subglottica legsúlyosabb alakjait is észlelte. Ily esetek kórbonczolásakor a kép laryngitis phlegmonoso-ulcerosa-nak felel meg, melyet helyesebben talán laryngitis necrotica-nak (Ghon) nevezhetünk. A véresen-genyesen beivódott gége- és légcső-nyálkahártya körülírtan rostonya-hártyákat is mutat. Hasonló tapasztalatokat tettek a jelenben mások is. Ha ily esetekben a stenosis oly fokot ér el, hogy a fulladás veszélye operatív beavatkozást tesz szükségessé, a légcsőmetszést választaná, mert intubatio mellett aránylag rövid ideig tartó tubusfekvés is súlyos felfekvésű fekélyződést okozna.

Benedict Henrik: Némely influenza-eset prognózisára akár néhány megjegyzést fenni.

Nagyon sok függ a bacterium virulentiájától vagy az endotoxinoktól, de sok függ a beteg alkattól, dispositiójától, szóval endogen okoktól. Rámutat arra, hogy különösen azok az egyének, a kik rövid, széles mellkassal bírnak, erősen feltölt rekeszizommal, széles praecardialis szöglettel, rossz haslégzéssel, a kik egyébként is plethorásak és nedvdúsak, azok, a kiknél a tüdőgyulladás legrosszabb indulatú szokott lenni és a hol a társfertőzések a leggyakoribbak. Az ilyen egyének mellkasa éppen az ellentétje az astheniás egyének mellkasának, a thorax paralyticusnak. Bizonyos döntő befolyással bír az említett thoraxforma kóros praedispositiójára a szív és a tüdő közti nagyságbeli viszony, melynél fogva a tüdő volumene kisebb, holott vérbősége nagyobb.

A kis vérkeringésnek ez a meglevő nagyobb plethorája nyilván kedvez annak a hyperaemizáló tendenciának, mely a kórbonczani elváltozások alapját teszi.

Feltűnő, milyen rosszindulatú a lefolyás a legjobban kompenzált mitralis billentyűhibáknál, milyen fulminans módon, milyen erős vérzések kíséretében fejlődik ott ki a tüdőgyulladás.

Terhes asszonyok szintén feltűnően rosszul tűrik a betegséget. Ennek egyik oka az általános plethorán kívül a kis vérkeringés különleges túlerőltetése, mely már az ismert physikalis jelekben jut kifejezésre. Itt ismeretes tényekre is lehet hivatkozni: a tüdő pangásos hyperaemiája bizonyos infectiókat positiv vagy negativ értelemben tud befolyásolni.

A gümőkór bacillusáról például tudjuk, hogy a tüdő hyperaemiája nem kedvez a fejlődésének. Lehet, hogy a gümőkóros egyének bizonyos fokú immunitása azzal függ össze, hogy az említett anatomiai viszonyok fordítottja áll fenn (kis szív, terjedelmes anyag és vérszegény tüdő).

Igen fontos a rekeszizom állása és viselkedése. Olyan nők, kik a jobbmódú, kevésbé dolgozó osztályhoz tartoznak, kiknek hasfalja és hasürege erősebben zsirtartalmú és a kiknek az abdominalis légzése rossz, igen hamar kapnak atelektasiát és alulról gyorsan terjedő tüdőgyuladást. Egyes esetekben úgy látszik, hogy a rekeszizom nem praexistáló okoknál fogva, hanem a betegségből kifolyólag gyengül. A szegycsont melletti fájdalmak, melyek a betegséget bevezetik, néha mediastinalis mellhártyalobból származnak. Ezekben és a diaphragmás mellhártyalobokban könnyen szenved a phrenicus, a gyakori csuklás onnan származhatik. Ilyen esetekben a rekesz igen gyorsan feltolul és ez megindítja a circulus vitiosus a tüdő és a szív részéről.

A cyanosis nem származik mindig a bronchiolitistól. Valószínűleg toxikus eredetű, a vörösvérsejtek fokozott oldódásával függ össze, épp úgy, mint az icterus.

Legerősebb terh s nőkön, kik egyébként is plethorásak, a vörösvérsejtek nagyobb labilitással bírnak, mint rendesen. Ismeretes a terhességi icterus, a terhesek fokozott cholesterin-forgalma, fokozott májtévekenysége, epefestéktermelése stb.

Lehet, hogy a nők, különösen a terhes nők dispositiójának egyik kulcsa éppen a vörösvérsejtek fokozott labilitásában keresendő.

Ország Oszkár: A tüdőgümőkórban szenvedők a spanyol influenzával szemben általában ellentállók. Az Erzsébet-sanatoriumban 250 beteg közül összesen 7-en kapták meg a betegséget, míg 60 cseléd közül 32, 8 ápolónő közül 4, holott hygienés viszonyok egyezők. A nagyobb ellentállóképességet részben szintén constitutionalis okokra, részben arra vezeti vissza, hogy a tuberculosisosok a sepsis okozó bacillusokkal és coccusokkal szemben ellentállóbbak. Tapasztalatai szerint a tonsillitis is csak könnyű betegeken fejlődik ki, a II. stadiumban már ritkább és tüdőbetegeken vegyes fertőzés esetén is ritkán látható a sepsis kórképe.

Az incubatio rendszerint rövid, de hosszabb időre is terjedhet. Egy 6 ágvas szobában szeptember 4—8-ig szabadságáról visszatért súlyos influenzás beteg tartózkodott. 16.-án 1, 17.-én 2 betegtársa hasonló súlyos bajjal dőlt ágyának. Ez időben a személyzet körében

megbetegedés nem fordult elő, miért is azt kell feltételezni, hogy az incubatio hosszabb ideig tartott.

Grósz Emil: Már az előző influenza-járványok tapasztalataiból tudjuk, hogy a szemeken is keletkeznek elváltozások. Ezúttal csak három complicatióra óhajtaná a tisztelt egyesület figyelmét felhívni. Az első a metastasizos iridochorioiditis. Már *Jendrassik* is hangsúlyozta, hogy az influenza sepsis benyomását teszi, ugyanezt írta *Bárony* s ennek praegnans kifejezője az a kórkép, a melyet néha az influenza lefolyásában látunk. Ilyen nagyon jellegzetes eset volt a *Ligeti* Ármin tagtárs betege, kinek mindkét szemén sok izzadmánnyal járó plastikus iridochorioiditis keletkezett. A kórkép hasonlít ahhoz, a melyet puerperalis láz kíséretében látunk. A súlyos alak ritka, az enyhébb annál gyakoribb.

Egy második complicatio, melyre a tisztelt orvosegyesület figyelmét felhívja, a glaucoma. Valószínű, hogy a glaucomára disponált szemeken keringési zavarok, a melyek, a mint éppen a mult heti fejtegetések alkalmával is hallottuk, az influenzában kifejezettek, alkotják az alkalmi okot. Fontos, hogy a gyakorló-orvos a glaucomás rohamot idejekorán felismerje. Végül a neuritis retrobulbarisról kell megemlékeznie, valószínű, hogy keletkezését az orr melléküregeinek empyemája közvetíti, de az is lehetséges, hogy direct toxinhatás. Sokszor egyoldali — ez az előbbi magyarázat mellett szól —, kezdetben a szemfenék ép, de a centralis scotoma elárulja a baj székhelyét.

Legyen szabad ezen specialis megjegyzések után néhány szót a prophylaxis tanulságairól szólni. Czélszerűtlen és felesleges intézkedések discreditalják a hygiene követelményeinek kivételét. Ilyen czélszerűtlen és felesleges intézkedések egész sora történt. És pedig a legilletékesebb factorok véleménye ellenére. Az országos közegészségi tanács kijelentette, hogy nem tartja szükségesnek az iskolák s a jól szellőzött színházak bezárását, még kevésbé a főiskolákat. A belgyógyászati 3 ordináriusát külön is megkérdezték, hogy indokolt-e az egyetem bezárása; nem javasolták. Ennek ellenére mégis bezárták. Hogyan történhetett ez? Egyszerűen azért, mert az imperium nem a szakember kezében van. De most már elég volt ebből. A demobilisatio s a háborút követő nyomorúságok hangosan követelik, hogy az ország közegészségügyét szakember vezetése alatt álló központ irányítsa! Olyan fontos ügy ez, hogy javaslatot tesz az orvosegyesület igazgatótanácsát felkérni, hogy a kormány figyelmét hívja fel arra, hogy szakember vezetése alatt álló közegészségügyi központi szerv létesítése égetően sürgős.

1913 márczius hó 15.-én e helyről indítványozta, hogy sürgessék a polgári közegészségügy-szervezetet háború esetére. $\frac{5}{4}$ év mulva kitört a háború s a szervezkedés, egy részletkérdést leszámítva, nem következett be. De ma már nem lehet pazarolni emberéletet. Takarékoskodunk kell azzal, a mink még van! Ezért nagyon indokolt, hogy az igazgató-tanács a kérdéssel foglalkozzék s úgy mint 1914-ben, felterjesztést intézzen az illetékes miniszteriumokhoz. Szívvel kívánja, hogy ennek több sikere legyen mint 1914-ben.

Büchler Antal: A gyakorló-orvos szempontjából világitja meg a spanyol betegséget. Tapasztalata szerint legjobban gyógyul, ha a beteg ágyban fekszik, jól táplálkozik, nem vesz antipyreticumot és nem kap borogatást. A spanyol betegség gyakorlati szempontból nem fedi a mi influenzánkat, mert míg ez utóbbinak tartama 1—3 hét, addig a spanyolé 1—4 nap; a spanyolnak a láza sokkal magasabb, a betegek mégis jobban türik; az influenzában a láztalan szakban oly fokú pu'su-ritkulás jelentkezik, a melyet a spanyolnál nem látni; az influenzát az aspirin gyógyítja, a spanyol gyógytartamát meghosszabbítja; hideg borogatást egyik sem tűr; az influenzában complicatio majdnem minden szervben előfordulhat, a spanyolban főleg a légutakban és a béltractusban.

Védőszere a tisztaság, prophylaxisa a jó táplálkozás; cardinalis tünete a kezdeti szakban a heves végtagfájás és a torok, garat belőveltsége; gyógymódja, miután kóroktanát még nem ismerjük, az ágyban fekvés és jól táplálkozás még akkor is, ha nincs étvágy, vagy hányásinger volna. A magas, 40° körüli láz ellen, főleg gyermekeken, a testnek részletekben eszközlendő ecetes állott vízzel és utána száraz ruhával való ledörzsölése ajánlható. Ily eljárás mellett a kezdeti szakban néhány óráig fennálló pleuritis-tüneteken, erős diffúz bronchitisen és véres köpeten kívül más complicatiókat nem észlelt; ha mégis fejlődnek, lege artis kezelendők.

Ángván János: Tapasztalatai alapján a digitalist, mely csak 4—5 nap mulva hat, jobban lehet helyettesíteni digalennal, mely intramuscularisan vagy intravenásan a czombvenába adható és akkor hatása prompte bekövetkezik. A szívnek ingerképzsére, ingerstemájára hat. A bradycardia a szív és pitvar associatiós működésének zavarában áll. Grafikailag kimutatható.

Fejes Lajos: Az influenzás betegek köpetében ritkán találtak meg a Pfeiffer influenza bacillusát, gyakrabban genyesztő csirákat, nevezetesen különböző streptococcus-törzseket (diplococcus lanceolatus, streptococcus pleomorphus, stb.) kaptunk. Influenzás beteg keringő véréből tenyésztő-eljárással egy esetben sem kaptuk meg a Pfeiffer-bacillust (haemoglobinus aerob és anaerob tenyésztésben sem). A keringő vérből is többnyire különböző streptococcus-törzseket nyertünk.

A már ismételt elhangzott okokból a leleteknek az influenza aetiologiájában csak a másodlagos fertőzés jelentőségét tulajdoníthatjuk. Sem a beteg köpetében, sem vérében strongyloplasmának vagy chlamydozoonnak megfelelő képletet nem talált. (Sem nativ, sem festet készítményben, Dunkelfeldbeleuchtung mellett sem.)

A filtrálható vírus tanulmányozására áttérve, influenzás-pneumoniás

beteg köpetét higitva, homogen állapotban Berkefeld-gyertyán szűrte. A szűrlet tenyésztési vizsgálata sterilnek (bakterium szempontjából) bizonyult. Parabóloid condensorral a szűrletben strongyloplasmának vagy chlamydozoonnak megfelelő képlet található nem volt.

A szűrletet két részre osztva, állatoltás czéljára használta fel. Egyik felét közvetlenül, másik felét egy órai 65°-ra melegítés után két egyenlő testsúlyú macacus rhesusba oltotta be. Az első majom az oltás után 9. napra elpusztult. A bonczolás sepsis kórképét állapította meg, a savós burokon, a mediastinum kötőszövetében, a gyomor és bél nyálkahártyáján, a vesetokon és a környező kötőszövetben typosos sepsises vérzéssel. A lép nem nagyobb, a szívizomzat jó.

A felmelegített virussal oltott majom egészséges maradt.

A beteg köpetének bakteriummentes szűrlete a majomban tehát tiszta sepsist okozott, helybeli genyedés gyuladás nélkül.

További vizsgálatai folyamatban vannak.

Manninger Vilmos: A metainfluenzás empyemák punctióis kezelése, chininderivatumokkal (eucupinnal, vuzinnal, optochinnal) való kimosással kapcsolatban, csak az esetben biztosít eredményt, ha sikerül az egész pleurafalat az oldattal érintkezésbe hozni. Kivétel csak a tiszta pneumococcus-empyema, melyet lebecsátással és 1%-os optochinoldat befecskendésével 7 esetben sikerült thoracotomia nélkül végleg gyógyítani. A streptococcus-empyemák egy része is gyógyítható ily módon. Feltétel: vastag troicarral punctio, a geny teljes lebecsátása, az egész pleuraüreg megtöltése eucupin- vagy vuzinoldattal, 15 perc mulva ez oldat lebecsátása. A sok fibrint tartalmazó empyemákban e feltételek nem teljesíthetők. Ily esetekben, ha az egyszeri punctio és kimosás nem okozza a beteg teljes deferveskalását, a punctiónak mégis megvan az a jó eredménye, hogy a súlyos sepsisben szenvedő, rendszeren erősen cyanosisos beteg állapota annyira javul, hogy a bordareseciót könnyebben viseli el.

Torday Árpád: Az igen súlyos esetekben sárgaság is észlelhető, a bronchopneumonia már kezdetől fogva súlyos alakban jelentkezhetik és veszedelmes lehet még akkor is, ha a láz nem magas. Sokszor a tudóoedema tünetei lépnek előtérbe nagy légszomjával és szívgyengeség tüneteivel erős izzadás kíséretében. A cyanosissal járó esetekben a súlyos toxinhatásból magyarázza a tüneteket. Egyes pneumoniás esetekben a betegek málna- vagy szilvalészerű bőséges köpetet ürítenek, mint a tuberculosis haemoptoénál. Bélvérzést is észlelt. Ezen tudógyuladásokat a mellhártyagyuladások még komplikálják. A bonczolás alá került esetekben a tüdő igen vérbő és a vérekből is hig vér folyik, a bronchusok is hyperaemiások és bő véres váladékkal teltek. Véres góczok láthatók egyes esetekben, míg máskor a márványozott tüdőben a vérbő területek között bronchopneumoniás góczok találhatók, a genyes bronchitisen alakban bronchiektasiák és cavernák láthatók. A szív belhártyája és az aorta kezdeti része a feloldott vértől rózsaszínűen beivódott lehet. A peribronchialis mirigyek erősen duzzadtak, olykor szétfolyók, a lép majdnem mindig megnagyobbodott. A mirigyekben, valamint a bronchusok váladékában pleomorph alakú streptococcusokat talált, máskor diplococcusokat, elvéve staphylococcusokat és rövid, többnyire vastok bacillusokat csekély számmal. A sterilen felfogott köpethen úgy a kezdeti szakban, mint a későbbi időben vett váladékban *Müller* dr. törzsorvos az említett rövid streptococcusokat találta, amelyek *Gram* szerint rosszul festődtek, továbbá pneumococcusokat és rövid, nem mozgó bacillusokat. A hulla véréből (tüdő, szív) is ugyanezen képleteket lehetett kitenyészteni, míg az élő egyének vére sterilnek mutatkozott.

A mi a gyógyítást illeti, a tudógyuladással komplikált esetekben a kénés-injectiókat megkísérelte, azonban főlök sem objectiv, sem subjectiv szempontból eredményt nem látott. Az antistreptococcus-savó után a betegek közérzete kissé javult, azonban azt hiszi, hogy a bántalom lefolyására hatással nincs. *Kafka* a tejinjectiókat kísérte meg ugyanazon kórházban szintén eredménytelenül, továbbá utropint belsőség. A tudó-oedemés esetekben a vérbocsátás a subjectiv közérzetet javítja. A főfigyelmet a szív állapotára fordította s ezért szükség szerint digitalist kezdett adagolni, majd később coffeint és kámfort adott, továbbá a légszomj ellen oxygen-belégzéseket. A láz csökkentésére hidegvizes borogatást alkalmazott.

Henszelman Aladár: A spanyol influenza Röntgen-diagnostikájának érdekesebb adataira hívja fel a figyelmet. Az esetek nagyobb felében lebenyárnyék látható; kevésbé intensiv, diffúz, rendszerint egyetlen egész lebenyre kiterjedő homály, néha körülírtabb tömő-ülésekkel. Megjelenik a II., III. láznapon és a láztalanodás után még 1—2—3 hétig látható. Igen sokszor akkor is megkapjuk, amidőn a klinikai észlelés szerint nincs vagy nem volt pneumonia. A bal alsó lebeny alsó felére vagy harmadára terjedő finom atelektasiás homály nem influenzás pneumonia árnyéka, mert ezt a magas és merev rekeszállás és a nagy lép okozza. Az utóbbinak a megnagyobbodása minden esetben látható Röntgenen.

A hozzászóló kísérleteket tett a spanyol influenza abortív therapiája czéljából. 25%-os jodnatrium-oldatból 4 cm³-t, tehát egy grammot fecskendez be intravenásan. 4—5 óránként megismételve, összesen kétszer vagy háromszor, amíg jodnátha támad. A bemutatott 29 esete közül 17 az injectiót követőleg másnapra láztalanodott és láztalan is maradt. Az injectio teljesen veszélytelen. Eddigi eredményeit nem tartja eléggé meggyőzőnek, hogy kizárják annak a lehetőségét, vajjon nem a véletlen játéka-e szó.

(Vége következik.)

PÁLYÁZATOK.

6360/1918. sz.

Seprős községben a **községi orvosi állás** megüresedvén, arra ezennel pályázatot nyitok s felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítést és eddigi alkalmaztatásukat igazoló kérvényeiket **folyo évi december hó 20.-áig** hozzám adják be.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, 200 korona ötödéves korpótlék, 500 korona lakbér.

Háborús segélyek, szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási, műtéti, halottkémlési és húsvizsgálati díjak.

Kézi gyógyszerár tartására a megválasztott községi orvos kötelezve van.

A községhez több nagyobb uradalom tartozik, honnan a községi orvos tekintélyes jövedelemre számíthat.

Kisjenő, 1918 november 22.

A főszolgabíró.

156/1918. szám.

Biharvármegye berettyóújfalui járásához tartozó, nyugdíjazás folytán megüresedett csökmői **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak: Csökmő székhely 3626, Darvas 1305, Ujiráz 662, összesen: 5590 lélekszámmal bíró községek. A kör székhelyén gyógyszerár, a kör községeit műtői köti össze a székhelyvel, melytől 5—8 km. távolságra esnek. Az állás javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés, melyhez az 1908. évi XXXVIII. t.-czikk 15. §-a értelmében meghatározott ötvenkénti 200 korona, összesen 800 koronáig terjedhető korpótlék járul. Ezenkívül 500 korona lakbér, 600 korona fuvarátalány, valamint a vármegyei szabályrendelet értelmében igényelhető rendelési, látogatási, fuvar- és műtéti díjak. A kör területén több nagy gazdaság van nagyszámú cselédséggel.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-czikk 7. §-ában körülírt törvényszerű képesítésükkel s az esetleges eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám legkésőbb **folyo évi december 30.-áig** nyújtsák be, mikor is a beérkező pályázati kérvények kézhezvétele után fogok a választás kitűzése és megtartása iránt gondoskodni.

Berettyóújfalú, 1918 november 18.

Fráter dr., főszolgabíró.

3034/1918. sz.

Bihar vármegye berettyóújfalui járáshoz tartozó, lemondás folytán megüresedett zsákai **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A kör székhelye Zsaka, ahol gyógyszerár is van, hozzátartozik Furta és Vekerd község. Furta község 2 km., Vekerd község 5 km. távolságra van a székhelytől.

Az állás javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-a értelmében meghatározott 5 évenkénti 200 kor., 5 szobából álló természetbeni lakás, megfelelő gazdasági épületekkel, a vármegye által megállapítandó fuvardíjakkal, vagy természetben kiszolgáltatandó fuvarral, valamint ugyancsak a vármegyei szabályrendelet által megállapított rendelési, látogatási és műtéti díjakkal.

A körhöz több nagyobb uradalom tartozik, nagyszámú cselédséggel.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben előírt és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyo évi december hó 30.-áig** adják be. A választás napját később tüzőm ki.

Berettyóújfalú, 1918 november hó 18.

Fráter dr., főszolgabíró.

6933/1918.

Kisjenő községben a **községi orvosi állás** megüresedvén, arra ezennel pályázatot nyitok s felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítést és az eddigi alkalmaztatásukat igazoló kérvényeiket **folyo évi december hó 20.-áig** hozzám adják be.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, 200 korona ötödéves korpótlék, 500 korona lakbér, háborús segélyek, szabályrendeletileg megállapított rendelési, műtéti, halottkémlési és húsvizsgálati díjak.

Kisjenő, 1918 november 22.

A főszolgabíró.

A szabolcsvármegyei „Erzsébet“-közkórháznál megüresedett **három alorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A sebészeti alorvos fizetése évi 1800 korona és a megfelelő háborús segély teljes ellátással. A másik két alorvos fizetése 1400 korona, a megfelelő háborús segély és teljes ellátás. Pályázhatnak orvosok, orvosnők és orvosnőhallgatók. A pályázati kérvények felbélyegezve és okmányokkal felszerelve Szabolcs vármegye főispánjához címelve a „kórház-igazgatósághoz“ küldendők.

Nyiregyháza, 1918 november 17.-én.

Klekner Károly dr., igazgató-főorvos.

5611/1918. sz.

Bars vármegye garamszentkereszti járásához tartozó Geletnek község székhelyvel rendszeresített, 15 községből álló geletneki közegészségügyi körben megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, korpótlék, 1200 korona háborús segély, az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 16. §-a alapján engedélyezett évi 1200 korona helyi pótlék, 500 korona lakbér, 600 korona útiátalány, illetve a háború tartamára jóváhagyott törvényhatósági közgyűlési határozattal 100%-kal felemelve és a vármegyei szabályrendelettel megállapított rendelési díjak, a melyek a háború tartamára ugyanancsak 100%-kal felemelvék. Megbízás esetén ker. munkásbiztosító pénztári tiszteletdíj és kizigógytár tarthatási jogosultság.

A körorvos köteles a körbeli trachoma-szem-betegeket és vagyontalanokat díjtalanul gyógykezelni és köre községet minden évben május 1.-től október végéig havonként egyszer, november 1.-től április végéig pedig kéthetenként egyszer beutazni. A körbeli trachoma-szem-betegek sikeres gyógykezeléséért minden működési év végén trachoma-jutalom kérhető. A pályázó igazolni tartozik, hogy a trachoma felismerésében és gyógykezelésében kellően jártas.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ára való hivatkozással megjegyzem, hogy a közegészségügyi körben a lakosság túlnyomóan tótul beszél.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hatóságomhoz **folyo évi december hó 20. napjáig** adják be, mert a későbbben érkezőket figyelembe nem veszem.

A választás kitűzése iránt később intézkedem és megjegyzem, hogy a megválasztandó állását azonnal köteles elfoglalni, miért is hadmentes vagy rokkant katonáorvosokat előnyben részesítek.

Garamszentkereszt, 1918 november 15.

Gaspartz Béla, h. főszolgabíró.

7565/1918. szám.

Zala vármegye tapolczai járásához tartozó **kapolcsi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak: Kapolcs, Zalapetend, Vigánt, Pula, Taliándörögd, Monostorapáti, Hegyesd, Zalahaláp, Sáska, Diszel községek. Székhelye: Kapolcs.

Fizetés: 1600 korona törzsfizetés, ötödéves korpótlék, lakbér, illetőleg természetbeni lakás, 500 korona fuvarátalány és a vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A pályázók az 1908. évi 38. t.-cz. 7. §-ában előírt minősítésüket és eddigi előéletüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **1918. évi december hó 31.-éig** adják be. Az elkésett, vagy kellően fel nem szerelt kérvényeket figyelembe nem veszem.

A választást a pályázati határidő lejártakor megállapítandó időben Kapolcs községben a község-házánál az 1908. évi 38. t.-cz. 6. §-a alapján a községek képviselőtestületének kebeléből és Zala vármegye alispánja által kiküldött törvényhatósági bizottsági tagokból alakult választó-gyűlés fogja megejteni.

Megérintem még, hogy az előbbeni körorvosnak a Belügyminister úr által 800 korona helyi pótlék is volt engedélyezve.

Tapolcza, 1918 november hó 21.-én.

A főszolgabíró.

825/1918. sz.

A vezetésem alatt álló közkórházban üresedésben levő egy **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

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

Más pályázók hiányában orvosi gyakorolatra utasított orvos is kinevezhető. Magángyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok gróf Széchenyi Aladár úrhoz, Somogyvármegye főispánjához intézendők és a kórházigazgatóságnál nyújtandók be **1919. január hó 15.-éig**.

Kaposvár, 1918 november hó 25.

Szigethi-Gyula Sándor dr., kórházigazgató.

3943/1918. sz.

Kisküküllővármegye erzsébetvárosi járásához tartozó erzsébetvárosi **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Ezen körhöz a székhelyvel együtt 13 község tartozik.

Törzsfizetés az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében 1600 korona, lakáspénzről, fuvardíjról és látogatási díjakról szabályrendelet intézkedik.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt pályázati kérvényüket **1918. évi december hó 15.-én d. e. 12 óráig** hozzám nyújtsák be.

A választás napját később fogom kitűzni.

Erzsébetváros, 1918 november hó 14. napján.

A főszolgabíró.

7097/1918. ki. sz.

A jákóhalmai **körorvosi állásra** kiírt pályázat határidejét **december 5.-éig** meghosszabbítom. A hirdetmény e lap f. évi 40. számában jelent meg.

Jászberény, 1918 november 12.

Varga, főszolgabíró.

6104/1918. sz.

A szapáryligeti orvosi körben a **körorvosi állás** betöltendő lévén, arra ezennel pályázatot nyitok s felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket, valamint eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi **december 20.-áig** adják be.

A kör áll Szapáryliget, Kerülös és Szinte községekből, melyek a kör székhelyétől 4—5 km.-nyire fekszenek. Székhely Szapáryliget, a kör lélekszáma 7753.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, 800 koronáig terjedhető ötödéves korpótlék, 1200 korona helyi pótlék, 400 korona lakkbér.

Fuvar természetben vagy ennek megváltására 400 korona úti-átalány.

Szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási, műtéti, úgyszintén a székhelyen a halottkémlési és húsvizsgálati díjak.

Kézi gyógytár tartására a megválasztott körorvos engedélyt nyer.

Kisjenő, 1918 november hó 22.

A főszlogabíró.

2764/1918. sz.

Lemondás folytán megüresedett pocsaji **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A kör Pocsaj és ahhoz 4 km.-nyi távolságra fekvő Esztár községből áll. Körorvos javadalmazása 1600 kor. kezdőfizetés, megfelelő korpótlékkal, természetbeni lakás, a vármegye törvényhatósága által már megállapított és jóváhagyás alatt levő szabályrendelet értelmében járó látogatási díjak, valamint Pocsaj községben halottkémlési és húsvizsgálati díjak.

A körorvos Esztár községben hetenként kétszer, előre meghatározandó napokon a látogatásokat megtenni tartozik.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy oklevéllel, s eddigi működésükről szóló igazolványokkal felszerelt kérvényüket hozzám legkésőbb folyó évi **december 30.-áig** terjesszék be. A választást később fogom kitűzni.

Berettyóújfalu, 1918 november 18.

Fráter dr., főszlogabíró.

4413/1918. szám.

Zemplén vármegye tokaji járásához tartozó *Olaszliszka* nagyközségben a **községi orvosi állás** — lemondás folytán — megüresedvén, arra pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi működésüket igazoló bizonyítványokkal felszerelt kérvényüket hozzám, az **1918 évi december hó 15-ik napjáig** nyújtják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választás határidejéről a pályázókat értesíteni fogom.

Ezen állás javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. értelmében: 1. 1600 korona fizetés, ötvenkénti 200 korona pótlékkal. 2. 1200 koronáig terjedhető helyi pótlék. 3. Munkásbetegsegélyező pénztártól meg egyezés szerint, eddig 1200 korona volt. 4. 600 korona lakkbér. 5. Szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak. 6. Halottkémlési díjak. A községi szegények és a községi szolgák ingyen gyógykezelendők.

Tokaj, 1918 november 20.

A főszlogabíró.

11.479/1918. alisp. sz.

Az elhalálozás folytán megüresedett udvarhelyvármegyei **tiszti főorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A tiszti főorvos a VIII. fizetési osztályba van beosztva.

A pályázati kérvényekben az 1883. I. t.-cz. 9. §-ában előírt minősítést igazolni kell, közszolgálatban állók hivatkozzanak a törzs-könyvi lapjuk adataira.

A pályázati kérvényeket a vármegye főispánjához czimezve hozzám kell benyújtani, az **1918. évi december hó 28. napjáig** bezárólag.

Elkészt kérvényeket nem lehet figyelembe venni.

