

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Buday Kálmán: Az influenza kórbonczana és bakteriologiája. 571. lap.
Bence Gyula: Az influenza klinikája. 573. lap.
Nesnera Ödön: Az influenza kezeléséhez és prophylaxisához. 577. lap.
Horváth Dezső: A „vastagcsepp”-módszer módosítása. 578. lap.
Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvosn. Grote: A gyomornedvelválasztásnak és a

híborúnak összefüggése. — *Sebészet. N. Hoffmann:* A lábtőizület táján előforduló luxatiók és csonttörések. — *Ahl:* A bélsérülések diagnosisa. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Althen:* Influenzás pneumonia. — *Werner:* Gyermekkori pyoderma. — *Zweig:* Az influenza kezelése. — *Citron:* A spanyol betegség. 579. lap.

Magyar orvosi irodalom. 580. lap.

Vegyes hírek. 580. lap.

Tudományos Társulatok. 581–583. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az influenza kórbonczana és bakteriologiája.*

Irtá: Buday Kálmán dr.

Tisztelt Orvosegyesület! Azokhoz a megpróbáltatásokhoz, a melyeket a világháború nemcsak nemzetünkre általában, hanem különösen a magyar orvosi rendre rótt, három hónap óta egy újabb csatlakozott egy rendkívül gyorsan terjedő, nagy halálozással járó epidemia alakjában, amely még jobban megterheli orvosainknak amúgy is roskadozó vállait. Az orvosegyesület vezetősége szükségesnek tartotta, hogy ezen rejtélyes betegség fölött való eszmecserére mielőbb alkalmat nyújtson s ezért annak fölkeresére úgyszólván rögtönözve vállalkoztunk egy rövid referáló előadás megtartására, a mely az eszmecsere megindítójául szolgálhatna. Ez a sürgősség legyen mentségem, ha előadásomban, a melynek tárgya a mostani influenza-járvány kórbonczana és bakteriologiája, csak a leglényegesebb pontok kiemelésére szorítkozom.

Ez a járvány tudvalevőleg ez év május havában indult ki Spanyolországból s mivel innen terjedt el mindenfelé, a „spanyol betegség” nevet kapta. Nálunk körülbelül július hónapban jelentkeztek az első könnyű esetek, azóta nemcsak a megbetegedések száma fokozódott nagy mértékben, hanem sokkal súlyosabb is lett azok lefolyása, úgy hogy a halálozási arány a tüdőgyuladással szövődő esetekben átlag a 30%-ot is eléri. Sajnos, ezáltal nagyon is bő alkalom nyílt kórbonczolástani vizsgálatokra s az irodalomban egymásután jelennek meg a közlemények a kórbonczolástani téren szerzett tapasztalatokról. Mi a klinikák egy részének, a szent István-kórháznak és az egyik katonakórháznak bonczolási anyagát tekinthettük át, ezekről az esetekről s a hozzájuk fűződött szöveti és bakteriologiiai vizsgálatokról számolok be a következőkben, számbavéve az eddigi irodalmat is.

A halálosan végződő esetek bonczolásakor, ha nem is kizárólag, de túlnyomóan a *légzőszervekben* találunk súlyosabb elváltozásokat.

Az orrüregben a gyulladás mérsékelt, de kivételesen a nyálkahártyán jelentékeny vérbőség, duzzadás mutatkozik vérzésekkel, hasonlót látunk az orr melléküregeiben.

Sokkal állandóbbak a gyulladásos jelenségek a gégében és különösen a légcsőben, ahol nagyon jellegzetes kép tárul

előnk. A nyálkahártya duzzadt, sötétvörös vagy kékes-vörös, gyakoriak a pontszerű vérzések, a melyek igen sűrűn állnak, szinte összefolynak. A felületen nem ritkán szemcsés, fakó lepedéket látunk, a mely mikroskop alatt csak kevés fibrint tartalmaz, inkább elhalt sejtekből áll. Szövetileg feltűnik a vérerek rendkívül nagyfokú kitágulása, a szövetközök erős vérbeszűrődése. Összefüggőbb leemelhető alhártya nem képződik, a súlyosabb esetekben inkább pörkös elhalást látunk; gyermekeken ez a necrosis néha perichondritisszel vagy phlegmonéval párosult.

A garatban gyakori a vérbőség, a nyálkahártya duzzadása, jelentékeny garat-elváltozások azonban ritkák; egy esetben garatmögötti phlegmonét láttunk.

Annál nagyobb hevesességben folytatódik a gyulladás a légcsőből a hörgőkbe s azokat igen kiterjedten megbetegíti, úgy a nagyobbakat, mint a legkisebbeket is, ha nem is mindenütt egyenletesen; néha az egyik tüdő hörgőiben a gyulladás nagyobb fokú s ezen az oldalon az esetleges tüdőgyulladás is súlyosabb. A légutakat nagymennyiségű izzadmány tölti ki, a mely savós nyálkás vagy savós véres jellegű, néha majdnem tiszta vér benyomását teszi. Egyenletes sűrű geny inkább csak a legkisebb bronchusokban van.

A bonczolásra került esetekben szinte kivétel nélkül *tüdőgyuladást* is találunk. Ennek bonczolástani jellege, jelentkezési helye és terjedelme tekintetében nagy változatosság uralkodik, úgy hogy bizonyos típusokat lehet megkülönböztetni.

Igy előfordulnak hurutos tüdőgyuladások, szétszórt apró, kölesnyi, jól határolt szürke góczok alakjában, amelyek vérdús udvarral bírnak s különösen a tüdő hátulso részeiben fejlődnek. Ezt a típust, a mely a régebbi influenza-járványokban elég gyakori volt, most aránylag ritkán látni.

Sokkal gyakoribb az, hogy a szétszórt gyulladásos góczok jóval nagyobbak, elmosódott határuak, nagy hajlammal bírnak az összefolyásra s különösen feltűnő, hogy majdnem mindig széles, vérzéses, vizenyős udvarral bírnak. Eleinte az izzadmány véres savós jellegű, később valamivel ellenállóbb, de nem oly kifejezetten szemcsés, mint a croupos tüdőgyulladás. A teljesen légtelen és a légszegény vizenyős vérzéses területek nagyon szeszélyesen váltakoznak az épebb légutalmú részekkel s e miatt a mellhártya is igen tarka képet nyújt, a melyet még változatosabbá tesz a hajszálhőrgők eldugulásából eredt atelektasia. Ezek a tüdőgyuladások igen gyakran kétoldaliak, sőt az összes tüdőlebenyeket illethetik, s rendszerint az alsóbb lebenyekben nagyobb fokúak. Feltűnő a tüdők szokatlan nagy vérbősége és sajátos szederjes

* A budapesti kir. orvosegyesületben 1918. október 26.-án tartott előadás.

barna színe, a tüdő átmetszésekor csak úgy ömlik a sok vér a tág vérerekből. Az izzadmány nagyobb tömörsége által a tüdő összeállása közelíthet a croupos pneumoniához, de valamivel elastikusabb vagy máskor petyhüdebb annál s hiányzik az az egyenletes beszűrődés, a mely a croupos pneumoniára jellemző.

A harmadik typus végül teljesen a croupos tüdőgyulladás bonczolástani jellegét adja, az egész tüdőlebenyre kiterjedő májtömött, egyenletes beszűrődéssel. Az ilyen esetek is aránylag ritkák.

Nagyon gyakori szövödménye a mostani influenzás tüdőgyulladásoknak az *elgenyedés*. Ez nagyon korán jelentkezhet; néha a tüdőben alig egy-két kicsiny gyulladásos gócz van s már megindul a genyes szétmállás. Ily apró kölesnyi genygócok közvetlenül a mellhártya alatt ülhetnek, úgy hogy a tüdők bemetszése előtt már láthatók. Az elgenyedés jórésze a bronchopneumonia suppurativa jellegével bír s közelükben gennyel kitöltött hajszálhörgők lehetnek. Vannak azonban ékalkú infarctusszerű genyes beszűrődések és hasonló alakú vérzések is, a melyek emboliás eredetűnek látszanak. A genyedés jórésze mégis a tüdő belsejében a mellhártyától távolabb van s tekintélyes nagyságot érhet el anélkül, hogy a mellhártya fertőződne. A genyedés a gyors lefolyás miatt nem annyira jól határolt tályog, mint inkább diffúz sárga beszűrődés képét adják, a mely csak kezd el-lágyulni. Tömött, száraz necrosisok is előfordulhatnak. Többször látunk továbbá a tüdő kötőszövetében haladó phlegmoneszerű csíkokat a hörgők körül és a nyirokereket lefutásában, míg az üszkös szétmállás elég ritka. A tüdőkapubeli nyirok-csomók majdnem mindig duzzadtak, vér- és nedvdúsak.

A tüdőgyulladás szöveti képe természetesen szintén nagyon változatos. Az alveolusok egy részében a leukocytaiból és levált hámsejtekből álló sejtes és savós izzadmány a túlnyomó, míg ugyanezen tüdő más alveolusaiban elég sok fibrint is találunk, de a fibrin nem tölti ki olyan tömötten és egyenletesen az alveolusokat, mint a közönséges croupos tüdőgyulladásban. A gyulladásos gócz szélén savó és vörös vérsejtek vannak; néhol nagy kiterjedésben az alveolusokat tisztán csak összezsúfolt vörös vérsejtek tölthetik ki, a melyek körvonalai alig láthatók. A tüdőszövények hajszálerei rendkívül vérteltek s úgy az ezekben levő, mint az alveolusokat kitöltő vörös vérsejtek haemoglobinja gyakran kilúgozódott; ez a haemolysis nemcsak nekünk, hanem más vizsgálóknak is feltűnt. A hajszálhörgőket igen kiterjedten genysejtek által látjuk kitágítva. Az elgenyedő esetekben leukocyta nagy tömege árasztja el a tüdőt, a melynek szövetkörvonalai elmosódottak; az infarctusszerű elhalásokban nagy bacteriumtömegek vannak, de bacteriumemboliát a nagyobb verőerekben nem látunk, úgy hogy ezen elhalásokat is inkább bronchogennek tartjuk, bár egyes esetekben a gyulladás a kötőszöveti septumokról az arteriák falára is ráterjedhet.

Az influenzás tüdőgyuladáshoz gyakran csatlakozik mellhártyagyulladás, de mi sok kiterjedt kétoldali tüdőgyuladást láttunk, a melyeknek inkább centralis elhelyezkedése miatt a mellhártya megkíméltetett. Máskor viszont egész kis terjedelmű tüdőtályogok felületes fekvésük miatt a mellhártyát korán fertőzték. Számbavehetőbb mellhártyaizzadmány majdnem mindig a genyedő tüdőgyuladásokhoz társult s az izzadmány genyes véres jellegű. Szívburkgyuladást főleg a mellhártyagyulladás kapcsán többen észleltek, épp így mediastinitist is.

A szív bal fele jól összehúzódott, míg a jobb fél kitágult, sok vérrel telt.

A gyomorbéltractus részéről nincsenek súlyosabb elváltozások, némelykor a nyálkahártyán duzzadást, vérbőséget, vérzéseket látunk; dysenteria a mi eseteink közt nem volt.

A lép gyakran megnagyobbodott, folliculusai duzzadtak; a pulpa lágy, mint a sepsis lépben szokott lenni. Ugyaníly esetekben a vesék és máj is zavarosan duzzadtak, petyhüdttek; némelyek vérzéses nephritist is észleltek.

Az agyhártyák és az agy rendszerint bővéretek, különösen ha agyvelőtünetek is voltak jelen, de genyes agyhártya-

gyuladást egyet sem láttunk, épp így encephalitis haemorrhagicát sem, a melyről egyes szerzők említést tesznek. Viaszos elfajulás az egyenes hasizmokban többször észleltetett.

A *bakteriologiai vizsgálatokra* áttérve, sajnálattal kell megállapítanom, hogy azok nem adnak kielégítő eredményt. A légútiak váladékában éppén úgy, mint a köpetben, rendszeren nagyszámú bacterium van, a melyek különböző alakúak, így vannak diplo-, streptococcusok, staphylococcusok, vékonyabb és vastagabb bacillusok. Az esetek egy részében csekély számmal igen apró influenzaszerű bacillusok is kimutathatók.

A tüdőgyuladások közül a nem genyesekben főleg pneumococcusokat, a genyesekben diplo-streptococcusokat lehet látni, az utóbbiakat néha igen nagy tömegben. Influenzaszerű bacillusokat a tüdőkaparekban még ritkábban kapunk, mint a légútiak váladékában s akkor is elenyésző csekély számmal. Némely fiatal vérzéses tüdőgyuladásban alig van bacterium; sokan az egészen friss esetekben a köpetet is bacteriumszegénynek találták. A streptococcusok a mellhártya-izzadmányban és a septicus lép vakarékában is föllelhetők.

A kulturákban is az említett coccusok, különösen a streptococcusok praevaleálnak, míg az influenza-bacillusok kitenyésztése az eseteknek csak egy részében sikerül haemoglobinos táptalajon, többnyire olyankor, a mikor a fölment készítményeken is influenzaszerű apró bacillusokat lehetett találni.

Tüdőpestisre, a minek a gyanuja a súlyos vérzésekből, genyedéséből felmerült, a bakteriologiai lelet semmi támpontot nem nyújt, úgy hogy azt teljesen ki lehet zárni.

Ezen eredmények után nincs jogunk valami határozott bacteriumfajra kimondani, hogy az a járványszerűen jelentkező megbetegedések okozója. Különösen nincs elég bizonyíték arra, hogy ilyen bacterium gyanánt a *Pfeiffer*-bacillust állíthassuk oda. Ez a bacillus nem mutatható ki állandóan a megbetegedett részekben s azt sem mondhatjuk, hogy legalább a friss esetekben rendszerint és túlnyomó mennyiségben van jelen, vagy hogy a nagyobb és kisebb légútiak mindig tartalmazzák a *Pfeiffer*-bacillust, ha a tüdőgyuladások gócaiban hiányzik is. A miket *Pfeiffer* annak idején az ő eseteire nézve megállapított, hogy tudniillik az influenza-bacillus a kisebb hörgőkben és innen kiindulólág a kezdődő tüdőgyulladás izzadmányában állandóan, igen nagy számmal van jelen, míg másféle bacterium úgyszólván hiányzik, ezeket a mostani járvány alatt nem lehetett megerősíteni. E miatt igen sokan teljesen tagadják a *Pfeiffer*-bacillusnak kórokozó szerepét e járványra nézve; azok, a kik kitartanak most is a *Pfeiffer*-bacillus mellett, mint például *Dietrich*, azok hivatkoznak a bacillus nagy érzékenységre, a mely miatt kimutatása nehézségbe ütközhetik. *Dietrich* állítja, hogy ő most is állandóan megtalálta az influenza-bacillust a kis hörgőkben és a kezdődő tüdőgyuladásban s ragaszkodik annak kórokozó jelentőségéhez, de az ő felfogásában csak kevesen osztozkodnak. Az, hogy különös gonddal és ügyességgel az influenza-bacillust az eseteknek nagyobb számában ki lehet tenyészteni, magában még nem bizonyító annak kórokozó szerepére nézve, ha meggondoljuk, hogy az influenza-bacillust ujabban kanyarós és diphtheriás betegek köpetéből is sikerült kitenyészteni.

A kérdés ma még nem érett az eldöntésre; a *Pfeiffer*-bacillust illetőleg még további vizsgálatok szükségesek, úgy annak állandó előfordulását, mint specifikus ellenanyagok termelését illetőleg. Ma az influenza-bacillusról szinte úgy alakult a helyzet, hogy annak inkább csak másodlagos jelentőséget lehet tulajdonítani s talán még kevesebb szerepe van, mint az ugyancsak másodlagosan megtelepedett pneumococcusoknak és streptococcusoknak, melyeket legalább a súlyos tüdőgyulladás okozóinak tekinthetünk. A *Pfeiffer*-bacillus döntő szerepe ellen látszik szólni az is, hogy ezt a bacillust szórványos megbetegedések alkalmával már előzőleg is többször találták s nehéz elképzelni, hogy egy ilyen sporadikus megbetegedést okozó bacillus egyszerre csak olyan járványt idézzon elő, amely egy egész világrészen végigsöpör.

A tulajdonképpeni primaer kórokozót, a melytől a betegség nagymérvű ragályossága függ, még nem ismerjük, nem tudunk képet alkotni arról sem, hogyan készíti az elő a talajt a másodlagos fertőzésekre; a primaer kórokozónak úgy látszik megvan az a képessége, hogy igen nagy vérbőséget és vérzéses savós izzadmányt hozzon létre.

Meg kell itt említenünk, hogy többen hivatkoznak a mostani járványnak a lovak hurutos influenzájával való hasonlatosságára s mivel a lovak influenzájáról az derült ki, hogy azt filtrálható vírus idézi elő, ezen az alapon valószínűnek tartják, hogy az emberi influenza-járványt is filtrálható vírus okozza. Selter-nek vannak is idevonatkozó kísérletei, állítólag sikerült neki emberi influenzás váladék szűredékének belehelése útján könnyű influenzás megbetegedést létrehozni; a napilapok közleményei szerint Nicolle és Lebailly is egy igen apró filtrálható mikróbát tart az influenza okozójának. Ezek a közlemények és bejelentések sokkal frissebb keletűek, hogysem azok valódi értékére nézve ellenőrző vizsgálatokat lehetett volna már végezni.

Érdekes és több oldalról vitatott kérdés, hogy ez a járvány lényegileg azonos-e az 1889 és 90-es években észlelt nagy influenza-járvánnyal. Mivel sem az akkori, sem a mostani járvány kórokozóját nem ismerjük, az összehasonlítás kóroktani alapon nem lehetséges, azonban a két járvány közt nemcsak epidemiológiai és tüneti, hanem kórboncolásfáni szempontból is annyi a közös vonás, hogy minden valószínűség szerint ez a mostani járvány csak szokatlan súlyossága által tér el az előbbi influenza-járványtól, de lényegileg nem különbözik tőle.

A betegség kifejlődésmódját illetőleg Oberndorfer azt a véleményt nyilvánítja, hogy az influenza elsősorban baktériaemiás folyamat, melynek kórokozója talán a tonsillákon át jut be a vérbe s a tüdő véreireiben lokalizálódva okozza a tüdővérzéseket, a melyek kedvező talajt teremtenek a másodlagos fertőzésre. Ha ez a felfogás valóban bizonyul, akkor a hasonlatosság a lovak hurutos influenzájához még erősebb lesz, a mennyiben annak vírusa a vérben kimutatható, egyelőre azonban ezt a nézetet fentartással kell fogadni s szinte valószínűbbnek látszik, hogy az elsődleges kórokozó a légutakban szaporodik fel s főleg ez úton jut a tüdőbe. De még ha el is fogadjuk, hogy a tüdőbe a véráram viszi el az elsődleges fertőző anyagot, akkor is a további szövödményeknek, különösen a tüdőgyulladásoknak keletkezésében legnagyobb szerepet kell tulajdonítanunk annak, hogy a légutakban, nevezetesen a kis hörgőkben felszaporodó váladék kiváló alkalmat ad az ott élősködő pneumococcusoknak és streptococcusoknak a felszaporodására, úgy hogy a tüdő szövete általuk főképpen a kis hörgők s részben a nyirokereken útján árasztatik el.

Az influenza klinikája.*

Irta: Bence Gyula dr., egyetemi magántanár.

A jelenlegi járvány gigantikus méreteinél fogva mindannyiunkat úgyszólván reggeltől estig foglalkoztat, úgy hogy azt hiszem teljesen indokolt, ha szövevényes klinikai képét e helyen megbeszélés tárgyává tesszük.

A járványos influenza aetiológiájának bizonytalansága dacára a közvetlen orvosi tapasztalással szerezhető észleletek, mint az előttem szóló előadó szavaiból kiderül, a kórboncoltani elváltozásokat illetőleg eléggé körülírt képhez vezettek. Ennek megfelelőleg eléggé kialakult a klinikai kép is, melynek vázolásával kezdem előadásomat.

A betegség kezdetén majdnem valamennyi esetben bizonyos általános subjectiv panaszokkal találkozunk; a betegek feltűnően bágyadtak, kimerültségről, többnyire homlokmenti erősebb fejfájásról, húzó tagfájdalmakról, keresztstíji fájdalomról panaszkodnak. Majdnem minden esetben hirtelen beálló elég magas láz jelentkezik. A pulsus többnyire a láznak megfelelő számot mutat, de nem tartozik ritkaságok közé

a pulsus-retardatio, a mely a betegség folyama alatt is elég gyakori, de különösen a reconvalescentia idején jelentékeny lehet. Volt alkalmam esetet észlelni, melyben a pulsus száma a láztalanodás után 45-re esett le és e körül maradt napokig.

Az általános tünetek közt említést kell tennem a fehérvérsejtek sajátos viselkedéséről. Az eddigi észlelés szerint az esetek jó részében leukopenia áll fenn, csak a secundaer infectióval fejlődő súlyosabb lefolyású pneumonia és egyéb complicatiók mellett megy át a leukopenia leukocytosisba.