A pályázás módjának további részleteire nézve egyébként utalok a vármegyei ügyviteli szabályzat 3. és következő szakaszaiban foglalt rendelkezésekre.

Székellyudvarhely, 1918 november 21.

Az alispán.

Az Ujpesti Szegény Gyermekórház-Egylet gyermekórházában üresedésbe jöttek a **sebész-, fülész-, bőrgyógyász-, röntgen-rendelő főorvosi állások.**

Pályázóknak felvilágosítással szolgál

a gyermekórház igazgatósága
Ujpest. (Lőrincz-utca.)

808/1918. sz.

A vezetésem alatt levő közkórházban elhalálozás folytán megüresedett **szemész-főorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás ez idő szerinti javadalmazása 2900 korona fizetés, 800 korona lakkbér és a törvényes korpótlék. A kinevezés élethossziglan tart, s az állás nyugdíjjal egybekötött.

Szakképzettségüket és eddigi működésüket igazoló hivatalos állásban levő pályázók pályázataikat hivatali főnökük útján, törzslap melléklésével, nem hivatalos állásban levők pedig rövid életrajzzal gróf *Széchenyi Aladár* úrhoz, Somogyvármegye alispánjához czimezve **1919. évi január hó 15.-éig** a kórházigazgatóságnál adják be.

Kaposvár, 1918 november hó 25.

Szigethi-Gyula Sándor dr., kórházigazgató.

Diplomás orvosnő

délutáni elfoglaltságot keres, esetleg délelőtt 10-től. Levélbeli megkereséseket „**Klinikus 1089**” jelige alatt a „**Petőfi**” Irodalmi Vállalat, Budapest, VII., Kertész-u. 16. továbbít.

Elegáns magánfogat

csukott kocsi délelőttre **kiadó**. Érdeklődések „Magánfogat” jeligére Blockner hirdetőjébe, IV., Semmelweis-utca 4. kéretnek.

FOGORVOSOK FIGYELMÉBE!

FENYVESI MENYHÉRT

FOGMŰVEK LABORATORIUMA

Budapest, IX., ker., Ráday-utca 5. sz.

Calvin-ter mellé.

Készít arany, celluloid, kaucsuk munkákat és fogsabályozó készülékeket.

Alapítva 1906-ban.

Telefon: József 111-48.

Lilienfeld és Röntgen

berendezést szállít

Ericsson magy. villamossági r.-t.

ezelőtt: Deckert és Homolka

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

Röntgen-csővek és lemezek állandóan raktáron.



Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthona

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

kedély- és idegbetegek részére

☐☐ **Sátoraljaújhely.** ☐☐

PROVIDOFORM Prof. BECHHOLD szerint.

méregtelen, szintelen, szagtalan, ekzemák, foltok stb. kizárva. (Kir. intézet experiment. therapia számára Frankfurt a/M.)

Providoform-tabletták 10-szer 1 gr. K 2.—

sokkal jobb és olcsóbb a jodnál.

— Irodalom rendelkezésre. —

Ausztria-Magyarország és a Balkán-államok számára kapható: **Th. Lindner** által Wien, VIII., Hamerlingplatz 7.

DOMOPON

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

Eredeti csomagolások.

Domopon-tabletták	2% Domopon-oldat	Domopon-injekciók
1 cső 20 tabl., 1 tabl.=0.01	10 g-os csepegtető üvegben	1 dobozban 6 ampulla, 1 amp.=
Ára: K 6.—	Ára: K 6.60	1 ccm.=0.02 Ára: K 7.20

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	0.2%-os Novatropin-oldat	Novatropin-injekciók
1 cső 20 tabl., 1 tabl.=0.0025	20 g-os csepegtető üvegben	1 dobozban 6 ampulla, 1 amp.=
Ára K 3.60	Ára: K 3.—	1 ccm.=0.0025 Ára: K 6.—

ARSOTONIN

A monomethylidnatriumarsenat **isotoniás oldata** steril ampullákban, subcutan injekciókhoz.

1 amp.=0.05 g monomethylidnatriumarsenat.

20 ampullás eredeti csomagolás K 12.—

100 ampullás kórházi csomagolás K 38.—

CADOGEL

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

CADOGEL PURUM, CADOGEL 66%, CADOGEL 33%, CADOGEL 10%.

Orvosi mintát és irodalmat kívánatra készséggel küld:

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

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Tornai József: Adatok a háromhegyű billentyű zárás-elégtelenségének tünettanához. 629. lap.
Longauer Kálmán: A spanyol nátháról. 630. lap.
Pfann József: Hővezetési tapasztalatok a gázphlegmonéről és gyógyításáról. 631. lap.
Pólya Jenő: Bárány Hercezel M. n. 634. lap.
Ifj. Liebermann Leó: A nyilvános ingyenes járóbeteg-rendelésekről. 635. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Prof. Th. Brugsch: Allgemeine Prognostik oder die Lehre von der ärztlichen Beurteilung des gesunden und kranken Menschen. — *Lapszemle. Belorvosok. Fleckseder:* Az influenzás tüdőbetegség prognosisa. — *Hoffmann Armin:* Influenza gyógyítása. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Schwarze:* Beszorult tüvegyszerek. — *Blücher:* Strumával. — *Neumann:* A nyál felszívása. 637. lap.

Magyar orvosi irodalom. 637. lap.

Vegyes hírek. 637. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Adatok a háromhegyű billentyű zárás-elégtelenségének tünettanához.

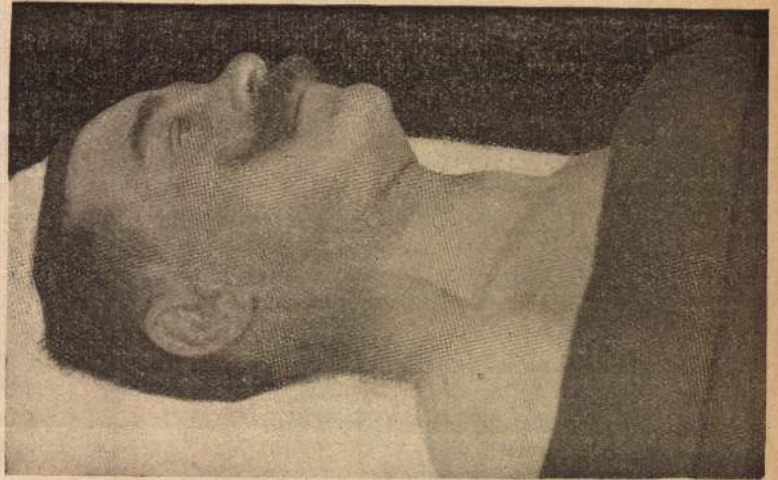
Írta: **Tornai József dr.**, egyetemi magántanár.

Mint ismeretes, a háromhegyű billentyű zárás-elégtelenségét, hogyha annak minden jellemző, klasszikus tünete együtt van, nem nehéz felismerni. Azonban nem egyszer akadunk olyan esetre, a melyekben legfeljebb csak gyanújeleket találunk a tricuspidalis-insufficienciára. Különösen pedig kistokú insuficienciának kezdeti, aránylag még nem nagyon dekompenzált állapotában, avagy ellenkezőleg: már nagyon súlyos incompensatio, elégtelen szív munka esetében akadhatunk fenn a kérdéssel. Az egyes szerzők, illetőleg tankönyvek szerint jellemzőnek tartott systolés zörejt például, legalább az eseteknek egyik részében, egyáltalában nem találhatók, másik részében pedig a mitralis-szűzadékról vezetődik át a tricuspidalis tájékára is.

Az utóbbi két és fél esztendő alatt mindössze három esetét láttam az említett kezdeti szakban levő, szinte mondhatnám még elég jól kompenzált tricuspidalis-insufficienciának. Mind a három esetben az alaphiba, illetőleg a szív baj kiindulásának helye a mitralis szűzadékon volt és a háromhegyű billentyű zárás-elégtelensége csak a combinatio szerepét játszotta. Mind a három esetben közepes cyanosis és munkadyspnoë mellett a szívnek egyenletes megnagyobbodását leltem. Azonkívül pedig kisebb-nagyobb fokú tachycardia és az insuficientia tricuspidalisnak egyes, apróbb tünetei mellett a nyakgyűjtőereknek kistokú teltsége és alig észrevehető hullámzása volt található. Megjegyzem, hogy a vénák a betegnek csupán vízszint fekvő helyzetében telődtek meg és nagyobb, kifejezettebb lüktetést még ilyenkor sem láttunk rajtuk. Két esetben a mitralis-insufficienciának systolés zöreje gyengén a jobb szűzfélre is elvezetődött. Az egyik esetben azonban, a melyekben még a mitralisnak megfelelő helyeken is csak nagyon gyenge systolés zörejt hallottunk, a tricuspidalis felett semmiféle zörejt sem volt. Mindhárom esetben a májnak kisebb nagyobb mérvű megduzzadását találtam, azonban minden nyoma nélkül a májlüktetésnek. Kisebbsérvű vizenyő csak egyetlen esetben és csupán a bokák körül volt.

Mind a három esetben, de különösen kettőben, a betegnek olyan vízszintesen fekvő helyzetében, a melyben a fej még valamivel mélyebbre került, mint a váll, és főképp

pen, ha a beteg, felszólításunkra, lélezését pillanatokra visszatartva, csupán csak nagyon enyhe préselő mozgást (gyenge Valsalva-t) végeztet, a nyakvenák jobban, erősebben megtelek. (1. ábra.) Ilyenkor, az esetek közül kettőben,

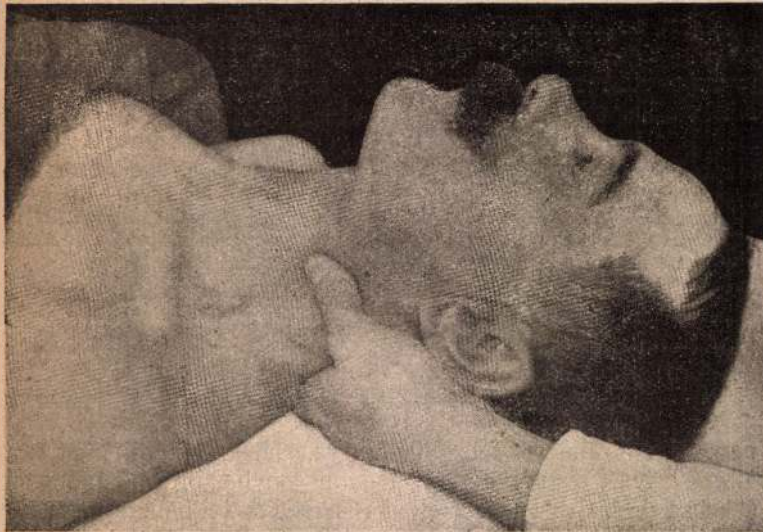


1. ábra.

hullámzást (de nem kifejezett lüktetést) láttunk rajtuk. Igaz, hogy ez a hullámzás a szívcsucs-lökéssel teljesen egybevágó, egyidejű, tehát a positiv venapulsussal egyenlő értékű volt. Azonban, hogyha (a mint a mi eseteinkben is volt) ez a hullámzás nem nagyon kifejezett, avagy ha pontos cardio-sphygmographunk sincsen kéznél, a mivel azt rögzíthetnénk, nem bizonyíthatjuk véle kétségszűzathatlanul a tricuspidalis-insufficiencia jelenlétét. Ugyanis gyengébb positiv venapulsus némelykor a háromhegyű billentyű zárás-elégtelensége nélkül is, például pitvar-reszketés (Vorhofflimmern) alapján is támadhat.

A mi eseteinkben azonban a nyakvenák viselkedésében a tricuspidalis-insufficienciának egyéb, nagyon érdekes és nézetem szerint eléggé bizonyító, igazában „objectiv” jelét találtam. Betegeinken ugyanis a nyakgyűjtőereknek, illetőleg a vena jugularis internának megteleődési viszonyait kutattam. A vénák peripheriás részét a nyakon, közvetlenül az állkapocs alatt, egyik újjammal a szokásos módon leszorítottam, elzártam, másik kezemmel pedig a vénának centralsan fekvő részéből a vért kenetelő mozgásokkal lefelé, a szív felé hajtottam, kiszorítottam. Vártam ugyanis, mint a hogyan ezt a háromhegyű billentyű zárás-elégtelenségének kifejezett

eseteiben látni szoktuk, hogy a peripheriás keringés felől elzárva tartott és üresre, laposra préselt vénába a szív felől a kamara systolejával egyidejűleg hogyan szökken be a vér? És csakugyan, a mi eseteinkben is, egyetlen systolával ismét megtelt a gyűjtőér, még pedig a szív felől, a kamara-systolával egyidejűleg, *csak hogy nem egészen fel a leszorítás, az elzárás helyéig, hanem csupán csak az érnek alsó szakaszán, a bulbos venae jugularis felett lévő venabillentyűig. Az ezen billentyű- és a gyűjtőeret leszorító újj közé eső venarészlet pedig továbbra is, még egy bizonyos ideig, egészen üres, lapos maradt.* (2. ábra.) Az említett „fogással”, kene-



2. ábra.

getéssel ugyanis a venát és az említett billentyűjét a túlteltség, illetőleg túlfeszülés alól felszabadítottuk s így a már relative insufficienssé vált venabillentyűt, legalább csak átmenetileg, rövid időre, pillanatokra, ismét sufficienssé változtattuk. Azonban minden újabb systolával a gyűjtőérnek a venabillentyűtől lefelé, vagyis a szív felé eső szakasza mindjobban és feszesebben megtelt. Egy ideig, mint jeleztem, a venabillentyű még valahogy csak ellenállt a szív felől jövő lökéseknek, vérhullámoknak, hanem azután, a gyűjtőérnek fokozatos megtelődésével, növekvő feszülésével — miként a felhőszakadástól egyszerre megdagadt hegyi patak a korhadt zsilipet végre is áttöri — *végül is egyik erőteljes systole, a venabillentyűnek ismét relativ insufficienciáját okozva, a vért aztán a venabillentyű feletti üres, lelapított gyűjtőérszakaszba is hirtelen, szinte villámszerűen belövelte, s így az egész gyűjtőeret aztán egyszeriben erősen megtöltötte.*

Kétségtelen tehát, hogy az erőteljes vérhullámot, a háromhegyű billentyű zárás-elégtelensége miatt, csakis a jobb kamara systoleja kergethette közvetlenül a vénába. De különben is a gyűjtőeres vérnek ezen rendellenes, a szív felől jövő, visszafelé haladó áramlását kifejezettebben és bizonyítóbban alig is lehet demonstrálni, mint éppen az említett és hasonló, megfelelő, aránylag még nem nagyon dekompenzált esetekben, az említett nyakvenának laposra való kiürítésével. Mert a tricuspidalis-insufficienciának már előrehaladott, kifejezettebb eseteiben, a mikor ugyanis az említett venabillentyű már régen és *állandóan* insufficienssé vált, bárha ugyan a gyűjtőeret az említett, ismeretes fogással, lefelé való kenegetéssel szintén laposra üríthetjük, azonban ilyen esetben már a gyűjtőeret a centralis rész elzárásának megszüntetése után, nem éppen a jobb kamara systoleja, hanem inkább az erősen kitágult, túltelt centralis nagy vénákban megrekedt, állandóan pangó, s ilyen esetben sokszor pozitív nyomás álló vértömög tölti meg, még pedig egyidejűleg egész hosszúságában, tehát a venabillentyű *felett levő szakaszában is*, egyenletes lassúsággal. Ilyenkor ugyanis már nem erőteljes hullám alakjában szökik a vér a lelapított vénába, hanem kissé vontatottan, szinte a féreg mozgásához hasonlóan halad előre.

Meg kell azonban jegyezni azt is, hogy a vena jugularisnak említett, csupán félig, vagyis a venabillentyűig való megtelődését viszont nem csupán tricuspidalis-insufficiencia esetében, hanem megtalálhatjuk minden olyan esetben, a mikor a centralis nagy gyűjtőerekben, illetőleg a jobb pitvarban, általában bármely okból pangás, illetőleg pozitív vérnyomás uralkodik. Azonban az ilyen pangás egymagában mégsem szokott olyan magas fokra szállni, hogy a gyűjtőér-billentyűnek insufficienciáját okozhatná. De még hogyha okozza is, egymagában, vagyis a háromhegyű billentyű zárás-elégtelensége nélkül, semmiesetre sem lehet oka annak, hogy úgyszólván egyetlen systolés lökés alatt a mesterségesen kiürített gyűjtőérnek peripheriás, vagyis a billentyű felett lévő szakaszába erőteljes, a gyűjtőeret hirtelen, egyszerre, még pedig teljesen, maximálisan kitöltő vérhullám tóduljon.

Mint ismételtelen hangoztattam, az imént ismertetett jelenséget én a tricuspidalis-insufficienciának úgyszólván még nem nagyon dekompenzált eseteiben találtam. A leírt tünet valóban annak igazolására is felhasználható, hogy valamely adott esetben a pangás a peripheriás gyűjtőerekben még nem nagyfokú, és hogy a szívverő, a jobb kamara hajtóereje még elég jól megtartott. Hogyha tehát valamely kérdéses esetben a fennebb körvonalazott tünett találkozzunk, abból úgyszólván teljes biztossággal nemcsak a háromhegyű billentyű zárás-elégtelenségére vonhatunk következtetést, hanem egszersmint a szívnek erőbeli állapotára is.

A spanyol nátháról.

Irta: Longauer Kálmán dr., tb. megyei főorvos.

Az Orvosi Hetilap f. évi október 27.-én megjelent számában a fenti címmel közreadott cikkemnek kiegészítését indokoltá teszi azóta erősen megnövekedett anyagomon tett tapasztalásom.

2000-et most már meghaladó esetem az első közlésben mondottakat teljesen igazolja, főképpen a mi a kezelést illeti, a mely, *ha nem is specialis*, de mindenesetre olyan, a mely a várakozásnak nagyon is megfelelt.

A kezelt esetekből:

tisztán sublimat intravenás befecskendezésére meghalt:	11
„ kámfor-kezelésre	9
„ methyl-chinin-kezelésre	3
„ benzol-kezelésre	8
izzasztással kapcsolatos urotropinra	6

összesen: 37

Itt azonban meg kell jegyezni, hogy ez utóbbi 6 haláleset közül háromban a halálos kimenetel talán a korai felkelésnek tudandó be.

*Ezen megjegyzésem távolról sem irányul az eljárás tehermentesítésére, sőt terheltem a legsúlyosabbnak ígérő esetek-
kel*, de észrevételként ide kellett iktatnom, mert ezen esetek is már két napon át lázmentesek voltak és a csalfa jó közérzet csalta ki a betegeket ágyukból, hogy azután egy és fél napi jólétre beálljon a recidiva s a már semmivel sem megakasztható halálos vég.

Elég nagy tapasztalatunk teljesen ráczáfol ama mintegy önként kínálkozó feltevésre, hogy nem ismervén a kórokozót, meddő, sőt nem is indokolt a kórfolyamatra irányuló gyógyszeres eljárás.

Nem, mert e baj ellen *van egy egyszerű és hatalmas eszköz a kezünkben, csak igénybe kell venni idejében*, t. i. az *izzasztás*. Ne várjon senki sem az urotropintól, sem a chinintől stb. csodákat, a ki betegét azonnal a baj kezdetén nem izzasztotta. Ezen megizzasztás nélkül múló eredményű minden törekvésünk; míg izzasztás mellett az urotropin és a chinin (ez utóbbi úgyis antizymoticum) mint adjuvansok várakozásunknak megfelelnek.

Hogy az *izzasztás* e betegség gyógyításának conditio sine qua non-ja, igazolja azon számos, súlyos deliriummal kezdődő

esetem, mely símán és minden utókövetkezmény nélkül szerencsésen ért véget.

Az idejében igénybevett izasztás feloldoz bennünket egyszersmind azon töprengő mérlegeléstől is, vajjon az ad hoc esetet *könnyűnek* vagy *súlyosnak* minősítsük-e. Különben itt megjegyzem, hogy nagyon háládatlan foglalkozás az eseteket *hol súlyosnak, hol könnyűnek* minősíteni. *Ez a besztás itt nem létezik*, mert a súlyosnak hitt deliriosus meggyógyul s a jelentéktelennek imponáló — subfebrilis — eset egy fordulattal katasztrófához vezet, az alább leírandó haemolysis folytán. Hogy a tisztán gyógyszeres kezeléssel nem boldogulunk, az igen világos, mert hatalmas intenzitású toxinnal lévén elárasztva az organismus, ez *utóbbi elvesztette képességét antitestek termelésére*; az adjuvansként szereplő gyógyszerek tehát csak a toxinhatásnak bekövetkezett gyengülésével juthatnak többé-kevésbé érvényre.

* * *

Ha már most további fejleményeiben kísérjük a kórfolyamatot, szembeötlik sajátos *jellege*. Míg ugyanis a legtöbb acut betegségben a heveny állapot lezajlásával a *restitutio ad integrumot* megelőző *reconvalescentia* áll be, addig a spanyol náthában az esetek igen nagy százalékában az acut szakot a *bonydalmas következmények egész lánczolata* követi.

Igen sok beteg, egészsége tudatában, elhagyja a kórházat, a betegágyat, hozzálát foglalkozásához, a mikor 5—6 napra rá *gyengeség érzete* fogja el, a mely 1—2 nap, sokszor azonban már néhány óra alatt olyan fokot ér el, hogy az illető csak idegen támogatással tudja helyét változtatni. *Ezek nem recidivák, mert az 5—6 napos intervallumban is a vörösvérsejteknek a pénztekerccszerű elrendeződése elmaradt. Az arcz fakó lesz* (nem piszkos-zöldes, mint az acut szakban), *beesett* (facies abdominalis), a *bőrfelület nyirkossá válik*; beáll a *nagyfokú álmatlanság* és erre már most az esettől függőleg vagy az egyik, vagy a másik irányban kifejlődik a domináló kép.

A központi idegrendszer súlyosnak látszó *hysteriát, melancholiát, üldöztetési mániát*, vagy igen nagymérvű *libido sexualis-t* — főleg nőknél — vált ki. Ezek az állapotok azonban csak rövid életűek, 10—14 napnál tovább nem tartanak.

Ritkább jelenség a *paraplegia*, főleg az alsó végtagokon; úgyszintén a *gége- és garathüdés*, a melyek nagyban hasonlók a postdiphtherias hűdésekhöz, azzal a különbséggel, hogy ezek is rövid időtartamúak (4—5 nap).

Elég gyakori a *vagus-rendszernek izolált bevonása* a kórfolyamatba, a mikor oly *profus izzadás* áll be, hogy az álló ember ujjairól, orra hegyéről fonálként csurog a verejték és az egész bőrfelület jó nagy kölesnyi verejték-gyöngyöktől borított, a melyek csakhamar akkorává növekednek, hogy a bőrfelületről lecsurognak. Szerencsére ez a kellemetlen, de a horribilis vízelvonás folytán már életveszélyes állapot 1—2 milligr. atropinnal jól befolyásolható s 18—20 órára megszabadítja a beteget kínos helyzetétől.

Legszánandóbbak azonban azok az esetek — szerencse, hogy ritkák (3 eset) —, a mikor az organismus mintegy teljes *hűdésbe* kerül és az öntudat is majdnem felfüggesztett.

Jellemző ez állapotokra, hogy a látszólag teljes jóléteből 8—16 óra alatt kifejlődik az az állapot, a melyben a vérlelet *teljes haemolysist* mutat.

A látóterben alig látni itt-ott egy ép vörösvérsejtet, de sok épnek látszó is nagyobb nagyításnál szélein már csipkézett, *körfűrészhez hasonló*.

Ugy látszik, hogy ezen acut alaknak van egy gyengébb, illetőleg talán már gyengített foka, a melylyel az utókövetkezmények között már elég sokszor találkozunk, a mely 6—8—10 hetet is vesz igénybe, a mely idő alatt a test csonttá-bőrré aszlik, míg végre a javulás útjára kezd térni. Itt is a vérlelet nagyobb fokú haemolysist mutat. A tönkrement sejtek csoportokban kisebb-nagyobb szigeteket alkot-

nak, a melyektől elkülönülten az ép sejtek foglalnak helyet, *de pénztekerccszerű elrendeződést nem mutatnak. Izoláltan áll itt minden egyes sejt.*

Ezen kóralakban előfordulnak azok a typhushoz vagy dysenteriához hasonló profus diarrhoeák is, a melyeket főleg a járvány kezdetén tévedésből hol typhusnak, hol dysenterianak minősítették.

De valljuk csak be, hogy a járvány első esetei *május végén és június elején már itt voltak ezen typhusos és dysenterias kórformák képében*, csak hogy fel nem ismertük. Ezeket behozták a dél-délnyugati frontokról szabadságolt és hazatérő katonák. Ugyanígy előfordultak már akkor a *septikus tüdőlobok* is és az ezektől eredő gyanus halálesetek; de bár gyanusak voltak, mégis elkerülték a figyelmet, a mit főleg — véleményem szerint — a nyári nagyobb fokú izzadás mozdított elő, úgy hogy a hajba esett ember a napon jól megizzadt, 3—4 napig még gyengélkedett s azután munkájához látott s így az esetek szemünk elől veszttek.

Az utóbajok közül megemlítésre méltók az acut *nephritisek* (13 eset), a melyeket súlyos deirium és legtöbbször teljes anuriával kapcsolatos rapid módon kifejlődő általános hydraemia kísér. Sajátos, hogy mikroskop alatt *vesecylindereket* vagy *egyéb vesealakelemeket* sohasem sikerült kimutatni, *de annál több albument*, a mely egészen megmerevedett *fehérjeoszlopokat* alkotott.

E súlyosnak ígérkező állapotok *melegsős fürdőkre* s *ugyanilyen bepakkolásokra* nagyon gyorsan rendbejöttek.

Izületi lobok, úgyszintén *bronchitis putrida* és *otitis media* egy-egy esetben fordult elő; a putrid bronchitis *forróvízes glycerin-inhalatiókra* (thermovariator), az otitis media pedig ugyanilyen meleg fülöblögetésekre gyorsan ért véget.

A tonometriás mérések (Gärtner) a *véryomás állandó alászállását* mutatják s így a különböző vérzéseknek a véryomás-fokozásból eredő magyarázata elesik.

Mint sajátos jelenséget megemlítem még — bár nem tudom, van-e valami nexusban a szóban levő járvánnyal —, hogy az ősszel többször itt honos kanyarónak, főleg azonban vörhenynek ez idén nyoma veszett s az idén is meglehetősen elterjedett hőkhurut (pertussis) mintegy varázsszóra megszűnt.

Harcztéri tapasztalatok a gázphlegmonéről és gyógyításáról.

Irta: Pfann József dr., főorvossorvos.

(Folytatás.)

A diphtheria-antitoxinnak leírt hatását tudományosan megmagyarázni nem tudom. Állításaimat a bakteriologusok és serologusok bizonyára némi kételkedéssel is fogadják, mint ahogy fogadták a mult esztendőben, amikor eredményeimről az Isonzo-hadsereg orvosainak a hadszíntéren tartott tudományos ülésén beszámoltam. *Fiebich* és *Herz* hozzászólásaik kapcsán ugyanakkor beszámoltak azokról a kedvező eredményekről, melyeket a diphtheria-serum nagy adagival (5—6000 AE) *orbáncz eseteiben* értek el, s amely eredmények engem éppen a diphtheria-serumnak a gázphlegmone eseteiben való kipróbálására ösztönöztek. *Ghon*, a ki a gázbacillusok tanulmányozása czéljából éppen a harcztéren időzött, mikor kísérleteimet a diphtheria-serummal megkezdtem, kifejezést adott ama véleményének, hogy téves úton járok, bár más bakteriologusokkal egyetemben lehetségesnek tartotta, hogy a *serum, mint idegen vérsavó, gátló befolyással lehet a folyamatra*.

Nem állítom, hogy a diphtheria-antitoxin hatása az anti-test specifikus hatásán alapul. Nagyon lehetséges, sőt magam is úgy vélem, hogy *ugyanaz lett volna az eredmény, ha ugyanoly mennyiségű tiszta serumot használtam volna*. Igaz ugyan, hogy a sebesült szervezetébe, amióta tetanus ellen minden sebesültet beoltunk, vérsavó a tetanus-antitoxin alakjában is bejut, anélkül, hogy az a gázphlegmone fejlőd-

dését vagy lefolyását észrevehetően befolyásolná. Ez azonban feltevésemnek még nem szól ellene, mert a praeventiv célból adagolt tetanus-antitoxinnal csak jelentéktelen mennyiségű vérsavó (4–5 cm³) jut a bőr alá, mely a szervezetben számottevő reakciót nem fejthet ki. De ha a tetanus elleni védőoltást is, mely a segély- vagy kötözőhelyen sokszor elmaradt, magunk végeztük, ez gázphlegmone esetében a diphtheria-serumoltással rendszeren egybeesett s így a szervezetbe a kettős oltás útján még nagyobb mennyiségű idegen vérsavót juttathattunk. Lehetséges, hogy ha még nagyobb adag vérsavót lett volna módomban befecskendezni, a hatás még feltűnőbb lett volna. Tiszta lóserummal azonban, sajnos, nem rendelkeztem s így sem előbbi feltevésem jogosultságát eldöntönnöm, sem a diphtheria-anti.oxin és tiszta vérsavó hatását összehasonlítanom nem lehetett. Diphtheria-antitoxinhoz is csak nehezen jutottam, úgy hogy akik ennek használatát szívesen megkísérelték volna, antitoxin hiányában erről lemondani voltak kénytelenek. Amikor az egyik hadtest egészségügyi főnökének, *Arnstein* dr. vezértörzsorvosnak az eljárás kipróbálását ajánlottam, ő viszont a szintén jó eredményt használó *intramuscularis teinjekciók* kipróbálását kötötte lelkemre, melyeknek kedvező hatása bizonyára szintén az idegen fehérje hatásán alapul. Minthogy azonban első jó eredményeim a diphtheria-serumhoz fűződtek, én tovább is inkább e mellett maradtam. Serumbetegséget (néhány urticarián kívül), anaphylaxiás tüneteket nagy adagban való használata mellett sem tapasztaltam. Használatát különben egy véletlenből kifolyólag kezdtem meg. 1916 augusztusában ugyanis egyik gázphlegmonés betegem sebén kiterjedt, szennyessárga, diphtheriára emlékeztető lepedéket találtam. A sebrevisio, illetve feltárás megejtése után a gyanus lepedékre való tekintettel beoltottam a beteget diphtheria ellen annál is inkább, mert kórházam székelyén, a kórház fensík apró falujában akkortájt pár diphtheria-eset éppen előfordult. Arra voltam azonban inkább kíváncsi, hogy miként befolyásolná a serum, amelynek az orbáncznál való hatása már akkor ismeretes volt, az elég súlyos gázphlegmonés folyamatot. A 4000 egységnyi (20 cm³) savó meglepően hatott. Nemcsak a lepedék tűnt el 24 óra alatt a sebről, de a gázphlegmone tünetei is visszafejlődtek.

E naptól kezdve gázphlegmonés betegeinket rendszeresen oltottuk. A tapasztalt eredmények után ajánlatomra az eljárást *Úthy* ezredorvos is rendszeresítette tábori kórházában és főként oly esetekben látta kétségtelen és feltűnő hasznát, amelyekben mélyebb és nagyobb kiterjedésű szövetelhalások még nincsenek, s a szervezet mérgezési tünetei még nem nagyon előhaladottak.

Félreértések elkerülésére szükségesnek vélem még egyszer hangsúlyozni, hogy a folyamattal szemben *előbb alkalmazott sebészi eljárásainktól a diphtheria-serummal való oltás mellett sem mertünk eltérni* s a beteg erőbeli állapotát, fáradó szívét, csökkent vérnyomását az előbb megszokott eljárásokkal és gyógyszerekkel támogattuk, csonkító beavatkozásaink alkalmával pedig ugyanazon indiciókat tartottuk szem előtt. Nyugodtan összehasonlíthatjuk tehát az oltással kezelt betegeink sorozatát a megelőző, oltás nélküli kezelt sorozattal, amely ugyancsak több offenzívából, de ugyanazon állásokból való volt, mint emez s így azt sem lehet az összehasonlítás ellen felhozni, hogy az egyik sorozat véletlenül enyhébb virulentiájú fertőzésekből került ki.

1916 január 1.-étől 1917 végéig összesen 112 közepes és súlyos gázphlegmone-esetet volt alkalmam legnagyobb részben egy közvetlenül a front mögött működő tábori kórházban, kisebb részben egy hátrább eső honvéd tartalékkórházban gyógykezeltetni. Kihagytuk e számból az egészen kezdődő vagy kétséges eseteket, valamint az abszolút reménytelen és haldokló állapotban beszállított sérülteket. A 112 közül az első 50-et oltás nélkül, azaz tisztán sebészi úton kezeltük; ezek közül elvesztettünk 15-öt. A következő 62-t a sebészi eljárások mellett diphtheria-antitoxinnal oltottuk. Közülük 8-at vesztettünk el. (Eredményeinket az alábbi táblázat vázolja.)

Az eredmények megítélésakor a halálozási arányszámoknál, úgy vélem, több súlya van ama tapasztalatunknak, hogy a míg tisztán sebészi eljárásokat alkalmazva, a folyamat az esetek $\frac{1}{5}$ részében a beavatkozás dacára terjedést mutatott, addig a serummal kombinált kezelés mellett a gázphlegmonét az eseteknek csupán $\frac{1}{30}$ részében nem sikerült megállítanunk. (Lásd a táblázat utolsóelőtti függélyes rovatát!)

Minthogy tehát a számok az oltás mellett való eredmények lényeges elsőbbségéről tanuskodnak, melegen ajánlanám az ez irányban való további kísérletezést és az eljárás kipróbálását, ha a bakteriologusok céltudatos kutatása és az ezekre vonatkozó közlések nem adnák máris hírvil, hogy a gázphlegmonéval szemben immár *specifikus serummal* is rendelkezünk, bár erre nézve még egyelőre meglehetősen eltérők a vélemények. E véleményekből az új specifikus serumra vonatkozólag, sajnos, még nem világlik ki, hogy az általa elért eredmények kifejezett gázphlegmone eseteiben az enyémekénél jobbak volnának. E serum használata mellett sem nélkülözhetjük azokat az energikus sebészi beavatkozásokat, melyeknek elhagyása a beteg halálát jelenti. Remélhető azonban, hogy a német kartársak fáradhatlan munkáját teljes siker

Az 1916/17. évben gyógykezelt gázphlegmone-esetek.

A kezelés módja	Az esetek száma	Gyógyult	Meghalt	Csonkító beavatkozás végeztetett	A folyamat a kezelés dacára tovább terjedt	A halálos kimenetelű esetek
Tisztán sebészi úton kezeltetett	50 ¹	35 70%	15 30%	11 22%	10	5 medence- és far- 2 csípőizületi- 3 czomb- 2 térd- 2 mellkas- 1 váll- és felsővégtag- sérülés
Sebészi beavatkozások mellett diphtheria-antitoxinnal oltott	62 ²	54 87%	8 13%	12 19%	2	2 medence- és far- 1 csípőizület- 1 mellkas- 1 hát- 1 váll- 2 alsó végtag- sérülés

¹ Valamennyi eset közvetlenül a front közelében működő tábori kórházban észleltetett.

² A 62 közül 46 közvetlenül a front közelében működő tábori kórházban, 16 egy hátrább eső honvéd tartalékkórházban észleltetett.

fogja koronázni, hiszen már is sok jel szól a mellett, hogy a legjobb nyomon járnak.

Ahhoz, hogy specifikus hatású serumot szerkeszthesse nek, elsősorban a sok különböző, s az egyes buvárok nevéhez kötött anaërob között, melyek a gázphlegmoneban találhatók, valamelyes rendet kellett teremteni. *Pfeiffer, Aschoff, Klose, Kolle, Wassermann* és *Ficker* e célból a gázphlegmoneban szereplő bacillusokat a következő csoportokba rendezték el:

1. Mozdulatlan vajsav-bacillus: *Welch-Fränkeli-féle* gáz-*üszök*-bacillus.

2. Mozgó vajsav-bacillus: a höchsti serczegő *üszök*-bacillus; *Aschoff*-, *Pfeiffer*-, *Bessau*-, *Ficker*-féle törzsek.

3. Mozgó putrificus bacillus: *Bienenstock*-, *Klose*-, *Pfeiffer*-, *Bessau*-törzsek.

E felosztás alapján szerkesztették azután az ezen törzsekkel szemben polyvalens *bactericid* és termékeikkel szemben *antitoxikus* hatású höchsti *gázoedema*-serumot. Állatkísérletekkel a serum e kettős hatását be is bizonyították.

Hogy a serum a leukocytosist és phagocytosist, melyek a gázphlegmoneban a kórokozók negativ chemotaxisos hatása folytán nem jelentkeznek, megindítja, illetve fokozza: bizonyítja az a megfigyelés, hogy a sebek bő savós váladéka helyett hamarosan pus bonum et laudabile a váladék.

A harcztéren végzett kísérletek közül leginkább azok eredményei imponálóak, a melyek az *Aschoff*-tól, *Klose*-tól stb. Höchstben előállított serummal *praeventiv oltások* alakjában végeztettek. Abban a hadosztályban, a melyben az összes sebesültek lehetőleg korán *praeventiv oltásban* részesültek, a megbetegedési arány 0,6%-ot mutatott, ugyanakkor, a mikor a szomszédos hadosztályok, illetve egész hadsereg megbetegedési aránya 3%-ra rúgott. *Rumpel* tapasztalásai szerint a *praeventiv oltás* mellett gázphlegmone kevésbé kiterjedt ronsolás esetén sohasem fejlődött ki. „Késői esetek“, a melynek az összeseknek azelőtt mintegy harmadát tették ki, nem mutatkoztak. Műteti sebből, amputációs csonkból gázphlegmonet kiindulni a többszörösen ismételt oltás mellett nem látott.

A nagyobb szövetronsolással összekötött sérülések lefolyása általában simább volt. Eves sebváladék, rothadásos tünetek ritkábban mutatkoztak. *Rumpel* mindezeket a serum védőhatásának tulajdonítja, a melyet az anaërob infectióval szemben kifejti. Tapasztalásai azonban csak 1200 *praeventiv oltásban* részesült sebesülte vonatkoznak. Daczára kedvező tapasztalatainak nem hiszi, hogy a serum alkalmazása a gázphlegmone előfordulását végleg megszüntethetné, mert nem lehet minden esetben elég korán alkalmazni oly betegséggel szemben, mely néha órák alatt zajlik le. Különben is ott, a hol a szervezet már minden védekezésre, reactióra képtelen, a serum-therapia sem segíthet. A *praeventiv oltást*, a melyet először az első segélynyújtás alkalmával eszközölnek, az első tulajdonképpen sebellenyújtás alkalmával, valamint valamely végrehajtandó műtét előtt is megismétlik. *Klose* kimutatása szerint a gázüszök halálozási aránya a serum *praeventiv* és *therapiás* használata óta 25%-kal csökkent. Csak az a kérdés, hogy a csökkenést *Klose* a sok, nagyon elütő statisztika közül melyikre vonatkoztatja. Ha például *Bier*-nek középúton járó adatait fogadjuk el, akkor a halálozás még mindig 10–15% marad.

A gyógycélból való alkalmazást illetőleg *Rumpel* a többszörös adagolást hangsúlyozza és lehető nagy adagokat ajánl. Súlyos esetekben a *subcutan adagolás helyett naponta 40–60 cm³ serumot fecskendez be intravenásan és egyidejűleg intramuscularisan* a beteg végtágrészről némi távolságban. Oly eseteket is látott gyógyulni, a melyek prognosisa előbbi tapasztalása szerint kedvezőtlen volt. *Heddaeus* a gázüszök-serumot *verőérbe* fecskendezi és ez úton jobb és gyorsabb eredményt vél elérni. 114 serummal kezelt esetről és 8% halálozásról számol be, de megjegyzi, hogy statisztikája talán azért olyan jó, mert kimutatásában 42 olyan eset is szerepel, mely csak gyanus volt gázphlegmonera. Súlyos általános tünetek esetén hasznát nem látta. A sebészi beavatkozások tekintetében sokkal conservatívabb (ő az

egyedüli!), a mióta a serumot használja. Ugyanő különben előbb a streptococcus-serumtól is jó eredményeket látott, a mi *Klose* szerint érthető, ha figyelembe vesszük, hogy az esetek egy tekintélyes része vegyes (aërob-anaërob) fertőzés eredménye. Ha a serum a kétféle ellenségből az egyiket leküzdö, a megkönnyebbült szervezet a másikkal könnyebben elbánik. *Fessler* az új serum kifejezett specifikus hatásáról annak sem *prophylaxisos* sem *therapiás* alkalmazásakor nem tudott meggyőződni. *Thies* egyes esetekben az új serumnak jó hasznát vette, gyakrabban azonban nem látott tőle számottevő eredményt. Ő is abban látja a serum hasznavehetőségének kétségtelen kriteriumát, ha az a sebészi beavatkozásoknak legalább egy részét feleslegessé tenné. *Klose* sem reméli, hogy a gázüszök-serum *prophylaxisos* és *therapiás* alkalmazásával a folyamat fejlődését és súlyos következményeit el lehetne hártani, már azért sem, mert a serumban oly *absolut polyvalentiát*, a mely a gázüszökben tekintetbe jövő összes kórokozókkal szemben hatni tud, elérni nem lehet.

A serum-betegségek közül csak itt-ott láttak futó lázas mozgalmaktól kísért csalánkiütést, súlyosabb anaphylaxiás tünetek a nagy mennyiségben használt serum mellett sem jelentkeztek.

Feltűnő, hogy a szerzők, kik a serumot kipróbálták, szinte egybehangozóan a serum nagy mennyiségének és többszörös használatának szükségességét hangsúlyozzák. Feltűnő, hogy a szervezetbe juttatandó specifikus serum mennyiségét nem adagokban vagy egységekben, hanem köbcimtimeterekben szabják meg, mintha súlyt helyeznének arra is, hogy ne csak bizonyos mennyiségű *antitoxint*, hanem bizonyos mennyiségű *vérsavót* is juttassunk a szervezetbe. A betegségnek a serum-oltás után való lefolyása s az eredmények is nagyon hasonlítanak azokra, melyeket a nem polyvalens és a gázüszökkel szemben nem specifikus diphtheria-serummal való oltás után tapasztaltam. Felmerül hát a kérdés, hogy mindaz, vagy legalább is nagy része annak, a mit a specifikus serum javára írnak, nem tekinthető-e az idegen vérsavó oly hatásának, a melyet eddig, mint a hogy az anaërob infectiókat egyáltalán, közelebbről nem ismertünk. Mutat a gyakorlat néha olyat is, a mire a serologia ma még nem talál megfelelő magyarázatot. *Klose* magyarázatával szemben nincs kizárva például, hogy *Heddaeus*-nak a gázphlegmoneval szemben streptococcus serummal elért eredményei is tisztán serumhatáson alapulnak, éppen úgy, mint a diphtheria-serumnak ama hatása, a melyet a mások és magam tapasztalásai szerint orbánczban kifejti. Hiszen tudjuk, hogy idegen vérsavónak a szervezetbe juttatása nem közömbös, sőt erős reactiót vált ki. Kérdés, nem gyakorolnak-e az idegen vérsavó vagy annak termékei általában az emberi szövetekre olyan befolyást, a mely a szervezetet a fertőzéssel szemben újra talpraállítani tudja?

A gázphlegmone gyógyításának kérdése kapcsán fel kell még említenem azokat a *chemotherapiás* kísérleteket, a melyeket újabban a *chininszármazékokkal* végeztek, s a melyeknek eredményei éppen úgy, mint a specifikus serummal való kezelés, egyelőre nagyon vegyes megítélésben részesülnek. *Morgenroth* és *Bieling* blztató táptalaj- és állatkísérletei daczára az eddigi észleletek nem jogosítanak fel bennünket arra, hogy a *vuzin*-nak nevezett chininderivatumban olyan specifikus *chemotherapiás* ágenset lássunk, mint a salvarsanban syphilis vagy a chininben malaria esetén. *Kitűnő desiniciens és erjedést gátló, de ereje csak contact hatás mellett nyilvánul meg.* A közönséges genyekeltőkön kívül megöli, még pedig gyorsan, úgy a *Welch-Fränkeli* gázüszök-bacillusát, mint a *butyricus*-csoport mozgó mikrobáit is. *Bieling* szerint tudja neutralizálni a szervezetbe felszívódott toxinokat is, tehát hatása kettős. *Klose* ezt a neutralizáló hatást a gázoedema toxinjaival szemben kimutatni nem tudta és azon nézetben van, hogy a *vuzin*-infectiók a serum-therapiát hathatósan támogatják ugyan, de azt nem helyettesíthetik. *Klapp*, bár sok tapasztalásra nem tekinthet vissza (mindössze 17 esetre) eddigi eredményei alapján reményli, hogy a *prophylaxisos* és *therapiás vuzin-befecskendezésekkel* sikerül majd elhárítani a gázüszök veszedelmét.

Ezek után mindazt, a mit a gázphlegmoneról tudunk és a háborúban tapasztaltunk, röviden a következőkben foglalnám össze:

1. A gázphlegmone anaërob fertőzés következtében létrejött veszedelmes *sebcomplicatio*, a mely a hadichirurgiát előbbi passiv és conservatív irányától eltérítette, mert következményei csak gyors és erélyes sebészi beavatkozásokkal hárríthatók el.

2. Rendesen kiterjedtebb szövet-, főként izomroncsolással összekötött *tüizerségi, bomba-, akna-, kézigrdínt-sérülések nyomában fejlődik*. Kórokozója többféle gáztermelő anaërob bacillus, a melyeket újabban *gázoedema-bacillusok* neve alatt foglalnak össze. (Pfeiffer, Aschoff, Klose, stb.)

3. Mai lényegesen ritkább előfordulását a lehető korai, *gondos, praeventív sebellátásnak* köszönhetjük. A *sebrevisio* elve: lehető egyszerű sebviszonyokat teremteni, a bejutott durva szennyeződést, idegen testeket (nagyobb lövedékrészleteket is) eltávolítani s a sebváladék lefolyását megfelelően biztosítani (Bier, Pels-Leusden). Minden egyéb művelet és fertőtleníteni akarás felesleges, sőt káros. *Legyünk alaposak, de azért tartózkodjunk a túlzásoktól.*

4. A folyamat miatt végzendő *sebészi beavatkozások* (bemetszés, feltárás, sebkimetszés, resectio, amputatio, exarticulatio) *indicatíóit a sérülés jellege és kiterjedése, továbbá a folyamat súlyossága, illetve az általános és helyi tünetek szabják meg.*

5. A *nyitott, félig nyitott vagy kötésben* (nedves vagy száraz) *való kezelés, ha azokat nem sablonosan alkalmazzuk, hanem a folyamat, illetve sebgyógyulás szakához választjuk meg, egyaránt kiválóan használhatók;* a nyitott kezelés azonban elülfekvő kórházakban nehézségekbe ütközik éppen úgy, mint a sebnak állandó vagy tartós öblítése.

6. A seb mechanikai megtisztítására az *antiseptikus oldatokkal való kiöblítést* nem nélkülözhetjük ugyan, de ezek közül specifikumnak egyik antisepticumot sem tekinthetjük. A sebkezelésben olyan antisepticumot, a mely a gázgangraena jellegzetes szagát, mely fontos tájékoztató jel, a saját szagával kendőzi, ne használjunk (jodoform, perubalzsam.)

7. Az *utókezelésben a beteg testrészt nyugalomba helyezése* és nyugalmi állapotában való megtartása a gyógyulás egyik legfontosabb biztosítéka. A nyugalmi helyzet biztosítására legkiterjedtebben a vízhatlan szövettel védett *Dollinger-féle gipszsíneket* használtuk. A *szállítás a gázphlegmonés betegre nézve a legnagyobb veszedelem.* Tovaszállítani a beteget csak jóval a folyamat teljes lezajlása s a seb feltisztulása után szabad.

8. A *Bier-féle hyperaemiás gyógykezelés* vagy *rhythmusos pangás az elülfekvő kórházakban nem alkalmazható.* Alkalmazása különben is, tekintettel a gyűjtőterek elég gyakori thrombosisára, nézetem szerint *aggályos.* Eredményt tőle hátrább eső kórházban sem láttam.

9. A *folyamatot idegen vérsavónak a szervezetbe való juttatása, mint arról tapasztalásaim beszámolnak, igen kedvezően befolyásolja* s a valószínűleg csak idegen vérsavóként szereplő diphtheria-antitoxinnal való oltások mellett a halálozási arány lényegesen csökkent.

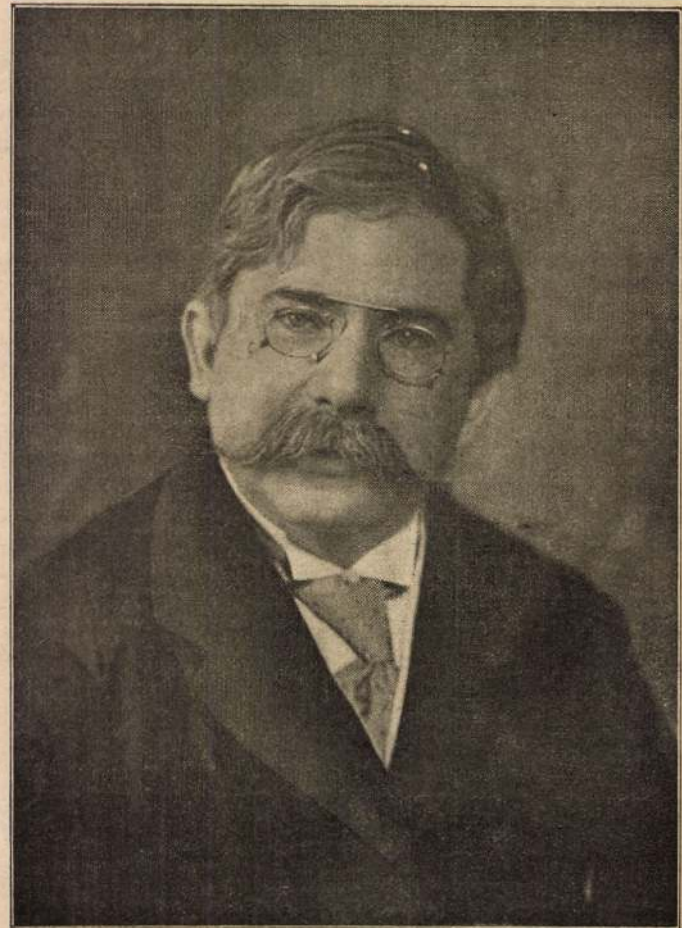
10. Az újabban használt *specifikus höchsti gázoedema-serummal* szerzett tapasztalások valamennyi észlelőt még nem elégitik ki és még további kísérletezést igényelnek. Mindenestre tisztázandó volna, hogy az új serum hatása csakugyan specifikus-e s a vele elért eredmények nem volnának-e *ugyanoly adag tiszta löserummal* is elérhetőek? A *Klapp-, Morgenroth- és Bieling-féle vuzinnal végzett chemotherapiái kísérletek egyelőre csak biztató próbálkozások, melyek azonban a máris sikeresnek látszó praeventív gázoedema-serumoltásokkal együtt a gázphlegmone terapiájában lényeges haladást jelentenek* és remélni engedik, hogy a gázüszök gyógyításának kérdése a legjobb útra került. Ha ugyan a kérdést az áhitott béke közeli elkövetkezése háttérbe nem szorítja.

(Vége.)

Báró Herczel Manó

1862—1918.

Még a mostani izgalmas időkben is, midőn egy óra alatt sokszor több nevezetes esemény történik, mint máskor évtizedek alatt, midőn minden ember a végsőkig fokozott várakozással lesi olyan politikai és socialis kérdések kialakulását, melyeknél fontosabbak még sohasem merültek fel hazánk ezredéves történetében, s a melyek szerencsés megoldásától egyaránt függ a köz és az egyén sorsa — még ezekben a jövőendő eseményeinek súlyától terhes időkben is országszerte általános megdöbbenést és általános részvételt keltett *Herczel Manó* korai halálának híre.



Neve nemcsak minden magyar orvos előtt volt ismeretes, hanem a publikum legszélesebb köreiben is ismerték és szerették őt, s az a sok-sok ezer patiens, a kinek az ő művészi keze adta vissza életét, egészségét és munkaképességét, az ország minden zúgába széthordta s a kunyhókban és palotákban egyaránt népszerűvé tette nevét.

S ezt a hírt, ezt a népszerűséget, melyhez hasonló kevés magyar orvosnak jutott osztályrészül, úgyszólván egy csapásra szerezte meg. A fiatal, nem egészen 30 éves heidelbergi docens, mikor 1891-ben itt Budapesten letelepedett és sanatoriumot nyitott sebészi betegek részére, rövid idő alatt egyikévé lett a legkeresettebb, leghírnevesebb orvosoknak. Ebben az ő egészen exceptionalis orvosi és sebészi kvalitásain kívül kétségen felül része volt a külső viszonyoknak is.

A mult század 80-as évei, melyek meghozták az asepsis diadalát a postoperatív *sebcomplicatiók* felett s egy egészen újszerű biztonságerzetet keltettek a sebészekben munkájuk sikere iránt, hatalmasan megnövelték a chirurgia vállalkozó kedvét is és az operatív *therapia* úgyszólván napról-napra új tereket hódított magának. Ennek az asepsis

jegyében megindult nagyszerű fellendülésnek is az élén haladt a heidelbergi sebészeti klinika, melyet világhírű vezetői: *Simon* és utóda *Czerny* a világ legelső ilyen intézetei sorába emeltek. Erre a klinikára vezérelte *Herczel*-t szerencsés sorsa 1886-ban; itt lett assistens, majd magántanár s innen került Budapestre, telve nemcsak a kor színvonalán álló alapos elméleti és gyakorlati tudással, hanem egyszerűsmind a kutatás, a haladás szellemével is.

A haladásnak erre a szellemére itt minálunk formálisan reánehazodott *Kovács József* nagy tekintélye, melylyel féltékenyen őrködött az ő meggyökeresedett nézeteinek szent sérthetetlensége felett; kegyetlen kritikájától mindenki félt s mivel az activ sebészek legtöbbször az ő tanítványa volt, már csak ezért sem szerettek vele szembeszállni. Ily körülmények közt *Herczel* az ő modern ideáival éppen szűkebb kartársai antipathiával, sőt gyűlölködve fogadták. Az egyik egy vese-kiirtásról szóló közlése kapcsán fulminans cikket írt ellene, mely azzal végződött, hogy „kegyelem a vesének”; egy másik így szidta assistensét műtét közben: „bauen Sie sich auch ein Sanatorium, sind ebensolch' ein Esel”; docenturáért való folyamodványa évekig hevert s mikor elment *Kovács*-hoz, hogy megsürgesse, ez be sem engedte szobájába, hanem a várószobában intézte el, mondván: „öcsém uramnak sürgős, nekem egy cseppet sem sürgős, igen jól fekszik a ládám-fiában“.

De ő nem hagyta magát intimidálni s működésével, vállalkozó kedvével, az akkori időkben vakmerőnek tartott műtéteivel és főleg súlyos esetekben elért szép eredményeivel csakhamar megnyerte magának nemcsak a gyakorló orvosokat, hanem a publikumot is, Midőn aztán 1892-ben a Szent István-kórház III. sebészeti fiókosztályának rendelő-orvosává nevezetvé ki, kórházi osztályra tett szert, ennek az ulcus crurisok és gyógyíthatatlan rákos-betegek számára szánt osztálynak szerény 40 ágyán — miután néhányszor szemére hányták az ott véghezvitt „germán vagdalkozást“ — Budapest legérdekesebb és legszebb sebészi eseteit gyűjtötte össze.

Példája és sikerei buzdítóan, serkentőleg hatottak nemcsak tanítványaira, hanem összes sebészcollegáira is. S épp ebben rejlik *Herczel* működésének korszakos jelentősége a magyar sebészet fejlődésében, hogy nemcsak új eszméket, új eljárásokat hozott külföldről, hanem új szellemet is, a modernség, a haladás szellemét, melyet, a midőn egyszer megnyilatkozott, semmiféle hatalommal, semmiféle tekintéllyel többé elfojtani nem lehetett.

Ellenségeinek, ha sympathiát nem is éreztek iránta, el kellett ismerniök, hogy az ő iránya a helyes s vele együtt kellett haladniok a fejlődő sebészet új ösvényein. S így a Saulusokból Paulusok és kevés kivétellel az ellenségekből tisztelők, néha jóbarátok is lettek. E közben tekintélye, híre folyvást gyarapodott. Midőn 1905-ben a rókusi osztályra pályázott, azt, dacára ellenfele nagy személyes összeköttetései-nek, könnyen nyerte meg. Patienturája is nőttön nőtt s működésének, sebészi sikereinek nagy szerepe volt abban, hogy leküzdjé a publicum vonakodását, félelmét a sebészi beavatkozásokkal szemben és hogy visszatartsa itt Budapesten azt a közönséget, a mely azelőtt minden apróságért külföldre, különösen Bécsbe szaladt.

S kiváló tulajdonságainál fogva igazán megérdemelte azt az óriási bizalmat, melylyel a betegek hozzáfordultak.

Nemcsak alaposan képzett, biztos kezű, fényes technikájú sebész volt, a ki a legsúlyosabb esetektől sem riadt vissza s a legnehezebb helyzetekből is diadalmasan került ki, hanem főleg és első sorban nagy orvos, méltó tanítványa *Nothnagel*-nek és *Czerny*-nek, akiknek oldalán fiatal korában működött. Kiváló klinikus, finom diagnosta, akit bámulatos intuíciója biztosan vezetett a leghomályosabb kóresetek szöveteiben, s rendkívül megfontolt, gondos, figyelmes therapeuta, akinek nemcsak sebészi, de nagy belorvosi tudása is volt, s a ki nemcsak műtét közben volt absolute praecis, hanem képes volt órák hosszáig elgondolkozni egy-egy kényes műtéti indicatio, vagy egy postoperativ complicatio

felett s az aprólékosságig ment, hogy betegeinek minden legkisebb panaszán és kellemetlenségén segítsen.

E mellett nagyszerűen tudott a betegekkel és hozzátartozóikkal bántani. Csodálatosan kedves és megnyerő tudott lenni s egész lényét elöntötte valami aranyos derű, mely mindenkit megbűvölt, akinek gyakrabban volt alkalma vele érintkezni.

Igy érthető, hogy hálás patiensseiből tisztelői, barátai, pártfogói váltak, akik aztán gondoskodtak róla, hogy egyéb sikereihez külső kitüntetések is járuljanak; így lett egymásután nemes, udvari tanácsos, báró. Ezeket a kitüntetéseket az ő igazi demokrata és alapjában véve kissé bohém természetete mindig nagyon vegyes érzelmekkel fogadta, igazi örömet csak az egyetemi rendkívüli tanári cím szerzett neki.