Legnagyobb jelentősége volna annak, ha a diagnosit aetiologiai alpra tudnók helyezni. Amint azonban az előbb elhangzott előadásból hallottuk, a kérdés még nincsen tisztázva, hogy a jelenlegi járványt a Pfeiffer-bacillus okozza-e. Annyi kétségtelennek látszik, hogy a jelenlegi járvány azonos a régi pandemiás influenza-járvánnyal, csak kérdés, hogy az influenza-bacillus megérdemli-e az influenza nevet. Eppen ezért az influenza-bacillusnak kimutatása nem mondható olyan körülménynek, a mely a betegségnek kétségtelen aetiologiai diagnosit adja meg. Influenza-bacillust a tüdő minden más hurutos megbetegedése kapcsán is találtak a köpetben. A jelenlegi járvány alatt is szinte feltűnő, hogy a köpetben, sőt a vérben is, a szerzők egy része megtalálja, mások egyáltalában nem találják meg. A legtöbb esetben csak egy részében tudták kimutatni. Amint az előttem szóló előadó említette, más egyéb bacterium, streptococcus, staphylococcus, pneumococcus, diplococcus lanceolatus egyaránt találtakat vérben, köpetben, izzadmányokban. Mindezek, úgy látszik, secundaer infectiónak okozói valószínűleg az influenza-bacillussal együtt. Feltűnő, hogy egyes helyeken, sőt egyes endemiákban majdnem minden esetben előfordul a Pfeiffer-bacillus, szinte az a benyomásunk, hogy ez eseteknek a secundaer jellegét ez a bacillus adja meg. A tulajdonképpeni kórokozót még homály borítja, úgy hogy egyelőre a kétségtelen aetiologiai diagnositól le kell mondanunk, és csak a klinikai kórkép tüneteire vagyunk utalva.

Már a régi influenza-járványok alatt észlelt fő tünetcsoportok nagyjában a jelenlegi járvány alatt is mutatkoznak.

E betegségi formák 1. csoportja toxikus tünetekben jut kifejezésre. A betegek lázasok, hőmérsékük elég magas, 39°-hoz közel jár, vagy meghaladja, feltűnően bágyadtak, apathiások, fejfájásról panaszkodnak, étvágytalanok, sokszor eszméletlenek, delírálnak. Emellett az esetek egy részében lépmegnagyobbodás mutatható ki. Semmi egyéb szervi elváltozás nincs, catarrhalis tünetek egyáltalában nem, vagy csak igen csekély mértékben mutatkoznak. A beteg reánk typhusos beteg benyomását teszi. Ez az állapot többnyire néhány napig tart és az esetek legnagyobb részében lysisel oldódva, gyógyulásra vezet.

2. A betegek fájdalmakról panaszkodnak izületeikben, izmaikban, a fájdalmak különösen mozgáskor erősen fokozódnak. Így egészen sajátos a szem mozgató és az arc mimikai izmainak mozgási fájdalmassága, mely hasonlóképpen jelentkezik a törzs többi izmaiban. Elég gyakran heves fájdalmak mutatkoznak az izületekben, morphologiai elváltozás nélkül; csak kivételesen találunk egyes izületeken kisebb-nagyobb duzzanatot. Ez az ugynevezett rheumatoid alak.

3. Súlyos idegrendszeri tünetek nagyfokú deliriummal és kifejezett meningealis tünetekkel. Kivételesen polioencephalitis acuta képét is látták. Ezen alak a jelen járvány alatt ritkább.

4. A láz mellett gyomorbél-tünetek vannak előtérben, a betegek étvágytalanságról, hányásról, de különösen hasmenésről, fájdalmas székelési ingerről panaszkodnak. A széketétek egyes esetekben az egyszerű catarrhalis bélhurut jellegének felelnek meg. Igen gyakran azonban a baj valóságos dysenteria emlékeztet, véres-nyálkás széketétekkel, esetenként elég bőséges bélvérzéssel. Csak a jelenlegi járvány alatt többé-kevésbé kifejezett hurutos tünetekkel való együttes előfordulása engedi meg a megkülönböztetést, hogy nem valóságos dysenteriaival, hanem az influenza egyik alakjával van dolgunk.

* Előadta 1918 október 26.-án a budapesti királyi orvosegyesület ülésén.

5. Az esetek messze túlnyomó részében a *catarrhalis* alakot látjuk. Ez a megbetegedési forma lefolyása tekintetében nagyon különböző. Tünetei minden valószínűség szerint tulajdonképpen az influenza-vírus okozta tünetekből és a hozzátársuló secundaer infectio következményeiből tevődnek össze. A benyomásunk az, hogy ahol az influenza-vírus maga szerepel, ott többnyire egyszerű catarrhalis tünetek keletkeznek, a melyek a felső légutak nyálkahártyáján mutatkoznak. E catarrhalis tünetek többnyire egészen hirtelenül lepi meg a betegeket. Innen az influenza egyik régebbi elnevezése „Blitzkatarrh”. A hirtelen jelentkező nátha, bőséges, többnyire híg, savós váladékkal jár, ugyanakkor köthártyalob, garatérzékenység és ennek megfelelő garat- és tonsilla-pír jelentkezik, ritkábban lacunaris felrakódással. A hurut csakhamar lefelé terjed a gége érintésével főleg a tracheára, melynek a bonczoláskor tapasztalható erős belőveltsége és nem ritkán előforduló álhártyás lepedéke magyarázza azt a kinzó, ugató, görcsös köhögést, mely a betegeknek alig enged néha némi nyugvást.

E catarrhalis tünetek mellett a betegek lázasok, legtöbb esetben lázuk hidegrázással vagy borzongással kezdődik, már az első napon eléri a 39° -ot vagy azt meghaladja, hogy aztán 2—3 napi fennállás után lysissel leesve, megszűnik. Igen gyakran az első lázleesés még nem jelenti a betegség végét, hanem a hőmérsék 1—2 napra újból emelkedik, hogy csak azután érjen teljesen véget. A pulsus szaporább, bár az esetek egy jó részében bradycardiát tapasztaltunk. Könnyű lefolyás mellett a láztalanodás után a hurutos tünetek még tartanak, sőt igen gyakran azt látjuk, hogy kiterjedésben még fokozódnak és csak lassanként, nagyon elnyúlva, néha heteken át elhúzódva fejlődnek teljesen vissza.

A betegség legsúlyosabb alakjához vezet az elég gyakran kifejlődő tüdőgyulladás. Rövid, egyszerű catarrhalis bevezetés után, vagy pedig hirtelen hidegrázás által bevezetett magas, $39-40^{\circ}$ körüli hőemelkedéssel kezdődik. Az első 1—2 napon még jellegzetes physicalis elváltozás nélkül, súlyos beteg benyomását tevő rossz közérzet mellett veti előre árnyékát a közelgő nehéz betegség. A tüdőgyulladás a lefolyás különbözősége szerint gyorsabb vagy lassabb elterjedést mutat. Az esetek túlnyomó többségében először a tüdő alsó lebenyét lepi meg. Rendszeren nem marad az egyik oldalra lokalizálva, hanem 1—2 napon belül vagy egyszerre mindkét oldalt jelenik meg. Kopogtatáskor rövidebb, néha dobos kopogtatási hangot kapunk, kissé határozatlan légzéssel, sűrű crepitatióval. E crepitatiós terület kiterjedésben gyorsan nő. A tompulat intensitása mindinkább fokozódik, jelölül annak, hogy apróbb, szétszórt góczok összefolynak és nemsőkára az egész lebenyt foglalják el. Az összefolyó, kiterjedt elváltozás jelölül éles hörgi légzést hallunk. Ennyi eddig a rendes, mindennapos hurutos pneumonia képe. A jelenlegi járvány tüdőgyulladásainak többnyire rossz kimenetelű eseteit azonban az jellemzi, hogy ilyen kisebb-nagyobb góczok megjelenése után néhány óra, néha 1—2 nap alatt a folyamat a tüdő egész felületét, vagy igen jelentékeny részét, tüzvész gyorsaságával lepi el. Az ilyen esetet már az ajtóban való belépéskor megismerjük.

A beteg roppant elesett, halvány, cyanosisos és pihegve kapkod levegő után. A vizsgálatkor mindkét tüdőn elszórva tompult és tompult-dobos kopogtatási hangot adó területeket váltakozva találunk, a tüdő infiltrációjának és bedemás duzzadásának megfelelő hallgatódzási jelenségekkel. A resistensebb tompulat helyén inkább hörgi légzést találunk csengő szörtyzörejekkel, más helyen sűrű crepitatióval, ismét más helyen a tüdőoedemára jellemző sűrű szörtyzörejek hallhatók. Ezen aggasztó jelenségek, mint már említettem, többnyire feltűnő gyorsasággal fejlődnek ki. Okukat valószínűleg a tüdő ereinek bacterium-toxinok okozta megtámadtatásában kell keresnünk. A tüdő kórbonczolástani képe azt mutatja, hogy az erek fala szakadékonnyá válik, helyenként infiltrációt mutat és fel kell tennünk, hogy ott, ahol az érfalon ily mélyreható elváltozás nincs, ott is az erek fala a toxikus behatások következtében áteresztővé válik. Azonkívül

a bacteriumtoxinok haemolysises hatása alatt a vörösvérsejtek oldódva gátolják a szabad keringést a tüdő ereiben és ezen pangással még inkább elősegítik az oedema kifejlődését. Savós izzadmány foglalja el az alveolusokat és legfinomabb hörgőket, meggátolva a kellő légcserét, szénsavfelhalmozódáshoz vezetve és ezzel a nagyfokú légszükséghez és cyanosishoz. A betegek ilyenkor többnyire véres, habos köpetet ürítenek. Szívműködésük szapora, de feltűnő, hogy ennek dacára pulsusuk eléggé telt és még elég jó minőségű. Ez azonban nem sokáig tart, mindinkább a szívgyengeség jelei mutatkoznak és csakhamar ennek tünetei között beáll a halál. A halál előtt közvetlenül a még röviddel előbb nyugtalan, izgatott, levegőért kapkodó beteg sajátságos euphoriát mutat a beálló, mindinkább fokozódó szénsavmérgezés következtében. Ez a lefolyású pneumonia a jelenlegi járvány legsúlyosabb complicatiója.

E legsúlyosabb alakokon kívül látjuk a pneumonia legkülönbözőbb fokú és kiterjedésű megjelenését. Nem akarok szólni azokról az esetekről, a melyekben a physicalis vizsgálat könnyű szerrel módot nyújt arra, hogy a pneumonia diagnózisát megállapítsuk, hanem különösen említésre méltónak tartom azon eseteket, a melyekben a kissé elnyúló láz magyarázatát a vizsgálatkor nem leljük. Eltelik 4—5 nap, a beteg hőmérséke megközelíti vagy meghaladja a 39° -ot. Más esetekben a 3—4 napon át lázas beteg hőmérséke lecsúsz, igaz ugyan, hogy többnyire a rendes hőmérséklet nem éri el, hanem a hőmérséklet subfebrilis marad, hogy azután borzongással vagy hidegrázással bevezetve, ismét láz jelenjen meg. Ilyenkor a szorgos vizsgálat igen gyakran körülírt területen crepitatiót vagy lokalizált subcrepitatiós szörtyzörejekeket talál, jelölül annak, hogy bronchopneumoniás gócz keletkezése a láz oka. Néha azonban az egyszerű klinikai vizsgálat napokon át negatív eredménnyel végződik és csak a későbbi lefolyás alatt találjuk meg a keresve keresett pneumoniás góczot. Ilyenkor legnagyobb valószínűséggel fel kell tennünk, hogy a hilusmirigyekből kiinduló *centralis gyuladós gócz* keletkezik, a mely észlelési körünkbe csak akkor jut, a mikor a *centralis gócz* a tüdő felülete felé növe, a mellkasfal közelébe kerül. Tudvalevő, hogy kopogtatással és hallgatódzással csak az a gócz hozzáférhető, a mely elég nagy és a tüdő haránt átmetszetének azon részén van, a mely a tüdőnek a mellkasfalmenti harmadában van. Az átmetszetnek tehát a $\frac{2}{3}$ része, a mely centralisan fekszik, a rendes klinikai vizsgálati módszereknek nem hozzáférhető. De la Camp, Hesse és mások Röntgen-vizsgálattal ellenőrzött esetei azt mutatják, hogy rejtélyes lázak esetén a *centralis pneumonia* mint lázat okozó folyamat nem tartozik a ritkaságok közé. Annyival inkább fel kell tennünk ezt a járványos influenzáról, melynek lefolyása alatt oly nagy hajlamoságot látunk a pneumonia kifejlődésére. Könnyen hozzáférhető Röntgen-apparátussal felszerelt intézetekben erre vonatkozó megfigyelések valószínűleg be fogják igazolni e felvételt. Természetesen a pneumoniára jellegzetes rozsdabarna vagy véres köpet rejtélyes láz esetén megfejtje a kérdés okát.

Az influenzás pneumonia folyamán ürített köpet külsejében különbözik a croupos tüdőgyuladós rozsdabarna köpettől. E különbséget a tüdő nagyfokú vérbősége okozza. Ennek megfelelően a köpet színe jóval világosabb, a barna szín mellett inkább az élénkpiros szín van előtérben, sőt legtöbbször napokon át tisztán véres a köpet.

A pneumonia lefolyása rendetlen, a hőmérsék változó, súlyosabb esetekben többnyire continua, $39-40^{\circ}$ körüli lázzal, a tartama nagyon változó, néha 2—3 nap alatt véget ér, azonban gyakran 8—10 napig, sőt tovább is elhúzódik. Többnyire lysissel végződik, a mely 2—3 nap alatt vezet teljes láztalanodásra. Az influenzás pneumonia krissel csak ritkán végződik. A lysis vagy krissis leesését megelőzőleg, épp úgy, mint a croupos pneumonia folyamán, elég gyakran látunk perturbatio criticát, a hőmérsék erősebb felszökésével, a beteg közérzetének feltűnő rosszabbodásával, melyet azonban a megváltó krissis hő- és pulsusleesés követ.

A recidivák nagyon gyakoriak. A beteg már néha napokon át teljesen láztalan, így volt alkalmam olyan beteget észlelni, ki 7 napig teljesen láztalan volt, sőt a mit a láztalanodás legjobb jelének tarthatunk, subnormalis hőmérséke volt, feltűnő alacsony pulsus-számmal és mégis a 8. napon újabb borzongással újabb gócz jelent meg.

A physikalikus tünetek nagyon változatosak. Crepitatio, hörghi légzés, csengő szörtyzörejes területek chameleon-szerűleg változnak, sőt elég gyakran ott, ahol a tüdőbeszűrődés kifejezett hallgatódzást jelelt hallottuk, másnapra gyengült légzést találunk, mely tartósabban áll fenn és annak gyanúját kelti, hogy exsudatum keletkezett. Ha ilyenkor próbapunctiót végzünk, nem egy esetben negativ eredménnyel jár. Az ismételt, többszöri beszűrés esetleg ugyanígy végződik. Ezt azzal kell magyaráznunk, hogy a beszűrt tüdő területén levő bronchusok váladékkal telvék és így a beszűrődés kimutatásához szükséges hallgatódzást jelek kimutathatóságának előfeltétele, a nyitott, jól vezető bronchus hiányzik. A physikalikus elváltozások a lázat többnyire hosszabb idővel túlélnek. Ez nem az a kép, a melyet croupus pneumonia esetén látunk, a mikor a tompulat szemünk láttára mint a jég úgy olvad el és az éles hörghi légzés néhány óra alatt eltűnik, hogy a kifejezett oldódás hallgatódzást jeleinek adjon helyet. A jelenlegi influenzás pneumonia folyamán fejlődő tompulatok csak lassan fejlődnek vissza, a hörghi légzés, de különösen a crepitatio napokon és napokon áll még fenn, noha a beteg már láztalan.

A pneumonia lefolyása alatt gyomor-bél-tünetek, kínzó, csillapíthatatlan hányás nem tartoznak a ritkaságok közé. Egyes esetekben *icterus* kifejlődését látjuk a súlyos prognosist biliaris pneumonia keretében. Elegendő gyakori complicatio a pneumonia alatt a *toxikus vesegyulladás*. Jelentékenyebb mennyiségű fehérje, számos vörösvérsejtcylinderek és emellett szemcsés cylinderek és vesehámszövetek jelennek meg a vizeletben.

A pneumoniának, mint tudjuk, minden alakja a mellhártyára való közvetlen ráterjedés által nagyon gyakran szövődik *mellhártyagyuladással* és ehhez társuló metapneumoniás izzadmánnyal. E folyamat kifejlődésének jeleit nagyon gyakran találjuk influenzás pneumonia eseteiben. Hirtelen beálló, a légzéssel járó heves oldalszűrés hívja fel igen gyakran figyelmünket e complicatióra. Eleinte körülírt dörzs-zörejt találunk, nemsokára azonban a fejlődő izzadmány jelei mutatkoznak. Probapunctio esetén ilyenkor eleinte savós izzadmányt kapunk, a mely elég gyakran már kezdetben kissé zavaros szokott lenni. Tanácsos a próbapunctiót néhány nap múlva megismételni, mert az a tapasztalásunk, hogy az izzadmány többnyire genyessé válik. E gyakori genyes izzadmány magyarázatát a kórbonczolástani lelet adja meg, a mennyiben a tüdőben felületesen fekvő apró tályogok a mellhártya üregébe szoktak áttörni. Fokozza a mellhártyaelváltozás jelentőségét és súlyosságát a folyamatnak néha észlelhető ráterjedése a szívburokra.

A légutak nyálkahártyája az orrtól kezdve egészen a tüdőig *fokozott vérékenység* mutat. Nem egyszer súlyosan komplikálja a catarrhalis formát egy-egy nagyfokú orrvérzés vagy haemoptoe.

A betegség általános prognosisa a járvány kezdetén, június-júliusban nagyon enyhe volt. Legsúlyosabb volt a járvány második fellobbanásának kezdeti heteiben, szeptember második és október első felében, a mikor a komplikáló tüdőgyulladások legsúlyosabb alakjait láttuk. Akkor e tüdőgyulladások halálozási aránya 80% körül volt, azóta azonban a viszonyok lényegesen javultak. Ma már túlnyomóan a rendes lefolyású influenzás bronchopneumonia képét látjuk.

A prognosist különben esetenként változó. A complicatio, különösen pedig a tüdőnek megbetegedése nélkül lefolyó esetek néhány napig, ritkábban egy héten túl tartó változó jellegű láz után több-kevesebb hurutos tünetnek visszahagyásával meggyógyulnak. A reconvalescentia alatt a legtöbb beteg közérzete feltűnően rossz, a minek magyarázatát a betegség alatti nagy kimerülésben, erős lesóványodásban kell

keresnünk. Alig egy heti betegség-tartam alatt a betegek több kilogrammot fogynak: A láz elmúlása után is egyideig még gyöngítő profus izzadás jelentkezik.

A betegség kimenetelének azonban tulajdonképpen mértéke a tüdő megbetegedésének súlyossága. Az összes tüdőgyulladásoknak körülbelül 30%-a halállal végződik. Így különösen rosszindulatú az a tüdőgyulladás, mely már kezdetől fogva nehéz légzéssel, cyanosissal jár. Feltűnően rosszul türik a tüdőgyuladást a vitium cordisban szenvedők, a terhesek és a pastosus elhízott fiatal egyének. Szív-baj esetén a tüdőpangás megadja annak magyarázatát, hogy miért nagyobb a hajlamosság az ilyen súlyos, oedemával járó tüdőgyulladás keletkezésére. Talán a terhesség későbbi hónapjaiban is erre az okra vezethetők vissza a tüdőfolyamat súlyos elharapódzását. A terhesség első hónapjaiban pedig, mint a gyakori endocarditis-recidivák, gümőkór-kiújulások mutatják, az asszonyok minden infectióval szemben kevésbé ellenállóak. Az elhízott pastosus egyének általában kevésbé ellenállóak és így ezen betegség toxikus behatásával is kevésbé tudnak megbirkózni.

A szerzők egy része a betegség rossz lefolyását a status thymico-lymphaticussal akarta összefüggésbe hozni, azonban a bonczolások e felvételt nem igazolták. A súlyosabb tüdőgyulladás többnyire 40° körüli lázzal jár, kezdetől fogva légzési nehézséggel. Ilyenkor, bár a pneumonia kifejezett jelei még hiányoznak, a prognosist mégis a legsúlyosabb. E felvételt csakhamar igazolja a tüdő felületéig növekvő pneumoniás gócz physikalikus tüneteinek megjelenése. E megjelenő góczok nagy sebességgel borítják el a tüdőt, általános tüdőoedemához, majd halált okozó szívgyengeséghez vezetnek. De ha nem is mutatkoznak a tüdőgyulladás mellett eme súlyos tünetek, prognosistunk felállításában mindenkor óvatosak legyünk. Akárhányszor látjuk, hogy a könnyen, kis beszűrődéssel induló, néha napokon át egészen jól lefolyó esetek hirtelen elharapódnak és a legsúlyosabb tüdőelváltozáshoz vezetnek. Ha a tüdőgyuladással beteg már láztalanra vált, akkor is óvatosan állítsuk fel a prognosist, mert még 7–8-napos láztalan állapot után is előfordulnak recidivák. Néha súlyosan befolyásolja a tüdőgyulladás prognosist a hozzátársuló mellhártyagyulladás, mert a genyes mellhártya-izzadmány gyakran súlyos sepsist kórképet vált ki, melynek rosszindulatú voltát a szívburokra való esetleges ráterjedés még csak fokozza. Hasonlóképpen kedvezőtlenül befolyásolja a betegség menetét az esetleges toxikus vesegyulladás. Mindezen említett változatok mellett azonban leglényegesebb a betegnek általános állapota és különösen a szív működése. A legtöbb esetben nem a részleges vizsgálat alapján fogjuk bírálatunkat megalkotni, hanem már az ajtóban nyert benyomásunk alapján jutunk a megfelelő véleményhez.