Különben is mi, akik jól ismertük, tudjuk, hogy a praxison és a gyógyításon kívül a tudomány művelése és az egyetemi tanítás volt az egyetlen ambíciója. Mint assistens és fiatal docens néhány experimentalis és histologiai dolgozatot is írt, későbbi munkái kizárólag klinikus természetűek s magukon hordják egy nagy tapasztalatú, élesen megfigyelő orvos erős kritikájának, lucidus elméjének bélyegét. Előadásait nagy közvetlenség, egyszerűség, világosság jellemezte, mint debatter igen ügyes, élénk, szellemes s ellenfelei számára nem egyszer félelmetes volt. Egészen az utóbbi évekig igen élénk részt vett a hazai és külföldi orvostársulatok életében; a Közkórházi Orvostársulat intéző-bizottságának sok éven át elnöke, a Magyar Sebésztársaság V. nagygyűlésének elnöke, az Orvosegyesületnek a jelenlegi cyclusban üléselelnöke volt. Az utóbbi években, midőn látta, hogy egyetemi ambíciói nem mehetnek teljesebbé, elment a kedve a tudományos munkától s csak nagy ritkán, ha éppen nem kerülhette el, jelent meg egyik-másik ülésen. A háború is nagyon megviselte; nemcsak az emberfeletti munka, melyet megtámadott egészsége dacára egyszerre három kórházban és sanatoriumában végzett, hanem tőle a lelki depressio, melyet azelőtt sohasem tapasztaltunk rajta. Az első pillanattól kezdve az volt a meggyőződése, hogy ez a dolog ránk nézve csak rosszul végződhetik s ebben a hitében a nagy hadisikerek sem ingattak meg, a mi optimismusunk számára mindig csak egy elnéző mosolya volt.

Az utóbbi időben aztán a praxistól is elment a kedve, megvált sanatoriumától, melynek minden köve szívéhez volt növe s úgy képzelte, hogy lassanként visszavonulva a gyakorlattól, öreg napjait gazdálkodással fogja eltölteni. Ennek a nyugodalmas öregsegnek a reményétől fosztotta meg őt a gyilkos járvány, mely rövid néhány nap alatt végzett vele.

De nem volna ez a *Herczel* élete folyásáról való rövid elmélkedés az ő szelleméhez méltó, ha ezzel a szomorú akkorddal fejeznök be. Mert ha konstatálnunk is kell, hogy az ő munkás, fáradsággal és küzdelemmel teljes élete minden nagy külső sikere mellett sem hozta meg neki azoknak a vágyaknak a megvalósulását, melyeket szíve mélyében ápol — másfelől azt is meg kell állapítanunk, hogy az ő kedélyének egyforma bölcs derűjén ezek a csalódások alig hagytak nyomot. Ő az életnek igazi művésze volt, aki a jól teljesített kötelesség tudatában, a philosophus nyugodt fölényével nézte a sors kis játékait s a saját sikereit és balsikereit is. És szívből lelkesedve mindenért, ami szép és jó, szívből is tudta élvezni mindazt a sok szépet és jót, amit az élet teli kézzel nyújtott neki.

Kiváló volt, derék volt, ember volt — élete szép és hasznos volt.

Pólya Jenő dr.

A nyilvános ingyenes járóbeteg-rendelésekről.

Irta: ifj. *Liebermann Leó* dr., közkórházi főorvos, egyetemi magántanár.

A nyilvános járóbetegrendelések ügye több ízben volt már megfontolás tárgya a legkülönbözőbb szempontokból. Jelentőségük a beteggyógyítás, a kórházi férőhely, a fő- és segédorvosi személyzet munkája, az utóbbinak szakmabeli kiképzése, a tanítás és orvosi továbbképzés, a tudományos munka, továbbá a fenntartási költségek, az igénybevehetőség

kérdése és a magánorvosi érdekek szempontjából, tehát igen sok oldalról lévén megbirálandó, nem csoda, ha egyik-másik szempont tekintetében egymástól nagyon eltérő felfogás nyilvánul meg.

Jelen soraim célja mindezen kérdéseket azon tapasztalatok alapján megvilágítani, melyeket éveken át, előbb mint az egyik legforgalmasabb klinikai járóbetegrendelés helyettes vezetője, utóbb mint egy közkórházi osztályllyal kapcsolatos ambulancia vezetője szerezhettem.

A beteggyógyítás és a kórházi férőhely szempontját együttesen kell tekinteni, mert a járóbetegrendelések egyik fő haszna az, hogy a kórházakat megkímélik a férőhelyek diagnosztikai célból való igénybevételeitől és olyan betegekkel való betöltésétől, a kik ambuláns is kezelhetők. Minél kevesebb a kórházi férőhely a lakosság számához képest, annál nagyobb fontossága van a kellő kihasználásnak. Az pedig, hogy ambuláns is kezelhető bajokkal felvételi csak azok a betegek szoktak kérni, a kiknek a kórház kedvezőbb viszonyokat nyújt, mint az otthonmaradás, annyira magától értetődik, hogy e tekintetben az ambulanciák szükségességét hangoztatni felesleges. Azt azonban említésre érdemesnek tartom, hogy ott, a hol nyilvános ambulanciák vannak, a szegény betegek szívesebben keresik fel ezeket, mint a nekik szintén díjtalanul rendelkezésre álló községi (kerületi) orvosokat, a kiket egyébként többnyire csak az általános orvosi gyakorlat szakmateriajelmében vetnek igénybe, tehát főleg belorvosi bajokkal.

Oly intézetekben, a hol a járóbetegrendelés nem önálló intézmény, saját orvosi személyzettel vagy vele arányosan nagyobb orvosi segédcsapatokkal, tehát főképpen a közkórházakban, a hol a járóbetegrendeléssel bíró osztályoknak is csak ugyanannyi az orvosi személyzetük, mintha nem volna ambulanciájuk, ott ennek az ellátása természetesen *jelentékeny munkatöbbletet* jelent úgy az osztály vezetője számára — ha, a mint az mindig kívánatos volna, saját maga vezeti a rendelést —, valamint a segédorvosi személyzet számára is. Hogy ezt a munkatöbbletet a legtöbb szívesen vállalják, az nyilvánvaló abból, hogy a legtöbb közkórházi osztály tart ambulanciát, a nélkül, hogy az kötelessége volna, a mennyiben a közkórházi alapszabályok ez idő szerint csak *jogot* adnak a fő- és rendelőorvosoknak ambulancia tartására, de nem állapítják meg ezt kötelességnek. Nyilván ez a felfogás az oka annak is, hogy a közkórházakban az ambulanciák munkatöbbletéhez mérten a segédorvosi személyzetet nem szokták szaporítani.

E munkatöbblet elvállalásának a fentemlített beteggyógyítási szempont humanus vonatkozásain kívül mindenestre egyéb fontos okai is kell hogy legyenek s ezeket a *tanítás és tudományos munka* érdekeiben kell látnunk. Mindkettőt a legtágabb értelemben véve: a tanítás alatt az orvos-tanhallgatók, a gyakorlóéves és más továbbképzendő, illetve specialistákká képzendő orvosok és az osztály saját segédorvosi személyzetének tanítását, kiképzését érve, a tudományos munka alatt pedig a productiót és a haladást. Nemcsak az egyetemi tanítástülethez tartozó fő- és rendelőorvosok részéről magától értetődő ez, hanem ettől függetlenül a törvényhatóságok is elismerik, sőt az alapszabályokban is kidomborítják a közkórházak tudományos és orvosképző feladatát.

Mindez azonban csak nagy és változatos beteganyaggal lehetséges, nagyobb és qualitative is változatosabb beteganyaggal, mint a melyent a fekvőbetegosztályok egyedül szolgáltatnak. Tudvalevőleg kellő diagnosztikai biztosság csak nagyszámú hasonló eset észlelésével érhető el, ritkább körképek jelentkezésére pedig csak minél nagyobb számú eset között lehet számítani. Annál inkább van tehát szükség nagyszámú esetre, mennél rövidebb ideig tartó kiképzésre, illetőleg továbbképzésre kívánjuk, hogy alkalmas legyen a beteganyag. A tudományos munka szempontjából pedig: statisztikai alapon nyugvó munka csak nagy statisztika mellett értekes, ritkább esetek feldolgozása es minden therapiás munka pedig kellő számú esetet igényel.

A hol ezek a szempontok a homloktérben állnak, mint

az egyetemi klinikákon, továbbá oly intézetekben, melyeknek kizárólagos vagy fő célja a járóbetegrendelések fenntartása, ott ezeknek *költségeiről* külön fedezetek által történik gondoskodás. Másképpen áll a dolog a közkórházakban akkor, ha, mint a jelenleg érvényben levő alapszabályokban megnyilvánul s a mint fentebb kifejtettük, az ambulanciátartás csak engedély jellegét viseli. Az engedélyvel való éléshez természetesen nem lehet a kórházakat fenntartó törvényhatóságok anyagi hozzájárulását is követelni. Nyilván ezen az alapon merültek fel azok a tervek, melyek például a múlt évben is megfontolás tárgyát tették, hogy nem volna-e célszerű a nyilvános járóbetegrendelések révén felmerülő költségekre oly módon szerezni fedezetet, hogy azok *igénybevételeit* a teljesen szegény és szegénységi bizonyítványt felmutató betegeken kívül ilyenekkel nem rendelkező betegeken is megengednék, de csak úgy, hogy az utóbbiaknak bizonyos díjakat — melyek a hivatalos minimális orvosi honorariumokon jóval alul maradnak — kelljen illetékképpen (nem orvosi honorariumképpen) fizetni. Ez a megoldási mód nem látszik elfogadhatónak azért, mert nagyon alkalmas arra, hogy az amúgy is nem csekély számú visszaéléseket ingyenes rendelés igénybevételeire reá nem szorulókról részéről meg szaporítsa. Ezekre egy másik cikkemben részletesen fogok kitérni.

Egy másik módzat volna az ambulanciák anyagfogyasztási költségeit (kötszerek és gyógyszerek), minthogy főképpen ezek terhenek a járóbetegrendeléseket anyagilag, az országos betegápolási alpra átharítani, amire amúgy is megvan a törvényes alap, de ez csak szegénységi bizonyítvány felmutatásával igényjogosultságukat igazoló betegeknél volna lehetséges; az ambulanciákat tehát akkor, eltekintve az első segélynyújtás mindenkori kötelezettségétől, csakis szegénységi bizonyítvány felmutatásával lehetne a betegeknek igénybevenni s ezek közül is kiszorulnának, mint az országos betegápolási alap igénybevételeire nem jogosultak, a munkásbiztosító pénztári és mindennemű más betegpénztári tagok, továbbá mindazok, akik szegénységi bizonyítványt nem kaphatnak, de akiknek anyagi helyzete mégis méltányossá teszi az ingyenes orvosi segítségben való részesülést. E módzat mellett azonban e költségek tetelenti elszámolásának szükségessége merülne fel, ami egyrészt sok időrabló munkát jelentene, másrészt pedig ismét igen költséges administratív apparatus működését tenné szükségessé. Ez azonban csak a kisebbik baja volna ennek a rendszernek; de nagy veszedelmet jelentene az ilyen korlátozás, ha — ami több mint valószínű — ezt az intézkedést nem valamennyi járóbetegrendelést fenntartó gyógyintézet léptetné életbe, ha például — és főképpen — az egyetemi klinikák nem vezetnek ezt be. Ennek következménye minden bizonynyal az volna, hogy a betegek szívesebben vennék igénybe azokat az intézeteket, ahol azt korlátozások nem nehezítik meg, s így a közkórházi rendelések a fent kifejtett elvek értelmében nélkülözhetetlenül szükséges beteganyaguk tetemes részétől elesnének. Ahhoz is sok szó fer, hogy a betegpénztári tagokat szabad-e kizárólag a pénztári rendelések igénybevételeire szorítani s esetleg csak a pénztári orvosok részéről specialisan indokolt átutalásokat engedni meg.

Mindezen megfontolások alapján a felvetett problémák megoldására nem látok más megoldást a törvényhatósági kórnázak számára, mint belátva azt az ellentmondást, ami a közkórházak tudományos és orvosképző intézeti jellegének hangsúlyozása és másrésztől a járóbetegrendelések aránylag mostoha ellátása közt nyilvánvaló: *a járóbetegrendeléseket, ha kell, külön költségfedezet beállításával nagyobb arányokban fejleszteni, a fő- és rendelőorvosokat ilyenek tartására nem feljogosítani, hanem kötelezni, helyiségekről, orvosi segédcsapatokról a forgalom adta szükséghez mérten gondoskodni, a közönséget a kórházépületek bejaratánál alkalmazott felirások révén a nyilvános ingyenes rendelések idejéről és azok vezetőiről tájékoztatni s mindezzel a beteggyógyítás, az orvosképzés és a tudományos munka érdekeit kiterjedtebben szolgálni, lévén ez aránylag csekély költségtöbblettel teljesíthető elsőrendű közegészségügyi feladat.*

Hogy a járóbetegrendelések frequentája nem kizárólag technikai körülményeken múlik, azt jól tudom, s ha nem tudnám, tapasztalhattam volna abból, hogy saját osztályom járóbetegrendelése, amióta azt vezetem, az azelőtti évi 2600 új betegről egy év alatt 3600-ra, a második évben pedig 4300-ra emelkedett.

Arra az esetleg kínáló ellenvetésre pedig, hogy a közkórházak feladata nem klinikai működés — azzal felelek, hogy mindezzel csak olyan terjedelmű klinikai jellegű működést propagálok, mely a közkórházi jelleg és a közkórház intézményes feladatainak szemmel tartása mellett is lehetséges, sőt alapszabályszerűen kívánatos is.

A nyilvános ingyenes rendeléseknek a magánorvosi érdekekhez való vonatkozásaival egy másik cikkemben kívánok foglalkozni.

IRODALOM-SZEMLE

Könyvismertetés.

Prof. Th. Brugsch: Allgemeine Prognostik oder die Lehre von der ärztlichen Beurteilung des gesunden und kranken Menschen. Berlin—Wien. Verlag von Urban und Schwarzenberg. 498 lap. Ára 36 korona.

A prognostika, vagyis az egészséges és kóros viszonyok között levő egyén jövőjének megismeréséről szóló tan, eddig még nem volt módszeresen megalapozva. Ezen a hiányon akart segíteni a szerző, amikor azt a célt tűzte maga elé, hogy módszert állítson fel, amelynek segítségével a tudományosan determinálható tényezők, amelyek a prognostikai következtetésekhez szükségesek, megállapíthatók; más szóval: prognostikai methodikát akart teremteni. Ezt a célt oly módon vélte elérhetni, hogy rendszeresen tárgyalta első sorban a habitusra és az organisatióra vonatkozó adatokat, azután meg a constitutiális momentumokat véve szemügyre, az így kapott adatokból synthesis útján az egyén egységes megítélését teszi lehetővé. Ennek megfelelően a munka három részre tagolódik: az első a habitust és az organisatiót, a második a constitutiót, a harmadik az egyént tárgyalja. A jórészt önálló vizsgálódásokon alapuló, de a meglevő irodalmi adatokat is kellőképpen tekintetbe vevő, teljesen újszerű munka mindenesetre fontos lépést jelent abban az irányban, hogy a specialis prognostika, az orvostudomány e legnehezebb része, módszeresen kidolgozható legyen.

A munka nem egészen könnyű olvasmány; mostani alakjában nyilván nem is az a célja, hogy a gyakorlatban már értékesíthető legyen. A kifejtett gondolatmenet azonban helyes és továbbfejlesztve, egyik-másik részében talán változtatva, eredményesnek ígérkezik, hogy nagy gyakorlati eredményeket érleljen. Mint *Martius* „Konstitution und Vererbung“ és *Bauer* „Konstitutionelle Disposition“ című munkáinak mintegy továbbvitele a legnagyobb mértékben megérdemli a szakkörök figyelmét.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az influenzás tüdőbetegség prognózisáról ír *Fleck-seder* bécsi docens. Kedvező prognózisra enged következtetni a crepitatio continua, azaz hosszasan fennálló egészen finom crepitatio, anélkül, hogy erősebb tömülés, erősebb tompulat, kiterjedtebb bronchialis légzés vagy durvább, csengő szörtyözörek jelentkezzenek. Az érverésnek percenként 40–50 re alászállása a kezdődő javulás jele. Kedvező továbbá a nyelvnek tisztán maradása vagy megtisztulása, az inreflexek megtartott volta vagy visszatérése. Absolute kedvezőtlen a tömülés határtalan terjedése mindkét tüdőben; tüdővizényő kicsiny pulsussal; az érverés-számnak percenként 140-en felül emelkedése. Komoly a prognózis, ha bőséges, higan folyó vért köp a beteg; ha kifejezetten genyes mellüregbeli izzadmány van jelen, avagy sepsises icterus és kifejezett cyanosis;

komolylyá teszik továbbá a prognosist a jobb szívek és a tüdőbeli vérkeringésnek régebben fennálló zavarai (stenosis mitralis, kyphoscoliosis stb.); a súlyos heveny degeneratív nephrosisok, a terhesség és a gyermekágy. (Wiener klinische Wochenschrift, 1918, 48. sz.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Influenza gyógyítása. *Hoffmann Ármán* dr. szinai járóorvos írja a következőket: Kötelességemnek tartom jelenteni, hogy spanyolkóros betegeimet a tüneti kezelés mellett a tüdővész ellen ajánlott czukoroldat befecskendezésekkel kezelem. Az egyenlő mennyiségű vízzel készült oldatból 5 cm³-t fecskendezek meg, ameddig láz van. Rendszerint 1 injectio elegendő, néha azonban több kell, naponként megismételve. A hatás feltűnő, különösen a mellhártya- és tüdőgyuladással szövődött esetekben. Legmakacsabbak a jó étvágyú, elég jó közérzetű, de egyebekben a sepsis jeleit mutató esetek.

Beszorult üvegrészek (üveg dugók, üvegcsapok) meg-lazítására *Schwarze* a higitatlan hydrogenperoxydot ajánlja, amelybe az illető tárgyak néhány órára behelyezendők. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 47. sz.)

Struma nagyobb számú esetében *Bircher* a zürichi Hausmann-czég által forgalomba hozott *strumaval* nevű szert ajánlja, amely nem más, mint struma ellen már régebben több-kevesebb eredménnyel használt szerekek a combinatiója. Így tartalmaz lipojodint mint legkevésbé ártalmas jodkészítményt, chinint, az ideges jelenségek ellen calciumot, a kötőszövetképződés elősegítésére siliciumot. Tabletták alakjában kapható. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte, 1918, 37. sz.)

A nyál felszívására eszméletlen betegeken *Neumann* a következő egyszerű eljárást használja: vattagomolyokat helyez a második felső örlőfog és a pofanyálkahártya közé, valamint a nyelv alá, s a mikor teleszívódtak nyállal (2–3 óra múlva), kicseréli őket; a vattagomolyokat fonállal erősíti a beteg ingéhez. Ily módon a nyálnak a levegőutakba jutása és a megfulladás veszélye megelőzhető. (Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 47. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 48. szám. *Bajor Dezső*: A morbus sibiricusról. *Stüler Bertalan*: Klinikai tartózkodások.

Budapesti orvosi ujság, 1918, 49. szám. *Borbély László*: Szemérisülések és tetanus. *Horváth Dezső*: A kiütéses láz kóroktana és laboratoriumi körjelzése.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Sugár Mihály* dr.-t a temesvári közkórház igazgató-főorvosává, *Sarkány Géza* dr.-t Czegléd város orvosává, *Szekeres Miksa* dr.-t és *Bánki Zoltán* dr.-t Győrmegeye tiszteletbeli főorvosává nevezték ki.

Választás. *Posch Árpád* dr.-t Nezsider község orvosává választották.

Továbbképző tanfolyamok orvosok számára. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága kéthónapos tanfolyamot fog rendezni, első sorban a háborúból visszatért orvosok számára. A tanfolyam közkórházakban és klinikákon december hó közepén kezdődik s díjtalan, a programot december hó elején teszik közzé. Addig is az orvosi továbbképzés központi bizottságának irodája (Budapest, VIII. Máriá-utca 39, első számú egyetemi szemklinika) írásbeli kérdésre felvilágosítást nyújt.

Személyi hírek külföldről. Az alkalmazott orvosi chemia rendes tanárává a bécsi egyetemen *H. Fischer* tanárt nevezték ki Innsbruckból. *R. Bonnet*, a bonni egyetem anatomusa, nyugalomba vonul.

Herczel Manó emlékének tanítványai alapítvánnyal akarják megörökíteni: e célra máris 11.000 kor. gyűlt egybe.

Meghalt. *Okolicsányi János* dr., Nógrádmegye főorvosa november 24.-én 61 éves korában. — *Legányi Gyula* dr. Debreczenben — *B. Wolff*, az elmekörtan rendk. tanára a rostocki egyetemen, nov. 10.-én 48 éves korában. — *H. Schoeler*, régebben a természet rendk. tanára a berlini egyetemen, 75 éves korában.

A Hűvösvölgyi Parksanatorium orvosi vezetését *Soós Aladár* dr., a Korányi-klinika volt orvosa vette át.

Lapunk mai számához **Konrádi Dániel** dr. egyetemi magántanár „**Novotropin az orvoslásban**” című cikkének különnyomata van csatolva. Ezen készítményt gyártja a „**Chinoin**” gyógyszer- és vegyészeti termékek gyára r.-t. Ujpest.

Dr. Székely-dr. Szilas diagnosztikai laboratoriuma, Erzsébet-köri 22. Telephon. Dajka-vizsgálat.

Dr. Greslikin Milivoj röntgenlaboratoriuma teljes Lilienfeld-berendezéssel. (VIII. Csepregy-u. 2.) Nyitva van hétköznap déli 11—12-ig csak gyomorbetegségeknek, d. u. 3—6-ig pedig egyéb eseteknek (mélytherapia, stb.)

Dr. Reich Miklós-féle Budapesti medico-mechanikai intézet és fizikai gyógyintézet. IV., Semmelweis-utca 2. sz. Kossuth Lajos-u. sarok, I. emelet. lift.

Igazgató-főorvosok: **Dr. Melha Armand** és **Dr. M. Hilf Paula**.

Schnée-féle négyrekeszes villam-fürdők, radium-inhalatorium, elektromágneses és minden villamos gyógyeljárás. Davosi napfénypótló (Höhensonne), thermopenetratio (diathermia).
Telefon: **József 412.**

ZANDER

Dr. Zander G. a főváros területén egyedül jogosított teljes készülék-sorozata, orthopaedia, fejlesztő testgyakorlás gyermekek és felnőttek számára, test-egyesítés, orvosi massage, Bergonié-féle soványító kúra, mindennemű forró légfürdők, villamos fényfürdők, szén-savas fürdők, hydroelektromos fürdők, Schnée-féle degradator. Höhensonne. Quarzlámpa.
Telefon: **József 412.**

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. Sugas gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légkésülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degradator. Höhensonne. Quarzlámpa.

SZT. GELLÉRT

gyógyfürdő és szálló, Budapest

A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrása. Termális és fizikotherapiás gyógyintézet. Termalfürdők, iszap-, szén-savas fürdő, vízgyógyintézet.

Inhalatorium, pneumatikus kamra stb. Elsőrangú szálló, diétás étkezés. Kivánatra prospektus. Igazgató-főorvos: **Dr. Bosányi Béla**, kir. tanácsos.

Fővárosi Fásor Sanatorium

Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére.

Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztállyal kibővíve.

Budapest, VII., Városligeti fásor 9. Telefon: **József 15—26.**

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest, IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

VII., Városligeti fásor 13—15. Telefon: **József 52—29.** — Sebészeti-, női-beli etegek, szülönöknök. — Radium-k. zelesék. — Vegyi Röntgen-laboratorium.

Kopits Jenő dr. ORTHOPAEDIAI INTEZETE VII., Nyár-utca 22. szám.

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.

Sebészet :: Nőgyógyászat :: Urologia

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete
I., Lenke-út, Kelenföldi vill. megálló. Telefon: **József 83—21.**

Dr. Widder Bertalan operateur orthopäed-sebészeti intézete. Budapest, VII., Rákóczi-út 10.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFURED. Heliotherapia.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium

PÁLYÁZATOK.

6024/1918. sz.

A zarándi egészségügyi körben a **körorvosi állás** betöltendő lévén, arra ezennel pályázatot hirdetek s felhívom a pályázni szándékozókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítésüket és eddigi szolgálatukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi december hó 10.-éig nyujtsák be.

A kör áll Zaránd, Szineke és Kőröscsente községekből. Székhely Zaránd.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, négyszer ismétlődő ötöd-éves 200—200 korona korpótlék, 1000 korona helyi pótlék, 500 korona lakbér.

Természetben kivethető fuvar vagy ennek megváltása fejében 300 korona útiátalány.

Szabályrendeletileg megállapított rendelési, látogatási, műtési, ügyszintén a kör székhelyén halottkémlési és húsvizsgálati díjak.

Kézi gyógyszer-tartására a megválasztott körorvos jogosított.

Kisjenő, 1918 november 22.

A főszolgabíró.

2509/1918. szám.

Az üresedésben levő szentjohbi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Felhívom a pályázni kívánókat, hogy kellően okmányolt pályázati kérvényüket hivatalomhoz folyó évi december hó 31.-éig adják be.

A körhöz a székhelyen kívül a szomszédos Biharcsanáros, Hegy-közszentmiklós és Erköbőkút községek tartoznak.

Az állás javadalmazása: 1600 korona évi fizetés megfelelő pótlékkal, 1200 korona helyi pótlék, 1200 korona háborús segély és szabad lakás.

Látogatási díjak törvényhatósági szabályrendelettel vannak megállapítva.

Székelyhid, 1918 november 29.

Szunyogh, főszolgabíró.

10.591/1918. szám.

A sárszentmihályi **körorvosi állásra** elhalálozás folytán pályázatot hirdetek.

A kör áll Sárszentmihály székhelyen kívül Urhida és az össze-épült Falu és Szabadbattyán községekből. Jelzett községek a székhelytől 3 $\frac{1}{2}$ —3 $\frac{1}{2}$ km. távolságban vannak.

Fizetése a törvényileg szabályozott díj, ezenkívül 600 korona lakbér, közös megegyezés szerinti fuvarátalány, esetleg természetben való fuvar, valamint a drágaságnak megfelelő látogatási és távolsági díj. A pályázati feltételeket az 1908. évi 38. t.-cz. 7. §-a szabályozza.

A szabályszerű kérvények hozzám folyó évi december hó 28.-áig terjesztendők be; a választás határnapját az érdekeltekkel később fogom tudatni.

Székesfehérvár, 1918 november 28.

A főszolgabíró.

808/1918. sz.

A vezetésem alatt levő közkórházban elhalálozás folytán megüresedett **szemész-főorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás ez idő szerinti javadalmazása 2900 korona fizetés, 800 korona lakbér és a törvényes korpótlék. A kinevezés élethossziglan tart, s az állás nyugdíjjal egybekötött.

Szakképzettségüket és eddigi működésüket igazoló hivatalos állásban levő pályázók pályázataikat hivatali főnökük útján, törzslap melléklésével, nem hivatalos állásban levők pedig rövid életrással gróf **Széchenyi Aladár** úrhoz, Somogyvármegye alispánjához czimezve 1919. évi január hó 15.-éig a kórházigazgatóságnál adják be.

Kaposvár, 1918 november hó 25.

Szigethi-Gyula Sándor dr., kórházigazgató.

2764/1918. sz.

Lemondás folytán megüresedett pocsjai **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A kör Pocsaj és ahhoz 4 km.-nyi távolságra fekvő Esztár községből áll. Körorvos javadalmazása 1600 kor. kezdőfizetés, megfelelő korpótlékkal, természetbeni lakás, a vármegye törvényhatósága által már megállapított és jóváhagyás alatt levő szabályrendelet értelmében járó látogatási díjak, valamint Pocsaj községben halottkémlési és húsvizsgálati díjak.

A körorvos Esztár községben hetenként kétszer, előre meghatározandó napokon a látogatókat megtenni tartozik.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy oklevéllel, s eddigi működésükről szóló igazolványokkal felszerelt kérvényüket hozzám legkésőbb folyó évi december 30.-áig terjessék be. A választást később fogom kitűzni.

Berettyóújfalu, 1918 november 18.

Fráter dr., főszolgabíró.

8867/1918. szám.

Erdőhegy községben a **községi orvosi állás** megüresedvén, arra ezennel pályázatot nyitok s felhívom pályázni szándékozókat, hogy az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előírt képesítést és eddigi alkalmaztatásukat igazoló kérvényeiket folyó évi december hó 16.-áig hozzám adják be.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, 200 korona ötödéves korpótlék, 500 korona lakbér

Háborús segélyek, szabályrendeletileg megállapított rendelési, műtési, halottkémi és húsvizsgálati díjak.

Kisjenő, 1918 november 22.

A főszolgabíró.

12.213/1918. szám.

Az üresedésben levő szigetvári **községi orvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően okmányolt kérvényeiket hozzám f. évi december hó 24.-éig annyival inkább nyujtsák be, mert a később beérkezetteket figyelembe nem veszem.

Javadalom: 1600 korona évi fizetés, 700 korona lakbér és a szabályrendeletileg megállapított látogatási díjak.

Választási határnap 1918 január 4.-én délelőt 10 óra a község-háza nagyterme.

Szigetvár, 1918 november hó 29.-én.

A főszolgabíró.

156/1918. szám.

Biharvámegye berettyóújfalui járásához tartozó, nyugdíjazás folytán megüresedett csökmői **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A körhöz tartoznak: Csökmő székhely 3626, Darvas 1305, Ujiráz 662, összesen: 5590 lélekszámmal bíró községek. A kör székhelyén gyógyszerész, a kör községeit műút köti össze a székhellyel, melytől 5—8 km. távolságra esnek. Az állás javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés, melyhez az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-a értelmében meghatározott öt évenkénti 200 korona, összesen 800 koronáig terjedhető korpótlék járul. Ezenkívül 500 korona lakbér, 600 korona fuvarátalány, valamint a vármegyei szabályrendelet értelmében igényelhető rendelési, látogatási, fuvar- és műteti díjak. A kör területén több nagy gazdaság van nagyszámú cselédséggel.

Felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt törvényszerű képesítésüket s az esetleges eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi **december 30.-áig** nyújtják be, mikor is a beérkező pályázati kérvények kézhezvétele után fogok a választás kifizése és megtartása iránt gondoskodni.

Berettyóújfalú, 1918 november 18.

Fráter dr., főszolgabíró.

3034/1918. sz.