A betegség kórbonczolástani és klinikai képe egész határozottsággal azt a benyomást kelti bennünk, hogy a *jelenlegi influenzajárvány ugyanazon természetű, mint a régebbi, 1889-ben jelentkezett pandemia*. Tulajdonképpen folyó év májusában kezdődött Spanyolországban; az eleinte rejtélyesnek látszó eseteknek előfutárjai már előbb is voltak, így *Schittenhelm* és *Schlecht* 1917 augusztusában és szeptemberében már „Pseudogrippe” cím alatt ír le egy járványt, melynek képe teljesen emlékeztet a később „spanyolbetegség” gyanánt leírt esetekre. Ők csak azért nevezték ez eseteiket „Pseudogrippe”-nek, mert a valószínű influenza felvételét az azóta nagyon hitelét veszített influenza-bacillus jelenlétéhez kötötték. Azután ez év tavaszán jelentkezett e betegség nagyobb arányban Spanyolországban, majd végigment az egész continensen. Nálunk június–júliusban jelentkeztek az első megbetegedések. Feltűnő, hogy az első időben mennyivel könnyebb lefolyású volt a betegség, mint az utóbbi időben. Ez majdnem azt a benyomást kelti bennünk, mint hogyha a vírus virulensebbé vált volna az idők folyamán, a mint virulenssé tehető egy avirulens streptococcus cultura többszörös átalakításával. A *betegség emberről-emberre terjed*. A régi, különösen az 1889-i járvány pontosan megfigyelt esetei kétségtelenül mutatták, hogy még nem infi-

ciált helyekre egy-egy inficiált vitte el a betegséget. A jelenlegi járvány alatt csak egy ilyen pontosan észlelt esetről tudunk, melyet *Fischer* ír le. A montanai tudóbeteg-szanasztoriumba egy beteg hozta a fertőzést. Izolálás daczára, a mely, mint maga is mondja, nem volt pontosan keresztülvihető, átesett a bajon a szanasztorium lakóinak nagy része. Teljesen megszüntették a közlekedést a 700 lakosu montanai fürdőhellyel és így sikerült elérni, hogy ott egyetlen egy eset sem fordult elő. Hogy vajjon a vírus egész pontosan milyen módon terjed tovább, mindaddig, a míg nem ismerjük pontosan, nem adhatunk választ. Valószínűnek látszik, hogy a beteg hurutos váladékában foglaltatik és így leginkább tüszszentéssel, köhögéssel kerül bele a beteget környező levegőbe.

Felmerül az a kérdés, hogy betegségének mely időszakában fertőz a beteg leginkább. E kérdést természetesen megint a vírus ismeretének híján nehéz megoldani. Vannak némelyek szerint gyanújelek, a melyek már a tulajdonképpeni betegség-tüneteket megelőző időszakban fennálló fertőzőképesség mellett szólanak. Ez azonban még közelebbi megfigyelés révén igazolásra szorul. Kétségtelen, erre valamennyiünknek van biztos tapasztalása, hogy a már fennálló hurutos tünetek alatt fertőznek a betegek. Nehezebb megoldani azt a kérdést, hogy meddig áll fenn a fertőzőképesség. Legnagyobb valószínűséggel fel kell tennünk, hogy mindaddig, a míg a hurutos tünetek tartanak. Hogy vajjon vannak-e „viruszgazdák”, a kik még azontul is hosszabb időn át más fertőző betegségek analogiájára magukban hordva a kórokozó csirát, veszélyeztetik a környezetet, e kérdésre megint csak a vírus megismerése után adhatunk majd választ.

A betegség egyszeri kiállása, úgylátszik, immunizál az esetek túlnyomó többségében. E mellett szól, hogy a jelenlegi járvány alatt főleg a fiatalok, kik még nem estek át a bajon 1889-ben, betegszenek meg. Saját észleléseim is e mellett szólnak. Kórházi osztályom orvosai és néhány ápolónője úgy látszik igen fogékonyak a bajjal szemben. Most júliusban a járvány kezdetén egy eset kapcsán mind megbetegedtek. Azóta tömegesen kerülnek hozzánk a betegek és ennek daczára egyen sem ismétlődött a baj.

A járvány a régebbi észleletek szerint 6—8 hét alatt kidühöngi magát. Mi már közeledünk e határidőhöz és talán már észlelhető is némi csökkenés. Azt hiszem, a legközelebbi 2—3 hét már meghozza a járvány lényeges apadását. Ez azonban még nem jelenti teljes befejezését, mert a régebbi járványok alatt is észlelték körülbelül egy éven át újabb és újabb, rövidebb és enyhébb fellobbanást.

Mint hogy a kórokozót nem ismerjük és így életpályáját pontosan nem követhetjük, természetesen a vele szemben való védekezés módjának körülírása is nehézségekbe ütközik. Azt tudjuk, hogy a vírus nagyon fertőző. Azt is tudjuk, hogy a hol tömeges együttélésben egy-egy eset jelentkezik, ott explosiv módon terjed a járvány. Így láttuk a jelenlegi járvány folyamán, hogy iskolákban, internátusokban óriási volt az egy-egy eset kapcsán fejlődött megbetegedések száma. Családokban kellő és idejekorán keresztülvitt izolálás híján egyik családtag megbetegedését több másik követte.

Mindebből az következik, hogy az egyéni és tömegprophylaxis legfőbb eszköze az izolálás. Minden néven nevezendő tömeggyülekezés megakadályozása kell hogy az első lépés legyen. Ez részben már meg is történt nálunk, azonban hozzá kell tennem, hogy csak akkor vezet célhoz, ha a járványnak elég korai időszakában a legnagyobb következetességgel visszük keresztül. A járványnak mai szakában, mikor a baj már ilyen általános elterjedést mutat, nagyon kérdéses, hogy az erre vonatkozó rendszabályok fokozatos életbeléptetése lesz-e még valami befolyással a járvány elterjedésének megállítására.

Másrésről a tömegprophylaxis szempontjából a legmesszebbmenő tisztaságot kellene megkövetelni az egész vonalon, nyilvános helyeken, utcán stb. Ezzel szemben a háború nyomorúságai következtében ennek éppen az ellenkezőjét látjuk. Az utcák öntözésének, kellő tisztogatásának

hiánya, a városnak vízellátással való zavarái, mindmegannyi egy-egy ok arra, hogy a járvány ily nagy mértékben elterjedt.

Az egyéni védekezés legfőbb követelménye a betegekkel való érintkezés lehető kerülése. A betegszobába csak az menjen, a kinek ott feltétlen dolga van. Minthogy minden valószínűség szerint a légzőszervek útján kerül a vírus a szervezetbe, Svájcban kiterjedten alkalmazzák a védőmaszkot, melyet az orvosok és ápolószemélyzet a betegszobában való tartózkodáskor használnak. Nálunk a védekezés e módja még nem talált követőkre. Ilyen maszkok még nem állnak rendelkezésünkre. Mindenesetre szonban az orvosnak saját védekezésére legalább azt kellene tenni, hogy a beteg vizsgálata közben a beteg arcát törülközővel letakarja, hogy az erőltetett légzés közben folytonosan köhögő beteg inficiáló váladékát ne köhögje reá. Miután a felső légutakat tartjuk a betegség bemeneti kapujának, a felső légutaknak különös tisztántartása a száj és torok gyakori öblögetése útján nagyon ajánlatos. Öblögető folyadéknak különböző desinficienszt ajánlanak, hydrogen hyperoxydot, salicyl-alkoholt, higabb alkohololdatot stb. Az orr öblítését is ajánlották némelyek, ettől azonban eltértek, mert a tapasztalások azt mutatták, hogy az orrnak folyadékkal való átöblítésével a kitűzött célnak éppen ellenkezőjét érjük el, a mennyiben továbbítják a fertőző csirákat és így inficiálják a melléküregeket és gyakran a középfület. Mások az öblítések helyett koncentrált desinficienszekkel való ecsetelést, hígított jodtinct-t, 2% salicyl-spiritus-oldatot ajánlanak e célra, ismét mások vioform-pornak desinficiensként az orrba és torokba való befúvását ajánlják. Azt hiszem, hogy az utóbbi túlradikális eljárások inkább elkerülendők, mert csak tönkreteszik a nyálkahártya természetes védőerejét.

A modern orvostudománynak minden törekvése végeredményben arra irányul, hogy aetiologiai gyógykezelést teremtsen, vagyis a bajnak kórokozóját megtámadva, csirájában fojtja el a betegséget. Ezen aetiologiai gyógykezelésről a szó szoros értelmében a jelen esetben tekintettel arra, hogy a betegség tulajdonképpeni kórokozóját nem ismerjük, le kell mondanunk. Az influenza-bacillus mint általános kór-ok hitelét veszítette, különben is mint az eddigi vizsgálatok mutatják, immun-reactio kiváltására a szervezetben képtelen. De még akkor is, ha a bajnak kórokozóját ismerenők, igen nagy nehézségekkel találkozánk, mert a betegségnek súlyos lefolyású részét a járulékos infectiókra kell visszavezetnünk. Vaccina-gyógykezelésről természetesen a vírus ismerete híján szintén nem lehet szó. Az aetiologiai gyógykezelés azonban nemcsak a kórokozóból vagy annak immun-anyagaiból készült gyógyszerekkel iparkodik a betegség csiráit megtámadni, hanem *Ehrlich* nyomán az egyes betegségek kórokozókra specifikus hatással bíró kémiai anyagokkal is. A therapia sterilisans magna kísérletéhez a salvarsan segítségével folyamodtak többen és próbálkoztam magam is osztályomon, sajnos, különösebb siker nélkül. A *Bárony-féle sublimatkezelést* hasonló célból alkalmazta *Leitner* nagyon figyelemreméltó eredménnyel. Erre vonatkozó kísérleteim még nem elég nagyszámúak végleges véleményem megalkotásához. Collargollal ugyancsak próbálkoztak eredmény nélkül.

Jelenleg azon fáradozunk *Johan* kartársammal együtt, hogy reconvalescensek serumával tegyünk kísérletet. Az albumose- és tejkezelés analogiájára a parenteralis fehérjebevitel ép lóserum alakjában *Detre* ajánlotta. Többször megkísérletem, de még csak alig néhány napja használjuk az eljárást, úgy hogy véleményemet szintén fenn kell még tartanom.

Mivel biztos eljárásunk még nincs, melylyel az alapbajt ugyszólván egy csapásra meg tudjuk gyógyítani, ezért törekvésünk arra irányult, hogy a betegség főveszélyével, a tüdőgyuladással szemben vegyük fel a küzdelmet. Amint tudjuk, a komplikáló tüdőgyuladást leggyakrabban a pneumococcus, streptococcus, staphylococcus okozza. Éppen ezért az ezek ellen készült immun-serumok találtak elsősorban alkalmazásra. Amikor azonban a complicatiók már kifejlődtek, a

pneumonia különösen súlyos formájában már megvan, akkor a serumoknak nagy hasznát már nem vesszük. Az eredmények, amelyek a Römer-féle polyvalens pneumococcus-serummal közöltek, nem nagyon kecsegtetők, másrésről a pneumococcus-serum hasznosságát kétségesse teszi, hogy azt sem tudjuk biztosan, hogy adott esetben melyik bacterium okozza a complicatiót, a megfelelő bacteriumnak kitenyésztése a vérből idővesztéssel jár. Polyvalens streptococcus-serummal végzett kísérleteink szintén nem vezettek eredményre.

A serumkísérlet a tüdőgyulladás kezelésében nem vezetett célhoz és hasonlóképp a tüdőgyulladás eseteiben mint specificum alkalmazott optochin sem adott megfelelő eredményeket. Minthogy a serum-therapia a már kifejlődött tüdőgyuladással szemben számbavehető eredményt nem adott, kísérleteket tettek az irányban, hogy mennyiben lehetne megfelelő serum alkalmazásával a tüdőgyulladás kifejlődését megakadályozni. Itt természetesen megint azzal az akadályal találkozunk, hogy a tüdőgyulladás kórokozója nem egységes. Mivel azonban az esetek jó részében a pneumococcus szerepel, Lantz a pneumonia kifejlődése előtti időszakban az optochinnal próbálkozott praevenitiv céllal, azonban jelentősebb eredmény nélkül.

A complication nélküli influenza gyógykezelése tüneti. Amennyiben a hőmérsék magasabb, megfelelő antipyreticumokat használtunk. Antipyreticumnak nagyobb dózisban való alkalmazásától inkább tartózkodjunk, mert sokszor azt látjuk, hogy a szív nem egészen közömbös vele szemben, így nem egyszer tapasztaltam azt, hogy antipyreticumok alkalmazása után a hőmérsék leesik, de a pulsus-szám megmarad az eredeti magas láznak megfelelő szaporaságában. Célyszerű magasabb láz esetén kezdettől fogva a digitalisnak magának, vagy valamely készítményének adagolása, annival inkább, mert hisz a betegségnek főveszélye a tüdőgyulladás és az ezzel járó szívműködési zavar. Csak azt ajánlanám, hogy ilyenkor ne tapogatódó kis dózisokat adjunk, hanem kezdettől fogva a megfelelő hatásos adagot. Így az infusumból (1:0:150-re) kétóránként evőkanálnyit vagy a digitaliskészítményekből 0.10-nek megfelelő adagot 3-szor naponta.

Az alkoholról általában elterjedt az a nézet, hogy a betegséggel szemben specifikus hatású. Kétségtelen, hogy értágító hatásánál fogva a rendes mennyiségben, különösen melegített bor alakjában adva, támogatja a diaphoretikus eljárásokat. Pneumoniában gyakrabban kisebb dózisban adva mint analepticum jó hasznát vesszük, azonban óva kell intenem a túlkapásuktól, így megemlítek egy esetet, melyben egy asszony, a ki azelőtt soha alkoholt nem ivott, egyszerre 1 deciliter cognacot és majdnem egy egész üveg pezsgőt ivott meg. Az eredmény súlyos acut alkoholismus, nagyfokú rosszullettel, hányással, alig tapintható kihagyó pulussal járó szívgyengeséggel, a mely több coffein- és kámför-injectio után javult csak lassanként.

Egyre volnék bátor a figyelmet különösen felhívni. A betegek nagyon apathiásak, aluszékonyak és néha naphosszat háton fekvé maradnak. A tapasztalat szerint a pneumonia majdnem mindig a tüdő alsó szélén, legtöbbször kétoldalt egyszerre fejlődik ki, ezzel annak gyanuját kelti, hogy a tüdő alsó része kellő ventilálásának hiánya hozzájárul a tüdőgyulladás kifejlődéséhez. Ezért gyakori felültetés légzési gyakorlattal úgy a pneumonia előtti, mint alatti időszakban, sőt egyes esetekben a betegeknek 1—1 órára az ágyból való kiültetése a sebészi pneumonia eseteiben szokásos eljárás szerint ajánlatos. A pneumonia-kezelés megfelel a pneumonia szokásos gyógykezelésének. Mint specificumot ajánlották a tüdőgyulladás kezelésére a kámfort nagyobb mennyiségben 2—3 gr. napi adagra felmenőleg. Különösebb sikert ez eljárástól nem láttam, sőt néhány esetben nagyobb mennyiségben adva a kámforolajat, csunya tályogok fejlődtek. Főfeladatunk a szívműködés kellő fentartása. Idejében alkalmazott coffein-injectiók, a kámfornak többször adott 20 centigrammos dózisa tesznek jó szolgálatot. Ha a tüdőpangás tünetei jelentkeznek a melyet a beteg cyanosisa és nehéz légzés jelez, egy-egy kiadó, 300—400 cm³-t kitevő érvágás járhat jó eredménnyel.

A már kifejlődőben levő tüdőoedema és az ezzel együtt járó vérnyomáscsökkenés megjavítására $\frac{1}{2}$ —1 cm³ mellékvesekivonat adagolása jár haszonnal. A tüdőgyulladás alatt a láz ellenes szerekek különös óvatossággal járunk el, mert nagyobb adagokban való alkalmazásuk könnyen vezethet collapsusra. Ezért legszívesebben alkalmazom a pyramidont 10—20 centigrammos, a phenacetint 20 centigrammos dózisban. E kis dósis inkább adjuk gyakrabban, közben hőmérőzve a beteget.

A komplikáló exsudatum pleuriticum gyógykezeléséről csak annyit kívánok megjegyezni, hogy ha az exsudatum savós és gyorsan nő, akkor mielőbb végezzük a kiadó punctiót, hogy a tüdőgyuladással már amugy is fennálló légzésfelületszökkentő befolyását megjavítsuk. A genyes exsudatum lehetőleg hamarosan bordaresectióval oldandó meg. Az eucupin-kezeléssel végzett kísérleteim nem nagyon biztatóak. Ha a beteg nagyon elesett és súlyosan septikus benyomást tesz, akkor előbb átmenetileg 1—2-szer pungáljuk meg a genyes exsudatumot és csak a mikor már a beteg erejében kissé javul, végeztessük a bordaresectiót.

A járványos influenza klinikai képe tehát, a mint látjuk, bár változékony formában, de mégis kialakulva áll előttünk. Diagnosisunk biztosságát természetesen csak a megfelelő aetiológiai alap tenné kétségtelenné. A gyógykezelésben jelenleg még tüneti alapon állunk, de talán a jelenlegi járvány alatt a modern tudomány minden segédeszközével megindult kutatás közelebb hoz bennünket a betegség megismeréséhez és okzerű gyógykezeléséhez. Reméljük, hogy a járvány gyors lefolyása a jelenlegi munkásság gyümölcset már reánk nézve feleslegessé teszi, de talán egy következő influenza-pandemia felkészültebben találja majd az emberiséget, mint a jelenlegi.

Az influenza kezeléséhez és prophylaxisához.

Irta: Nesnera Ödön dr., népf. honvéd-főorvos, az 1. sz. honvéd tartalék-kórház járványosztályának vezető-orvosa.

Tapasztalataimat a következőkben óhajtom összefoglalni: A legjobb és igazán kitűnő eredményt az összes megkísérelt szerek közül a következő porkeverékkel kaptam: Rp. Chinini hydrochlor., Phenacetini, Acidi acetylosalicyl, aa 0.30. Dent. tal. dos. aequ. No. 10. S. Influenza elleni porok.

Az első tünetek jelentkezésekor azonnal egy port, erőteljesebb szervezettűeknek 2—2 $\frac{1}{2}$, gyengébbeknek 3 óra múlva ismét egy port. A harmadikat a második után 5—6 órára és a negyediket újabb 5—6 óra múlva. Az első 2—3 porra elmúlik a láz a betegségnek majdnem összes tüneteivel együtt. A hatás a betegség első 12—24 órájában teljesen hasonló ahhoz, a mit tonsillitis follicularis eseteiben 1 gr. chininnel érhetünk el. A hatás tartósságának biztosítására a második napon még 3, a harmadikon 2 port adtam, mert enélkül a 3—4. napon gyakori a recidiva.

Igen fontosnak tartom digalennek vagy más megbízható digitalis-praeparatumnak azonnali adását, mely a szervezetet a sikeres abortiv-therapiát is gyakran követő reconvalescens-gyengeségen és szívműködési labilitáson hamarabb keresztülsegíti. A köhögés korai csillapítása is rendkívül fontos. Enélkül a főtünetek elmúlása után gyakran megmarad még egy hetekig tartó bronchialis vagy felső légút-hurut, mely döntő szerepet játszik az epidemiának terjesztésében.

A betegség legsúlyosabb complicatiója, genyes bronchiolitis és bronchopneumonia esetén a porokat 3—4-szer napjában szintén adtam. Ezen esetekben igen fontosnak vélem a digitalis-hatáson kívül az érbeidegző centrumnak stimulálását és a diuresis elősegítésére coffeint bőr alul. Gyomor- és bélcomplicatiók esetén calomel és gyakori tiszta vizes beöntés.