Bihar vármegye berettyóújfalui járásához tartozó, lemondás folytán megüresedett zsáki **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A kör székhelye Zsáka, ahol gyógyszerész is van, hozzá tartozik Furta és Vekerd község. Furta község 2 km., Vekerd község 5 km. távolságra van a székhelytől.

Az állás javadalmazása: 1600 korona törzsfizetés és az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 15. §-a értelmében meghatározott 5 évenkénti 200 kor., 5 szobából álló természetbeni lakás, megfelelő gazdasági épületekkel, a vármegye által megállapítandó fuvardíjakkal, vagy természetben kiszolgáltatandó fuvarral, valamint ugyancsak a vármegyei szabályrendelet által megállapított rendelési, látogatási és műteti díjakkal.

A körhöz több nagyobb uradalom tartozik, nagyszámú cselédséggel.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.-ben előírt és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi **december hó 30.-áig** adják be. A választás napját később tűzöm ki.

Berettyóújfalú, 1918 november hó 18.

Fráter dr., főszolgabíró.

825/1918. sz.

A vezetésem alatt álló közkórházban üresedésben levő egy **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

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

Más pályázók hiányában orvosi gyakorlatra utasított orvos is kinevezhető. Magángyakorlat nincs megengedve.

A folyamodványok gróf *Szechenyi Aladár* úrhoz, Somogyvármegye főispánjához intézendők és a kórházigazgatóságnál nyújtandók be **1919 január hó 15.-éig**.

Kaposvár, 1918 november hó 25.

Szigethi-Gyula Sándor dr., kórházigazgató.

5611/1918. sz.

Bars vármegye garamszentkereszti járásához tartozó Geletnek község székhelyvel rendszeresített, 15 községből álló geletneki közegészségügyi körben megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, korpótlék, 1200 korona háborús segély, az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 16. §-a alapján engedélyezett évi 1200 korona helyi pótlék, 500 korona lakbér, 600 korona útiátalány, illetve a háború tartamára jóváhagyott törvényhatósági közgyűlési határozattal 100%-kal felemelve és a vármegyei szabályrendelettel megállapított rendelési díjak, a melyek a háború tartamára ugyancsak 100%-kal felemelvék. Megbízás esetén ker. munkásbiztosító pénztári tiszteletdíj és kézigyógytár tarthatási jogosultság.

A körorvos köteles a körbeli trachoma-szembetegeket és vagyontalanokat díjtalanul gyógykezeltetni és köre községeit minden évben május 1.-től október végéig havonként egyszer, november 1.-től április végéig pedig kéthetenként egyszer beutazni. A körbeli trachoma-szembetegek sikeres gyógykezeléséért minden működési év végén trachomajutalom kérhető. A pályázó igazolni tartozik, hogy a trachoma felismerésében és gyógykezelésében kellően jártas.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ára való hivatkozással megjegyzem, hogy a közegészségügyi körben a lakosság túlnyomóan tótul beszél.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hatóságomhoz **folyó évi december hó 20. napjáig** adják be, mert a későbbben érkezőket figyelembe nem veszem.

A választás kifizése iránt később intézkedem és megjegyzem, hogy a megválasztandó állását azonnal köteles elfoglalni, miért is hadmentes vagy rokkant katonarvosokat előnyben részesítek.

Garamszentkereszt, 1918 november 15.

Gaspáretz Béla, h. főszolgabíró.

3774/1918. sz.

Alulírott főszolgabíró az elhalálozás folytán megüresedett nagykeréki **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám **folyó évi december hó 20. napjának délután 5 órájáig** nyújtják be.

Kellően fel nem szerelt vagy elkésletten 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. 139.839/1917. B. M. szám alatt engedélyezett 1200 kor. helyi pótlék.

3. Nagykeréki községben 4 szobából és mellékhelyiségekből álló lakás és kert haszonélvezete.

4. A törvényben megállapított látogatási díjak.

Az útiátalány kérdése rendezés alatt áll.

A végleges rendezésig az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 21. §-ában megjelölt esetekben igénybe veendő fuvarokat a községek természetben tartoznak kiszolgáltatni.

Az orvosi körhöz Nagykeréki, Nagyszántó, Kiszántó, Bojt és Bedő község tartozik mintegy 5000 lakossal.

A választás határidejét később fogom kifizetni.

Biharkeresztes, 1918 november 30.

Frankó Endre, főszolgabíró.

5612/1918. sz.

Bars vármegye garamszentkereszti járásához tartozó Jánosgyarmat község székhelyvel rendszeresített 6 községből álló jánosgyarmati közegészségügyi körben megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, korpótlék, 1200 korona háborús segély, 1200 korona helyipótlék, 500 korona lakbér, 500 korona útiátalány, illetve a háború tartamára jóváhagyott törvényhatósági közgyűlési határozattal 100%-kal felemelve, jelenleg 500 korona trachoma-kezelési átalány és a vármegyei szabályrendelettel megállapított rendelési díjak, a melyek a háború tartamára ugyancsak 100%-kal felemelvék. Megbízás esetén ker. munkásbiztosító pénztári tiszteletdíj és kézigyógytár tarthatási jogosultság.

A körorvos köteles a körbeli trachoma-szembetegeket a trachoma-kezelési átalányért, a vagyontalanokat pedig díjtalanul gyógykezeltetni és köre községeit minden évben május 1.-től október végéig pedig kéthetenként egyszer beutazni.

A pályázó igazolni tartozik, hogy a trachoma felismerésében és gyógykezelésében kellően jártas.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ára való hivatkozással megjegyzem, hogy a közegészségügyi körben a lakosság túlnyomóan németül és tótul beszél.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hatóságomhoz **folyó évi december hó 20. napjáig** adják be, mert a későbbben érkezőket figyelembe nem veszem.

A választás kifizése iránt külön fogok intézkedni.

A megválasztandó állását azonnal köteles elfoglalni, miért is hadmentes vagy rokkant katonarvosokat előnyben részesítek.

Garamszentkereszt, 1918 november 15.

Gaspárek, h. főszolgabíró.

283/1918. ikt.-szám.

A temesvári állami bábaképző intézetben a **második tanársegédi állás** betöltendő.

Javadalom: évi 1400 korona fizetés és az intézeti bennlakással kapcsolatos I-ső osztályú ellátás.

A szülészeten való némi jártasság, valamint a magyar nyelven kívül a német, szerb és román nyelvek ismerete kívánatos.

Folyamodványok a bábaképezde igazgatóságához czimzendők.

Temesvárott, 1918 december 1.-én.

Tauffer Jenő dr. s. k., igazgató-tanár.

12.213/1918. szám.

Az üresedésben levő somogyhársági **körorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy kellően felszerelt kérvényüket hozzám **1919. évi január hó 6.-áig** annál inkább benyújtják, mert a később érkezőket figyelembe venni nem fogom.

A kör székhelye Somogyhárság; a körhöz tartoznak Magyarlukafa, Vásárosbéc, Somogyviszló, Németlad, Magyarlad és Patosfa községek a hozzájuk tartozó pusztákkal.

Javadalom: 1600 korona évi fizetés, 600 korona lakbér és 350 korona fuvarátalány, ezenkívül a szabályszerű látogatási díjak.

Választási határnap 1919. évi január 15.-ének délelőtt 10 órája Somogyhárságon a körjegyzői irodában.

Szigetvár, 1918. évi november hó 29.-én.

A főszolgabíró.

A szabolcsvármegyei „Erzsébet“-közkórháznál megüresedett három alorvosi állásra pályázatot hirdetnek.

A sebészeti alorvos fizetése évi 1800 korona és a megfelelő háborús segély teljes ellátással. A másik két alorvos fizetése 1400 korona, a megfelelő háborús segély és teljes ellátás. Pályázhatnak orvosok, orvosnők és orvostanhallgatók. A pályázati kérvények felbélyegezve és okmányokkal felszerelve Szabolcs vármegye főispánjához czímezve a „kórház-igazgatósághoz“ küldendők.

Nyiregyháza, 1918 november 17.-én.

Klekner Károly dr., igazgató-főorvos.

LEMONDOK

60 ezer koronát jövedelmező
járás- és fürdőorvosi állásomról.

Feltételek a „Petőfi“ irodalmi vállalatnál,
Budapest, VII., Kertész-u. 16. meg tudhatók.

DIPLOMÁS ORVOS jól képzett szülész és nőgyógyász, volt közkórházi alorvos
megfelelő alkalmazást keres.

Czím meg tudható „Petőfi“ irodalmi vállalatnál, VII., Kertész-u. 16.
Telefon „József“ 106-47.

ÖNÁLLÓ RÖNTGENIZOR

(leszerelt katona), jó praxissal, ajánlkozik
bármily komplikált helyre mint Röntgen-Technikus.

Czím: Simon Alajos Budapest, VII., Peterdy-u. 23. III/6.

Kurhaus Semmering

Phys.-diaetikus magaslati intézet

2 órányira Wientől.

Nyári és téli kurák.

Dr. Franz Hansy és Dr. Carl Kraus

egészségügyi tanácsosok.

Fertőző betegek, különösen tuberkulotikusok nem vehetők fel.

UNIV. MED. Dr. PECSI DANI nyilvános tehénhímlő-
:: termelő intézete ::
A magy. kir. állami serum-termelő intézet szétváló osztálya.
Budapest, II. ker., Margit-körút 45. szám.
És balparti ügyfeleink részére: IV., Eskü-út 6. (Klotild-palota.)

DENTAL-DÉPOT. FINGER FRIGYES TELEFON 16-49.
Budapest, VI. Hajós-utca 41. szám.

Angol, amerikai műszerek és tömőanyagok nagy választékban. Fogorvosi és fogtechnikai műtermek és laboratóriumok berendezését, valamint e szakba vágó műszerek javítását elvállalom. - Elektromedikai és mechanikai műhely.

Természetes gyógyfürdők házi használatra!

ügyint: sós (Sole-)
szénsavas-
kén-
Abietin-Pinosal (a fenyőtűkivonat pótlására)

fürdők
fürdők
fürdők
fürdők

Dr. W. Sedlitzky-féle halleini szab. fürdő-tabletták és halleini anyalúg.

Az orvos uraknak minták és irodalom díjmentesen áll rendelkezésre.
Kapható minden ásványvizkereskedésben, gyógyszerárakban és közvetlenül az alanti cég által

Dr. W. Sedlitzky, Hallein, Salzburg mellett.

!! ORVOS URAK !!

Mielőtt orvosi műszereit, buto-
: rait, pótlásait vagy javításait :
eszközlik, forduljanak ajánlatért

Máté Mihály

orvosi műszerészhez.

TELJES ORVOSI BERENDEZÉSEK.

IV., Mehmed szultán-út 31. szám.

Telefon: József 103-74.

Telefon: József 103-74.

Sürgőnyozim: Mátészerezsz Budapest.

Argentocoll

— Név törv. védve. —

Colloid-ezüst steril ampullákban à 2 cm³ 5 pro mille Ag-tartalommal, *mindoly esetekben, ahol colloid-ezüst javalva van, nagy eredménnyel használtatik, különösen nehéz (septikus) ízületi rheumánál.* — Eszközölt állatkísérletek szerint sem láthatók megbetegedési tünetek, sem görcsök felépése észlelhető nem volt.

Raktár Budapesten: FILÓ JÁNOS és TÖRÖK JÓZSEFNÉL

Rich. Paul, Medizin.-chem. Industrie, Graz.

Luesol

— Név törvényesen védve —

a Mercuribenzoat egy isotonikus oldata ampullákban à 1·1 cm.
Ajánlják

sypilis, luetikus szemaffekciók

kezelésére, különösen oly esetekben, a hol bizonyos okok miatt depot lefektetést nem kívánnak és inkább nagyobb egyes adagok és szorgalmasabb alkalmazás által — ártalmas befolyás kizárásával — egy folytatólagos Hg-forrást teremteni óhajtanak. Az injectiók intramuscularisan adandók, fájdalommentesek, mellékhatást és localis izgató tüneteket nem idéznek elő.

Tuberkulín „Rosenbach“

Eredeti csomagolások à 1, 2, 5 és 10 ccm.

Kipróbálva, bevált

a tuberculosis

összes alakjainál.

Kimerítő irodalmat küld: Kalle & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich am Rhein.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Wollner Antal: Közlemény a magy. tud.-egyetem II. számú női klinikájáról. (Igazgató: Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár.) A II. számú női klinikán lefolyt szülések magzathalálkozásának körülményei 10 év anyagán s az azokból levonható tanulságok. 641. lap.

Benedek László: Közlemény a kolozsvári ideg- és elmegyógyászati klinikáról és az I. és VI. hadsereg központi ideggyógyászati kórházából. (Igazgató: Lechner Károly dr., egyetemi tanár, illetve Roediger Jenő dr., főorvosorvos) Epilepsiás rohamoknak mellékvese-kivonattal való kiváltása. 614. lap.

Strobl W.: Spanyol betegséghez csatlakozó elmezavar. 645. lap.

Hj. Liebermann Leó: A nyilvános ingyenes járóbeteg-rendelésekről. 646. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvoson. Zimmermann: A dysenteria kezeléséről toxikicsapás útján. — **Oppenheim:** Az egészséges aorta spontán rupturájának kérdése. — **Szülészeti és nőorvoson. Benthin W.:** A gyermekélet védelme a szülés alkalmával; adatk a népesedési politika kérdéséhez. — **Venerás betegségek. Joh. Fabry:** A syphilisnek ezüstvarsannal való kezelése. — **Börgyógyászat. Fr. Spiegler:** Oránátshock nyomán támadt alopecia universalis trophoneurotica. — **Gyermekorvoson. Reder J.:** A kanyaró jelentősége gyűjtőtelepeken a gmündi menekülttáborban szerzett észleletek alapján. 647–648. lap.

Magyar orvosi irodalom. 649. lap.

Vegyes hírek. 649. lap.

Tudományos Társulatok. 650–651. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a magy. tud.-egyetem II. számú női klinikájáról.
(Igazgató: Tauffer Vilmos dr., egyet. ny. r. tanár.)

A II. számú női klinikán lefolyt szülések magzathalálkozásának körülményei 10 év anyagán s az azokból levonható tanulságok.

Közlő: **Wollner Antal** dr., cz. tanársegéd.

A magzati halálzás okainak specialis tanulmányozása időnkint minden szülőintézetnek javára válik, mert az okok és körülmények fűrkészése egyben szülészeti eljárásaink kritikáját is adja, s a tapasztalásokból levont tanulságok alkalmasak irányelvek megállapítására, hogy mit tehetünk a tudomány időnkénti haladásának felhasználásával a magzathalálzás csökkentése érdekében.

A II. számú női klinika tíz évi, 1905–1914-ig terjedő anyagát tettük vizsgálat tárgyává. Ezen idő alatt, az abortusok leszámításával, összesen 12.786 szülőnő vette igénybe a klinika ápolását. Halva született összesen 782 magzat (12.786), ez megfelel 6.1% halálzásnak.

Ez anyagban megkülönböztetünk:

I. Eseteket, melyekben a szülőnő elhalt magzattal szállított be;

II. Eseteket, melyekben a magzat klinikai észlelésünk, illetve beavatkozásunk alatt halt el.

Az I. csoportba tartozó esetekben természetesen már mit sem tehetünk a magzat érdekében. 508 eset tartozik ide, úgy hogy tulajdonképpen klinikai észlelés alatt 274 magzat halt el, az összes magzatok (12.278) 2.2%-a.

Az elhalt magzattal beszállított szülőnők eseteiben a magzat halálának okát vizsgálva, a következő eredményre jutunk:

Lues	223 (508)	= 44%
Ismeretlen ok	99 (508)	= 11.6%
Elhuzódó szülés	47 (508)	= 9.3%
Nephritis	40 (508)	= 8%
Köldökzsinór-előesés	28 (508)	= 5.6%
Elhanyagolt harántfekvés	26 (508)	= 5.3%
Placenta praevia	22 (508)	= 4.4%
Trauma	13 (508)	= 2.6%
Febris s. partu	6 (508)	= 0.1%
Vitium cordis	4 (508)	= 0.1%

Ez összeállításból kitűnik, hogy a magzat elhalása részint az anya szervezeti megbetegedése, részint a szülés alatt fejlődött szövődmények következtében állott be.

Az anya szervezeti megbetegedésében rejlő okok között a lues foglalja el a vezetőhelyet, csaknem eseteink felében tevéen a magzathalál aetiológiáját. Absolut értékűnek azonban ez arányszámot nem tekinthetjük. Anyagunkban ugyanis a luest az anyán, illetve magzaton látható elváltozások, továbbá az anamnesis s az előző szülések ismerete alapján állapítottuk meg, s csak 76 esetben végeztünk Wassermann-reactiót a halál-ok kiderítése céljából.

Kérdéses marad, vajjon abban a 99 esetben, a hol semmi okot sem találtunk a magzat elhalására, Wassermann-vizsgálat nem derített volna-e világosságot az aetiológiára? E feltevés mellett szólnak mások tapasztalatai. Így például **Epstein**¹ a prágai csecsemő-kórház anyagán végzett vizsgálatai eredményeképp közli, hogy a kötelező Wassermann-vizsgálat az anyák 10%-ában volt positiv, s ezen anyák $\frac{3}{4}$ részében a lues felvételére semmiféle támpontot sem lehetett találni. **Balaban**² még tovább megy. Három eset kapcsán tett tapasztalása alapján ama következtetést vonja le, hogy azokban az esetekben is, midőn a Wassermann-reactio negativ, s más okkal a magzat elhalását magyarázni nem tudja, antilueses kúra, előzetes abortusok és macerált magzatok után élő, kiviselt magzatot eredményezett. **Baisch**³ a macerált magzatok 80%-ában luest állapít meg az elhalás okául. Az anyák $\frac{3}{4}$ részében semmi klinikus jele a luesnek nem volt megállapítható; sőt szerinte a Wassermann-reactio negativ volta sem zárja ki a luest.

Mindezek alapján a mi anyagunkban is bizvást felvehetjük, hogy a lues, mint a magzat haláloka, a kimutatottnál, lényegesen nagyobb arányszámban szerepel. A mi a lueses magzat elhalásának időpontját illeti, az, az esetek túlnyomó részében, már a terhesség alatt következik be.

Anyagunkban a magzat elhalt

terhesség alatt 90%-ban
szülés alatt 10%-ban.

Hasonló arányt közöl **Reischig. Trinchese**⁴ nagy anyagon végzett vizsgálataiban 94.7%-ban találta lues mellett már a terhesség alatt a magzat elhalását.

Látjuk tehát, hogy a magzat életének megmentése céljából, tekintetbe véve, hogy az elhalás túlnyomó részben a terhesség alatt következik be, lues elleni küzdelmünket már a *terhes* nön kell megkezdenünk, s ez is csak úgy igér

eredményt, ha a terhesség ama idejében kerül szemünk elé az anya, mikor magzata még él, s czélszerű kezeléssel az életnek megtartható. Ezért arra kell törekednünk, hogy lehetőleg már a terhesség kezdetével legyen a nő orvosi ellenőrzés tárgya. A minden terhes nőre kötelező orvosi vizsgálat kivihetetlen; de tekintetbe kell vennünk azt, hogy a lues főleg ama néposztályban pusztít, melynek nőtagjai socialis helyzetüknél fogva intézeti ápolást kénytelenek igénybe venni. E mellett szól a következő statisztikai összeállítás is. Szülönőink százalékos arányszáma a törvényes és törvénytelen szülés szempontjából a következő volt:

törvényes	52%
törvénytelen	48%

Ezen arányszámokat a lueses magzatokat szülönőkre vonatkoztatva:

törvényes	33%
törvénytelen	67%

Ezek az adatok világosan mutatják, hogy az illegitim terhes nőkről való *intensivabb socialis gondoskodás* fontos eredményt ígér.

Ha a beteg anya már mint szülönő keresi fel az intézetet, már csak a következő terhességek magzatainak megmentése lehet feladatunk, s e célból a gyermekágy kifekvése után antilueses kúrával kell erre törekednünk.

A lues következtében elhalt magzatok esetei tehát arra vezetnek, hogy oda kell hatnunk, hogy *a terhes nők már terhességük kezdetén alkothassák orvosi ellenőrzés tárgyát*; minden az intézetbe felvett terhes Wassermann-vizsgálat tárgya kell hogy legyen. Azok a szülönők pedig, kiken a magzatelhalásnak semmi más okát találni nem lehet, szintén Wassermann-vizsgálatnak vettessenek alá.

A szülés szövödményei következtében a beszállítás előtt elhalt magzatok eseteihez ama reflexiót fűzhetjük, hogy ezeknek a magzatoknak nagy része idejében megállapított diagnózis s ezt hamarosan követő intézkedés, illetve kezelés által megmenthető lett volna. A magzatelhalás csökkentése nem képzelhető el a bábák ily irányú kioktatása nélkül. Minden baba működése ellenőrzendő, vajjon kötelességét teljesíti-e, mihelyt szülönőjén a rendestől eltérő viszonyokat, avagy a szülésnek a rendes tartamon túl való elhuzódását tapasztalja, orvosi segítséget haladéktalanul igénybe vesz-e? Az orvosi vizsgálat van hivatva dönteni arról, vajjon beavatkozás, illetve intézetbeszállítás szükséges-e. Ezzel párhuzamosan a szülönők akadálytalan elhelyezése érdekében szülőotthonok, beteg terhesek kezelhetése céljából terhes-otthonok állítandók fel.

II. A klinikai-észlelés, illetve beavatkozás alatt elhalt magzatok eseteit, a halált okozó szövödmény, illetve beavatkozás módja szerint, a következő csoportokba oszthatjuk:

- Szűkmedenczés szülések.
- Placenta praevia.
- Köldökszínór-előesés.
- Elhuzódó szülés.
- Korai lepényleválás.
- Nyak körül csavart köldökszínór.
- Hydrocephalus, torz magzat.
- Extractio közben beállott complicatiók.

a) Szűkmedenczés szülések.

Ide tartozó eseteinket könnyebb áttekintés céljából két részre osztottuk: 1. esetekre, melyekben a szülés spontán folyt le, 2. esetekre, melyekben a szülés műtéti úton nyert befejezést.

A tanulságok levonhatása céljából eseteinket kivonatosan közöljük, megjegyezvén, hogy ez esetek a nagy anyagból kiszemelt esetek, mert nem statisztikai munkát végzünk, hanem azokat az eseteket használjuk fel, a melyek különösképpen alkalmasak tanulságok levonására.

1. Spontan lefolyt szüléseink:

1. 175/1905. fejlapszám. 22 éves I.-P. Egyszerűen lapos medence. Conj. vera: 9.2 cm. Burokrepedés után 15 órával száll a koponya az üregbe, ezután még öt óra hosszat észleljük a szülést, s *mindvégig jó magzati szívhangok mellett* megszületik algid asphyxiában az é. é. f. Felélesztés nem sikerül. Magzati méretek: 54 cm., 3500 gr., 35 cm.

2. 92/1906. fejlapszám. 23 éves I.-P. Általánosan szűk, lapos medence. Conj. vera: 7.8 cm. Felvételtkor kiskokú téraránytalanúság. Burokrepedés után 10 órai észlelés, ezután a koponya az üregbe száll. Renyhe fájások miatt meleg fedő. Ujabb 7 órai észlelés után *mindvégig jó magzati szívhangok mellett* megszületik az é. é. f. algid asphyxiában. Felélesztés nem sikerül. Magzati méretek: 48, 2650, 32.

3. 634/1906. fejlapszám. 25 éves I.-P. Egyaránt szűk medence. Conj. vera: 9.2 cm. Korai burokrepedés után 19 órával, eltűnt méhszáj mellett az üregben van a koponya. Ujabb 8 órai észlelés után *mindvégig jó magzati szívhangok mellett* megszületik az é. é. f. algid asphyxiában, felélesztés sikertelen. Méretek: 50, 3000, 35.

4. 1138/1906. fejlapszám. 22 éves I.-P. Általánosan szűk, lapos medence. Conj. vera: 8.8 cm. Eltűnt méhszáj mellett reped a burok, azután 10 órával az üregbe kerül a koponya, a fájások kimaradnak. Négy óra mulva *jó szívhangok mellett* megszületik az é. é. f. algid asphyxiában, felélesztés nem sikerül. Méretei 49, 2900, 34.

5. 568/1907. fejlapszám. 23 éves I.-P. Egyaránt szűk medence. Conj. vera: 8.8 cm. Korai burokrepedés után 7 órával koponya a bemenetben, a szívhangok rosszabbodnak, majd nem hallhatók. Spontan szülés. Halott magzat. Méretek: 50, 3000, 34.

6. 1331/1909. fejlapszám. 24 éves I.-P. Egyszerűen lapos medence. Conj. vera: 8.8 cm. Korai burokrepedés után 24 órai észlelés alatt a szülés alig haladt, eltűnt méhszáj, koponya a bemenetben. Arhythmiás szívhangok, melyek csakhamar kimaradnak. Spontan szülés. Méretek: 54, 3100, 36.

7. 234/1911. fejlapszám. 19 éves I.-P. Általánosan szűk, lapos medence. Conj. vera: 8.2 cm. Burokrepedés után 3 órával, a koponyának az üregbe szállása után 5 órával *jó szívhangok mellett* megszületik az é. é. f. algid asphyxiában, fel nem éleszthető. Méretek: 55, 3500, 35.

8. 120/1912. fejlapszám. 17 éves I.-P. Általánosan szűk, lapos medence. Conj. vera: 8.2 cm. Korai burokrepedés után 24 órával erős fájások hatása alatt a koponya az üregbe kerül. Fájások kimaradnak, 1 cm³ glanduitrin. *Jó szívhangok mellett* 1/2 óra mulva spontán szülés: é. é. f. algid asphyxiában. Felélesztés sikertelen. Méretek: 53, 3700, 36.

9. 29/1913. fejlapszám. 32 éves III.-P. Előző szülések spontán, kora magzatok. Általánosan szűk, lapos medence. Conj. vera: 8.7 cm. 3 ujjnyi méhszájnál burokrepedés, azután 3 órával arhythmiás szívhangok, melyek rendeződnek. Ujabb 1 órai észlelés után erőlyes fájások hatása alatt a koponya az üregbe száll. *Jó szívhangok.* Fájások kimaradnak, 1 cm³ glanduitrin. Egy óra mulva, *jó szívhangok mellett* megszületik az é. é. f. algid asphyxiában, felélesztése nem sikerül. Méretei: 56, 3600, 34.

10. 184/1914. fejlapszám. 31 éves I.-P. Általánosan szűk lapos medence. Conj. vera: 8.2 cm. 3 ujjnyi méhszájnál bekövetkezett burokrepedés után 12 órával a szülés nem haladt. Renyhe fájások. Protrahált meleg fürdő, majd chinin a fájások erősítésére. Ujabb 12 órai észlelés után a koponya az üregbe száll. Renyhe fájások. 8 óra mulva *mindvégig jó szívhangok mellett* megszületik az é. é. f. algid asphyxiában. Nem sikerül felélesztési. Méretei: 52, 3400, 36.

E kiszemelt tíz szülésünk áttekintésekor azt látjuk, hogy ezen eseteink hibásan voltak észlelve. A hosszan ható, erőlyes méhtevékenység hatása alatt ugyanis sikerült a koponyának annyira configurálódnia, végül hogy legyőzte az akadályt, eközben azonban oly súlyos koponyaüri elváltozások álltak be, melyek a magzat életkilátásait súlyosan alterálták. Ezt bizonyítja a vizsgálatunk tárgyát alkotó tíz szülés magzatának sectio-lelete:

Intracranialis vérzés	5 esetben	= 50%
Debilitas congenita	1	= 10%
Negativ lelet	4	= 40%

Négy negativ sectio-leletünkre vonatkozólag utalnunk kell *Benecke*⁵ és *Seitz*⁶ újabb keletű vizsgálataira, kik megállapították, hogy gyakoriak ilyesetekben az agyvérzések, melyek a tentorium szakadásának kíséretében állnak be s melyek localisatiójuknál fogva könnyen elkerülhetik a bonczoló-orvos figyelmét. Szóbanforgó eseteinkben ily irányú vizsgálatokat még nem végezhetünk.

Az intracranialis vérzés folytán csökkent életképességű magzat koponyája a bemenetből az üregbe szállván, még kedvezőtlenebb körülmények közé kerül. Az üregbe szállással egybekötött uterus izomretractio, a légzési felület megkisebbitésével, a hosszas agynyomástól már amúgy is megviselt

magzatra nézve könnyen jelentheti ama többletet, mely által halálos asphyxiája idézhető elő. Ha e szempontból vizsgáljuk eseteinket, feltűnik, hogy a szűkület leküzdését igénylő maximalis méhtevékenység után az uterus izomzata időlegesen kimerül, secundaer fájásgyengeség áll be s ennek következtében, bár az akadályon már áthaladt a fej, a szülés továbbra is elhúzódik, stagnál. A secundaer fájásgyengeség eme eseteiben fájáserősítő szerekkel (glanduitrin) akarván siettetni a szülést, hibát követtünk el. Két esetünkben: a 8.-ban és 9.-ben kíséreltük meg a glanduitrint s bár e szer hatásaképpen rövid időn belül jó eredmény mutatkozott, a mennyiben a szülés gyorsan fejeződött be, a magzatot már fel nem éleszthető asphyxiával nyertük. Érthető ez, ha meggondoljuk, hogy a fájáserősítő szerrel az uterusnak már amúgy is káros hatású retractióját növeljük s ezzel a magzatra még súlyosabb viszonyokat teremtünk.

Az asphyxiával született magzaton fontos az intracranialis vérzés diagnózisabból a szempontból, vajjon milyen therapiát kövessünk. Koponyaüri vérzés esetén ugyanis nem czélszerű Schultze-lóbálásokat végezni, mert a lóbálásokkal csak elősegítjük e vérzés súlyosbodását. Több eredményt ígér, ha ily esetekben Ahlfeld szerint járunk el s a magzatot meleg vízben nyugodtan tartjuk.

2. Műtéti úton befejezett szűkmedenczés szüléseinket három csoportba oszthatjuk:

a) Az első csoportba tartoznak amaz eseteink, melyekben a szűkület mérsékelt volta mellett erős szülőtevékenységgel és jó configurációjával a koponyának remélhettük a spontán szülést, s ezért jogosultnak tartottuk az expectatiót. Ide tartoznak az I. fokú, továbbá a II. fok felső határán levő medenczeszűkülettel bíró primiparás szülőnők, kikén észlelésünk alatt, még a bemenetben álló koponya mellett, az anyát fenyegető jel nélkül, észleltük a magzat asphyxiájának jeleit s ekkor már, minthogy a magas fogóműtétet primiparán nagyveszélyű műtétnek tartjuk, másrészt problematikus magzatélet mellett a sebészi beavatkozás alkalmas időpontját is elkéstük, a magzat megmentése érdekében már mit sem tehattunk.

Ilyen volt következő 8 esetünk:

1. 685/1905. fejlapp-szám. 17 éves I.-P. Hőmérsék: 37.5°. Pulsus: 86. Medencze-méreték: 25, 27, 17, promontorium csak görbített ujjal érhető el. Általánosan szűk lapos medence. Fájásai 3 nappal bejövetele előtt kezdődtek. Eltűnt méhszáj, nem álló burok, koponya nagy segmentummal a bemenetbe nyomva. Téraránytalanság nincs. Két órai észlelés után a hőmérsék 39.1°, pulsus: 120. B. v. lelet nem változott, arythmiás szívhangok, a sebészi beavatkozás ellenjavallata a problematikus magzatélet. Perforatio.

2. 296/1905. fejlapp-szám. 31 éves I.-P. Hőmérsék: 37.6°. Pulsus: 92. Méretek: 25, 27, 19, 10. Általánosan szűk, lapos medence. Jó fájások és szívhangok. B. v.: 3 ujjnyi méhszáj, nem álló burok (repedés idejét nem tudja), koponya a bemenetbe nyomva, erős configuratio, téraránytalanság megállapítható. 3 órai észlelés után meconiumos magzatvíz, lassú szívhangok. Hőmérsék: 39.0°. Pulsus: 100. B. v.: lelet változatlan. Perforatio.

3. 1116/1906. fejlapp-szám. 23 éves I.-P. Hőmérsék: 37.5°. Pulsus: 92. Medencze-méreték: 24, 24 $\frac{1}{2}$, 18, 10 $\frac{3}{4}$. Luxatio iliaca. Ferdén szűk, ankylotikus medence. Felvételnél: zárt méhszáj, álló burok, koponya bemenet felett ballotál. Burokrepedésnél: 4 ujjnyi méhszáj, kifejtett portio, koponya nagy segmentummal a bemenetbe nyomva, téraránytalanság nincs. 5 $\frac{1}{2}$ órai észlelés: a szülés a jó fájások ellenére nem halad, meconiumos magzatvíz, arythmiás szívhangok. Perforatio.

4. 826/1907. fejlapp-szám. 22 éves I.-P. Hőmérsék: 36.8°. Pulsus: 82. Medencze-méreték: 23 $\frac{1}{2}$, 24 $\frac{1}{2}$, 16 $\frac{1}{2}$, 9 $\frac{1}{2}$. Általánosan szűk, lapos medence. Jó fájások és szívhangok. B. v.: 2 ujjnyi méhszáj, kifejtett portio, nem álló burok (repedés idejét nem tudja), kar koponya mellett előesett, ezt reponáljuk, utána erős fájások alatt a koponya kis segmentummal a bemenetbe nyomul. Kisfokú téraránytalanság megállapítható. Két órai észlelés után szívhangok nem hallhatók. Perforatio.

5. 452/1909. fejlapp-szám. 19 éves I.-P. Hőmérsék: 37.5°. Pulsus: 86. Medencze-méreték: 25, 27 $\frac{1}{2}$, 17 $\frac{1}{2}$, 10 $\frac{1}{2}$. Keitős promontorium. Általánosan szűk, lapos medence. Jó fájások és szívhangok. B. v.: 3 ujjnyi méhszáj, nem álló burok (állítólag bejövetele előtt 9 órával repedt), koponya a bemenetre illeszkedett, téraránytalanság impressióval nem állapítható meg. 24 órai észlelésünk után, dacára fájáserősítő szereknek (chinin, glanduitrin), a szülés nem halad. Hőmérsék: 38.5°. Pulsus 128. Magzati asphyxia jelei. Perforatio.

6. 1231/1910. fejlapp-szám. 22 éves I.-P. Hőmérsék: 37.0°. Pulsus: 86. Medencze-méreték: 24, 26, 20, 11. Felvételnél: 2 ujjnyi méhszáj,

álló burok, koponya a bemenet felett ballotál, impressióval kisfokú téraránytalanság van. Burokrepedésnél: 3 ujjnyi méhszáj, koponya a bemenetbe ékeelve, erős configuratio. Kétórai észlelés után a szülés nem halad, a szívhangok arythmiások. Perforatio.

7. 657/1912. fejlapp-szám. 32 éves I.-P. Hőmérsék: 37.5°. Pulsus: 92. Medencze-méreték: 27, 29, 20, 10 $\frac{1}{4}$. Egyszerűen lapos medence. Jó fájások és szívhangok. Két ujjnyi méhszáj, álló burok, koponya a bemenet felett. Tüdőféltben levő méhszájánál reped a burok, a koponya nagy segmentummal a bemenetbe nyomva, erős configuratio, meconiumos magzatvíz (!), arythmiás szívhangok. Kezdődő cervix-kinyúlás. Perforatio.

8. 346/1914. fejlapp-szám. 32 éves I.-P. Hőmérsék: 36.8°. Pulsus: 76. Medencze-méreték: 25, 27, 18, 10. Általánosan szűk, lapos medence. Négy ujjnyi méhszáj, koponya bemenetre illeszkedett, kisfokú téraránytalanság. Minthogy kétórai észlelés alatt a koponya nem mutat tendenciát a keresztülhaladásra, sectio caes. extraperit.-hoz készülünk. A magzat életjelenségei ezenközben kimaradnak. Perforatio.

E szüléseinkben azt látjuk, hogy azt az egy esetet lezámítva, melyben a magzat elhalása közvetlenül a burokrepedés után rejtélyes módon következett be, minden esetben túlságos hosszúra nyújtottuk az expectatiót. Azáltal, hogy primiparás szülőnőinknél túlsoká bíztunk a jó szülőtevékenység és jó koponyaconfiguratio szűkületet leküzdő hatásában, az expectatio alatt oly súlyos elváltozások keletkeztek a koponyaürben, melyek sok esetben a magzat asphyxiájára vezettek már akkor, a mikor a koponya még a bemenetben állott, midőn tehát primiparás szülőnőinkön a szülésnek per vias naturales való befejezése a magas fogó súlyos jelentősége miatt a magzat feláldozása nélkül nem volt lehetséges.

Spontan szűkmedenczés szüléseinkből s e műtétes eseteinkből tehát azt a tanulságot kell levonnunk, hogy *szűkmedenczés primiparán, a mennyiben a koponya a méhszáj eltűnésétől számított legfeljebb 2 óra alatt jó szülőtevékenység mellett nem tud a szűkületen áthaladni, beáll a szülés sebészeti úton való befejezésének indicatiója. Azon esetekben pedig, midőn a szülés, a magzat épsége mellett, a fejnek a bemenetből az üregbe való szállásáig elhúzódott s ezután a méhizom kimerültsége miatt nem halad, fájadalomerősítő szerek helyett a prophylaxisos fogó alkalmazandó.*

b) A második csoportba azok a magzati halálesetek tartoznak, a hol szűk medence mellett a magzat fekvési rendellenessége volt jelen. Tíz idetartozó esetünk van, melyek közül hét esetben medencevégű, két esetben pedig harántfekvést találtunk és ide sorozzuk még mint tizediket azon esetünket, melyben fejről-lábra fordítást végeztünk prophylaxisosan, melyben tehát a koponya számára hasonló viszonyokat teremtettünk, mint az előbb említett fekvési rendellenességek mellett.

Eseteink a következők:

1. 584/1907. fejlapp-szám. 30 éves V.-P. Három első szülése koramagzat, mindháromszor fogó-műtét, IV.-P. magasfogó-klinikánkon, é. é. I. I. fokban szűk, lapos medence. Conj. vera: 8 cm.-re becsülve. Tüdőféltben levő méhszáj mellett, minthogy a koponya nem igazodik be, prophylaxisos lábrafordítás. Extractio alatt a fej nem jön keresztül, az utoljára jövő fejet peroráljuk.

2. 1029/1907. fejlapp-szám. 26 éves III.-P. Egyszerűen lapos medence. Conj. vera: 8.8 cm. Farfekvés. Extractiókor a fej igen nehezen, erőes expressio többszöri kísérlete után zökken a szűkületen keresztül. Magzattméretek: 50 cm. hossz, 3200 gr. súly, 35 cm. fejkerület.

3. 619/1908. fejlapp-szám. 33 éves X.-P. Első szülése rendes, a többi farfekvés. Általánosan szűk, lapos medence. Conj. vera: 8.5 cm. Harántfekvés, lábrafordítás könnyen sikerül, extractio közben a fej igen nehezen halad keresztül. A magzat extractio közben elhal. Méretei: 52 cm. hossz, 3500 gr. súly, 36 cm. fejkerület.

4. 1012/1908. fejlapp-szám. 25 éves II.-P. Első szülés rendes. Rhachitises lapos medence. Conj. vera: 8.2 cm. Farfekvés, az utoljára jövő fejet csak igen erőes húzással, többszöri kísérlettel lehet keresztülhozni. A magzat algid asphyxiában születik, felélesztése nem sikerül. Méretek: 50 cm. hossz, 3000 gr. súly, 36 cm. fejkerület.

5. 993/1910. fejlapp-szám. 32 éves I.-P. Rhachitises lapos medence. Conj. vera: 8.5 cm. Lábfekvés. Extractio közben jelentékeny nehézség a fej keresztülhozatalakor, végül deflexióban sikerül. Algid asphyxia, melyből nem lehet a magzatot feléleszteni. Méretek: 50 cm. hossz, 3150 gr. súly, 34 cm. fejkerület.

6. 1514/1910. fejlapp-szám. 22 éves I.-P. Rhachitises lapos medence. Conj. vera: 8 $\frac{1}{4}$ cm. Lábfekvés. A fej extractio közben igen nehezen halad keresztül. Magzat algid asphyxiában születik. Méretei: 53 cm. hossz, 3300 gr. súly, 36 cm. fejkerület. Felélesztés nem sikerül.

7. 1585/1910. fejlapp-szám. 28 éves I.-P. Általánosan szűk, lapos

medencze. Conj. vera: 8.2 cm. Farfekvés. Nehéz extractio, a fej keresztülhozatala Walcher-helyzetben nehezen sikerül. Magzat algid asphyxiában születik, melyből nem lehet feléleszteni. Méretei 53 cm. hossz, 3400 gr. súly, 37 cm. fejkerület.

8. 1354/1912. fejláp-szám. 22 éves II.-P. Általánosan szűk, lapos medencze. Conj. vera: 8.2 cm. Első szülése perforatio halott magzaton. Jelenleg: farfekvés. Az extractio igen erélyes expressio mellett sikerül. Magzat szív működés nélkül születik. Méretei: 48 cm. hossz, 2900 gr. súly, 34 cm. fejkerület.

9. 129/1913. fejláp-szám. 26 éves III.-P. Első szülés lábfejkvés, extractio, h. k. l. Második szülés farfekvés, h. é. l. Rhachitises lapos medencze. Conj. vera: 8.7 cm. II. dorsoanterior harántfejkvés. Lábrafordítás gyorsan sikerül, az extractio a fej fennakadása következtében elhúzódik s igen nehezen megy. A magzat algid asphyxiában születik, melyből feléleszteni nem sikerül. Méretei: 52 cm. hossz, 3500 gr. súly, 35 1/2 cm. fejkerület.

10. 1102/1914. fejláp-szám. 34 éves II.-P. Egyszerűen lapos medencze. Conj. vera: 8.7 cm. Farfekvés. Az extractio erélyes expressio mellett igen erős húzásra sikerül. Magzat fel nem éleszthető algid asphyxiában születik. Méretei: 53 cm. hossz, 3600 gr. súly, 36 cm. fejkerület.

Medenczevégű- és harántfejkvéskor a magzat életveszélye nagyobb, mint koponyafejkvésben. Elsősorban is ez esetekben esik a koponya nagyságának és a medencze-szűkületnek egymáshoz viszonyíthatása, vagyis a téraránytalanság megállapítása, ez pedig a prognosis felállítása szempontjából nagyjelentőségű. Másrészt hátrányos a magzat helyzete ilyen fekvési rendellenességnél azért is, mert, míg az előremenő koponyának hosszú, több órai idő áll rendelkezésére, hogy erős szülőtevékenység hatása alatt ad maximum konfigurálódhassék s fokozatosan küzdje le az akadályt, az utoljára jövő fejnél e configuratio létrejövételére minimalis idő áll rendelkezésre.

A magzatok sectiójakor találtunk:

Infractio cranii-t	40%-ban.
Intracranialis vérzést	30%-ban.
Csigolya-törést	10%-ban.
Negativ leletet	20%-ban.

Láttnivaló ebből, hogy szűk medencze mellett végzett extractio közben előforduló koponyasérülések következtében hal el legtöbbször a magzat. Ezért a régi tételt, hogy „szűk medenczénél nem szabad fejre fordítani”, el kell ejtenünk, sőt a magzat érdekében e műtétet kívánatosnak tartjuk.

c) A harmadik csoportba tartoznak a szűk medenczén végzett magasfogó-műtétek. Összesen 65 idetartozó esetünk van, e műtét mellett magzathalalozásunk 43.1%. A magasfogó-műtétek a magzat szempontjából való elbírálása céljából, két csoportba kell osztanunk eseteinket. 1. Esetek, melyekben a magasfogó asphyxiás, tehát haldokló magzat mellett mint utolsó kísérlet szerepelt; 2. esetek, melyekben jó állapotban levő magzaton végeztük azt.

Az első csoportba 31 esetünk tartozik, ezekben tehát az élő magzat perforatiója előtt mint utolsó kísérletet végeztük a magasfogót. Kilencz esetben (31), tehát 29% ban sikertelen kísérletünket perforatio követte. A fennmaradó 22 esetben, midőn tehát a magasfogó-műtéttel befejezhettük a szülést, megmentettünk 9 magzaton és meghalt 13 (22), azaz 60%-os magzathalalozást kaptunk. A magzatok a koponya súlyos sérülései következtében haltak el:

Koponacsontsérülés (impressio, infractio)	6 esetben (22) = 27.3%
Intracranialis vérzés	6 esetben (22) = 27.3%
Köldökzsinór összenyomatása a fogókanállal	1 esetben (22) = 4.5%

Az anya szempontjából vizsgálva műtési eljárásunkat: Halálozás: 0. Sérülések 68%-ban fordultak elő, még pedig:

Hüvely- és gátsérülés	14 esetben = 61.8%
Cervixrepedés	8 esetben = 36.3%
Ruptura uteri	1 esetben = 4.4%

A cervixrepedések csak 27.2% a igényelt vérzés miatt varrást. Uterusruptura esete totalextirpatio után gyógyult.

Gyermekágyi megbetegedés 22.7%-ban fordult elő. Valamennyi egészségesen bocsátott el klinikánkról.

2. Jó állapotban levő magzaton végeztük a magasfogót 34 esetben: a) bemenet felett álló fejen 12-szer, b) legnagyobb kerülettel a bemenetben álló fejen 22-szer.

a) Bemenet felett álló fejen végeztük 12 esetben (34) = 35.3%-ban. Nyolcz esetben nem tudtuk a fogóval a koponyát a szűkületen keresztülhozni s perforatiót végeztünk. A fennmaradó négy eset közül, a melyben sikerült keresztülhozni, egy magzat született halva.

Anyai halálozás ez esetek kapcsán nem volt.

Lágyrészsérülések 91.6%-ban voltak észlelhetők:

Hüvely- és gátrepedés	8 esetben (12) = 66.6%
Cervixrepedés	3 esetben (12) = 25%
Ruptura uteri	0%

Gyermekágyi megbetegedés 16.6%-ban fordult elő, mindkét eset 17 napon belül gyógyult.

b) Legnagyobb kerülettel már a bemenetben álló fejen végeztünk magasfogót 22 esetben (34) = 64.7%. Itt nyertük a magzat szempontjából legjobb eredményeinket. Magzathalalozásunk 4 volt (22) = 18.2%.

A halál-ok volt:

Intracranialis vérzés	2 esetben = 50%
Koponyacsont súlyos sérülése	1 esetben = 25%
Negativ lelet	1 esetben = 25%

Ezen esetek az anya szempontjából is kielégítőek voltak, a mennyiben:

Halálozás 0.

Sérülések 72%-ban, még pedig:

Hüvely-gátrepedés	54%
Cervix-laesio	18.1%
Ruptura uteri	0%

A cervix-laesiók 50%-a igényelt ellátást erős vérzés miatt. Morbiditas: 18.1%. Ezek közül teljes egészségsben 75% bocsátott el.

Ha eredményeink alapján összegeznünk akarjuk a magasfogó-műtéteink kapcsán tett tapasztalásainkat, azt mondhatjuk, hogy asphyxiás magzatonál, legnagyobb kerülettel már a bemenetben álló fejen, minthogy más módunk a magzat megmentésére nincs, a perforatio előtt a magasfogó kísérlete jogosult, mert a halálra való magzatok közül is még megmenthetjük a magzatok 40%-át. Hasonlóan jogosult jó állapotban levő magzatonál, midőn a magasfogóval a kimerült fájásokat akarjuk csupán pótolni, vagyis mikor a koponya legnagyobb kerületével már a bemenetben van és az akadályt többé-kevésbé leküzdötte. Jó állapotban levő magzatonál, midőn a magasfogóval a szűkületet akarjuk leküzdödni, tehát még a bemenet felett álló fejre alkalmazzuk, rossz eredményt látunk, mert amellet, hogy az esetek túlnyomó részében sikertelen kísérletünk következtében az élő magzaton perforálni vagyunk kénytelenek, az anyát nagy százalékban súlyos sérülésnek tesszük ki. A sebészi műtétek mai állása mellett tehát ezekben az esetekben nem látszik czélszerűnek a magasfogó-műtéttel a magzaton ily arányú halalozásnak s az anyát gyakran előforduló súlyos sérülésnek kitenni, ilyen esetekben a symphyseotomia vagy a sect. caes. extraperitonealis lesz javalt, még mielőtt a szülő nő lázassá lesz, vagy asphyxia áll be.

(Folytatása következik.)

Közlemény a kolozsvári ideg- és elmegyógyászati klinikáról és az I. és VI. hadsereg központi ideggyógyászati kórházából. (Igazgató: Lechner Károly dr., egyetemi tanár, illetve Roediger Jenő dr., főtörzsorvos.)

Epilepsiás rohamoknak mellékvese-kivonattal való kiváltása.

Irta: *Benedek László* dr., egyetemi magántanár.

Az epilepsia-kutatás mai állása szerint az úgynevezett genuin vagy idiopathiás epilepsia minden valószínűség szerint az egész agyvelőben székel és elsősorban ennek az utóbbinak sajátos módon megváltozott visszahatóképességében leli magyarázatát.

A kóros működésbeli elváltozás időszakosan jelentkező testi és lelki tünetekben nyilvánul meg, a melyeknek meg-

jelenése, kiváltódása arra vall, hogy a központi idegrendszer a gátló és izgató impulzusoknak kiindulási helyét alkotó készülékei a változó ingerek hatása alatt erőtlétéseiket a maximális feszültség állapotáig felgyűjtötték és a roham maga — minden alakjában — e kérgi és kéregalatti központok erőtlétéseinek kisülése, explosiója. Az erőtlétés e rohámszerű kisülését a legkülönbözőbb alkalmi okok előidézhetik, esetleg olyanok, amelyek a periodicitást a maguk részéről is biztosítják.

A parenteralis erjedésnek kóros állapotai, a fehérje anyagcsere-zavarai, az ez utóbbiakat esetleg (?) feltételező egyensúlyzavarok az endocrinalis mirigyek rendszerében állnak újabban a kutatás előterében és nagy valószínűség szerint úgy fogandók fel, mint a betegség manifestációját kiváltó tényezők.

A régi vasomotoros, agyvérzésre, stasisra alapított rohamelméletek ma már elvesztették talajukat és jelentőségüket. Mindenesetre azonban úgy látszik, hogy az epilepsziás reagibilitás jelenlétében a vérelosztást rapide megváltoztató, exogen befolyások epilepsziás rohamokat kiválthatnak.

1917 októberében megkísértem az epilepsziás rohamoknak mellékvese-kivonatokkal — főleg a nekem hozzáférhető tonogennel — való kiváltását. E kísérletekre okot elsősorban azok az érdekes kombinációk szolgáltatnak, amelyekben a migraen és az epilepsia megnyilvánulásai egymást helyettesítve állhatnak be, annak ismeretével, hogy a hemikraniás rohamok genesisének magyarázatára az úgynevezett érgörcselmélet a legelterjedtebb; másodsorban az úgynevezett initialis elsápadásnak az epilepsziás kis és nagy rohamok esetén való majdnem szabályszerű jelenléte; és harmadszor a carotisösszenyomásnak és a cocain-injectióknak részben általam is sikerrel való alkalmazása.

A rohamok kiváltására a tonogen Richter 1:1000 oldatának 1—1.5 cm³-ét használtam.

Az injectióknak körülbelül egynegyede után észleltem többé-kevésbé subjective kellemetlen melléktünetek jelentkezését, anélkül, hogy a befecskendezések káros következményekkel jártak volna.

Összesen 55 tonogen-injectiót végeztem 39 különböző egyénen, még pedig 19 epilepszián (18 genuin és 1 organikus), 7 hysteriás, 5 időszült dementiával járó elmebetegség esetében és 8 idegrendszerileg egészséges egyénen.

A 19 epilepsziából 7 esetben típusos epilepsziás roham jelentkezett az injectio után 1/2—1 1/2 órában belül. A hysteriás, időszült elmebajos és idegrendszerileg normalis egyéneken az esetlegesen jelenlevő adrenalin-melléktüneteken kívül egyéb változás nem volt észlelhető.

Kimerítő közlemény következik.

Spanyol betegséghez csatlakozó elmezavar.

Irta: *Strobl W. dr.*, a nagykallói állami elmeegógyintézet igazgatója.

Az 1889—90-es években lezajlott influenza-járvány alkalmával *Introsinski* (Inaug.-Dissertation) és *Kirn* (Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge) ismertette amaz elmebetegségeket, amelyek közvetlen az influenzához csatlakozva, utána és mint annak következményei jelentkeztek.

A most lezajló spanyol betegség-pandemiával kapcsolatban alkalmunk nyílik az influenzához csatlakozó vagy utána jelentkező ismert hallucinosisoktól, acut és subacut lefolyású elmezavaroktól eltérően, a járvány súlyosságával párhuzamosan, elmebetegségeket észlelni, amelyek rendkívül gyors és súlyos lefolyásúak.

Igy az e vidéken is előfordult járvánnyal kapcsolatban alkalmam nyílt három elmezavart észlelni, mely a már gyógyulófélben levő tüdőgyulladás után állott be, s átlag 3 nap alatt halálra vezetett.

Mindhárom esetben a beteg láztalan volt, a tüdők felett physikalis eltérések már alig voltak, csupán zörejek voltak kis mértékben még hallhatók, megszűnt a nehéz légzés és légszomj is, a közérzet javult, az étvágy és álom is meg-

jött, egyedül a szív működés, az érverés nem állott párhuzamban az általános javulással, úgy hogy még mindig 130 és 150 között ingadozott percenként, néha kihagyó, arhythmias volt és puha. Ez állapotnak 2 1/2—3 napi fennállása után, mindenelőzetes subjectiv vagy objectiv tünet nélkül, majdnem villámcsapásszerűen jelentkezett az elmezavar. Tünetei voltak: tömeges érzécsalódások, teljes zavartság, összefüggéstelen bő beszéd, nevetgélés, gyönyörködés a hallottakban, látottakban és érzettekben, nagyfokú motoros nyugtalanság, kikelés az ágyból, ugrálás, éneklés és táncz, futási hajlam, teljes álmatlanság és az étkezés megtagadása. A hangulat mindhárom esetben inkább emelkedett volt, még átmenetileg sem volt lehangoltság, félelem, vagy más a hangulatot és a közérzetet kellemetlenül befolyásoló tünet. A halál collapsus következtében állott be.

Az egyik eset a következő volt: Egy jó viszonyok között és megelégedésben élő családban előbb a férj, majd a feleség s utána rögtön két gyerek az influenza rendes tüneteivel betegedett meg. Ugy a férjen, mint a feleségen tüdőgyulladás csatlakozott hozzá. A férj tüdőgyulladására 3. napján meghalt. A feleség tüdőgyulladására könnyebb volt, nem volt oly elesett, hogy férje és gyerekei betegségét figyelemmel ne kísérhette volna. A férje halálát nemcsak, hogy tudomásul vette, hanem minden visszatartási kísérlet daczára a temetésére is elment, bevonszoltatta magát a kocsiba, s a menet megindulása után csakhamar kollabált és eszméletlen állapotban vitték haza. Otthon magához tért, másnap állapota súlyosbodott, de nemsokára megint javulni kezdett. Daczára ennek és daczára a férje elvesztésén való busulásának, tüdőgyulladására javult, 10. napra a tüdők fölött a physikalis tünetek visszaféjlődtek, jobban érezte magát, aludt és enni is kezdett, teljesen láztalan volt, csupán a pulsus volt igen szapora (140) és puha, midőn este minden előzetes jel nélkül hirtelen jókedvű lett, nevetgélve minden összefüggés nélkül beszélt, látta a férjét, a ki mellette ül, ott látta a tőle előzőleg eltávolított gyerekeit, dicsekedett boldogságával, karjaival ölelő, szájával csókoló mozdulatokat végzett, kikel az ágyból, hogy egész családjával a paradicsomba menjen, mely közvetlen a szomszédban van és oly nagyon szép. És midőn menési szándékában erőszakkal visszatartották, nem haragudott, hanem mosolyogva mondta: „ne fogjanak, hisz nem futok el.“ Megismerte az orvost, a környezetet, egy-két szóval felelt is a kérdésekre, sőt az orvosságot is elfogadta. Visszautasított azonban minden ételt, sőt a vizet is. Az egész idő alatt nem aludt, sem gyógyszerrel, sem egyéb beavatkozással álmat vagy megnyugvást nem sikerült létrehozni, ellenkezőleg, nyugtalansága fokozódott s harmadnapra kikel az ágyból, egy pár lépést tett, majd összeesett és a beállott collapsus exitusba ment át.

Spanyol betegségben történt megbetegedése előtt egészséges, jól táplált és erőteljes volt. Családjában sem fordult elő oly ideg- vagy elmebetegség, amelyből az elméjének megbetegedésére vezető dispositióra lehetett volna gondolni. Férjének elvesztése sem lehetett egyedüli lelki ok az elmezavar kifejlődésére, mert abba már beletörődni látszott. Legvalószínűbb tehát, hogy a lelki betegség kórokozója, a tüdőgyulladásban jelenlevő coccusok és egyéb bacillusok által produkált toxikus anyagok befolyásolhatták az amegy is megviselt és kimerült szervezetet és agyat is, hogy annak nagymérvű táplálkozási zavarát s megbetegedését eredményezték. E mellett látszik bizonyítani a szívnek a viselkedése, a mely akkor is, mikor minden tünet engedett, javult és mikor a kezelőorvos már a felgyógyulást remélte, állandóan igen gyenge és rossz volt, arhythmias, puha és szapora érverésben nyert kifejezést. Az érverés egy esetben sem szállt lejjebb 130-nál, igen gyakran 150 volt. Csak e feltevéssel magyarázható a súlyos és gyors lefolyású elmezavar is, a mely éppen a gyors lefolyás miatt nem jut észlelésre elmeorvosnak, ki a legtöbb elmezavart az elmeegógyintézetben kénytelen észlelni, a hová az ilyen beteg egyáltalán nem kerül az idő rövidsége miatt. Épp ezért láttam helyénvalónak az ilyen esetek közlését is.

A nyilvános ingyenes járóbeteg-rendelésekről.

Irta: ifj. *Liebermann Leó* dr., közkórházi főorvos, egyetemi magántanár.

II.

Első cikkemben a nyilvános ingyenes járóbetegrendelések szükségességéről és fejlesztésük fontosságáról szólnak, az ezekkel járó bajokkal is foglalkoznom kell. E bajok a nyilvános ingyenes rendeléseknek jogosulatlan, visszaélés-szerű igénybevételében állnak oly betegek részéről, a kik erre anyagilag nem szorultak. Ez pedig két okból is megengedhetetlen: egyrészt az orvosok jogos anyagi érdekeinek többé-kevésbé súlyos károsítását jelenti, másrészt nagyforgalmú, munkával túlterhelt ambulanciákon a reászorultak egy részének kiszorítását okozza, különösen akkor, ha az egy napon ellátható betegek száma numerus clausussal van limitálva.

Ha aránylag csekély számú visszaélésről volna szó, alig volna érdemes ezt az ügyet szóvátenni, azonban az erre vonatkozó panaszok jóformán állandóak, és pedig körülbelül minden orvosi szakma részéről hallhatók, habár jól tudom, hogy a jogosulatlan igénybevétel olyan gyakran, mint a szemészeti rendeléseken, másutt aligha fordulhat elő, aminek megvan a maga külön oka: mindaz, a mi a kényesebb beteget egyébként visszatartja a nyilvános ambulancia igénybevételétől, mint a levétkezés több orvos, orvosnövendék és más betegek előtt, más betegeken alkalmazott vizsgálóműszerek bevezetése, melyek megtisztításáról a beteg nem győződhetik meg stb., mindez itt jórészt elesik, a minek az eredményét a szóbanforgó kérdést illetőleg klinikai tanárságéd koromban bőven volt alkalmam tapasztalni, évi 24—26.000 új beteget és 50.000 kezelést is elérő ambulancián, amelyből azt az impressiót meríthettem, hogy a jogosulatlanul igénybevevők száma jó egynehány orvosnak adna megélhetést. Nem egyszer találkoztam az optikusnál olyan „szegény” beteggel, ki, miután a rendelés díját egy 100 beteges ambulancián való egy-két órás várással, vagy esetleg sok, valóban szegény beteg elébe való tolakodással megtakarította, a „megtakarított” összeg tízszerese árán rendelt aranykeretes luxus-szemüvegeket!