A baj prophylaxisában az epidemiás idők fokozott hygienés rendszabályain (toroköblítés stb.) kívül nagy fontosságot tulajdonítok annak, hogy a közönséget arra a két körülményre figyelmeztessük, hogy a már betegek, illetőleg reconvalescensek, de általában mindenki zsebkezdőbe köhögjön, továbbá, hogy csakis az orron át vegyen lélegzetet (még

beszéd közben is). Az orrnyálkahártya megvédésére reggelként menthol-olajos bekenés volna ajánlatos. A járvány leküzdése, illetőleg erős korlátok közé szorítása egy kis organizálás és kellő gyógyszer-mennyiség mellett igen rövid idő alatt keresztülvihető volna. Egy elvet kellene csupán kissé tágabb szellemben kezelni és ez az, hogy „a beteg kezelése csak az orvos látogatása után vegye kezdetét.” Rögtön orvost szerezni, ez ma keresztülvihetetlen és ebben a betegségben, melyben a kezdeti stádiumban igazán oly könnyű és ártatlan a sikeres kezelés, ennek a dogmának fenntartása valóban vétek. Nem tudom, hogyan áll a főváros és az ország gyógyszerek tekintetében, de az egyedül sikeres legyőzését a járváynak abban látom, ha minden ember, vagy legalább a kinek a környezetében beteg van vagy volt, megszerezne ezt a néhány gyógyszert (mindössze 8—9 port) és a betegség legelején megkezdendő rögtön az előírás szerinti kezelést. A betegség olyan kiterjedésű, hogy majdnem mindenkinek környezetében előfordult már és a kezdeti tünetei is olyan típusosak, hogy kevés ember van, a kinek nehézséget okozna a diagnózis korai felállítása. A cél csak úgy érhetnénk el, ha legalább is a porokat orvosi rendelet nélkül lehetne a patikában kapni mint „influenza elleni porokat” megfelelő előírással és erre a közönség figyelmeztetve lenne.

Néhány felsőmagyarországi faluban, a hol az orvosi ellátás a háborús viszonyok folytán nagyon szenvedett és gyógyszertár sem állott mindenütt a közelben rendelkezésre, ajánlatomra falvaként egy-egy ott lakó intelligensebb személy segítségével meglehetősen társadalmi áldozatkészséggel organizálták a járvány leküzdését. Az illető személyeknek lett minden eset bejelentve és ők, megkapván a szükséges gyógyszereket, rögtön kezelésbe vették a betegeket. Az eredmény meglepő volt: míg ezelőtt a halálozás például olyan fokot ért el, hogy egy vándormunkás-csoport 15 betege közül 4 halt meg, addig az utóbbi 4 hét alatt, mióta az említett szervezet megkezdte működését, a több száz betegből csupán 2 pusztult el, kik sehogy sem akartak meghódolni therapiás törekvéseinknek. Az eredmény annál szebb, a mennyiben a gyógyult betegekkel is sok nehézség volt. Az első nap sikeres kezelése után ugyanis már nehezen lehetett őket visszatartani attól, hogy sürgős. őszi gazdasági munkájuk után ne nézzenek. Minden egyéb primitív hygienés állapot dacára az esetek száma rendkívül meggyűrűlt, sőt néhány faluban az utóbbi napokban új esetek egyáltalán nem fordultak elő.

A főváros járványának elég nagy halálozása s a rengeteg elveszett munkanap megérdemelné, hogy mindent megkíséreljünk. Nézetem szerint az egész azon fordulna meg, hogy elég energiával fogtak-e össze az összes illetékes tényezők a gyógyszerek beszerzése körüli nehézségek legyőzésére.

A „vastagcsepp”-módszer módosítása.

— Előzetes közlemény. —

Irta: *Horváth Dezső* dr., cs. és kir. ny. ezredorvos, jelenleg egy bakteriologiai laboratórium vezetője a harcsteren.

A *Ross-Ruge*-féle „vastagcsepp”-módszer használhatóságát illetőleg a legtöbb vizsgáló a módszer mellett nyilatkozik ugyan, itt-ott azonban mégis hallatszanak olyan vélemények is, melyek feleslegesnek, sőt használhatatlannak tartják. Az ilyen leszóló ítéletek oka, véleményem szerint, nem a módszerben, hanem a kivitel fonákságában rejlik. Igaz ugyan, hogy bizonyos gyakorlat kell hozzá, míg az ember a plasmodiumokat a gyakran kevésbé átlátszó alapon biztosan megkülönböztetni és mint olyanokat felismerni tudja, de bizonyára velem tart mindenki, akinek egy-egy napon néha 100—200 malaria-készítményt is át kell vizsgálnia, a tekintetben, hogy a „vastagcsepp”-módszer — főleg tömeges vizsgálat alkalmával — a kikenő eljárást jelentékenyen felülmulja; sőt mondhatnám nélküle némely laboratóriumban el sem lehetne végezni a munkát.

És mégis vannak a *Ross-Ruge*-módszernek is hátrányai, melyek kiküszöbölését talán minden vizsgáló szívesen látná. Ezek a hibák: a „vastagcsepp” egyenetlensége, néha igen csekély átlátszósága és a vérrétegnek vízben való könnyű leválása.

Azt hiszem, nem igen tévedek, ha ezen hibák okát a vér megalvadásában keresem és azt állítom, hogy, amint a kiváló fibrin az, mely a véresejteket összetapasztja, épp úgy főleg a fibrin összehúzódása folytán lesz az alvadat vérből az a lemezszerű réteg, mely vízben olyan könnyen leválik s ugyancsak a fibrin egyenetlenségei miatt lesz a haemolysis helyiely-közzel tökéletlenebb s így ugyanazon „vastagcsepp” festődése is helyenkint különböző úgy színre, mint átlátszóságra nézve. Ezen gondolatmenet révén az az ötletem támadt, hogy, ha sikerülne olyan vastagcseppet készíteni, melyben a fibrin kiválása nem jöhet létre, a módszernek előbb említett hibái is kiküszöbölhetők, vagy legalább csökkenthetők volnának.

E terv kivitelét a következőképp kíséreltem meg. Ismerve a natrium citricum véralvadást gátló hatását, készítettem egy körülbelül 2%-os natr. citr.-oldatot, és pedig, mivel natr. citr.-om nem volt, feloldottam 2 gr. acid. citr.-ot 100 cm³ dest. vízben s az oldatot lakmuspapírral ellenőrizve n. NaOH-oldattal közömbösítettem. Az így nyert közömbös vegyhatású folyadékból 1 cseppet tárgylemezre tettem s bele egy csepp vért az éppen megszárt újból. Üvegbottal enyhén elkeverve — míg a vér szabad szemmel láthatóan egyenletesen el nem oszlott — a cseppet levegőn vagy thermostatban száradni hagytam. A haemoglobin eltávolítását a festéssel egyidejűleg végeztem, úgy hogy a vízzel hígított (eredeti felírat: Azurblaulösung „Bram” für die Romanowsky-Giemsa-Färbung) azurblau „Bram”-oldatot a levegőn megszáradt cseppre öntöttem s körülbelül 20 percig rajtahagytam. (Ezt a *Dempfwolf* módszerének megfelelő vastagcsepp-festő eljárást előnyösebbnek tartom a külön végzendő haemolysist követő festésnél, mert két művelet helyett csak egyet kell végezni, tehát gyorsabb és végeredményei épp oly jók, mint a kétszakaszos eljáráséi.)

A natr. citr.-mal készített „vastagcsepp” nemcsak nedvesen és száradva, hanem festés után is elüt a közönséges „vastagcsepp”-től: nedvesen élénkpiros és fedőszínű-matt s száradás után is az marad, míg a közönséges „vastagcsepp” sötétebb és lakkszerű-fénylőre szárad; száradás után felületén ránczok nem képződnek, ami fibrinösszehúzódás folytán a másik „vastagcsepp”-nél gyakori; a megszáradt csepp felületén esetleg látható koncentrikus gyűrűk a száradáskor egyenetlenül elosztó sótól vannak és festésre eltűnnek; a natr. citr.-os „vastagcsepp” jobban tapad alapjához,* mint a közönséges; festve egyenetlesebb, átlátszóbb, mint amaz s egyszínű — a fentírt folyadékkal festve világoskék —, azaz nem játszik vöröses-zöldes színt, mint az eddigi „vastagcsepp”-ek elég gyakran. A natr. citr.-os „vastagcsepp”-nek ezen szabad szemmel is megállapítható előnyei mikroszkop alatt még szembetűnőbbek. Ha a csepp kissé vastagabb, a látótéren majdnem egészen egynemű kisebb-nagyobb világoskék mezőket látunk, melyeket szintelen, szabálytalan csíkok határolnak. Az egynemű világoskék mezőkön jól láthatók a megmaradt fehérvérsejtek mellett a plasmodiumok különböző alakjai, a gyűrűk is s a csíkok — valószínűleg a kioldott natr. citr. helyei — sem zavarnak. Ha a csepp elég vékony, a majdnem szintelen alapon néha alig látni mást, mint a látótéren szétszórt gyűrűket, melyek oly élesen elütnek az alaptól, hogy lehetetlen meg nem látni őket. Jelenleg ugyan nincs rá módom, hogy a „vastagcsepp”-nek ezen közöltem módosítását kellő számú esetben kipróbáljam, eddigi eredményeim azonban annyira biztatók, hogy az eljárás megkísérlését ajánlani merem.

Végleges véleményt mondani az eljárás értékét illetőleg

* A festett natr. citricumos vastagcsepp láng felett fixálható s utána vízzel mosható; a készítmény csak tisztul ezáltal.

még nem tudok, azt hiszem azonban, hogy a malaria-vizsgálat megkönnyítését célzó szándékom még a mai papírinséges világban is igazolja ez előzetes közlemény megírását.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

A gyomornedvelválasztásnak és a háborúnak összefüggéséről ír *Grote*. Más szerzőkkel, különösen *Albu*-val ellentétben, a ki szerint az achylia gastrica a háborús gyomor jellemzője, ő a superaciditasok számának megszorodását észlelte. *Albu* munkájából nem világlik ki, hogy vizsgálatai gyomorbetegekre vagy egészségesekre vonatkoznak-e s ez megnehezíti az összehasonlítást. Ujabban többen megerősítik *Grote* eredményeit s különösen érdekes *Heinsheimer* közlése, aki katonai anyagán 1915-ben az achylia, 1917-ben a superaciditasos esetek megszorodását találta. *Grote* 1916-ban 38, 1917-ben 53%-ban talált superaciditást és még jellemzőbb, hogy az 1916. év első három hónapjában még 33% subacid beteg jelentkezett, míg az egész évre csak 15% a subacidok száma (1917-ben már csak 14%), úgy hogy a subaciditas csökkenése nyilvánvaló. A titrálással nyert értékek a superaciditasos esetekben nem feltűnően magasak, átlag 40–60 a szabad sósav és 50–70 az összaciditas. A legmagasabb értékeket egy 29 éves asszonyon találták (szabad sósav: 136, összaciditas: 164). A savtúltengés sokszor csak kísérő tünete a bélrendszer másfajta betegségének, például az epeutak megbetegedésének. Ezekről az esetekről azonban most nincs szó.

A fokozott savelválasztást a legtöbb szerző szerint elsősorban a táplálkozás megváltozása okozza. A főképen fehérjéből és zsírból álló táplálék helyett főképen növényi és cellulose-dús táplálék megváltoztatja ugyan a bélrendszer fermentatív munkáját, de ennek még nem kell fokozott savelválasztásban nyilvánulnia. Sem az achylia, sem a superaciditas nem magyarázható a táplálékok összetételével, annál kevésbé, mert a szerzők egész sora szerint a táplálék összetételének nincs is befolyása az elválasztott sósav mennyiségére. *Crämer*, a ki katonai anyagról referál, a superaciditasok előidézésében szerepet tulajdonít a fokozott nicotin- és kávéélvezetnek. *Grote* beteganyagán a nicotinnak már azért sem lehet szerepe, mert betegeinek fele nő volt, valódi kávé pedig alig fogyasztottak, tehát coffeinről szó sem lehet, legfeljebb a pótszerekben lévő extractiv és aromás anyagokról. A tulajdonképpeni kóros dolog a superaciditasban nem is a fokozott savelválasztás, hanem a gyomor érő idegeinek fokozott érzékenysége. Ennek a felfogásnak alapjai: 1. Vanak emberek, a kik rendszeren fokozott mennyiségű sósavat választanak el, a miről csak mellékesen győződünk meg, mert ilyen irányú panaszai nincsenek. 2. Gyógyszereinkkel nem magát a superaciditást gyógyítjuk; sok esetben a kezelés hatása alatt elmúlnak a panaszok, de megmarad a magas savérték. 3. A szokásos gyógymód tisztára tüneti, legalább is nincs bebizonyítva, hogy a secretiót csökkentő alkaloidák elhagyásuk után is hatást fejtenének ki. Még kevésbé mondható ez a semlegesítő sókról. Legjobb hatásúnak bizonyultak azok a gyógyszerek, a melyek a gyomor nyálkahártyájának érzékenységét csökkentik, így az argent. nitric. (0.2:200.0 vagy 0.4:300.0) és a cocain (0.5:180.0). Vizsgálatai tehát megerősítik *Talma* nézetét, a ki szintén a gyomor érzékenységére veti a súlyt. A superaciditást tehát nem tekinti secretiós neurosisnak, hanem functionalis érzés-zavarnak. Ebben az értelemben megkülönböztetné a „superaciditas dolorosa“-t a „superaciditas simplex“-től, utóbbi alatt a constitutionalisán fokozott savelválasztást értve. Hogy most erősen igénybe van véve mindenkinek az idegrendszere, azt nem kell bővebben fejtegetni. Lehetséges az is, hogy a „superaciditas dolorosa“-ban szenvedők már előzetesen constitutiós alapon „superaciditas simplex“-esek voltak

és új momentum náluk csak a fájdalomérzés, a helybeli hyperaesthesia; nem gyomor-, hanem idegbetegek ezek. További vizsgálatok fogják megmutatni, hogy mennyiben tarttható fenn ez a nézet, azonban a constitutiós befolyás szerepe biztosnak látszik. Ezt bizonyítaná *Schütz* észlelete is, a ki sok superaciditást látott a galíciai és bukovinai menekültek között. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1918, 40. szám).

Ifj. M. B. dr.

Sebészet.

A lábtőizület táján előforduló luxatiókról és csonttörésekről értekezik *N. Hoffmann*. Az ízületek normalis excursiójának növelésével különböző elváltozások jöhetnek létre az ízületben és a körül. Így elsősorban a szalagok meglazulnak, megnyúlnak, amiből distorsio származik; a nyújtás, hajlítás túlságos volta következtében az ízületet összetartó kötegek elszakadhatnak s az ízületi felszínnek részben eltolódnak, mi által subluxatio jön létre; az ízületi végek egymással ellenkező irányban való eltolódásának luxatio a következménye. Gyakran a szalagok épek maradnak, ellenben leszakítják a csont dudorodásait, amelyekhez tapadtak. A lábtőizület luxatiójának, illetve az a körül létrejött töréseknek kezelésére a szerző többféle eljárást kísérelt meg. A gipszkötésnek hátránya, hogy az abszolút nyugalom következtében az ízületben és a körül összenövések jönnek létre, amelyek később igen nehezen reparálhatók. A Bardenhauer-nyújtókötés különösen lő sérülés egyes eseteiben igen nehezen alkalmazható. Egyszerűbbnek véli a szerző kapocsnak alkalmazását (*Schmerz* szerint), amely kapocs helyi érzéstelenítésben a sarokra helyeztetik és erre alkalmazható a nyújtószinór. A sérült végtag szabadon fekszik, úgy hogy a másik végtaggal összehasonlítható, ezenkívül a sérülés után a végtag active mozgatható. A láb mozgathatóságának mielőbbi megkezdése azzal az előnnyel bír, hogy ezzel a lenövések képződését akadályozzuk meg, másrészt a vérzés gyorsan felszívódik. A szerző a végtagot a Braun-állványra helyezi és a törés minemősége szerint esetleg oldalsó nyújtást is alkalmaz. 50 esetében e kezeléssel szép eredményeket tudott elérni. (*Med. Klin.*, 1918, 32. szám.) *Ifj. Háhn Dezső dr.*

A bélsérülések diagnosizálásáról ír *Ahl*. A hassérülések sebészi kezelésében fontos a bélsérülések felismerése. Gyakran a lövés irányából, a has feszességéből, a pulsus kicsiny voltából valószínűséggel megállapíthatjuk bélsérülés jelenlétét; sokkal nehezebb a diagnosizálás, ha a golyó a mellhason, alsó végtagon keresztül jutott a hasüregbe, onnét nem távozott el és jelentéktelennek látszó általános tüneteket okoz. Minden körülmény között az anamnesis felvilágosítást nyújthat arra vonatkozólag, hogy a projectile mily távolságból jutott a hasüregbe. Általános az a tapasztalat, hogy a 400 méternél kisebb távolságból ható golyó igen súlyos elváltozásokat hoz létre a hasüregben. A szerző egy esetében a vékonybél 80 cm. hosszúságban volt összezakítva. A pulsus minemőségéből is következtethetünk a bélsérülés nagyságára. Kisebb sérülések esetén, ha nagy számmal vannak is jelen, a pulsus nem oly rossz, mintha csak egy, de kiterjedt bélsérülés van a hasüregben. A shock, amely a hassérüléssel együtt jelentkezik, a béltartalomnak a hasüregbe való jutásával van összefüggésben. Természetesen súlyos shock-hatás létrejöhet akkor is, ha a beleken elváltozást nem találunk; nincs kizárva, hogy ily esetekben directe splanchnicus-ágak sérültek meg. Fontosak a nyelven észlelhető elváltozások is. Ha a nyelv nedves, nem lepedékes, valószínű, hogy a hasüregben súlyos elváltozás nincs. A rekesz magas állása a máj, doudenum és vékonybél kiterjedt sérülésére utal. Bélsérülésre jellemző a hasizmok feszülése, még pedig minél nagyobb mérvű a peritonitis, annál kiterjedtebb a hasizomfeszülés. Gyakran a mellkas sérülése esetén is észlelhető. A végbél digitalis vizsgálata fontos, mert egyrészt a hasüregbe történt vérzésre, másrészt a Douglas-redő érzékenységéből bélsérülésre következtethetünk.

Ifj. Háhn Dezső dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Influenzás pneumonia eseteiben *Althen* nagyon ajánlja a guajacolum carbonicumot, melyből 3 óránként vétet be 1 grammot és minden 2. adag után $\frac{1}{4}$ órával $\frac{1}{2}$ gramm aspirint is ad. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 43. szám.)

Gyermekekori pyoderma eseteiben (impetigo, ekzema, furunculosis stb.) *Werner* kitűnő eredménnyel használja a *trypaflavint* 0.1—1.0%-os vizes vagy alkoholos oldatban. A jól megtisztított kóros helyek naponként többször érintendők a jelzett szerrel. (Aerztlicher Verein in Hamburg, okt. 1.-én tartott ülés.)

A most uralkodó influenza-járványban *Zweig* — a mint azt a bécsi orvosegyesület október 11.-én tartott ülésén előadta — nagyon jó eredménnyel használta az urotropint, még pedig az enyhébb esetekben belsőleg adja 3—4 gramm mennyiségben naponként, súlyosabb esetekben pedig intravenásan (a sterilen készen kapható 40%-os oldatból 10 cm³-t). Az előadáshoz fűződött eszmecsereben általában skepsissel fogadták az ajánlatot. (A budapesti Pasteur-intézetben e helyen nem részletezhető okokból már néhány hónap óta a legsúlyosabb vesztettségfertőzés-esetekben a védőoltások mellett rendszeresen adnak urotropint, s azt tapasztalták, hogy ezen esetekben is elég gyakran fejlődött influenza, néhány esetben halálos végződéssel, jelétül annak, hogy még praeventiv határról sem lehet szó. Szerk.)

A spanyol betegség diagnosisában *Citron* tanár fontosnak tartja a következő három tünetet. Az egyik a betegség incubációs szakában, de legkésőbb a láz megjelenésével mutatkozó erythema a lágy szájpadlason; ez az erythema majdnem mindig egész élesen végződik a lágy és kemény szájpadlás határára és rajta nagyszámú vizes hólyagocskák látható, különösen jól akkor, ha nappali fényt vetítünk reflectorral a torokba; mesterséges fény mellett sokkal nehezebben tűnnek fel. A másik tünet az, hogy — főleg a betegség előhaladottabb szakában — a köpet, noha genyes köpet benyomását teszi, alig tartalmaz genyest, hanem úgyszólván kizárólagosan hámsejtekből áll; ez a légzőutak nyálkahártyájának mélyreható necrosis elváltozásával magyarázható. A harmadik tünet a hypoleukocytosis. Az említett három tünet együttvéve nagyon megkönnyíti a spanyol betegség elkülönítését hasonló betegségektől. Pneumoniával járó esetekben a szerző electrocollar-gal naponkénti intravenás lefecskenedésével nagyon jó eredményeket ért el. (Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 43. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 43. szám. *Jankovich László*: A rekeszsérvekről. *Kertész Gyula*: Megjegyzések a gonorrhoea szövődményeinek vacinás kezeléséhez.

Budapesti orvosi ujság, 1918, 44. szám. *Dalmady Zoltán*: Néhány szó a hadi (traumás) neurosisek kérdéséhez. *Henszelman Aladár*: Rekeszizombénulás esete scorbut után. — *Spondylarthritis deformans* és következményes compressió myelitis esete.

Vegyes hírek.

A budapesti kir. orvosegyesület október 19.-én tartotta 81. nagygyűlését, melynek egyedüli tárgya báró *Korányi Sándor* Balassa-előadása volt „Pathogenesis és therapia” címmel.