Erre vonatkozó megfigyeléseim során arra a meggyőződésre jutottam, hogy e visszaéléseknek egy része olyan, melyeknek leküzdésére irányuló minden igyekezet jóformán hiábavaló, s ezek a *szándékos* visszaélések, melyeket bármennyire kívánatos volna is úgy a szegény betegek érdekében, akik ezáltal az ambulanciáról esetleg kiszorulnak, vagy legalább az orvosok túlterhelése által szenvedik meg a jogosulatlanul jelentkező betegek befogadását, másrészt az orvosok jogos anyagi érdekében meggátolni, mint mondom, ezeket nagyon nehéz elhárítani, mert az illetők mindig találnak valamilyen formát, amelylyel reászorultságukat látszólag igazolni tudják, valamint azt is tapasztaltam, hogy ezek visszaéléseinek meggátlása milyen odiosus, mennyi tapintatot és tapasztalatot igénylő feladat, a mely végre is oly kevés eredményt ígér, hogy sokszor jobb erről a kísérletről egészen lemondani, illetőleg az ambulanciáról való elűtasítást csak a legkirívóbb, nyilvánvaló visszaélés esetén a legnagyobb tapintattal megtenni, még inkább pedig ezt a nagyon kényes feladatot semmi esetre sém bizni az orvosi segédszemélyzet oly tagjaira, kik erre nem bírnak a csak nagyon hosszú idő alatt megszerezhető kellő tapasztalattal.

Azonban egyszersmind azt is tapasztaltam, hogy ezek nem teszik a visszaélések túlnyomó részét, sőt talán többségben vannak a *jóhiszeműleg* elkövetett visszaélések. Legyen szabad ezt kissé részletesebben indokolni. Különbözőképpen viselkednek e tekintetben a budapesti és a vidéki betegek. A helybeli lakosságnak tudomása van úgy a klinikai és kórházi nyilvános, mint az orvosi magánrendelésekről. — A nyilvános ambulanciákban azonban, hogy úgy mondjam, sokan valami alacsonyabbrendű orvosi szolgálatot vélnek látni, s azon hiedelemben vannak, hogy, ha valaki ezzel *megelégszik*, egyszersmind már meg is váltotta magának a *jogot* arra,

hogy azt igénybevegye, tekintet nélkül a vagyoni helyzetére. Erről a hiedelemről számtalan esetben volt alkalmam meggyőződni. A vidéki betegek nagyrésze pedig azzal jön fel a fővárosba vagy küldetik orvosa által, hogy egyik vagy másik orvosi kiválósághoz forduljon, akit úgy ő, mint esetleg az otthoni orvosa is csak hivatalos működése helyéről, s ezzel kapcsolatban ismer. (Sőt elég gyakori eset, hogy budapesti orvosok is a specialisták igénybevételének ezen módját gyakorolják!) Az ilyen betegek tehát az illető ambulancia vezető orvosát hivatalos működése helyén keresik fel, s amennyiben jómódúak, éppenséggel nem azzal a szándékkal, hogy orvosi tanácsát díjtalanul vegyék igénybe, de azt látván, hogy az ambulancián minden orvosi segítség díjtalan, minden további gondolkodás nélkül rendjénvalónak tartják, hogy ők is éppen úgy igénybevegyék.

Mind a két kategóriába tartozó, az ambulanciákat inkább csak tévedésből igénybevevő ezen betegeknek elég szokott lenni az egyszerű figyelmeztetés, hogy tévedésüket belássák és attól elálljanak. *Azért erre a — kellő módon történő — figyelmeztetésre sokkal nagyobb gondot kellene fordítani, mint ahogy eddig történt.* A figyelmeztetés kellő formája pedig csak az lehet, ha elsősorban írásban, azaz a vonatkozó rendelkezéseknek mindenki számára hozzáférhető helyen való kifüggesztése által, s csak másodsorban és szükség esetén történik szóbelileg, mert a szóbeli figyelmeztetés már magában véve is praejudikál abban, hogy kinek a figyelmeztetését tartják szükségesnek, kiét nem. Ez nagyjában megtörtént ugyan eddig is, de nem mindenütt elegendő mértékben. Ugy gondolom, hogy a figyelmeztetést a rendelőhelyiségnek valamennyi szobájában, feltűnő helyen, elsősorban pedig a rendelőhelyiségbe vezető ajtó külső oldalán kellene alkalmazni, továbbá az ambulancia valamennyi kiosztásra kerülő nyomtatványán is, nevezetesen a receptpapirokon és — ahol ilyenek használatban vannak — a rendelőkártyákon. A figyelmeztetés, illetve tájékoztatás kellő szövege természetesen nagyon fontos; e tekintetben igen szerencsésnek tartom a rendelkezésnek azt a fogalmazását, mely jelenleg a fővárosi közkórházak ambulanciáin van érvényben, amennyiben igen helyesen kiemeli azt, hogy ha a reászorultságot illetőleg kétség merülne fel, a rendelés csakis a törvényszabta első segélynyújtásra szorítkozik s további rendelés csak a jogosultságnak hitelt érdemlő módon való igazolása után (de nem csak szegénységi bizonyítvány alapján) történhetik. Helyes továbbá a perselyezést tiltó rendelkezés is, mert gyakori tapasztalat az, hogy a magát ingyenes ellátásra jogosultnak tulajdonképpen nem érző beteg aránylag csekély összeget ajánl fel megváltásként jótékony célra, a mely, ha elfogadjatik, azzal a jóleső érzéssel hagyja el az intézetet, hogy még jót is cselekedett. Minthogy pedig, ez lényegében mások zsebéből való jótékonykodás, eltiltása mindenesetre helyénvaló. A rendelkezés szószerinti szövege a következő:

„Nyilvános ingyenes rendelés csakis szegény betegeknek.

1. Nem szegény betegek csak abban az első segélyben részesülhetnek, a melyre a törvény kötelez.
2. Olyan betegnél, akinek szegénysége kétes, a rendelés egyedül a haladékot nem tűrő első segélyre szorítkozzék. További rendelésben csak úgy részesülhet, ha a szegénységét megbízható módon (hatósági vagy egyéb igazolvány, orvosi ajánlat stb.) igazolja.
3. A nyilvános ingyenes rendeléseken a perselyezésnek helye nincs.

Mellékesnek tartom azt, hogy kerülhet-e arra a sor, hogy ez az igazolás valóban meg is követeltesse. Mindenesetre ez a formula a betegek lelkiismeretére appellál, s egyszersmind arra is figyelmezteti őket, hogy a rendelkezésnek szükség esetén érvényt is lehet szerezni. Csak ha ezen írásos figyelmeztetés után is akadnak még betegek, akikről alapos a gyanu, hogy a figyelmeztetést vagy nem látták, vagy tudatosan cselekesznek ellene, kerülhetne a sor szóbeli figyelmeztetésre, melynek azonban nagyon tapintatosan kell történnie, inkább csak azon kérdés határozott feltevésével, hogy az illető valóban reászorult-e ezen kedvezményre, amire,

ha igennel felel, tovább menni a legtöbb esetben nem lehet, kivéve a nyilvánvaló rosszhiszeműség eseteit. Különösen fontosnak tartom, hogy e tekintetben az ambulancia vezetésével netalán állandóan vagy ideiglenesen megbízott segédorvosi személyzet, mely tapasztalás szerint ebben néha túlkapásokra hajlamos, szigorúan instruálva legyen a legnagyobb tapintatosság, méltányosság és humanizmus szellemében eljárni. Mert sokkal kisebb baj, ha egyik vagy másik visszaélő átsiklik, mint ha a valóban reászorult elesik az ingyenes orvosi segítségtől. A parasztgúnyában milliomos is lehet s *a jó kabát gyakran van hivatva a szegénységet eltakarni!*

Egyébként az elbírálásnak ez a discretionális hatáskörbe való utalása a valóságban több garantiát is fog nyújtani a visszaélések meggátolására, mint a formaszerű szegénységi bizonyítvány követelése. A szegénységi bizonyítvány beszerzéséhez előbb időt is kellene engedni s az első, sőt akár 2—3 jelentkezést is a nélkül kellene elfogadni, s ha meggondoljuk, hogy az orvosi ténykedés az első rendeléssel, máskor meg 2—3 kezeléssel már be is van fejezve, akkor világos, hogy azzal, ha a kétes szegénységű beteget ezen egy vagy két-három rendelésnek s nemcsak a törvénytábla elsősegélynek igénybevételére forma szerint feljogosítjuk, kaput nyitunk a visszaéléseknek, melyeket az ilyen rendelkezés legfeljebb csak a hosszabb kezelésre szorulóknál zárna ki.

Végül a legfontosabb körülményre szeretném még egyszer felhívni a figyelmet s ez az, hogy *a gyakorlóorvosok, különösen a vidékiek, legyenek tudatában annak, hogy jó módú, őket honoráló betegeiket nem szabad a nyilvános ingyenes rendelésekre küldeniük, sem pedig felvétele a klinikákra és közkórházakba.* Mert hiszen az elmondottak éppen úgy, sőt még fokozottabb mértékben — mert még nagyobb értékekről lehet szó — a fekvőbetegekre is vonatkoznak.

Az orvosok ezirányú felvilágosítása érdekében az Országos Orvosszövetségnek kellene hatékonyan közreműködni, mint a melynek hivatása az orvosok jogos anyagi érdekeinek megvédése.

Persze a fekvőbetegek elhelyezésének kérdése a jelenlegi kevés klinikai és kórházi különszobával még nincs kielégítően megoldva s nagyon visszás állapot az, hogy azok, a kik az orvosi kezelés vagy műtét honorariumát szívesen és különösebb anyagi áldozat nélkül megfizetnék, de a sanatoriumok hovatovább elviselhetetlenül magas és igen gyakran az orvosi honorariumokat messze meghaladó és ez által *aránytalanságot okozó* árait fizetni nem tudják, vagy nem hajlandók, tisztán technikai okokból a nekik nem járó ingyenes orvosi ellátásban részesülnek, mint a hogy az tudvalevőleg minden klinikán és közkórházban napirenden van. Ezen csak kellő számú különszobával és többágyas kisebb betegszobával lehetne segíteni, melyek a klinikák és kórházak orvosfőnökeinek magánbetegeik számára is minden korlátozás nélkül rendelkezésére állnának. A hol ez a rendszer be van vezetve, ott mindenütt tökéletesen be is vált.

IRODALOM-SZEMLE

Lapszemle.

Belorvostan.

A dysenteria kezeléséről toxinkicsapás útján ír Zimmermann. Abból indul ki, hogy a dysenteria lényegét az az állandó toxikus inger alkotja, a melyet a részben proteolysis hatású gyuladósos illetőleg genyes termékek és a bomlásuk folytán fejlődő anyagok gyakorolnak a bél nyálkahártyájára; emellett természetesen a bomlástermékek felszívódása is lényeges szerepet játszik. Minthogy mindeme gyuladósos kiválasztások fehérjeteralmúak, felvehető volt, hogy e fehérjeanyagok alkalmas savanyú colloidoldatokkal kicsapódnak s ily módon ártalmatlanná válnak. Colloid-oldat gyanánt carraghaant használt n/25—30 eczetsav-oldatban; ezt azután

klyasma alakjában juttatta a bélbe 200—1000 cm³ mennyiségben. Az oldat készítmódja a következő: 2—3 eyőkanálnyi carraghaant 1 liter vízben 24 óráig duzzasztunk, vásznon átnyomjuk, a maradékot vízzel újból összekeverjük, szintén átnyomjuk vásznon és hozzáadjuk az első ízben kapott folyadékhoz, úgy hogy az egésznek mennyisége 1 liter; ehhez azután 6 cm³ eczetsavat teszünk; ebből a törzsoldatból a szükséges mennyiséget kétszerannyi vízzel hígítva felforraljuk és kellő lehülés után klyasma alakjában alkalmazzuk, többnyire naponként kétszer. A legtöbb esetben először is a vérzés csökken, nemkülönben a tenesmus, majd eleinte bőséges nyálkás kiválasztás mellett fokozatosan tömöttebbé váló savanyú erjedéses székletét mutatkozik, fokozatosan csökkenő nyálkatermelődés kíséretében. Az eseteknek mintegy harmadában többé-kevésbé erős genyedés köszöntött be, de ezekben az esetekben is egy kivétellel gyógyulás következett be. 83 ily módon kezelt beteg közül csak 1 halt meg (kezdetből nagyon súlyos eset, állandó csuklás, gyakori hányás, a táplálék visszautasítása) komplikáló broncho-pneumoniában körülbelül 3 héttel felvétele után. (Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 47. sz.)

Az egészséges aorta spontan rupturájának kérését tanulmányozta Oppenheim, a müncheni egyetem kórboncztoni intézetének segéde. Tanulmányának eredményeit a következőkben foglalja össze: Vannak esetek, a melyekben az aorta megreped, noha a falzatán a leggyondosabb szövettani vizsgálattal sem található elváltozás. Azokon az aortákon, a melyek többé-kevésbé atherosclerosisosak, a ruptura rendszerint nem a leginkább elváltozott helyeken áll be, hanem a ruptura typosos helyén, közvetlenül a billentyűk fölött levő részen. Ez a két körülmény arra utal, hogy a ruptura oka nem az aortafalzat lokális megbetegedésében keresendő. A spontan ruptura tisztán physikális okokból következik be: az aortabeli vérnyomás erős fokozódása és az aorta lumenének rendellenesen tág volta létesíti. Bizonyítják ezt a szerző hullakísérletei is, de elméletileg is könnyen érthető, mert a ruptura typosos helyén legnagyobb a vérnyomás, legnagyobb a falzat feszülése és legnagyobb a rugalmas tágulás. Mint-hogy az aorta ascendens rendellenesen tág volta főleg isthmus-stenosis fölött fordul elő — az ilyen szűkület nem is nagyon ritka —, az isthmus-stenosis nagy mértékben elősegíti a rupturát. Másodsorban szerepet játszanak a vérnyomást tartósan fokozó okok (nephritis, szívhypertrophia stb.), továbbá olyan momentumok, amelyek acute erősen emelik a vérnyomást, például psychés izgalom, nagyfokú izommegerőltetés, a hasprés működése. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 45. szám.)

Szülészet és nőorvostan.

„A gyermekélet védelme a szülés alkalmával; adatok a népesedési politika kérdéséhez” címmel közöl nagy cikksorozatot Benthin W. magántanár. A bevezetésben elmondja, hogy éles szemmel látó, hidegen mérlegelő, népük sorsát a szívükön hordó német tudósok már észrevették a hazájukat fenyegető elnéptelenedés közelgő rémének előrevetett árnyékát. Németország legtermékenyebb volt a győzelmes 1871. francia hadjárat után. 1876-tól kezdve azonban a születési százalék eleinte lassan, az utóbbi háborús évek alatt rohamosan csökkent, úgy hogy ma már közel 1/4 millióval kevesebb a szülések száma, mint volt 1876-ban. Az a hatalmas veszteség, különösen termékenyítő férfierőben, mely a népeket a háborúban sújtotta, és a melyet a nemibetegségek elrémítő elterjedése is nagy mértékben lecsökkentett, ez állapotok éveken belül való javulásának minden reményét már csirájában megöli. Az állam, a társadalom és az egyház legjobbjai összefogtak, hogy a veszélyt, melynek gyökerei gazdasági területbe is belenyúlnak, hasznos reformokkal elhárítsák. De különösen nekünk orvosoknak legszentebb kötelességünk harcolni a születendő gyermekekért. Nemcsak a meglevő, a szülésen szerencsésen átesett csecsemők védelme, életben

tartása legyen célunk, hanem mennél több gyermek életének megtartása a terhességben és a szülés alatt.

A szülés alatt elvesztett magzatok száma ma is magas. Fájdalom, pontos adatok nem állnak rendelkezésünkre, mert a statisztikák csak a halva született magzatok számát hozzák. Átlag a veszteség életképes gyermekekben 5.65%. *Franqué* szerint Németországban 10.000 magzat hal el a szülés előtt, 50.000 a szülés alatt, 30.000 a szülési és terhességi zavarok következtében a gyermekágy első öt napjában. Ezek kikerekített számok, mégis, ha Németországban két millió évente a szülések száma, a gyermekek közül 80.000-et veszítenek el a szülés alatt és annak következtében. Olyan szám ez, mely gondolkodóba ejt és segítségért kiált. Hol itt a segítség?

A magzatvesztések okai. Fájdalom, a gyermeki élet értékét orvosilag nem becsülik olyan magasra, mint megérdemelné. Orvoshiány miatt sok megmenthető gyermekélet megy tönkre. A gyakorlott szülésszel rendelkező szülőházak csekély száma szintén hozzájárul a rossz eredményhez. Sok esetben az orvosok és bábák nem szakszerű gyógy-eljárása, hiányos technikája a multhatatlanul szűkéges szülési műtétek kivételkor elsősorban felelősek az elvesztett gyermekek életéért. *Bumm* szerint a magzatok $\frac{3}{4}$ része szülési zavarok miatt jön halva a világra. A legtöbb magzat placenta praevia, eklampsia, szűk medencze és köldökzsinór-előesés, ill. harántfekvés és medenczevégi fekvés következtében megy tönkre. Ez így nem maradhat, itt minden erőnkkel, legjobb tudásunkkal tennünk kell! A szülési rendellenességek klinikai kezelésével a gyermek megmentése legyen a szent cél. A reményünk máris meglehet arra nézve, hogy a viszonyok javulni fognak e téren. Ezt bizonyítják a ma elért sokkal jobb eredmények a multhoz képest már a szűk-medenczés szülések kezelésében is. Az asepsis áldásai, pontosabban meghatározott műtéti javallatok, a mindjobban kidolgozott műtéti technika, az orvosok és bábák jobb kiképzése és a vidéken való letelepedése, képzett szülésszel ellátott, jól vezetett állami, városi és magánszülőházak növekvő száma, az idők jeleinek felismerése, hogy a szülésszettel még inkább klinikaivá kell tennünk, hatalmas tényezőket reményeink megvalósulásához. (Mediz. Klinik, 1918, 28. sz.)

Komássy dr.

Venereás betegségek.

A syphilisnek ezüstsalvarsannal való kezeléséről nyilatkozik *Joh. Fabry* (Dortmund). Az ezüstsalvarsant folyó év tavaszán ajánlotta *Kolle* klinikai kísérletek céljaira. A sötétbarna por vízben oldódik, bár jóval nehezebben, mint a neosalvarsan. Adagja 0.2—0.3 gr. Az intravenás injekcióhoz 5—7 cm³ steril destillált víz elegendő. Az injectio technikája ugyanolyan, mint a neosalvarsanos befecskendezésé. Az ezüstsalvarsan-injectio hetenkint kétszer adható. A szerző jóval 100-nál több syphilises betegen kísérletezett. A betegek a legkülönbözőbb syphilises jelenségekkel kerültek gyógykezelés alá. Pontos adatok nyerése céljából *Fabry* e betegeket kéneső kombinálása nélkül kezelte az ezüstsalvarsannal. Klinikai tapasztalásai a következőkben foglalhatók össze: A spirochaeták már néhány 0.2—0.3 gr.-os injectiótól eltűnnek a syphilises jelenségből. A legkiterjedtebb primaer-affectiók és condylomák már néhány nap után feltűnően visszafejldenek és gyógyulnak, éppen úgy, mint a salvarsan alkalmazása után. Általános kiütés esetén az adagokat kisebbre kell fogni (0.05—0.1). Hőemelkedés jóformán csak ezekben az esetekben követi az injectiót. Itt is *Ehrlich*-nek azt a követelést kellene betartani, hogy általános tünetek mellett a kezelés előbb kénesővel induljon meg. Más kérdés, hogy miképpen viselkedik az ezüstsalvarsan-kezeléssel szemben a Wassermann-reactio. Secundaer tünetek esetén, tehát a mikor a reactio már erősen positiv, negativ seroreactio elérése gyakran nem sikerült. Hogy ez mások kísérleteiben sikerült, nyilván abban leli magyarázatát, hogy azok bővebben alkalmazták az ezüstsalvarsant. *Kolle* előírása értelmében egy kezelés 3—4 gr.

ezüstsalvarsanból állhat, mely mennyiség aggodalom nélkül adható a betegnek. Az injectiók száma e szerint egy kúra folyamán 10—14-re emelhető. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 44. sz.)

Guszman.

Bőrgyógyászat.

Gránátshock nyomán támadt alopecia universalis trophoneurotica esetét közli *Fr. Spiegler* (Wien). 22 éves katonát gránátexplosio eltemetett. Esméletlen állapotban egy tábori kórházba került, a hol két nap mulva testének valamennyi haj- és szőrszála kihullott. A beteg ugyanakkor igen heves főfájásban szenvedett. Viszketést nem érzett. A beteg családi anamnesise terheltségre vonatkozóan negativ. A külső vizsgálat tökéletes kopaszságot derít ki. Sehol a testen egyetlen haj- vagy szőrszál; sőt lanugo sem található. Könnyebb neurastheniás tüneteken kívül a belső vizsgálat semmi kórosat sem mutat ki. A szerző ezek után az alopeciát csakis trophoneurosisal magyarázza, melyet a shock idézett elő. Mindenesetre amily világos a lelet, éppen oly homályos a magyarázat. Van ugyan néhány eset az irodalomban, mely a most leírt esettel némileg vonatkozásban lehet. Így *Mracek* atlaszában 22 éves leányról van említés téve, a ki hevenyész psychosissal került az elmebajos klinikára s egyetlen éjszakán elvesztette minden hajaszálát. *Ullmann* esetében a 23 éves nő sympathicus-affectio kíséretében kopaszodott meg tökéletesen. Érdekes még, hogy *Joseph*-nek macskákon sikerült partialis alopeciát előidézni, ha az egyik nyaki spinalis dűczot kiirtotta. Mindezek az esetek azonban még mindig nem tudják a fönti esetet világosan magyarázni. (Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 40. sz.)

Guszman.

Gyermekorvostan.

A kanyaró jelentősége gyűjtőtelepeken a gmündi menekülttáborban szerzett észleletek alapján. *Reder J.* a kanyaró jelentőségét új megvilágításba helyezi. Észleleteinek színhelye egy hatalmas barakk-tábor, amely 20—25.000 menekült befogadására épült és amelyben három év alatt 170.000 ember fordult meg. A barakkok csak korlátolt mértékben feleltek meg a hygienés követelményeknek, a táborban állandóan járványok dúltak.

Az első kanyarójárvány 1915 márcziusában ütötte fel a fejét és négy hónapig tartott. A megbetegedések száma 628, a halálozásoké 286 volt, úgy hogy a halálozás 45.54%-ra rúgott. 1915 szeptemberében mutatkozott a második kanyarójárvány, amely ugyanezen év decemberéig pusztított. E járvány alatt 2411 személy betegedett meg s ezek közül 1163 halt el. A járvány halálozása tehát 48.23%. Az 1915. évben előfordult összes (járványos és sporadikus) kanyaróesetek száma 3198 megbetegedést és 1469 halálozást foglal magában. Ez év kanyaróhalálozása 45.93%. A harmadik kanyarójárvány 1916 januártól áprilisig folyt le 965 megbetegedéssel, köztük 369 halálos esettel. E járvány halálozása 38.23%. 1916 januárjában kezdődött a negyedik kanyarójárvány és 1917 márcziusáig húzódott. Ezalatt 6011 személy betegedett meg és 934 halt el. A járvány halálozása tehát 15.53% volt. 1916-ban az összes kanyaróesetek száma 6543-at ért el s erre 1140 haláleset jutott; vagyis ez év kanyaróhalálozása 17.42%. Az 1915.—16. évben a kanyaróesetek száma csaknem kétszeresen meghaladja az összes többi fertőző, ragályos kórban megbetegedetteket. 1915-ben 1469 halálos kanyarómebetegedés fordult elő s ez háromszorosan túlszárnyalja a többi fertőző, ragályos kór halálos eseteinek számát. 1916-ban a kanyaró halálozási száma 1140 volt s így 300-zal több, mint az egyéb fertőző, ragályos kórok halálos eseteinek összege. De a kanyaró jelentősége még jobban kidomborodik, ha a kanyaró halálos eseteit 1000 halálesetre általában számítjuk át s vetjük össze a többi fertőző, ragályos kórral. Így 1915-ben 1000 halálesetre kereken 20 haláleset jut himlőben, 44 kiütéses typhusban, 43 vörhenyben, 9 diphtheriában és 461 kanyaróban. 1916-ban 5 haláleset jut himlőben,

9 kiütéses typhusban, 104 vörhenyben, 58 diphtheriában és 339 kanyaróban 1000 halálesetre általában. 1915.—17. évben végeredményként 9 haláleset jut himlőben, 22 kiütéses typhusban, 62 vörhenyben, 33 diphtheriában és 338 kanyaróban 1000 halálesetre általában. Ha a haláleseteket a kor szempontjából tekintjük, a 2772 haláleset közül 1394 = 50·29% jut a két első életévre, 1132 = 40·83% a harmadiktól zárólag a hatodik évre és csak 198 = 7·14% az iskolás korra. A kanyaróban elpusztult 2772 gyermek közül 2093-at = 75·50%-ot szövödmények következtében ragadott el a halál. Ezek között 1730 = 61·68% bronchopneumoniában, 189 = 6·89% tuberculosiban (nem számítva 11 esetet = 0·39% ot meningitis tbc.-ban), 86 = 3·10% bronchiolitásban, 40 = 1·44% enteritisben, 6 eset nephritisben halt el. Vegyes fertőzés diphtheriával 15, vörhenyvel 10, pertussissal 3, nomával 2 eset fordult elő. Meg kell még említeni, hogy a nagyobb járványok őszszel és télen, nedves és hideg időben mutatkoztak s hogy a délvidékről menekültek a kanyaróval szemben jóval kisebb ellenállásúnak bizonyultak, mint azok, akik északról kerültek e szerencsétlen telepre. (Zeitschrift für Kinderheilkunde, 18. köt., 6. füz., 1918 nov. 12.)

Grossberger Frigyes dr.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918. 49. szám. Neuber Ernő: Kocsányos gyomor-myoma operált esete. Stiller Bertalan: Klinikai tartózkodások.

Budapesti orvosi újság, 1918. 50. szám. Frankl Samu: A gyermekkori enuresis nocturna kezelése hólyagnyak-massage-zsal. Horváth Dezső: A kiütéses láz kóroktana és laboratoriumi körjelzése.

Orvosképzés, 1918. 7.—9. szám. Id. Liebermann Leó: Selectio-hypothesis. Bálint Rezső: Néhány szó a spanyol betegségről. Velits Dezső: Az eklampsia gyógyításáról. Elfer Aladár: A Bright-kórról mai megvilágításban. Molnár Béla: A gyomor mozgási zavarairól. Preisich Kornél: Csecsemők viselkedése a heveny fertőzőes betegségekkel szemben. Kallós Arnold: A tüdőtuberculosis és a katonai szolgálat.

Vegyes hírek.

A belvárosi orvostársaság december 9.-én tartott közgyűlésén a tisztikar következőleg alakult meg: elnök: Haberern J. Pál; alelnökök: Schmidtechner Károly és Perény Dezső; titkár: Mansfeld Ottó; jegyző: Láng Menyhért; pénztárnok: Fáykiss Ferencz.

A háború folytán megkárosodott orvosok és családjuk segélyezésére alakult budapesti helyi bizottság nevében Hülli Hümér dr. elnök kéri a bizottság azon tagjait, akik tehetik, hogy már most fizessék be az 1919—1920. évi tagdíjat, azaz 400 koronát. A hadból visszatért kartársak legnagyobb része kamatmentes kölcsönt kíván felvenni és mivel sokan vannak, egyre csak kevés pénz jut és a tőke is erősen kezd fogyni. Akik most fizetik a jövő két év díját, azokról igazán el lehet mondani: Bis dat, qui cito dat!

A Budapesti Orvosi Kör Országos Segélyegylete pénztárába befizettek: Alapítványt: Tatár János hagyatéka 1000, Bernolák József nyug. vezértörzsorvos 200, Kaiser József Kistapolcsány, Telegdy Zsigmond Kaposvár, Szirtes Alajos Budapest, Duchon János Zombor, Ehrenhaft Vilmos Budapest, Kovács Gábor Parajd, Kovács Izsó Budapest 100—100 koronát. Alapítványukat növelték: Fejes Lajos 60, Hugonnay Vilma 50, Lovrich József Budapest 40, Preisz Hugo 20 koronával. Glass Izor útnán érkezett: budai Goldberger Leo és nejétől 1000, Deutsch Vilmos tőzsdetanácsostól 100 korona adomány. Fizetett továbbá Halmágyi Géza 20, Janovitz Bertalan, Feldmann Ignác, Lánzy Géza, Waldmann Fülöp 50—50, Lantos Emil 30 koronát. A Schächter Miksa-alapra befolyt: Kovács József 200, Sándorfy Miksa 100, Pester Lloyd útnán 100, Székulesz Adolf 50 korona. A budapesti tudomány-egyetem orvoskari tanártestületének tagjai közül újabban alapítványt tettek: Eröss Gyula 200, Friedrich Vilmos, Kenyeres Balázs, Donáth Gyula 100—100, Moravcsik Ernő 200, Gerlóczy Zsigmond és Székely Ágoston 100—100 koronát. Bán Sándor fővárosi gyakorlóorvos, tb. megyei főorvos 25 éves orvosi jubileuma alkalmából 1000 koronás alapítványt tett.