Kinevezés. *Buró Péter* dr.-t, *Gonda Ignác* dr.-t és *Tausz Henrik* dr.-t Temes vármegye, *Moldován György* dr.-t Fogaras vármegye tiszteletbeli főorvosává, *Róna Gyula* dr.-t sajószentpéteri járás-orvossá nevezték ki.

Választás. *Bolkis György* dr.-t Pásztón községi orvossá, *Gellei Frigyes* dr.-t szanyi körorvossá választották.

Meghalt. *Both János* dr., Biharmegye tiszteletbeli főorvosa 71 éves korában Nagyváradon. — *Weisz Rudolf* dr. pöstyéni főorvos 42 éves korában. — *Turkinyák Sándor* dr., a 120. gyalogezred főorvosa június 24.-én az olasz harctéren. — *Csepánfalvi Teóke György* dr., az Új Szent János-kórház alorvosa, október 22.-én. — *R. Zander* dr., az anatomia prof. ord. honorarius a königsbergi egyetemen, 63 éves korában.

Személyi hírek külföldről. A zürichi egyetemen *O. Veraguth* dr.-t a physikai gyógymódok rendk. tanárává nevezték ki. — A bécsi egyetemen a szemészet ny. r. tanárává s az I. szemklinika vezetőjévé *J. Meller* dr. cz. rendk. tanárt nevezték ki. — Ugyanazon egyetemen *H. Fischer* dr. az alkalmazott orvosi vegytan rendes tanára lett.

Lapunk mai számához a „Chinoín” vegyi gyógyszer-gyár (Dr. *Kereszty* és Dr. *Wolf*). Ujpest egy nyomtatványa van mellékelve, mely különlenyomat alakjában tartalmaz egy „A domopon, pantoponpótló opium-készítmény klinikai hatásáról” című cikket Dr. *Kuncz Andor* tanársegédétől.

Városmajor-Szanatorium és Vízigyógyintézet

Részvénytárs. **Budán, I., Városmajor-u. 64.** Telefon: 88—99. (Volt Dr. Vaskovits-féle, alapított 1852.)

Ujjonnan átalakítva Dr. Gráf Andor főorvos vezetése alatt megnyit. Bel-, ideg-, szívbeteg és üdülők részére. Hízoló és soványító kúrák. Téli kert, társalgó. Vízigyógy-mód; szénsavas-, oxigén-, villany-, villanyfény- és fenyőfürdők, massage, hőlég-kezelés bejáróknak is.

SZT. GELLÉRT

gyógyfürdő és szálló, Budapest

A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrása. Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Termalfürdők, iszap-, szénsavas fürdő, vízigyógyintézet.

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forrolégekészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM

Budapest, I., Tétényi-út 12—16. Telefon: József 81—75. Ujjonnan átalakítva és kibővíve. Keserűs-fürdők és ivókúra. Szénsavas-, oxigén-fürdők, hőlég-kezelés és vízigyógyintézet. Villanyozás és massage. Hízókúrák. Vezető-főorvos: Dr. Czifrusz Dezső kir. tanácsos, a ki állandóan a telepen lakik. Egész éven át nyitva.

Fővárosi Fásor Sanatorium

vegyi-, bakteriologiai és serologiai laboratoriuma.

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

Dr. Batizfalvy-féle

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

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete

VIII., Máriatorony 34.

Dr. Doctor orvosi laboratoriuma Budapest,

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

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

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

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma

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

Hüvösvölgyi Park Sanatorium

Klimatikus, physicalis és diétás gyógyintézet.

Budapest, I., Hidegkuti-út 78. * Villamos megálló. * Telefon: 145—90.

Ajánlatos bel-, ideg- és szívbetegnek üdülőknek és rekonvalescenseknek. * Hízó-kúra.

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

Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézete, VII., Városligeti fasor 15. sz.

Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Almatlanság, neurosisek, neuralgiák, tabes dorsalis, bénulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

Orvosi labororium Vezető: Dr. VAS BERNÁT, Poliklinika.

Szövetség-utca 14—16. Telefon: József 16—03.

Dr. SZEGŐ-féle ORVOSI DAIKAVIZSGÁLÓ és ELHELYEZŐ INTÉZET.

Telefon: 93—22. Tulajdonos: Dr. Weisz Henrik orvos. Budapest, VII., Szív-u. 69. I. em.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület. (XI. rendes tudományos ülés 1918 április 20.-án.) — (XII. rendes tudományos ülés 1918. április 27.-én.) 581—583. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XI. rendes tudományos ülés 1918 április 20.-án.)

Elnök: Jendrassik Ernő, később Tóth István. Jegyző: Molnár Béla.

(Folytatás.)

A spondylitis mechanikai kezelésének néhány alapelvéről.

Horváth Mihály: A spondylitis 2 legfontosabb tünete, mely mechanikai kezelést igényel, a fájdalom és a gibbus. Ezeknek gyógyítása kétféle módon történhetik: egyrészt támasztó fűző segítségével, mely a beteg fennjárását teszi lehetővé, másrészt gipszágyban vagy lemezben való permanens fektetés útján.

Az előadó véleménye szerint azt a gyógy módot kell helyesebbnek tartani, a mely a beteg általános jólétének biztosítása mellett, aránylag rövidebb idő alatt s jobban biztosítja a deformitas nélküli gyógyulást. Ha csak a fájdalomtól való mentesítés lenne a fűzők feladata, akkor a fennjáró kezelés ellen semmi kifogást sem lehetne tenni, mert a ma alkalmazásban levő fűzők (*Dollinger*) a törzset igen jól rögzítik.

Az általános nézetnek megfelelőleg az előadó is hosszú ideig a fennjáró kezelés híve volt, s legfeljebb arra törekedett, hogy a fűzők tökéletesítésével a gibbus-képződést a minimumra redukálja. A már kifejlődött gerinczpúp visszafejlesztésére a fűzőkön kívül megkísérelte a *Wullstein*-féle pelottás kötéseket, a *Calot*-féle ablakos gipszkötést, az eredmények azonban nem elégtették ki, mert a legtökéletesebbnek látszó fűző sem mentesítette a beteget a gerincz deformálásától.

Évek előtt tett tapasztalata alapján — mely szerint a legsúlyosabb spondylitisben szenvedő betegek, kik éppen e miatt hosszú fekvésre voltak utalva, rendszerint deformitas nélkül gyógyultak — ma szigorúan ragaszkodik (főleg gyermekeken) a permanens fektetéshez.

Előadása folyamán két tételt bizonyít:

1. A gerincz tehermentesítésére a fűző elégtelen;
2. A hosszas fektetés nem jár oly ártalmakkal, mint azt a fennjáró kezelés hívei vitatják.

A csigolya-tuberculosisban szenvedő beteg gerinczén létrejövő alak- és helyzetváltozások a roncsolódás kiterjedésén kívül arányosak a felülről ható megterhelés (test önsúlya) nagyságával.

A megterhelés a fennálló helyzetben háromféle módon rekeszthető ki:

1. Ha oly ellenkező irányú erőt fejtünk ki, mely a beteg csigolyafeletti testrészek súlyát ellensúlyozni tudja.

Még a fejtámasztós fűzővel sem érhető el abszolút tehermentesítés. Ezenkívül a fejtámasztó hosszas viselése az álkapocs rendellenes fejlődésére (fogak hibás articulatioja) vezet.

2. Ha a törzset oly erővel szorítjuk a fűző hátulsó kemény részéhez, hogy a surlódás érvényesülésével össze ne roskadhasson.

Ez a mód a tehermentesítésre a) alkalmatlan, mert aránytalanul nagy erőt kellene kifejteni, b) megbízhatatlan, mert a fűző kis lazulása a surlódó erőt hatástalanná teszi.

3. Ha a törzset oly mértékben redukáljuk, hogy a súlyvonal a gerinczvonalat hátrafelé meghaladja.

Elméletileg ez lenne a gerincz tehermentesítésének leg-tökéletesebb módja, de a gyakorlatban nem vihető ki, mert vizsgálatai szerint a hátradöntésnek oly foka, mely a tehermentesítéshez elégséges lenne, hosszú ideig nem tartható fenn.

Bebizonyítva látván a fűzők elégtelenségét, teljesen a fektetés hívének vallja magát, mert ez teljes tehermentesítéssel jár. *Finck* ajánlatán túlmenve, már prophylaxisis szempontból is kezdő spondylitisben is a gipszágyon kívül a beteg csigolya helyén vattakeresztet alkalmaz.

A permanens fektetésnek káros hatását egy esetben sem látta, ellenkezőleg azt tapasztalta, hogy betegek meghízhatnak, sőt a gümös folyamat is hamarabb zajlik le.

Betegeket mutat be, kik kivétel nélkül teljesen deformitas nélkül gyógyultak. Eseteiben a gyógyítást aránytalanul rövidebb időn belül fejezhette be, mint fennjáró kezelés mellett.

A fektetés ideje átlagosan 6—12 hónap. Az ezt követő hónapokban támasztó-fűzőt alkalmaz. Felnőtt betegeken, kiken a gibbusképződés veszélye nem oly nagy (60% deformitas nélkül szokott gyógyulni), nem ragaszkodik oly szigorúan a hosszas fektetéshez.

(XII. rendes tudományos ülés 1918 április 27.-én.)

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Csiky József.

Vita Horváth Mihály „A spondylitis mechanikai kezelésének néhány alapelve” című előadásához.

Kopits Jenő: Az előadó bemutatott szépen gyógyult esetei ellenére sem üdvözölheti az előadás conclusiójaként levont gyógyító eljárást mint az orthopaedia haladását. A *Finck*-féle eljárás, melyhez az előadó csatlakozott, másutt sem nyert általános alkalmazást, mert csak nagyon szűk kör számára bizonyult használhatónak. Ma, midőn igyekszünk gümös betegünket a levegőre kivinni, napfényben fürösztetni, szabad mozgást biztosítani neki a nélkül, hogy ez localis bajának ártalmára válnék, az ajánlott gyógykezelési módot gyógykezelési szempontból legtöbb esetben károsnak, az orthopaedia szempontjából pedig lemondásnak tartja. Gyógykezelési szempontból, hacsak megfelelően berendezett intézetben nem helyezhető el a beteg, vagy nincs oly kedvező hygienés körülmények és vagyoni viszonyok között, melyek a kifogástalan ápolást biztosítják számára, a fektető gyógy mód szem elől téveszti az „indicatio morbi”-t. Tapasztalás szerint a spondylitises betegek legnagyobb száma a nagyváros szegény néposztályának gyermekeiből és a falusi egészségtelen parasztviskókból kerül elő. Ismeretes, hogy a túlszult, szellőztelen, nedves, dohos lakás közvetlen tenyésztője a csont-tuberculosisnak. Már most, ha nincs alkalma a beteget káros otthonából kiemelni — a mi pedig nincsen —, nem ajánl oly gyógy módot neki, a mely még inkább odaköti, sőt igyekezni fog baját úgy ellátni, hogy legalább a nap legnagyobb részét levegőn tölthesse. Ázzal, sajnos, tisztában van mindenki, hogy a mai viszonyok között a spondylitises betegek nagy számának kis töredéke sem helyezhető el erre szolgáló kórházakban. S hogyan ápolják ezek a szegény, munkába járó szülők kis betegüket, a ki hónapokon át fekszik? Hogy történik a szakszerű továbbkezelés? Mind oly kérdések, melyek egy módszer alkalmazhatóságának megítélésakor nem látszanak fontosnak, de gyakorlatilag nagyon is számolni kell velük.

Orthopaediai szempontból lemondásnak mondja a fektető módszerhez visszatérést. Midőn *Sayre* 1874-ben jacket-nak nevezett gipszkötésével talpraállította az első spondylitises beteget, az eddigi fektető gyógy módokkal szemben ez nagy haladást jelentett. Azóta az orthopaedeknek mindig legnagyobb törekvése volt különböző szerkezetű gipszkötésekkel és fűzőkkel a fennjáró kezelést lehetővé tenni s egyidejűleg a púp-képződést megakadályozni. Ezt a küzdelmet feladnunk nem szabad! Az eddigi törekvések nemcsak bátorítók, hanem kielégítők. S a mi hiba van az eszközökben, azt módosításokkal, javításokkal kell kiküszöbölni.

Nézete szerint egyoldalúak nem lehetünk. Nem nélkülözhető a gipszágy állandó használata: bénulás, proas-tractura eseteiben s a fűző támaszkodási pontjainak a helyén nyílt cariosus folyamat esetén; különben a hozzászóló csak éjjel s a nap bizonyos szakában rövidebb időre használja a *reclinatio*s gipszágyat. Nagy fájdalmakkal járó esetekben a gipszkötés alkalmazása czélszerűbb, mert a rögzítés gipszágyban — különösen kis gyermekeken — nem tökéletes. Különben fűzőt hordat. Ily kombinált eljárással, szigorúan individualizálva, azt hiszi, szerényebb körülmények közt is sikerül elegend tenni úgy az alapbaj, mint a deformitas gyógyításának.

Dollinger Gyula: Ezelőtt 36 esztendővel felhagyott a gümös

csigolyagyulladás fekvő gyógykezelésével és áttért a fennjáró gyógyításra. Tette ezt bonczolástani megfontolás és kórbonczolástani tapasztalás alapján. A kórbonczolástani tapasztalás abból áll, hogy a tuberculosis, igen ritka eseteket nem számítva, a csigolyatestekben jelentkezik, míg az ízületi nyulványokat megkíméli. Hogyha a gerincoszlopot a *Glisson*-féle függesztőben csak annyira nyújtjuk meg, hogy az kiegyenesedjék, akkor a beteg csigolyatestek fel vannak mentve a testsúly nyomása alól, mert ez a csigolyaközi ízületekre helyeződik át. Ehhez nagyobb fokú reclinatióra vagy distractióra szükség nincsen. Hogyha a gerincoszlopot ebben a helyzetben meg tudjuk tartani, ez elegendő ahhoz, hogy a beteg, felpuhult csigolyatesteket az összenyomástól megóvjuk. Erre nem alkalmasak azok a fűzők, amelyek eleje puha és a melyeket régebben alkalmaztak, hanem alkalmasak azok a páncélfűzők, a melyeket *Dollinger* szerkesztett és a melyek a gerincoszlop alsó felében levő tuberculosisban elfül a szegycsont felső végéig érnek, a gerincoszlop felső felében levő megbetegedésekben pedig a nyakszirte és az alsó állkapocsra támaszkodnak. Ezekben a napnak nagyrészt fennjárva töltik a betegek, míg az éjjelt és a nap egy részét fekvőhelyükön, a mely ugyanazon gipszmintán készül, a melyen a fűző. Ez fontos, nehogy a fűzőből a fekvőbe való áthelyezéskor a beteg rész naponkint meg legyen mozgatva.

Hogy a fejtartó rögzítő fűző az alsó fogsort hátraszorítaná, azt sohasem tapasztalta. Ez nem is szükséges, mert a fejtartóval nem hátraszorítani kell az alsó állkapcsot, hanem csak kissé felemelni, hogy a fej hátrabilenjen és a súly a nyaki rész csigolyaizületeire helyeztessék át. Ez idáig a fennjárókezelés indokolása és technikája. Ha a beteg idejekorán gyógykezelésbe kerül, és a módszert helyesen viszik keresztül, a púpképződést vele is meg lehet gátolni úgy, mint a fekvő gyógykezeléssel és a mellett elkerüljük a fekvőkezelés nagy hátrányait, a melyek abban állanak, hogy a csontvázat felmentjük a testsúly viselése alól, minek folytán rendes fejlődését károsan befolyásoljuk, hogy a gyermekre és az ifjúra nézve a nyilvános tanulás hosszú időre lehetetlenné válik, hogy a felnőtt korban megbetegedő hivatalát, üzletét el nem láthatja, a mi a fennjárókezelés mellett számos foglalkozási ágban lehetséges. Mert hiszen az, míg a csigolya visszanyeri eredeti ellentálló képességét, évekig tart, hogyha pedig előbb engedjük a beteget felkelni, a púpképződés veszélye még mindig fennáll. Ezek az okok voltak mérvadóak, a melyek *Dollinger*-t és vele a testgyógyászok legnagyobb részét reábírták, hogy a régi fekvőkezelést elhagyják. *Horváth* adataiban nem talál egyetlen egyet sem, a mely elég nyomós okul szolgálna az álláspont elhagyására.

Manninger Vilmos: Nem lát lényeges ellentétet a fektető és a fűzőkezelés között. Mindakettő *Dollinger* azon elvének keresztülvitelét jelenti, hogy a helybeli tuberculosis legfontosabb gyógyszere a lehető legnagyobb nyugalom a beteg góczon. Szerinte ezt a fektetőkezelés jobban és gyorsabban biztosítja, feltéve, hogy a fektetéssel összekötjük a helio-therapiát. Ez még szegény betegeken is keresztülvihető, ha a szülőknek kellő türelme és intelligenciája van. Ez pedig éppannyira kell a fűzőkezeléshez, mint a fektetőkezeléshez.

Widder Bertalan: A történeti hűség kedvéért meg kell említeni, hogy a spondylitises gyermekek a napnak felét sem töltik rögzítő készülékük viselésével fennjárva, mert éjjel fekvőlemezben alsznak, nappal ebéd után legalább is két órát fekszenek, tehát a járva-kezeléskor a gyermek félnapot sem mozog. Az utolsó hátszigolyák által okozott gibbus esetei, ha a gibbus diónál nagyobb, a rögzítő fűzőt e helyen ki kell vágni, másképp nem simul a testhez. Ezek a gibbusok nem kisebbednek fűzőviselésre, sőt nagyobbodnak, a mit a természetes lordosis még fokoz; ez esetekben, gondolja, kellene kipróbálni a fekvőkúrát, vajjon a gibbus kisebbedik-e? Azon esetekben, melyekben a rögzítés dacára a gyermek fejét kezére támasztja, vagy nem jó a fűző-készülék, vagy nincs jól reáadva, vagy a felső hát-csigolyákon van az eltérés és fejtámaszt is igényel. A beteg nem érzi magát jól rögzítve, tehát fejét kezére támasztja.

Dalmady Zoltán: Útal arra, hogy a fektetés technikája általában a fekvőbeteg kezelése az utóbbi évtizedekben igen jelentékenyen fejlődött. Azelőtt zárt szobában, melynek üvegablakán a fény rövidhullámú sugarai egyáltalán nem jutottak a szobába, rossz levegőben, sötétben feküdt a beteg, Ma a szabadban, sőt a napon fekvő beteg szakszerű massage és az izmokat megtornáztató villamosítás nemcsak a mozgás szerveinek fejlődését, erőben tartását biztosítja, hanem a vérkeringés fogyatékosságát is megszünteti.

Ugyanaz a környezet, mely a fűző kelyes használatát megtanulja, a fekvőbeteg ápolására is megtanítható. A socialis helyzet igen gondosan mérlegelendő s önálló indikáló momentuma lehet a fűzőrendelésnek, mint azt az előadó hangoztatta, de a fennjáró kezelés és a fektetés közötti választásnál szereplő tényezők viszonya ma már nem ugyanaz, mint néhány évtizede, a fennjáró-kezelés kezdetén volt.

Horváth Mihály: A hozzászólásokkal bizonyítva látja, hogy mily időszerű volt e régen nyugvó kérdést vita tárgyává tenni, mely alkalmas arra, hogy a nagy orvosi közönség szunnyadó érdeklődését ismét életre keltse és a spondylitis gyógyításának fontosságára irányítsa.

Leghelyesebb kezelés a korai diagnózis — mondja *Gibney*. Ha a gyakorló-orvosok nem felejtik el, hogy a gibbus nem maga a betegség, hanem annak végkifejlődése s a diagnoszt már a subjectiv és eléggé kifejezett egyéb objectiv jelekből fogják megállapítani, akkor maguk részéről a leghathatósabban hozzájárulnak ahhoz, hogy a spondylitis lehetőleg gibbus nélkül gyógyuljon.

Előadásában két tételt állított fel, a melyek perdöntők abban a kérdésben, vajjon a spondylitis gibbus nélküli gyógyítására a fektetés, vagy a fennjáró kezelés alkalmasabb-e?

Hogy a szabadban való permanens fektetés nem áll ellentétben az alapbántalom hygienés-diaedás kezelésnek szabályaival, azt saját tapasztalatain kívül *Dalmady* hozzászólása teljesen tisztázta. *Kopits* azon ellenvetését, hogy a szegény népnél az ápolás, az ambulans kezelés nehézségei, az elégtelen orvosi ellenőrzés és rossz lakásviszonyok miatt a fektetés keresztül nem vihető, megdöntik az előadó tapasztalatai. Betegeink $\frac{2}{3}$ része szegény volt, legnagyobb részét kórházi ambulans kezelésben és ellenőrzésben részesült, de azért eredményei — az eddigi eseteket véve alapul — a legteljesebbek, a mennyiben aránylag rövid idő alatt s kivétel nélkül gibbus nélkül gyógyultak. Ezt a gyógyulási százalékot a fennjáró kezeléssel meggyőződése szerint lehetetlen lesz felmutatni.

A napkúrára, a szabad levegőn való tartózkodásra az előadó épp oly súlyt helyez, mint *Manninger*.

Az előadó második alaptételével szemben (a tehermentesítésre a fűző elégtelen) a felszólalók egyetlen helytálló érvet sem hoztak fel. Az az állítás, hogy a teherviselésre nem a csigolyatestek sora, hanem a csigolyaívek által alkotott oszlop van hivatva, ellentétes minden eddigi ismerettel. A csigolyaívek a gerinczagy védelmére szolgálnak, de nem teherviselésre. Mindaddig, míg a testsúly vonala a gerincz vonala elé esik, a test önsúlyának hatása feltétlenül érvényesülni fog. Ezen a legkötelesebb fűző sem változtathat. E tétellel áll vagy esik az előadó összes felvétele s miután a vita folyamán ezeket meg nem döntötték, ezért a belőlük eredő következtetéseket a teljes egészükben fentartja.

A nyári tejromlás hatása elleni védekezés a csecsemőtáplálásban.

Berend Miklós: A múlt évben nyáron észlelt tejmegsavanyodás és elromlás tömeges dysenteriaszerű megbetegedésre vezetett a csecsemőkörben, a melyek kutatását az előadó annál inkább kötelességének tartotta, mert előrelátható volt, hogy az idén a tejfelhozatali, hűtési nehézségek miatt a nyári megbetegedések elleni küzdelem igen nehéz feladatok elé állítja a gyermekorvosokat. Előbb a *Czerny*-féle vajlevesssel, majd a zsír-húslevesssel kísérletezett, mint oly tápszerekkel, a melyek kevés tejet igényelnek s téli eredményei elég jók is voltak. Mielőtt azonban az orvosegyletnek ezeket ajánlotta volna, kötelességének tartotta meggyőződni, hogy ha savanyú tejjel állítatnak elő — a mi a nyáron okvetlenül be fog következni —, mi történik? A kísérlet kétségtelenül bebizonyította, hogy ha e tápszerek savanyú tejjel készíttetnek, a csecsemő dysenteriaszerűen megbetegszik. Minthogy az biztos, hogy ez esetekben külső fertőzés nem jöhet szóba, a szénhidrátok bacteriumos hasadásának terméke, a tejsav pedig kétségtelenül ártalmatlan, a mit már a savanyú íróval való táplálási kísérleteink óta tudunk, jóformán csakis az illó zsírsavak jöhetnek szóba mint annak a chemiai ártalomnak az okozói, a mely a csecsemők nyári megbetegedéseinek lényege. Ezt kísérletileg kétségtelen bizonyossággal be is lehetett igazolni. Calcium carbonicum 6 grammját adva egy liter tejhez, vagyis egy, vízben és ideálisan tiszta tejben oldhatatlan, teljesen közömbös port, ez

csakis akkor és csakis annyira oldódik a tejben, a mennyiben ez szabad zsírsavakat tartalmaz; ezekkel a calcium carbonicum vízben oldhatatlan mészs-zappanokká egyesül, az a folyamat áll tehát elő, a melyet diaetás eljárásainkkal úgyis előidézni törekszünk. Ha nincsenek szabad zsírsavak a tejben, a calcium carbonicumnak nincs reá semmi vegyi hatása; még csak nem is közömbösíti.

Miután az a savanyú zsír- vagy vajleves, a mely a kísérlet biztonságával tette beteggá a gyermeket, abszolút ártalmatlannak és közömbösnek bizonyult be minden olyan esetben, a mikor a kész táplálékhoz calcium carbonicumot tett az előadó, kétségtelenül bebizonyult, hogy 1. e megbetegedések oka a táplálék szabad zsírsavtartalma által előidézett bélizgalom volt; 2. hogy calcium carbonicum hozzáátételével ezen ártalmak kifejlődését meg lehet akadályozni s így csökkenteni a nyári csecsemőmegbetegedések számát és súlyosságát.

Kéri a kartársakat, hogy ez eljárást kíséreljék meg a nyáron, hogy ősszel összehasonlíthassák tapasztalataikat.

Torday Ferencz: Az elmúlt nyáron csakugyan nagy számmal voltak olyan hasmenések, melyek körképe ugyan dysenterianak felelt meg leginkább, de kóroka a tej elromlottságában, savanyodottságában keresendő és ezért örömmel kell üdvözlönnünk a tanácsot, mely ezen ártalmat kiküszöbölni akarja.

Czerny-Kleinschmidt közleményének megjelenése után a budapesti állami gyermekmenhely kórházi csecsemőosztályán **Flesch Ármin** főorvos-társával ők is megkezdették a vajas rántott-leveses hígított tej adagolását. Az eredeti előírásához tartották magukat, azaz a rántott-leves elkészítéséhez 7% vajat, 7% lisztet, 5% cukrot használtak. Néhány napon át azonban vajhiány miatt zsírt használtak a vaj helyett s anélkül, hogy messzebbmenő következtetést akarnának ebből levonni, megemlítendő, hogy ennek káros hatását nem látták. A keverékben a tej $\frac{1}{3}$, illetve nagyobb testsúlyú csecsemőknél $\frac{2}{3}$, egyes esetekben felényi mennyiségben volt, de úgy, hogy általában a tej összes napi mennyisége a testsúly $\frac{1}{50}$ -e körül járt. E tejkeverékkel rövidebb-hosszabb ideig 52 csecsemőt tápláltak. Kísérleteikből, ha végreles következtetés nem is vonható le, mégis már ma a következőket mondhatják: koraszülött és veleszületett gyengeségben szenvedő csecsemők táplálásánál az elért eredmények nagyon biztatók, a mi annyival is inkább értékesebb és érdekesebb, mert tudvalevőleg a koraszülöttek mesterséges táplálása a legnehezebb problémák közé tartozik, másfelől meg tudjuk, hogy a koraszülöttek mesterséges táplálásában éppen a zsírszegény iróval értek el jó eredményeket, a rántott-leveses tej pedig zsírdúsabb táplálékot képvisel. Ugyanúgy alkalmas a rántott-leveses tej kizárólagos tápláléknak, mint kevert táplálásnál póttápláléknak. Ők is általában azt látták, hogy a súlygörbe nem halad meredeken felfelé, de feltűnő a gyermekek egészséges, szép arczsine s a széketétek is többnyire pépes összeállásúak. A legfontosabbnak tartják tapasztalataik alapján azt, hogy a vajas rántott-leveses tejjel való táplálásra olyan csecsemőket válasszunk ki, a kiken heveny táplálkozási zavar nem forog fenn, sem pedig ismételt hasmenésük nem volt. Ilyen esetekben ugyanis a zsír-tolerancia csekély és mihamarbb hasmenések, nagy súlyvesztések állhatnak be. Épp ezért decompositio állapotban levő csecsemők nem alkalmasak. Az exsudatív diathesisben szenvedőkön valószínűleg szintén a rossz zsír-tolerancia folytán nem jók az eredmények. Minthogy azonban intézetekben nagy számmal szerepelnek anyanélküli koraszülött csecsemők, továbbá olyanok, kik súlyukban korukhoz viszonyítva jelentősen visszamaradtak, az ilyenek táplálására a rántott-leveses tejben diaetikanak értékes meggazdagodását látjuk.

Id. Liebermann Leó: Fontos dolog, hogy calcium carbonattal meg lehet előzni a hasmenést.

Ha a rántott-leves $\frac{1}{3}$ savanyú tejjel kevertetik, akkor fokozódik az ártalom. Minthogy ektogen bacteriumos fertőzés jóformán ki van zárva, azt hiszi, hogy ennek magyarázata az, hogy a béltractus sohasem steril, bizonyos bacteriumflóra van benne. Coli sohasem hiányzik és lehet, hogy a rántott-leves és a savanyú tej kombinációja olyan kedvező táptalaj, a melyben ezek a bacteriumok annyira elszaporodnak, hogy megbetegedést okoznak.

Flesch Ármin: Fiatal, emlőn táplált, dyspepsiában szenvedő, kis testsúlyú csecsemőknek és dyspepsiás koraszülötteknek adott calcium carbonicum praecipitatumot s az esetek túlnyomó többségében

a hasmenések megszűntek s a súlyvesztések lassanként gyarapodásnak adtak helyet. Ez esetekben is a mérszós hatását úgy kell magyaráznunk, hogy a zsírsavakat megköti s ily módon az erjedéseket megakadályozza. Ezen kísérleteiből is arra a következtetésre jut, hogy calcium carbonicumnak tejben való adásával a zsírsavakat megköthetjük és ily módon a savanyú tej ártalmait megakadályozhatjuk.

Sümei József: Érdekes jelenség a nyári hasmenés. A betegek a saison végén kaptak a fürdőhelyeken hasmenést és leromolva mentek haza. A meteorológiai okokkal próbálta a szólo magyarázni. A múlt év nyara hihetetlenül száraz volt, az összes esőmennyiség augusztus 28.-áig 71 mm. volt, noha 280—350 mm. szokott lenni. A száraz por s benne a bacillus tehát mindent ellepett. Más ártalomra is figyeltek, de nem tudtak felfedezni semmit. Ugyanazon ételeket ették mind és csak egyesek betegedtek meg. 1911-ben ugyanez a jelenség volt, száraz nyár, 81 mm.-nyi eső; akkor is sok hasmenés volt és a saison vége felé jött egy jó eső és egyszerre vége lett a hasmenésnek. Megkötötte a talaj porát. Az időjárást nem lehet ugyan megrendelni, de öntözni lehet; tavaly azonban munkaerő hiányában öntözni sem lehetett.

Berend Miklós: *Flesch*-nek csak azt felelheti, hogy itt nem a gyógyító, már évtizedek óta ismert hatásáról van szó a calcium carbonicumnak; a mit ő csinál, az prophylaxis és nem therapia, a mivel legtöbbször már úgyis későn jövünk. *Liebermann* tanár felfogása az övével megegyezik, megerősíti álláspontját és remélhetőleg hozzá fog járulni ahhoz, hogy az abszolút egyszerű, mindenütt keresztülvihető módszer, a mely abban áll, hogy minden csecsemőtáplálékhoz adjunk hozzá calcium carbonicumot, még e nyáron — a mikor feltétlenül szükség lesz — minél szélesebb körben alkalmaztassék.

PÁLYÁZATOK.

A pesti izraelita hitközség **Bródy Zsigmond** és **Adél-gyermekekórháza** egy bőrgyógyászati rendelőorvosi állásra pályázatot hirdet. 45 éven aluli orvosdoktorok oklevéllel, születési bizonyítvánnyal és az eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványukat folyó évi november hó 30.-áig alulírott igazgatóságnál nyújthatják be.

Budapest, 1918 október 28.-án.

A pesti izr. hitközség **Bródy Zsigmond** és **Adél-gyermekekórháza** igazgatósága
VI., Bókay-tér 1.

122/1918/19. szám.

A pozsonyi m. kir. Erzsébet Tudományegyetem szülő- és nőbeteg-klinikáján a nagym. Vallás- és közoktatásügyi m. kir. Miniszter Ur egy díjas **gyakornoki** állást rendszeresített.

Felhívom az erre pályázókat, hogy folyamodványaikat a dékáni hivatalban nyújtsák be.

Pozsony, 1918 október 25.-én.

Pekár, e. i. orvoskari dékán.

61/1918. Eln. szám.

A nagyszebeni állami elmeegógyító intézetben helyettes másod-orvosi állás van üresedésben; díjazás diplomás orvosnak 20, orvostanhallgatónak 10 korona napidíj és teljes ellátás.

Nagyszeben, 1918 évi október hó 21.-én.

Pándy dr., s. k., igazgató.

25.349. kig. 1918.

Kalivoda Kálmán dr. városi halottkém tiszti orvos lemondása folytán megüresedett és ezen állás betöltése folytán netán megüresedő városi orvosi állásnak helyettesítés utján való betöltésére pályázatot hirdetek és felhívom mindazokat, a kik ezen helyettes állást elnyerni óhajtják, hogy orvosi képesítésüket, erkölcsi életüket és eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket folyó évi november hó 10.-én d. u. 4 óráig bezárólag a városi iktatóhivatalba annál is inkább nyújtsák be, mert az elkésztett érkező pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Mindkét állással járó kezdő fizetés évi 2000 kor., 540 korona lakbér, azonkívül a halottkémlési és orvosi magángyakorlattal járó díjak.

Zenta, 1918 évi október hó 26.-án.

Szárich, polgármester.

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. Gyermekeknek 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 monomethylidinatriumarsenat **isotoniás oldata** steril ampullákban, subcutan injekciókhoz.

1 amp.=0.05 g monomethylidinatriumarsenat.

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.

A „multivalens“ normál vérsavó

therápiás használatáról.

Az utóbbi hetekben — úgy a bel-, mint a külföldön — számos kiváló észlelő tapasztalta a

normális vérsavónak a spanyol járvány eseteiben

való kiváló hatását. Tekintve az e savó iránt mindinkább növekvő érdeklődést, ezuton értesítjük az orvos- és gyógyszerész urakat, hogy a normális vérsavó mátol fogva nálunk

korlátlan mennyiségben

áll az érdekeltek rendelkezésére.

A normális vérsavó használata.

Az eddigi észleletek szerint, legcélszerűbb a vérsavót a spanyol betegség kitörésének **első óráiban kellő adagban a bőralá** fecskendezni. Felnőttek 30—40 cc., gyermekek 10—20 cc-t kapnak. Kisebb adagok — mint elégtelen hatásuak — **ne** adassanak.

A therápiás adagra — a melyet célszerűen kombinálnak egyesek 2×0.5 gm. chininnek 1 órán belüli beadásával — a beteg hőfoka a legkedvezőbb esetekben 24 órán belül kritikusan leesik és a beteg állandóan láztalan marad. Mászor ezen kezdeti hőcsökkenés után a hőfok újra emelkedni kezd, a mi rendesen a szövődményes tüdőlob kezdetét jelenti. Ilyenkor **az adag 1—2-szer megismétlendő. Várni nem szabad**, mivel a 6. napon tul az esetleges anaphylaxia a szérum megismétlését kontraindikálja.

A vérsavó injectió technikája.

Az injectió helye; a két kulcs alatti árok.

Fecskendő: 10 cc-es rekord.

Injectió előtt: Jodtinctura.

Injectió után: Enyhe masszázs és aztán ragtapasz.

Utókövetkezmények: 8—10 nap mulva a rendes urticaria.

Kontraindikáció.

Az olyan egyénen, aki életében már kapott szérumot, a normál szérumnak — mint minden vérsavónak — alkalmazása az illetőnek esetleges túlérzékenysége miatt csakis úgy lehetséges, ha e túlérzékenységet 6 órai időközökben adott 1—1 cc szérum háromszori előzetes befecskendezése után megszüntetjük.

Theoriás jegyzetek.

Vajjon a normális vérsavó mint **idegen fehérje** hat-e, avagy a benne levő u. n. **normális ellenanyagok** útján, még nincs eldöntve. Az első lehetőség mellett szól az, hogy az újabb időben az egyes idegen fehérjéknek, a minők a **bakterium fehérjék** (auto és heterovaccinák), a **steril tej** stb. bőralatti injectiójával („heteroprotein therapia“) a legkülönbözőbb infectiók ellen értek el kedvező eredményeket. A második lehetőséget az támogatja, hogy a normális vérsavókban egymás mellett különböző bakteriumellenes ellenanyagokat mutattak ki. Minthogy a spanyol betegség tüdőszövődményeit a legkülönbözőbb csirák — strepto, diplo-strepto, — pneumococcusok, influenza-bacillusok — okozzák, a melyek ellen ható specifikus savók részben nem is állanak rendelkezésre, részben pedig a bakteriologiai diagnosis nehézségei miatt a gyakorlatban kellő időben nem is alkalmazhatók, az **általános hatásu, „multivalens“ normál vérsavók** alkalmazása a theoria szempontjából is feltétlenül javallva van.

Expedició.

A **multivalens normál vérsavó 50 cc-es üvegekben** kerül forgalomba. Az expedició a rendelések sorrendjében történik; a mai viszonyok mellett az express sürgőnyi rendelés célszerű.

Budapest, 1918. november hó.

Török József gyógyszerár r.-t.

Telefon: $\left\{ \begin{array}{l} 19-40 \\ 110-85 \\ 30-78 \\ 81-75 \end{array} \right.$

Táviratcim: PHARMTÖRÖK.

BUDAPESTI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
II. sz. Sebészeti Klinika Könyvtára
Budapest, VIII. Baross-u. 23-25
Telefon: 143-600.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markúsovsky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bársony János: Az úgynevezett spanyol betegségről. 585. lap.

Bókay Zoltán: Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.) Laryngitis phlegmonosa-ulcerosa influenza kapcsán. 586. lap.

Totis Béla: Közlemény a budapesti m. áll. gyermekmenhelyből. (Igazgató-főorvos: Szana Sándor dr.) A szoptatás lehetősége influenzában. 588. lap.

Sattler Jenő: A spanyol influenzának nevezett járványos betegség gyógyszeres kezelése. 589. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Felix v. Szontagh: Über Disposition. — Lapszemle.

Venerés betegségek. H. Königstein: A constitutio jelentősége a syphilis lefolyásában. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Riese: Influenza kezelése. 590–592. lap.

Magyar orvosi irodalom. 592. lap.

Vegyes hírek. 592. lap.

Tudományos Társulatok. 593–594. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az úgynevezett spanyol betegségről.

Irta: Bársony János dr., egyetemi tanár.

Az egész Európán áthúzódott járváynak az emberéletben való pusztítása idestova felér egy kis háborúval. A spanyol betegség pathogenesisének kiderítését célzott munka sok fáradságába került a bakteriologusoknak és pathologusoknak, az ellene irányítandó védekezés és a már kitört betegség gyógyításmódjának a keresgélése meg sok fejtörést okozott a praktikusoknak és klinikusoknak. Védekezni valamely káros hatással szemben, annál inkább gyógyítani a betegséget csak akkor lehetséges, ha tudjuk, hogy az a káros hatás mitől származhatik, a betegség miből keletkezik. Az eddig közölt irodalmi adatok alapján csak két dolog az, amit egészen ösmerünk: a betegség klinikai variátióit, meg a roncsolásokat, melyeket a testben véghez visz, vagyis a klinikai és a kórboncztni képet. Ezzel a kettővel pedig nem volt nehéz megösmernedhetni, hiszen naponta ezek demonstrálják a gyakorlatban és százak a bonczasztalon a betegség keltette reakciókat és elváltozásokat. A prophylaxis és a therapia azonban teljesen fejvesztett, zürzavaros, kapkodó és gyakran következetlen is. Nem lehet tehát csudálni, hogy nagy az áldozatok száma. Meggyógyul az, akinek van elég szerencséje. Merthogy a gyógyítás nem a pathogenesisen alapult okszerű, hanem csak legfeljebb rosszul tüneti.

E körülmények között mindenki jogosult tárgyalni a kérdést. Így azután, bár a betegség a testnek egészen más részén folyik le s nem a genitálékon, miután a kórleflyás megfigyelése, az internisták előadásai s a kórbonczolás leletei nyomán igen sok hasonlatosságát vélem felfedezni a betegségnek a gyermekági lázzal, elmondom én, a gynaeologus is a tapasztalataimat és gondolataimat, hátha hozzá tudok járulni velük a betegség aetiologiájának és valódi jellegének a felderítéséhez.

A szülészek éppen a terapiájára tekintetből osztályozni próbálják a gyermekági lázat. A betegség bakteriumos eredésű. Az egyik bacterium saprophyta, a másik aggressiv, genyedést kiváltó. A két csoport között vannak olyan alakok is, melyek átmeneti, közbeneső fajták. A saprophyta is kedvező körülmények között aggressivvá válhat, de meg az is lehet, hogy a sapraemiának indult betegség által megrongált, elgyengült talajon az infectio emelkedik uralkodóvá. Mert hiszen két componensből alakul ki a betegség jellege: a

bacterium erejéből és az ellenállásból, melyet az ember teste kifejtteni tud. A szülészek nagy része, köztük magam is, megkülönböztetünk sapraemiát, a mely nem más, mint intoxicatiója az egész szervezetnek, és megkülönböztetünk infectiót, a mely az aggressiv bacteriumokkal történt fertőzést jelenti a testnek. Az utóbbit egyszer el tudják határolni a test védő erői, máskor nem, s ez utóbbiakból lesz az általános sepsis. Ez a sepsis terjed a nyirokutakon vagy a vérereken, vagy egyszerre mindakettőn is. Az inoculatio a genitálék hámfosztott részein megy végbe. Az általános sepsis roncsol mindenfelé, az elváltozások természetesen elsősorban a méhen keletkeznek. Van köztük foudroyans sepsis, a mely akár 24 órán belül öl, ezekben a bonczolás is alig tud valamit mutatni, az ember testének az invasióra reagálni sem volt ideje. A mérsékeltbben mérges infectióval szemben napokig, sőt hetekig is védi magát az arra való erős organismus. Ez esetekben állandóan magas a hőmérsék, szapora a pulsus, haemolysis, egyelőre inkább leukocytosis; ha már leukopenia, akkor vége van, kimerült az asszony. Kiváltképpen rossz jel, ha a vérben keringő bacteriumoknak sikerül a tüdőben megtelepedni. Tüdőmetastasis, köhögés, rohamos oldása a vörösvérsejteknek, szapora légzés, arányosan iramodó pulsus, végkimerültség. Ha azonban az organismus a bacterium-invasión erőt tudott venni, akkor lassankint kezd emelkedni ismét a vörösvérsejtek száma s bár már a leflyás a jórafordulást dokumentálja, továbbra is napokig, akár hetekig lázas a hőmérsék, jelöl annak, hogy a csata még nem dőlt el végképpen, vigyázatlanság visszaesést vonhat maga után.