Pettenkofer. December 3.-án múlt 100 éve, hogy a nagy müncheni higienikus, Pettenkofer, született. Ha a typhus és cholera terjedés módjára vonatkozó nézetei hibásnak bizonyultak is, érdemei olyan nagyok tudomány terén, hogy méltán nevezhetjük őt a közegészségian, mint rendszeres tudomány megalapítójának. Münchenben a 100 éves évfordulót egy az orvosi egyesület befogadására építendő „Pettenkoferhaus“ alapkövetelével akarták megünnepelni, de a viharos idők miatt el kellett azt halasztani.

Meghalt. Lovrich Sándor dr., az Irgalmas-rend budapesti kórházának sebész-főorvosa, 54 éves korában. — Kecskeméti István dr. 56 éves korában Kecskeméten, december 6.-án.

Városmajor-Szanatorium és Vízyógyintézet

Részvénytársaság. Budán. I. Városmajor-u. 64. Telefon 88—99. Ujjonnan átalakítva Dr. Gráf Andor főorvos vezetése alatt megnyit. Vízyógyintézet; szénsavas-, oxigén-, villany-, villanyfény- és tenyőfürdők, massage, hőlég-kezelés bejáróknak is. Hízlaló-kurák.

Dr. Greslikin Milivoj röntgenlaboratoriuma teljes Lilienfeld-berendezéssel. (VIII. Csepregy-u. 2.) Nyitva van hétköznap déli 11—12-ig csak gyomorbéleseknek, d. u. 3—6-ig pedig egyéb eseteknek (mélytherápia, stb.)

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sугaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherápia, forró-légkészülékek, frigoritherápia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlámpa.

SZT. GELLÉRT

gyógyfürdő és szálló, Budapest

A régi nagyhírű Sárosfürdő 47° C forrása. Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Termalfürdők, iszap-, szénsavas fürdő, vízyógyintézet.

Inhalatorium, pneumatikus kamra stb. Elsőrangú szálló, diétás étkezés. Kivánatra prospektus. Igazgató-főorvos: Dr. Bosányi Béla, kir. tanácsos.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, női-belcetegek, szülönőknek. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratorium.

Dr. Batizfalvy-féle

Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vízyógyintézet, villamos kezelések. Hízlaló, soványító kúrák. Bejáróknak is, Budapest, VII., Aréna-út 82. Telefon: József 44—35.

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.

Külön szülészeti osztály.

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyeszeti intézete

VIII., Máriatorza 34.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest,

IV., Kossuth Lajos-u. 3. Telefon: 697.

Fővárosi Fásor Sanatorium Radiológiai Intézete.

Legmodernebbül berendezve diagnosztikára és mélytherápiára. Vezető: Biró Ernő dr., főorvos.

Dr. Forbát

bakteriológiai, serológiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-kőrút 22. / Telefon 121—02.

Alkoholelvonó-intézet.

Árpád-utca 12. — Psychotherápia — Foglalkoztatás. — Vízyógyintézet. — Prospektus.

Orvosi laboratorium

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

Istvánúti sanatorium és vízyógyintézet

Budapest, VII., Hungária-út 9. (István-út végén.) Telefon. Iroda: József 91—47. Telefon. Orvosok: József 95—08. Sebészeti, belgyógyászati, nőgyógyászati és szülészeti osztály. Szabad orvosválasztás.

RÖNTGEN. RADIUM-KEZELÉS.

Therapia sanatorium Budapest, VII., Városligeti fasor 11.

Telefon József 14—51. Belbetegek részére. — Vízyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen. Dr. RAJNIK PÁL. — Dr. KOVÁCS ALADÁR.

Dr. Réh

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete

Egész éven át nyitva. Helioterápia.

1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium

Hüvösvölgyi Park Sanatorium

Klimatikus, physicalis és diétás gyógyintézet. Budapest, I., Hidegkúti-út 78. * Villamos megálló. * Telefon: 145—80 Főorvos: Dr. Soós Aladár, a Korányi-klinika v. orvosa.



TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület. (XVII. rendes tudományos ülés 1918 november 9.-én.) 650—651. lap.

Budapesti Orvosegyesület.

(XVII. rendes tudományos ülés 1918 november 9.-én.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Csiky József.

Hozzászólások

Buday Kálmán „Az influenza kórbonczana és bacteriologiája” és Bence Gyula „Az influenza klinikája” előadásaihoz:

Hahn Dezső: A spanyol influenza egy kellemetlen mellékünetére hívja fel a figyelmet. A közönség körében általánosan elterjedt az a hit, hogy a spanyol nátha hatásos prophylacticuma és specifikus gyógyszere az alkohol. Ennek a hitnek tápot adnak az orvosok is. Jelentek meg orvosi nyilatkozatok a lapokban, melyek eléggé el nem ítélhető módon ajánlották a szeszfogyasztást. Tudja tapasztalatból, hogy, ma is sok orvos a spanyol nátha minden esetében rendel szeszes italt. Ezért jelenhettek meg a mai szesztilalmas időben a pálinkamérések ajtaján a hirdetések, hogy „szeszes ital csak orvosi rendelésre adható ki”. Nem csoda, ha már is terjed az alkoholismus. Abstinens egyleteink intelligens tagjai is elhagynak most bennünket „orvosi rendeletre”. A maga tapasztalatai, az irodalom, a vita anyaga is bebizonyította, hogy a szesznek semmi specifikus hatása az influenza lefolyására nincs. Gondolkodás nélküli rendelése a szesznek tehát bűn, mert megbénítja az alkoholismus elleni küzdelmet. Az alkoholismus a pauperismusként nemcsak egyik tünete, hanem legbrutálisabb jelenségeinek okozója is. A szeszes italok rendelése az influenza terapiájában teljesen nélkülözhető, szórványos rendelése terjeszti a legelterjedtebb népbetegséget. Leiki szükségét érzett, hogy ezt elmondja.

Kentzler József: Munkatársa, *Schultz*, vizsgálatai közben egy mozgó bakteriumot talált körülbelül 500 köpetvizsgálat alkalmával. E bakteriummal az azonosság megállapítása céljából serologiai vizsgálatok, és pedig agglutinatio és complementkötési eljárások véttetek igénybe. A vizsgálatok 78 esetre vonatkoznak, melyek közül 14 volt normalis és 64 volt betegből eredő savó. A normalis savóval sem az agglutinatio, sem a complementkötési eljárás nem volt pozitív, a beteg savókkal végzett kísérletek mind pozitívek voltak, az agglutinatio sokszor 1:800, sőt 1:1600 hígításban is; a vizsgálatok a reconvalescentiában levő esetekben is mindig pozitív eredményűek voltak. Tehát megállapítható:

1. hogy a talált bacterium és a most uralkodó betegség közt ok és okozati kapcsolat van;
2. hogy nemcsak a complicatiókkal járó esetekben található, a mi a mellett szól, hogy a talált bacillust a mostani járvány, nem pedig csak a társuló szövödmények előidézőjeképpen kell felfogni;
3. hogy vizsgálendő volna, nem lehetne-e diagnosztikai módszerképpen felhasználni a specifikus seroreactiókat a betegség korai időszakában;
4. hogy a betegség lezajlása után relativ elég hosszú időre terjedő immunitas marad vissza.

Állatkísérletek közül 1 állat $\frac{1}{6}$ agar-cultura intravenás alkalmazására 1 nap alatt elpusztult tisztán toxinhalállal, másik 2 állat $\frac{1}{10}$ culturára 4 nap alatt pusztult el, ezek lépében és tüdejében erős hyperaemia volt található, az egyik állatban az oltás helyén haemorrhagiás infiltrációval.

A vizsgálók szívesen rendelkezésre bocsátják a talált bacterium-culturákat controll-vizsgálat céljából oly intézeteknek, melyek e kérdéssel foglalkozni óhajtanak.

Janovitz Bertalan: Beszámol ama vizsgálatairól, miket az Augustza-barakkórházban végzett influenzás katonákon egy esete kapcsán, a melyben egy influenzás betegén, a ki nemileg egészséges volt, metastasisos prostatatályog fejlődött. A tályog genyes váladékából sikerült egy bakteriumot kitenyésztenie, a melyet más, eddig ismert bakteriummal azonosítani nem lehetett. Az e bakteriumból készült vacinával gyógykísérleteket tett influenzás betegekben. 44 esetet kezelt, a melyek közül 23 pneumonia, 3 pleuropneumonia, 1 pleuritis és 14 lázas bronchitis volt. A vaccinatio kivétel nélkül intravenásan történt. 24 óra után a betegek deferveskáltak, a physikalis tünetek visszafejlődtek, pneumoniák esetén megindult az oldódás és hamar befejeződött, pleuritikus feltisztultak, kezdődő tüdővízenyők másnapra eltűntek. Egyes esetekben egy-két napig még remissiók észlelhetők. Az adagolás kor, constitutio és az eset súlyossága szerint 0.50—0.75 cm³. Vizsgálatait folytatja.

Nestlinger Miklós: Figyelmeztet arra, hogy a német bacteriologusok túlnyomó része eddig influenza-bacillust talált az u. n. spanyol betegek köpetében, sőt *Hoesslin* tanár 2 esetben a vérben is. Felemlíti, hogy eddig 39 esetet vizsgált, melyekben, egy esetet kivéve, influenza-bacillust talált. Különösen figyelmeztet a tenyésztés nehézségeire s arra, hogy az influenza-bacillus secundaer fertőzést nem tűr. Vizsgált egy u. n. localis klinikai endemiát, hol igen könnyű (alig fél napig lázas) esetek, de pneumoniák is voltak, s minden esetben influenza-bacillust talált. Ezért az aetologia szempontjából igen fontos volna az eseteket kezdetben vizsgálni.

Szemészeti vonatkozásban 2 endogen panophthalmitist látott, hol streptococcus pyogenes brevist tudott tenyészteni; hasonlólt észlelt 1890-ben *Ewersbusch*.

Germán Tibor: Fülészeti szempontból szól a tárgyhoz. Az otitisek száma aránylag csekély. Jelentkezhetnek a betegség bármely szakában, sőt a reconvalescentiában is. Gyakori a haemorrhagiás forma, míg a processus mastoideus részéről jelentkező complicatio elég ritka. Sikésséggel járó belső fül- vagy hallóidegmegbetegedést nem látott. Pfeiffer-bacillust egy esetben talált, egyébként genyeltöket (diplo-, strepto-, staphylococcut). Gyakori az objectiv. lelet nélkül fennálló otalgia.

Irsay István: A chemotherapiába az *Ehrlich*-féle specifikus desinfectio mellé egy új elv kerül, mely egyes antisepticumoknak bizonyos szervekben való koncentrációját, felhalmozódását és az ott tenyésző mikroorganizmusok aspecifikus előlését célozza. Ennek az elvnek — eddig empiriás — képviselője a guajacol. Ennek a szernek alkalmazását indokolja 1. hogy *Guttman*, *Marfori* és saját kísérletei azt mutatták, hogy 1:5000, sőt 1:10.000 arányban is erősen desinfectiál; 2. hogy igen stabilis, lassan és akkor is csak kis részben kötődik kénsavhoz, glukuronsavhoz, vagy bomlik el pyrokatechiné a szervezetben. A hatóság koncentratio megvalósítható, ha a tiszta guajacol 1%-os vizes (illetve phys. NaCl-oldatos) oldatából 10—20 cm³-t, azaz 15—30 cgr-mot adunk intravenásan. A hatás a hőmérséknek másnapra való leesésében, (tehát nem egyszerű antipyresis), tartós apyresisben, a pulsus megváltozásában, a subjectiv. állapot javulásában áll. Eddig csak súlyos bronchopneumoniákban adta minden szakban, a mortalitas 21%. A másik thema, a melyről szól, szemben az eddig tárgyalt causalissal, a symptomás therapiára vonatkozik. Az a pont, a honnan életveszély fenyegeti a beteget, nem a szív, hanem a vasoconstrictor-centrum bénulása, amit a következők bizonyítanak: minden esetben 80 mm.-ig leszálló vérnyomáscsökkenés van jelen, a szívinsufficienciának klinikai tünetei nincsenek, a sphygmogramokon minden elasticitási kilengés hiányzik. Hogy ennek a vérnyomáscsökkenésnek az oka centralis bénulás, azt mutatja a Momburg-leszorításra beálló erős emelkedés, az intensív sensibilis ingereknek (aether-injectio, faradisatio), továbbá az asphyxiás ingernek az esetek súlyossága szerint változó teljes vagy majdnem teljes hatástalansága és adrenalinnak meg BaCl-nak alkalmazására az erek jó reagibilitása, mint ezt saját kísérleteivel megállapította. Ebből következik, hogy a központra ható szerreket kell használnunk, elsősorban coffeint, konyhasós infusiót adrenalinnal, strychnint, csak másodsorban kámfort, melyben (egy olajpraeparatumban) szülő egyszer kimutatta a bénítóan ható oxykámfort, azonkívül hatása lassú, nem nagy és nem tartós, végül szabatosan nem adagolható. Ellenben hatásos egy kámforderivatum, a bornylamin. A sublimatherapiára vonatkozólag megjegyzi, hogy ennek nagy contraindiciója a majdnem mindig fennálló albumin- és cylindruria.

Buday Kálmán: A bonczolásokkal megerősítve látjuk azt a tapasztalatot, hogy gümőkóros egyének aránylag ritkán betegednek meg súlyos influenzában. A másodlagos streptococcus-fertőzések gyakorisága daczára feltűnő, hogy áttéti genyedések nincsenek. Az exsudatum pleuriticum mütete elmaradó sikerének az lehet az oka, hogy ugyanazon betegben több eltokolt mellhártya-izzadmány fejlődhetik, a melyek közül a mediastinalis elhelyezésűek sebészileg hozzáférhetetlenek.

A járvány aetiologiájára nézve *Kentzler* és *Nestlinger* hozzászólása daczára kénytelen ragaszkodni az előadásában kifejtett álláspontjához. Az influenza-bacillus diagnosztikai jelentőségét ezen járványra nézve az eddigi vizsgálatok nem tették kétségtelenné; a *Kentzler-Schultz*-bacillus kórokozó szerepére nézve is kétséget támaszt benne az, hogy ma már ismerünk bacteriumokat, a melyek bizonyos betegségekben szenvedők vére által agglutináltatnak s mégsem okozói az illető betegségnek.

Bence Gyula: Röviden reflektál az egyes hozzászólásokra. *Galambos* ama nézetével szemben, hogy a jelenlegi járvány nem azonos a régebbi influenza-járványokkal, fenntartja állásfoglalását, mert a *Galambos* által felhozott, 8 pontba foglalt állítólagos különbségek nem felelnek meg a tapasztalatoknak. *Kovács*-nak a lépére vonatkozó megfigyeléseit nem fogadhatja el, mert úgy az eddig megjelent irodalmi közlemények, mint saját tapasztalatai *Kovács* azon megfigyelését, hogy az influenzának már kezdetén minden egyes esetben megvan a lépemegnagyobbodás, nem erősítették meg. Fenntartja tehát azt a nézetét, hogy csak egyes esetekben, különösen a septikusokban lehet lépemegnagyobbodást kimutatni. *Benedict*-nek a vitimosokra, terhesekre és elhízott nőkre vonatkozó tapasztalásait maga is megerősítheti, de meg kell jegyeznie, hogy a tüdőgyuladásnak az említettekben észlelhetőhöz hasonló fulminans lefolyását feltűnő gyakran látjuk hatalmas, robustus, jól fejlett mellkasú férfiakon is. Ez utóbbiakra nem vonatkozhatik *Benedict* megárgazata; ezért megemlíti *Fischer* ama nézetét, hogy a secundaer infectiót okozó bacteriumok — coccusok — hirtelen felszabaduló endotoxin-tartalma okozza e súlyos lefolyást. Az erőteljes emberek erős védekezése a bacteriumok gyors oldására vezet és így a szervezet, de különösen a vérből tüdőhöz hirtelen árasztják el az endotoxinok, melyek nagyobbára haemolysises hatásuknál fogva okoznak oldást a tüdő véreireiben és vezetnek ilyen módon a tüdőben vérkeringési pangáshoz, cyanosishoz. *Ország* ama tapasztalatát, hogy gümös egyének kevésbé hajlamosak az infectióra, megerősíti, sőt kiégyezheti azzal, hogy a mennyiben csúcsurutos betegek influenzán estek át, a betegség úgy folyt le, hogy az alpbántalomban progressio egyáltalán nem mutatkozott, bár aggódva várta, hogy az influenzával

járó légzőszervi hurutok miképpen fogják a tüdőbajt befolyásolni. A gyógykezelésre vonatkozólag megjegyzi, hogy az influenza a gyógykísérleteknek igen hálás talaja, mert tudjuk, hogy Budapesten a megbetegedések száma százazrekre megy, a halálozás körülbelül kétezer, könnyű tehát oly eljárást találni, a mely mellett az egyes kísérletekben említett betegek kis száma meggyógyul. *Detre* ajánlatára kísérletezett ép löserummal: 16 beteg közül 9 volt tüdőgyulladásos. A 7 nem tüdőgyulladásos egy vagy két injectióra láztalaná vált, egynek kivételével, a ki daczára a serumnak tüdőgyuladást kapott. A tüdőgyuladásosok közül — igaz, hogy súlyos esetek voltak — 6 meghalt, 3 meggyógyult. A sublimat-tól egyáltalában nem látott eredményt. Különben megjegyzi, hogy a tüdőgyulladás megítélésekor nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy az utolsó 2—3 héten lényegesen változott a járvány karaktere, mert míg eleinte a tüdőgyulladás leggyakrabban a súlyos, fulminans lefolyású alakban jelent meg, addig az utóbbi időben inkább az influenzás tüdőgyulladás rendes lefolyású broncho-pneumoniás alakját látjuk. Innen az utóbbi időben tapasztalt kedvezőbb eredmények. *Angyán* tagtársnak a digitalis-kezelésre vonatkozó nézetét illetőleg megjegyzi, hogy adott esetben, ha gyors hatást akar, szintén az intramuscularis vagy intravenás alkalmazást választja. A belső kezelés azonban szintén jó sikerrel járhat. Kellő adag alatt az empiriás alapon megállapított hatásos dosist érti, melyet olyankor alkalmaz, ha a pulsus kicsi, szapora és nincsen arányban a hőmérsékkel. Ilyenkor megfigyelései szerint digitalis adagolás mellett a pulsus ritkul és mind teltebbé válik. Ha ezt elérte, a dosist csökkenti, vagy egy-két napra kihagyja a szert és ilyen módon sikerül a beteget megfelelő digitalishatás alatt tartania.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNY.

3774/1918. sz.

Alulírott főszolgabíró az elhalálozás folytán megüresedett nagykeréki **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni kívánókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában körülírt képesítésüket és eddigi gyakorlatukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket **hozzám folyó évi december hó 20. 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. 139.839/1917. B. M. szám alatt engedélyezett 1200 kor. helyi pótlék.

3. Nagykeréki községben 4 szobából és mellékhelyiségekből álló lakás és kert hasznélvezete.

4. A törvényben megállapított látogatási díjak.

Az útiátalány kérdése rendezés alatt áll.

A végleges rendezésig az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 21. §-ában megjelölt esetekben igénybe veendő fuvarokat a községek természetben tartoznak kiszolgáltatni.

Az orvosi körhöz Nagykeréki, Nagyszántó, Kísszántó, Bojt és Bedő község tartozik mintegy 5000 lakossal.

A választás határidejét később fogom kitűzni.

Biharkeresztes, 1918 november 30.

Frankó Endre, főszolgabíró.

5612/1918. sz.

Bars vármegye garamszentkereszti járásához tartozó Jánosgyarmat község székhelyvel rendszeresített 6 községből álló jánosgyarmati közegészségügyi körben megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, korpótlék, 1200 korona háborús segély, 1200 korona helyipótlék, 500 korona lakbér, 500 korona útiátalány, illetve a háború tartamára jóváhagyott törvényhatósági közgyűlési határozattal 100%-kal felemelve, jelenleg 500 korona trachomakezelési átalány és a vármegyei szabályrendelettel megállapított rendelési díjak, a melyek a háború tartamára ugyancsak 100%-kal felemelvék. Megbízás esetén ker. munkásbiztosító pénztári tiszteletdíj és kézigyógytár tarthatási jogosultság.

A körorvos köteles a körbeli trachoma-szembetegeket a trachomakezelési átalányért, a vagyontalanokat pedig díjtalanul gyógykezeltetni és köre községeit minden évben május 1.-től október végéig havonként egyszer, november 1.-től április végéig pedig kéthetenként egyszer bemutatni.

A pályázó igazolni tartozik, hogy a trachoma felismerésében és gyógykezelésében kellően jártas.

Az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. §-ára való hivatkozással megjegyzem, hogy a közegészségügyi körben a lakosság túlnyomóan németül és tótul beszél.

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hatóságomhoz **folyó évi december hó 20. napjáig** adják be, mert a későbbben érkezőket figyelembe nem veszem.

A választás kitűzése iránt külön fogok intézkedni.

A megválasztandó állását azonnal kötelesen elfoglalni, miért is hadmentes vagy rokkant katonáorvosokat előnyben részesíték.

Garamszentkereszt, 1918 november 15.

Gaspárek, h. főszolgabíró.

1158/1918. szám.

Pályázati hirdetés. A budapesti poliklinikán megüresedett **sebészeti és szemészeti főorvosi állásra**, mely egyenként 2600 kor. kezdő évi fizetéssel és 1000 kor. lakbérrel jár, **1919 január 1.-ei határidővel.** A szabályok értelmében csak docensek és cz. rk. tanárok pályázhatnak.

A poliklinika igazgatója,

27.986/1918. szám.

A vármegyébe bekebelezett Szentgyörgy szabad királyi és rendezett tanácsú városnál nyugdíjazás folytán üresedésbe jött (tiszt) **orvosi állásnak** választás útján leendő betöltésére pályázatot hirdetek.

Ezen állás javadalmazása évi 2000 korona fizetés és 360 korona évi lakbér.

A pályázni szándékozók megfelelően (1886. évi XXII. t.-cz. 74. §-a) felszerelt kérvényeiket a mondott város polgármesterénél **folyó évi december hó 30. napján délelőtti 12 órájáig** tartoznak benyújtani, Pozsony, 1918 november hó 28.-án.

Vermes.

1511/1918. szám.

A Békés vármegye közpörházának lemondás folytán megüresedett **szemész-főorvosi állására** pályázatot hirdetek.

Felhívom azon kartárs urakat, akik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy erre vonatkozó kérvényüket Békés vármegye főispánjához, *Füzesséry Zoltán* dr.-hoz intézve, **hozzám folyó hó 31. napjáig** annyiival is inkább beküldeni sziveskedjenek, mert a később érkező kérvények a pályázatban nem vehetnek részt.

A pályázati kérvényhez csatolandók az orvosi oklevélen kívül a szakképzettséget, illetve az előírt két éves gyakorlati szakmunkásságot igazoló bizonyítvány, a folyamodó eddigi orvosi ténykedéseinek rövid foglalata (curriculum vitae) s az orvosi szakirodalom terén netán kifejtett tevékenységről tanuskodó irodalmi művek jegyzéke.

Az állással a következő javadalom élvezete van egybekötve: rendszeres évi fizetés 3600 korona, két harmadéves, egyenként 400 koronás korpótlék és 910 korona évi lakáspénz. Az állás nyugdíj jogosultsággal van egybekötve.

Gyula, 1918 december 6.

Békés vármegye közpörházának igazgatója.

Az Ugocsa vármegyei Perényi-körpörházban Nagyszőlősen megüresedett **al- és segédorvosi állásokra** pályázatot hirdetek.

Az alorvosi állás javadalmazása ezidőszert évi 2600 kor. törzsfizetés és 2000 kor. háborús segély; a segédorvosi állás javadalmazása ezidőszert 2000 kor. törzsfizetés és 1600 kor. háborús segély; mindkettőjüknek a körházban adott 1—1 szobából álló lakás, fűtés, világítással, valamint a viszonyokhoz mért I. oszt. ételmezés.

Mindkét állás nyugdíjképes; a kinevezett a vm. nyugdíjgyeletbe belépni köteles.

A pályázókat megkérem, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényeiket *Volenszky Kálmán* dr. főispáni teendővel megbízott kormánybiztoshoz címezve, **hozzám legkésőbbben 1918 évi december hó 24.-éig** benyújtsák, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem vehetem.

Valamely specialis — különösen kórboncolási és laboratoriumi — gyakorlatban jártasságot igazolóknak előnyben részesülnek. Szigorló orvosok kérvényét csak az esetben vehetem figyelembe, ha diplomás pályázó nem jelentkezik.

Nagyszőlős, 1918. évi december hó 4.-én.

Nagy Kálmán dr., igazgató-főorvos.

4488/1918. szám.

Bodrogkeresztur, Bodrogkisfalud, Szegi és Szegilong községekből Bodrogkeresztur nagyközség székhelyvel szervezett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Javadalmazás:

1. Törzsfizetés 1600 kor.

2. Az 1908. XXXVIII. t.-cz. 15. §-ért megillető ötödéves korpótlék.

3. Belügyminister által engedélyezett és folyósított személyi pótlék 800 kor.

4. Évi lakbérátalány 500 kor.

5. Útiátalány 300 kor. és szabályrendeletileg megállapított látogatási és halottkémlési díjak.

Gyógyszertár helyben.

Felhívom mindazon orvostudorokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1883. évi I. t.-cz. 9. §-a, illetve az 1908. XXXVIII. t.-cz. 7. §-a értelmében felszerelt kérvényeiket **1918 december 25.-éig** hivatalomhoz adják be.

A választás határnapjáról a pályázókat külön fogom értesíteni.

Tokaj, 1918 évi november hó 25.-én.

A főszolgabíró.

2509/1918. szám.

Az üresedésben levő szentjobbi **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Felhívom a pályázni kívánókat, hogy kellően okmányolt pályázati kérvényüket hivatalomhoz **folyó évi december hó 31.-éig** adják be.

A körhöz a székhelyen kívül a szomszédos Biharcsanános, Hegyközsentsmiklós és Erköbölkút községek tartoznak.

Az állás javadalmazása: 1600 korona évi fizetés megfelelő pótlékkal, 1200 korona helyi pótlék, 1200 korona háborús segély és szabad lakás.

Látogatási díjak törvényhatósági szabályrendelettel vannak megállapítva.

Székelyhíd, 1918 november 29. *Szunyogh*, főszolgabíró.

14667/1918. sz.

A *bethleni* járásban megüresedett, évi 2000 korona kezdőfizetéssel, 600 korona utiátalánnyal és 450 korona lakáspénzzel javadalmazott járásorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1885. évi I. t.-cz.-ben előírt minősítésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket a 125000/1902. B. M. sz. alatt kiadott vármegyei ügyviteli szabályzat 4. szakaszában előírt módon Szolnok-Doboka vármegye főispánjához címezve 1919. évi január hó 11.-éig hozzám annyival is inkább nyujtsák be, mivel a később beérkező kérések figyelembe vételni nem fognak.

D és, 1918. évi december hó 8.-án.

Az alispán.

DIPLOMÁS ORVOS

fogászati ismeretekkel, fogorvosnál helyettesítésre, esetleg műszerek megvételére ajánlkozik. „Orvos 333” jeligére a „Petőfi” irodalmi vállalatnál, VII., Kertész-utca 16.

LEMONDOK

60 ezer koronát jövedelmező

járás- és fürdőorvosi állásomról.

Feltételek a „Petőfi” irodalmi vállalatnál, Budapest, VII., Kertész-u. 16. megtudhatók.

BAYERLAX

egy modern enyhe biztos hashajtó
tablettaalakban.

BAYER gyógyszer-tár

Budapest, VI., Andrássy-út 84.

FŐHERCZEG UDVARI SZÁLLÍTÓ.

Orvos uraknak minta díjmentesen.

Orvosi műszereket,
rendelő-butorokat

(autogén-heggesztéssel) a legkényesebb igényeknek megfelelően, elsőrangú kivitelben és leggyorsabban készít saját gyárában

Wessely István és Társa Utóda**NAGY KÁROLY FRIGYES**

orvosi műszerész-cég

IV., Kigyó-tér 1. Telefon 6-86.

Árajánlattal mindenkor készséggel szolgálunk.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthonaA magy. kir. belügyminister által Sanatorium
672/10936. szám alatt engedélyezett

kedély- és idegbetegek részére

☐☐ Sátoraljaújhely. ☐☐

Lilienfeld és Röntgen

berendezést szállít

Ericsson magy. villamossági r.-t.ezelőtt: Deckert és Homolka
Budapest, VI., Vörösmarty-u 67. Telefon: 28-09, 89-64.

☐☐ Röntgen-csővek és lemezek állandóan raktáron. ☐☐

DAVOS-SCHWEIZ

Egész évi
klimatikus gyógyhely.



Vasuti állomások: Davos-
Platz és Davos-Dorf.

Legjobb gyógysikerek
akut és idült-hurutos és infiltratív tüdő-
affectiók, idült hörghurut, pleuritis és
annak maradványai, asthma nervosum,
skrofulosis, chlorosis, neurasthenia, mala-
ria, Basedow-betegség, reconvalescen-
tíánál.

Értesítés és prospektusokat küld:

Verkehrsverein Davos.

1500-tól
1800 m.-ig a t. sz. f.



1917-ben 18.515 vendég
963.029 lakott nappal. ::

PROVIDIFORM Prof. BECHHOLD szerint.

méregtelen, szintelen, szagtalan, ekzemák, foltok stb. kizárva. (Kir. intézet experiment. therapia számára Frankfurt a/M.)

Providiform-tabletták 10-szer 1 gr. K 2.—

sokkal jobb és olcsóbb a jodnál.

— Irodalom rendelkezésre. —

Ausztria-Magyarország és a Balkán-államok számára kapható: Th. Lindner által Wien, VIII., Hamerlingplatz 7.