A klinikámon eddig körülbelül negyven spanyol beteget ápolunk, közöttük voltak orvosok, ápolónők, gyermekágyasok. A háziterheseket, ha betegek lettek, hogy a többi védjük, áttettük a fertőző kórházba. A gyermekágyasokat meg elkülönítettük. Ne felejtjük, hogy a terhes és gyermekágyas asszony minden betegségre sokkal hajlamosabb az acquirált noxiákat csökkent ellenállásával másoknál nehezebben tudja elviselni. Ennek oka bizonyára az a nehéz, minden szervet megviselő munka, melyet a terhesség és a szülés a nő testére ró, meg a terhességgel járó toxinproductio, melyet az egészséges, erős organismus antitoxinokkal paralizálni tud, de ez a paralizálás is időszaki ingásokat mutat s az ilyen állapot már nem nevezhető teljes véderőnek. A klinikai betegek megfigyelése, az olvasott és meghallgatott előadások s a bonczolás adatai alapján tehát én azt hiszem, hogy ez a spanyol betegség rokona a gyermekági láznak. Vannak a betegek közt, akik egészen az intoxicatio képét mutatják, ezek a könnyű alakok, ezekben a Pfeiffer bacillusa az ural-

kodó mikroorganizmus; vannak súlyosabb betegek, akikben már a Pfeiffer-bacillus kevesebb, de sok a streptococcus; vannak foudroyansan pusztító, nap vagy rövid napok alatt fojtó betegségek, amelyeken nem segíthet senki, mert a legvirulensebb streptococcusok tömege lepte el a tüdőt, éppen azt a szövetet, amely az oxygent közvetíti, s ha még idő van rá, a reactiv gyulladás határ nélkül terjed, úgy a nyirok-úton, mint a vérereken, amelyek falai törékenyek lesznek, vérzik a tüdő, a bél, a torok, az orr nyálkahártyája. A garat, a nagy és legkisebb hörgők olyanok, mint a vörös bársony. Ezek mellett rázóhideggel bevezetett állandó magas hőmérsék; szapora pulsus, elesettség, cyanosis, légszomj, haemolysis, a végén leukopenia. Ha pedig gyógyulás, akkor még jó ideig magas, majd lassankint ereszkedve lázas a hőmérsék s vigyázatlanságnál recidiva, halál. Vagyis egyszer sapraemia, máskor saprikus alapon fejlődött strepto-infectio, harmadszor meg tiszta streptosepsis, csak hogy az inoculatio helye nem a méh ürege, hanem directe a tüdő. A betegség belelegzés útján fertőzi az embert. Ha így juthatnak belénk a Pfeiffer-bacillusok, ezekkel, vagy akár nélkülük is lélegezhetünk be genyedetést keltőt is. A streptococcus emberparasita. A háború közvetítésével járványosan is tömérdek emberpassageon ment már keresztül, virulentiája tehát nagyot emelkedett és ugyanaz a háború az emberek testi s lelki energiáit nagyon megviselte; a két componens közül a mikroorganizmusok vannak előtérben s bár a tüdő hámja mechanice nincsen lekaparva, de akár mert az influenza mikroorganizmusai előbb megviselték, akár mert a bronchiolusok és acinusok hámja igen finom, gyenge, a kiválóan aggressiv streptococcusoknak nem tud ellenállni. A klinikus és pathologus megfigyeléseiből bizonyos az, hogy az infectiónak a tüdő a telepe, hogy a haldoklók streptococcusokkal vannak telítve, hogy a mikroorganizmusok útja a tüdő szövetében is a nyirok- és vérerek, hogy ez utóbbiak könnyen szakadoznak, és pedig nemcsak a tüdőben, hanem a belekben és egyéb nyálkahártyán, az orrvérzések például olyan nagymérvűek, hogy a betegek csaknem elvérzenek. Minden intoxicatio, minden infectio esetén törékenyek lesznek az ember erei s az efajta vérzésen nehéz urrá lenni, merthogy az inficiált vér higabb és nehezen alvad meg.

Vannak tehát most is influenzák, de csupán influenza-infectióban aránylag ma is kevés ember hal meg, bár, mint minden epidemia idején, a mérgesebb bacteriumok befolyása következményeként a betegségnek súlyosabb formáival lehet találkozni. Az öldöklő spanyol betegség azonban tulajdonképpen nagyon mérges streptofertőzés, vagyis tüdősepsis. Ennek a prognosisa pedig bizony rossz. Olyan betegnek, a ki nem tud oxydálni, mert mindakét tüdeje inficiáltan infiltrált, kevés reménye lehet az élethez.

Az elmondottakat véve alapul, a prophylaxisnak is, a therapiának is e sepsis ellen kell irányulni. Foudroyans sepsist nem fogunk meggyógyítani, nem lesz arra elegendő időnk. A lassu sepsis ellen azonban mégis csak tehetünk valamit. A therapia vezérfonala ugyanaz, mint a gyermekági lázban. A test erejét kell fenntartanunk s a vele szemben támadó streptococcusok virulentiáját kell korlátoznunk. A lehetőségig való tápláláson kívül tüdődesinficiensként is subcutan naponta többször kámfor, szükség szerint intravenásan is. Ezenfelül olyan kezelés, mely a genyedetést keltő bacteriumok aggressivitását csökkenteni tudja. A serumok, a collargol, az ezüstpraeparatumok hatástalanságáról éppen ez a járvány állította ki a végső bizonyítványt. Streptosepsis ellen nem érnek azok semmit sem. „Chemisch zielen lernen“, mondta Ehrlich. Vagyis minden ellenségre a megfelelő fegyverrel kell lőni. A chemotherapia a tanubizonyossága, hogy a különböző fajta bacteriumokra más és más vegyi szernek van különös hatása. Mondhatjuk úgy is (Ehrlich, Edelmann, Roosen), hogy a különféle bacteriumok protoplasmája iránt más és más szernek van affinitása, vagy hogy valamely bacteriumnak egy bizonyos szer irányában van chemoreceptora, stb. A malaria plasmodiumának például specifikusan ellensége a chinin, a gonococcusnak az ezüst, a spirochaetának az arsen és kénese,

a genyedetést keltőknek szintén a kénesezősók, stb. Ezzel nem az van mondva, hogy más vegyi szereknek ne lehetne befolyása az említett mikroorganizmusokra csak a jelzetteknek, mert hiszen például a chlor elpusztít minden bacteriumot, hanem, hogy a tapasztalás szerint e szerekről bizonyosodott be, hogy az emberi organismus vérebe is bevihetők az oda-talakodott mikroorganizmusok korlátozására s azokra ott is specifikus befolyással bírnak. Kerek 25 esztendeje, hogy ez irányu kísérleteim már biztató eredménnyel jártak. Kilencz éve, hogy az első publicatióm napvilágot látott. A háborúnak kellett kitörnie, hogy az általa teremtett nyomasztó helyzetek egyik-másik orvoskollegámat az ajánlottam therapiára is rákényszerítsék. Két év előtt Manning a háborús sebfertőzéstől eredett sepsisben, most Leitner a tüdősepsisben jutott arra az eredményre, hogy a genyedetést keltőkkel szemben legtöbb hasznót hoznak az intravenás sublimatbefecskendezések. A Leitner publicatiójához azt csatolom hozzá, hogy én az epidemia alatt megbetegedetteket teljesen a gyermekági sepsis módjára kezeltem és igen súlyos tüdőbetegeket, a kiket már magam is in ultimis hittem (sötét cyanosis, nyomasztó nagy légszomj), láttam meggyógyulni. Az injectióknak a praxisra nézve egy hátrányos oldala mégis van. Tudniillik a technikáját be kell gyakorolni. Erre való tekintetből — és tulajdonképpen e cikkelynek éppen ez a célja — hozom emlékeztetbe a tavaszi előadásomat a gyermekági láz therapiájáról. Az alkalomból én minden most szokásban levő és kísérlet tárgyát tevő therapiaformát elmondtam, közöttük ma a légelterjedtebbnek találtam a methylenkekeztést (argochrom-)kezelést. Ez a therapia a methylenkék affinitását a bacterium protoplasmához akarja felhasználni arra, hogy az ezüsttel a bacteriumnak ártalmára legyen, mert a bacteriumnak specifikus chemoreceptora vannak a methylenkék számára, annyira, hogy a bacteriumot in vivo is festi. Az argochromtherapia értékben olyan fokon maradt, mint a többi ezüstpraeparatum, collargol, elektrargol stb. Előadásomban felemlítettem a többi közt a Roosen gyógyító módját, a ki methylenkéket calomellel kombinálva ad a sepsis ellen. Öt-hat izben 2 órai időközben husz centigramm methylenkéket tokban a szájon keresztül és az utolsó adagra 24 órával ugyancsak husz centigramm calomelt a farizmokba. Huszon-négy óra alatt a festék befészkelte magát már a mikroococcusokban, az ekkor nyújtott calomelből a methylenkék chlorionjával (a methylenkék a tetra-methylthioninnak sósavas sója) éppen a bacteriumban fejlődik sublimat, anélkül tehát, hogy a test vitalis sejtjeinek ártalmára válnék, ártalmára válik a streptococcusoknak. A kezelés szükség esetén hasonló módon egy hét multán megismételhető. A vizelet a szájon át szedett festék után is napokra megkékül.

A klinikán a Roosen módján vezetjük mostanában be a sepsis-kurát, mellette azonban megkapja az asszony a napi 3—3 milligramm sublimatját intravenásan is.

A mikor a szakelőadóktól azt halljuk, hogy a prophylaktikus önvédelmen kívül therapeutice a belgyógyász a kitört spanyol betegség megállítására semmit sem tud tenni, vagyis tehetetlenül áll a betegséggel szemben, akkor én remélem, hogy a therapia elmondott variatiójának hasznát fogják venni, a kik bizni tudnak a streptococcus-sepsis chemotherapiájának eme formájában.

Közlemény a budapesti Stefánia-gyermekekórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikáról. (Igazgató: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.)

Laryngitis phlegmonoso-ulcerosa influenza kapcsán.

Irt: Bókay Zoltán dr., egyetemi magántanár, klinikai I. tanársegéd, a Stefánia-kórház rendelő-orvosa.

Az európaszerte jelenleg lefolyó s nagyszámú megbetegedéssel és súlyos tünetekkel járó influenza-pandemia még csak kevéssé van ismertetve s a megjelent bel- és külföldi cikkek eddig csak egy-egy mozaik-szemét alkotják a későbbi összefoglaló ismertetéseknek.

A mostani járvány eseteit áttekintve, elsősorban azt az érdekes észlelést tettük gyermekanyagunkon, hogy a gége lobosodása, mely enyhébb esetekben csak rekedtségben, aphoniában, gégetáji fájdalmakban nyilvánul, súlyosabb esetekben pedig ál-croupos tüneteket, esetleg valódi laryngitis crouposához csatlódásig hasonló kórképet vált ki, egyáltalában nem tartozik a ritkaságok közé. Pontos statisztikai adatok nem állnak még rendelkezésünkre és így nem is lehetünk abban a helyzetben, hogy százalékokban közöljük, hogy hány esetben láttunk gégetüneteket; való azonban az, hogy népes rendelésünkön influenzás betegek nagy részén észleltük, hogy a hang többé-kevésbé fátyolozott volta, az ugató száraz köhögés s a gégetáji fájdalom voltak az első napokban jórészt azok a kórtünetek, melyek a láz mellett leginkább zavarták betegeinket. Jochmann¹ ismert munkájában, az idevonatkozó részletesen megírt fejezetben, a melyben az 1889—93. évi járvány alatt tett tapasztalatokra támaszkodik, csodálatosképpen a gégetüneteket alig említi fel s csupán három sorban utal arra, hogy némely esetben acut haemorrhagiás laryngitis, egyes igen súlyos esetekben pedig glottis-oedema jelentkezhetik a betegség folyamán.

A mi tapasztalatainkhoz hasonlókat észlelt a jelenlegi járvány alatt Stettner² is az erlangeni gyermekklinikán, ki kis közleményében három esetről tesz említést, melyekben az influenzával kapcsolatosan súlyos felső légúti stenosis állott be s melyek közül egy esetben a tünetek súlyosságánál fogva operative is be kellett avatkozni.

A hamburgi Szent György-kórház prosectora Simmonds³ hasonlóképp említést tesz úgy a gégeben, mint a légcsőben, valamint az alsó légutakban talált, egészen a descendáló croupra emlékeztető álhártyaszerű képződményekről, melyek mellett nem egyszer a gégefőben fekélyződés, necrosis, néha glottis-oedema is volt jelen. Tapasztalatai felnőttekre vonatkoznak.

Buday⁴ tanár a budapesti kir. orvosegyletben tartott legutóbbi referáló előadásában szintén foglalkozik a gége és légcső részéről mutatózó eme jelenségekkel s megemlíti mint bonczleletet, hogy körülírtan néha igen finom fátyolszerű, máskor feltűnőbb álhártyás izzadmánynyal volt borítva a légcső nyálkahártyája.

Alant leírt két esetünk teljesen a Simmonds, Stettner és Buday által leírt klinikai, illetőleg kórbonczolási képet mutatta s mindkettő csatlódásig hasonlólt a diphtheriás croup kórképéhez.

Két esetünk története a következő:

H. Sándor, 8 éves, felvételét 1918. szeptember 27.-én azzal a panasszal, hogy két nap óta beteg, lázas, köhög s anyja és két testvére hasonló tünetek között otthon fekszik betegen. Néhány nap múlva értesültünk arról, hogy anyja és egyik testvére a Szent László-kórházban influenzában meghalt, másik testvére pedig igen súlyos állapotban a „Fehér-kereszt”-gyermekkórházban fekszik.

A korához képest gyengébben fejlett és táplált fiúgyermek csontrendszere ép, alakú eltérést nem mutat. A bőre halvány, köthártyája belővelt. Az ajkak mérsékelten cyanosisosak. A tüdők felett elszórtan hurutos zörejek, szaporább légzés (34), minden belégzéskor igen mérsékelt scrobicularis behúzódnás. A szívotpulat rendes nagyságú és alakú, a szívhangok tiszták, kellően ékeltek, kissé tompák. A pulsus szapora, percenként 130, kisebb hullámú. A torokképletek belőveltek, a mandulák kevésbé megduzzadtak, álhártyás felrakódás sehol sem látható. A máj és a lép megduzzadt, a hang erősen rekedt, a köhögés ugató jellegű. A légzés kissé hangos. A vizeletben fehérje nem mutatható ki. Hőmérséklet 39,8° C. A gyermek bágyadt. Culturelis vizsgálata anyag vétetik. Göz-sátor alá helyezük. Óvatosságból 6000 I. E. diphtheriaellenes gyógyszer. Digalen. Acid. acetylo-salicilicum.

Szeptember 27. 39,8—38,6° C. A hang sokkal rekedtebb, a légzés neheztettebb, hangos. A köhögés száraz, kifejezetten laryngealis jellegű. Diphtheria-bacillus culturalis vizsgálattal nem volt kimutatható, főleg streptococcusok tenyészték ki.

Szeptember 28. 39,2—39,5° C, érverés 128, légzés 35. Mindkét tüdő felett bőven kevert hólyagú hurutos zörejek. Az ajkak cyanosisa

fokozódott. A légzés fokról-fokra neheztettebb, a gyomorgödri behúzódnások sokkal feltűnőbbek. Senega liquor ammon. anis.-val.

Szeptember 29. 39,1—39,4° C, pulsus 120, légzés 38. A légzés oly neheztettebb válik, hogy délután 5 órakor intubációt kell végeznünk. Tubus bevezetése után a légzés kissé felszabadul.

Szeptember 30. 39,8—39,2° C, érverés 128, légzés 36. Fekvő tubus mellett a légzés nyugodtabb, scrobicularis behúzódnás alig látható. A közérzet rosszabbodott, keveset táplálkozik.

Október 1. 39,5—38,7° C, érverés 124, légzés 35. Délután 10 órakor extubáljuk. Utána a légzés nem válik neheztettebbé. A gözsátort folytatjuk. A közérzet változatlanul rossz. A pulsus gyenge, könnyen elnyomható. Az ajkak állandóan cyanosisosak. Tudólet mint fent.

Október 2. 39,8—39,8° C, érverés 128, légzés 36. A mellkas felett jobboldalt, a lapoczká csúcsa alatt rövidült kopogtatási hang, gyengült légvét, baloldalt csupán néhány hurutos zöreje.

Október 3. 39,0—40,1° C, érverés 162, légzés 54. Igen nagy elesettség, szárazon, szaggatottan köhög, teljes aphonia, jobboldalt a scapula alatt tompa, üres kopogtatási hang, erősen gyengült légvét. Probacspapalaskor körülbelül 3 cm³ zavaros fibrines savót nyerünk.

Október 4. 39,7—40,1° C, érverés 158, légzés 52. A lapoczká csúcsa alatti tompulat intenzitásában nyert. A légzés különösen az expiratóriór neheztette. A pulsus alig tapintható. Éjjel után fokozódó szívgyengeség tünetei között beáll a halál.

A klinikai diagnózist influenza epidemica tettük, a melyhez szövődményképpen genyes bronchitis, laryngitis subglottica acuta és genyes mellhártyalob társult.

A két napra reá végzett kórbonczoláskor (Johan dr. magántanár, kórházi prosector) a következőket találtuk:

A gyengén fejlett sovány gyermek hullájának oldalán és hátán elég sok halvány szederjes hullafolt. Rekeszfal mindkét oldalán a V. borda alsó szélén. A jobb mellűrben mintegy 200 cm³-nyi, laza fibrin tartalmú zavaros savó. A szív közepnagyságú, izomzata petyhüdt és törékeny. A bal tüdő nagyobb a rendesnél, elülső részeiben puha, párna-tapitató, hátul valamivel tömöttebb, bemetszve savoson beszűrődött, kissé vérbő tüdőszövetet kapunk. A hörgők nyálkahártyája vérbő. A jobb tüdő kisebb, petyhüdt, alsó lebenye tömörült s e helyen a tüdőszövet közepén olasz mogyorónagyságú, közepén genyesen elfolyósodó göcz, a mely felett a mellhártya sárgásan elszínesedett. A hörgők nyálkahártyája igen vérbő s ürök genyes nyálkát tartalmaz. A légcsőben ugyancsak genyes nyálka, a nyálkahártya igen duzzadt és vérbő, egyes helyeken igen finom, fátyolszerű, fehérés álhártyával fedett. A gége nyálkahártyája nagy kiterjedésben genyesen beszűrődött. A gége egyes képletei (ál és valódi hangszalagok) külön-külön meg sem különböztethetők s az egésznek a helyét befedi és elfoglalja a genyesen szétesett nyálkahártya. A torok nyálkahártyája vérbő. A lép duzzadt, szürkés-vörös, lágy. A máj és a vesék zavarosan duzzadtak. A gyomorban vörhenyes színű tartalom.

Diagnosis: Laryngitis phlegmonosa-ulcerosa cum tracheitide et bronchitide diffusa muco-purulenta. Bronchopneumonia abscedens lobi inferioris pulmonis dextri, cum pleuritide sero-fibrinosa partum purulenta eiusdem lateris. Degeneratio parenchymatosa renum et hepatis. Splenitis hypertrophica.

A gégeből vett genyből streptococcus tenyésztett ki, a nyálkahártya szövőtményi metszeteiben is csupán streptococcusok voltak kimutathatók.

Második észleléstünk G. Anna, 29 éves kórházi cselédleányunk esete, ki 1918. szeptember 25.-én betegedett meg rázóhideggel bevezetett magas lázzal és kit szeptember 26.-án helyeztünk a betegosztályra. Az elkövetődött, erősen fejlett nőn feltűnt mindjárt a nagy rekedtség és az ajkaknak cyanosisa, mely utóbbi azonban az első napon, a lefekvés után csakhamar enyhült. A beteg köhögéssről, mellkasi szűrésről és gége-légcsőfájdalmakról panaszkodott.

Vizsgálatkor kissé belővelt torokképletek s erősen bevont nyelv. A tüdő felett bővebb durva hurutos zörejek, búgások és sípolások. Hőmérséklete 39,4—39,2° között ingadozik, pulsa eléggé telt, száma 80—90 volt. A légzés kissé neheztette és a folytonos köhögés-inger miatt szaggatott.

Szeptember 27.-én állandóan magas hőmérséklet 39,4—39,8° C-ig. Folytonosan szárazon köhög s erős gégefájdalmakról panaszkodik. A légzés neheztette s a felső légút stenosis típusos képét mutatja. Majdnem teljesen hangtalan. A stridor a délután folyamán erősebben fokozódott, de este felé kissé engedett. Culturelis bacteriologiai vizsgálatra anyagot veszünk a torokból.

Szeptember 28.-án a láz eléri a 40° C-t. Teljes elesettség, rossz pulsus, erősen cyanosisos nyálkahártyák. Igen erős stridor, úgy a be-, mint a kilégzés erősen gátolt s 9 óra felé reggel a fenyegető asphyxia miatt sürgősen intubatio válik szükségessé. Daczára, hogy csödhangot kapunk, a légzés nem szabadul fel és minthogy teljes légzési képesség áll be, momentán tracheotómiát kell végeznünk, mire a légzés azonnal szabaddá válik, az erős cyanosis hamarosan enged s a reggel folyamán már alig tapintható pulsus ismét teltebbé válik. Az előbbi napon vett torokváladék culturelis vizsgálatában diphtheria-bacillus nem volt kimutatható, főleg streptococcusok tenyészték ki.

Daczára az erősen adott szívtonicumoknak, az esti órák alatt, a láz folytonos emelkedése mellett, a pulsus mindinkább rosszabbodik és szeptember 29.-én hajnalban szívkimerülés következtében alig négy napi betegség után beáll a halál.

Kórjelzésünk kezdetben laryngitis crouposa volt (a cselédleány a diphtheria-osztályon végzett cselédszolgálatot), de már a következő

¹ Jochmann: Lehrb. der Infektionskrankheiten, 1914, 349. lap.

² E. Stettner: Münchener med. Wochenschr., 1918, 37. sz.

³ M. Simmonds: Münchener med. Wochenschr., 1918, 37. sz.

⁴ Buday Kálmán: Orvosi Hetilap, 1918, 44. szám.

napon influenza epidemiciára gondoltunk, annyival inkább, mert fentebb ismertetett esetünk röviddel azelőtt állott észlelésünk alatt.

A másnap végzett bonczoláskor (Johan dr., egyet. magántanár, kórh. prosector) a következőket találtuk:

A bonczoláskor csak a géget és a légcső felső részét vettük ki, mert a hozzátartozók óhajára a teljes bonczolástól el kellett állnunk.

A kivett részlet felvágása után kiderül, hogy a gégenek különösen jobb oldalán a nyálkahártyában kölesnyi-fillérnyi lapos tályogok vannak. A gége nyálkahártyája helyenként erősen genyesen beszűrődött. A trachea nyálkahártyája nagyon vérbő, rajta tapadós geny, nyálka, körülírtan áthártyászerű finom lepedék. A toroknyálkahártya ugyancsak duzzadt, genyesen beszűrődött.

A tályogok genyében hosszú streptococcus-láncokat találtunk.

Mint fentebbi két esetünk leírásából kiviláglik, a felső légút-szűkületet egyik esetben sem diphtheria-bacillus okozta, hanem a streptococcusnak egy faja, a melyet a mostani influenza-járvány alkalmával gyakran látnak. Hogy vajjon ez a streptococcus faj volt-e okozója az alapterbetegségnek, azt természetesen nem állíthatjuk (úgy látszik, hogy a járványos kórt nem látható, hanem filtrálható vírus okozza (Buday, Hutya⁵), mindenesetre feltűnő azonban, hogy oly gyakran található a jelenben influenzás betegek torokváladékában. Magunk részéről is úgy sejtjük, hogy a mostani járvány alatt észlelt sokféle és súlyos szövödményeknek oka valószínűleg az, hogy az eredeti fertőhöz csakhamar egy streptococcusos társinfectio csatlakozik, melynek hatása alatt a betegség intenzitásában fokozódik s mely megindítója a súlyos szövödmények egész sorozatának.

Két esetünkre visszatérve, mindkét esetben a gége és légcső nyálkahártyájának genyén beszűrődése volt jelen, következményes nyálkahártya-necrosis és áttörésekkel a gége és légcső lumene felé. Az egésznek a képe hasonlatos volt ahhoz a kórfolyamathoz, a melyet néhány év előtt Gerber⁶ a Heymann-féle gégeészeti nagy gyűjteményében laryngitis acuta phlegmonosa, illetőleg laryngitis erysipelatosá neve alatt írt le s melynek különböző streptococcus-fajok az okozói. Ghon⁷ 1917-ben ismertetett egy esetet, melyben kórokozó gyanánt staphylococcus pyogenes aureus volt kimutatható.

A betegágnál a differentialis diagnosis a valódi croup s az influenza által okozott felső légút-stenosis között, mint láttuk, nem könnyű. Mindenesetre elengedhetetlen ily gyanús esetekben a bakteriológiai culturalis vizsgálat mielőbbi végzése. Szükségessé váló műtéti beavatkozáskor, tekintettel a nyálkahártyanecrosisra, a jövőben ily esetekben inkább a légcsőmetszést választanánk, mert az ily módon erősen bántalmazott nyálkahártyán az intubációs trauma következtében könnyen jöhet létre súlyos és nagy kiterjedésű decubitalis fekélyződés, ami a gyógyulás bekövetkezésével kétségtelenül súlyos functiók zavarokat fog okozni. (I. Bókay: Die Lehre von der Intubation, 1908).

Közlemény a budapesti m. áll. gyermekmenhelyből. (Igazgató-főorvos: Szana Sándor dr.)

A szoptatás lehetősége influenzában.

Írta: Totis Béla dr., főorvos-helyettes.

A most uralkodó influenza-járvány alatt intézetünkben több szoptató anya betegedett meg influenzában. Ez alkalommal a csecsemőknek ezen betegséggel szemben való viselkedéséről oly tapasztalatokat tettünk, a melyeket nemcsak tudományos, de gyakorlati szempontokból is az orvosi nyilvánosság elé kívánunk hozni.

Tankönyveink azt tanítják, hogy az influenza a csecsemőkben épp úgy észlelhető, mint az agg- és bármely életkorban. Bókay szerint a gyermekkorban a bronchialis alak leggyakoribb, Bendix pedig a gastrikus formával találkozott leginkább. Az összes szerzők megegyeznek abban, hogy az influenza prognóisa a gyermekkorban igen jó.

A mostani epidemiában az influenza-vírus contagiositása

igen nagy és mégis — a fentiek alapján — megengedtük, hogy az influenzában szenvedő anyák csecsemőiket szoptassák. Az eredmény az volt, hogy a csecsemők nem betegedtek meg influenzában. A gyermekmenhely átmeneti osztályán hét ilyen esetünk volt. A hét eset közül négyben az anya az intézetben kapta meg a betegséget, három esetben az anyák betegen kerültek az intézetbe.

A beteg anyák csecsemői különböző életkorúak voltak, két-hetéstől 5 hónaposig. Minden esetben anyjukkal együtt maradtak az egész betegség tartama alatt és midőn az anyák lázasak lettek, a csecsemők velük együtt abba az elkülönített szobába kerültek, a hol az influenzás anyákat ápoltuk.

A hét eset közül hat anya a betegség egész ideje alatt maga szoptatta csecsemőjét és ezeken két irányban tettünk fontos tapasztalatokat. Elsősorban az anya betegségét egyáltalában nem súlyosbította a szoptatás, a hat anya szövödmény nélkül 4—5 napi lázas állapot után meggyógyult. Másrészt a tejelválasztás különösebb csökkenését nem észleltük, a csecsemők az anya betegségének egész ideje alatt láztalanok voltak, normalis széklettel, súlygörbéjük egyenletesen emelkedett.

1. számú eset (74.523. törzslapszám): F. Béla két hetes, anyja három napig lázas, hízott 70 grammot.

2. számú eset (74.046. törzslapszám): P. János 9 hetes, anyjának kilencz napos betegsége alatt hízott 280 grammot.

3. számú eset (74.473. törzslapszám): S. Magda 10 hetes, anyja hét napig lázas, hízott 200 grammot.

4. számú eset: vidéki menhely számára felvett S. István 4 hetes, anyja hat napig lázas, hízott 180 grammot.

5. számú eset: vidéki menhely számára felvett B. János 3 hetes, anyja négy napig lázas, hízott 150 grammot.

6. számú eset: vidéki menhely számára felvett K. Jolán 4 hetes, anyja öt napig lázas, hízott 170 grammot.

7. számú eset (73.025. törzslapszám): S. István 4 hónapos, anyja igen gyengén fejlett, rosszul táplált nő, a szoptatást a betegség kezdetén szintén maga végezte, azonban ebben az esetben az influenzához baloldali súlyos pneumonia járult, a mikor is a szoptatást talán túlzott óvatosságból nem engedték meg az anyának, hanem a pneumonia alatt mellét kifejtük, úgy hogy gyógyulása után ismét maga vehette át gyermekének szoptatását. Különbözik ez a csecsemő is egészséges maradt és hízott 270 grammot.

Ezekből a ha nem is nagyszámú esetekből nyilvánvaló, hogy a szoptatás nem súlyosbítja az influenzában szenvedő nő betegségét és az influenzában megbetegedett anya teje a csecsemőre nem veszélyes. Az irodalomban e kérdésre vonatkozó több adatot találunk: a legtöbb esetet Amann írta le, a ki 55 gyermekágyas nő influenzáját észlelte, a kik mind a betegség egész ideje alatt maguk szoptatták csecsemőiket; a szoptatástól semmi káros hatást nem látott. Ugyanezen a véleményen van Vinay, Jaschke és Henoch és hasonló tapasztalatokat tett Fleisch is intézetünkben.

Abban az esetben, a hol az influenzához pneumonia társult mint szövödmény, a betegség súlyosabb lefolyásának okát az anya gyenge szervezetében találtuk meg.

Kétségtelennek mondhatjuk, hogy az influenzás vírus nem fertőzi a csecsemőt szoptatás útján. Érdekes, hogy míg a kiállott influenza nem ad immunitást, a csecsemőket velük született nagyobb immunitásuk vagy az anyatej az influenzával szemben megvédi.

Nem akarjuk ezzel azt mondani, hogy a csecsemők nem kapják meg az influenzát, csak azt, hogy az anyatej útján nem, sőt úgy látszik a szopás útján kerülnek a szervezetükbe az immun anyagok.

Az anyák légzőtractusából a köhögés alkalmából esetleg kijutó bacteriumokkal szemben mi törekedtünk némileg védeni a csecsemőket, úgy hogy a szoptatás alatt az anyák arcára kendőt terítettünk.

A szoptató anyák acut infectious betegségeiben, így az influenzában is a hirtelen elválasztás a legnagyobb veszedelem a csecsemőre. Ezen a véleményen van Henoch is. A

⁵ Hutya: Orvosi Hetilap, 1918, 43. sz.

⁶ Heymann: Handb. der Laryngologie und Rhinologie, I. kötet, 1261. lap.

⁷ Ghon: Med. Klinik, 1917, 40. sz., 1077. lap.

közönség nagyon félt a jelenlegi influenza-járvány alatt és a gyermekmenhely felvételeinél láttuk, hogy egy betegségben sem történt annyi nem okadatolt hirtelen elválasztása egészen fiatal csecsemőknek is, mint most. Sajnos, ilyen eseteket még kórházakban kezelt betegeken is láttunk.

Hogy a hirtelen elválasztott csecsemők mily nagy fokban veszélyeztetettek, azt nem kell hangsúlyozni. Ez alkalommal is fel kell hívnunk az orvosok figyelmét arra, hogy az áll. gyermekmenhelybe anya nélkül felvett csecsemők halandósága igen nagy. Az áll. gyermekmenhely az anya nélkül felvett csecsemőt tejtestvérségre igyekszik kihelyezni. Idegen gyermeket azonban rendszerint csak oly szegény asszony vállal szoptatásra, a kinek a csecsemőjén kívül még több gyermeke is van és ezért nem járhat munkába. Az ilyen szegény asszonynak, a ki a háztartásával amellet nagyon el van foglalva, csak ritkán van annyi teje, hogy kizárólag szoptatással tudna kielégítően táplálni. Azonkívül menhelyi gyermeket rendesen csak akkor fogad, mikor édes gyermeke 7—8 hónapos, teje a két gyermek ápolásával járó fáradozása folytán is gyorsabban apad el és így nagyon korán kényszerül hozzátáplálni, tehát vegyesen táplálni. Már pedig az ilyen szegény asszonynak, még ha a menhely telepfelügyelőnöje kellőképpen ki is oktatja, akkor sincs elég ideje a mesterséges tápláláshoz szükséges tisztasághoz. Ezért eredményeink ezen a téren igen rosszak.

Ezen körülmények miatt hívjuk fel az orvosok figyelmét, hogy a menhelybe anya nélkül beküldött csecsemőknek nem „az életét mentik meg”, hanem az életéselyeit csökkentik és az ok nélküli elválasztással a csecsemőhalandóságot növelik. A közölt esetek pedig azt hiszem elég meggyőzők, hogy *influenzában, ha szövödmény nincs, az elválasztás felesleges.*

A spanyol influenzának nevezett járványos betegség gyógyszeres kezelése.

Közli: Sattler Jenő dr.

Az „Orvosi Hetilap” 40. számában előzetes közleményben hívtam fel a figyelmet a spanyol influenzának nevezett járványos betegség gyógyszeres kezelésére. Módomban áll most részletesen beszámolni megfigyeléseimről.

A magán- és kórházi gyakorlatban eddig észlelt eseteim száma 100, melyek közül nyolczvanban a már ismertett kámor-kezelést használtam, a klinikai kép súlyossága, annak lefolyása, illetve a szövödmények szerint állapítva meg adagolásának módját. Ezért szükséges, hogy az általam észlelt klinikai tünetekről röviden megemlékezzem.

A betegség 3 szakáról beszélhetünk: a kezdeti, a lázas és a lázmentes időszakról.

A kezdeti szak megfigyelésem szerint 2—24 óráig tart; tünetei: fejfájás, fáradságérzés, végtagfájdalmak, kissé belövelt conjunctiva és a mi a legszembetűnőbb, vastag lepedékű nyelv és a pirosan belövelt torok. Hőemelkedést ilyenkor még nem észleltünk.

A hirtelen beálló hidegrázással a betegség második és legfontosabb időszaka áll be. Hirtelen magas láz 39.5—40.5°-ig (febris continua), a mely a szövödmények nélküli esetekben legfeljebb 2—3 napig tart és utána kritikusan esik. Ha az esés lytikus, feltétlenül számíthatunk szövödményekre, ezek azonban nem súlyosak; leggyakoribb a bronchitis, melylyel gyakran társul véres, nyálkás hasmenés.

A könnyű esetek harmadik szaka gyorsan zajlik le, a fáradság és gyöngeség érzete néhány nap alatt eltűnik és a beteg gyorsan visszanyeri régi közérzetét.

A súlyosabb alakok második időszaka a könnyebb alakokkal szemben egészen más képet mutat.

A torok erősen belövelt (skarlátszerű torok), a mandulák duzzadtak, a nyelv vastagon lepedékes, a lepedék színe szürkésfehér, később a typosus septikus nyelv tűnik szembe. Az erőbeli állapot és a közérzet nagyon rossz. A nyugtalanság morphiura is csak ritkán és alig reagál. Herpes facialis, erős fej- és végtagfájdalmak. A tüdő felett a kezdeti időszak-

ban semmit sem, vagy legfeljebb igen finom crepitatiót (crepitatio indurata) hallunk. Ez azonban néhány óra alatt változik és a legsúlyosabb kórképe a tüdőgyuladásnak jelenik meg. Dobos, majd tompult, később tompa kopogtatási hang. Hallgatódzásra csengő szörtyözörek, erősbödött mellrengés, bronchophonia. A betegség további lefolyása teljesen atypusos. A kórképet az astheniás tüdőgyuladás névvel illetném, az egész mérgezéshez hasonló képet ad. Hiányzik a rázóhideg, a rozsdaszínű köpet is. A bőr sárga színű, icterusos lesz, a lép az esetek 60%-ában megnagyobbodott és jól tapintható. Kezdetben nem köp a beteg, később hig, folyós, véres köpetet ürít, a mi azonban csak egy, legfeljebb két napig tart. Meg kell említenem, hogy számos esetben észleltem mirigynagyobbodást; a mirigyek helyenkint fájdalmasak voltak, de gyorsan visszafejlődtek.

A gyógyszeres kezelés lényege az, hogy az állapot súlyossága szerint kellő időben kezdjük meg a kámforolajnak nagy mennyiségben adását. Legfontosabb az egész kezelésben, hogy ne késlekedjünk.

A tüdőgyuladás legkezdetibb szakában, a mikor kopogtatásra és hallgatódzásra még semmi sem mutatható ki, ha Röntgen-átvilágítást végzünk, a hilusok tájékán beszűrődést észlelünk anélkül, hogy ez más módon kimutatható volna. Néhány óra múlva újból átvilágítva, e beszűrődés tovaterjedését észleljük.

A kámforolaj-kezelés megkezdésének nem szabad hogy előfeltétele legyen a már kimutatható pneumonia. Én ezt sohasem vártam be, hanem az általános állapotól tettem függővé a kezelés megkezdését. Nagyfokú anaemia, hirtelen nagyfokú gyengeség, erős nyugtalanság, vagy a tüdő felett körülírt helyen elváltozás, mely esetleg bronchopneumonia fejlődésére adhatott gyanút, elégséges volt ahhoz, hogy azonnal megkezdjem a kámforkezelést.

Kezdetben 10%-os kámforolajat adtam 2 cm³-es adagokban, naponta 4—5-ször az eset súlyossága szerint; ha a tüdőgyuladás már kimutatható volt, 6—8-szor adtam 24 óra alatt 2—2 cm³-t. Később 20%-os kámforolajat adtam és jelenleg is ezt adom. Ezzel a kezeléssel elértem azt, hogy az esetek legsúlyosabbjai is 3—4 nap alatt javultak, a láz kritikusan esett; ezután még két napig adtam a szert, de már csak 3-szor naponta 2—2 cm³ mennyiségben. Az antipyreticumokat teljesen mellőztem, semmiféle jó hatásukat nem észleltem, a láz semmivel sem csökkent, csak izzadást váltott ki, a mely után a közérzet rosszabbodott. Alkoholt legfeljebb mint excitans nagyon kis adagokban használtam. Jelentékenyebb hatását sem az elactargolnak, collargolnak, sem az urotropinnak, kifejezett tüdőgyuladás esetén a sublimatnak sem láttam. (Ez utóbbinak mint prophylacticumnak nem ismerem a hatását).

A vizsgált és kezelt esetek száma 100, a halálozás 4. A boncolás csak 3 esetben állapította meg a diagnosis helyességét, a 4. esetben a halál közvetlen oka polyarthritist utáni endocarditis volt. Az egyik esetben pedig, mivel maláriára volt gyanús, csak a halál előtt 24 órával kezdtük meg a kámfor-kezelést.

Még egyszer hangsúlyozni kívánom, hogy az említett kezelésnek jó és biztos hatása csak akkor van, ha idejekorán kezdjük meg. Ajánlanám mindazon esetekben, a melyekben a kezdő tünetek bármily csekély gyanút keltenek a betegség nem sima lefolyására. A szer nem mint cardiacum szerepel, hanem mint a tüdőre specifikusan ható szer. Mint prophylacticumot a tüdőbeli szövödmény meggátolására adjunk 3-szor naponta 1½ cm³-t a 20%-os oldatból, a tüdőelváltozások megjelenése pillanatától pedig a 20%-os oldatból napi 10 cm³-t használjunk, vagyis naponta 5-ször 2 cm³-t.

A jelzett kezelés a kórházi gyakorlatban semmi akadályba sem ütközik; a magánpraxisban ugyan sokkal nehezebb a kivitele, de a fáradságot majdnem mindig siker koronázza.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Felix v. Szontagh: Über Disposition. (Ein Versuch die Pathogenese der contagiösen und der Infektionskrankheiten, sowie das Problem ihres gehäuftten Auftretens auf naturwissenschaftlicher Grundlage zu erklären.) Berlin, 1918, Verlag von S. Karger. 347 lap.

Szontagh Felix tanár, közismert gyermekorvosunk, könyvvé foglalta össze 34 évi orvosi tapasztalatai, észlelései alapján kialakult nézeteit a ragályos és fertőző betegségek mibenlétére vonatkozólag. Szerzője szerint a könyv empiriás-speculatív gondolkodás gyümölcse s megírására igazának, meggyőződésének érzete indította, a mely sokkal erősebb a félelemnél amiatt, hogy tanai elismerésre talán nem találhatnak. A szerző a legmesszebbmenő conditionalismus hívének vallja magát, amennyiben szerinte a ragályos és fertőző betegségeknek nincsenek föltétlen okozói s a mit a mikrobiológia kóroknak tart és ismer, az csak úgy okozhat betegséget, ha a szervezet előzőleg már a kellő dispositio állapotába jutott. De Szontagh még sokkal továbbmenőleg azt is tanítja, hogy a betegségnek nem a kórokozó mikroba adja meg a specifikus jelleget, hanem a dispositio, hogy tehát a szervezet előzetes megváltozása a különböző betegségekben más és más. A dispositio, a mely már maga is betegség, genetikus (endogen) és oikológiai (exogen) tényezőkből alakul ki és lényegében anyagcserebeli problema, s minthogy nélküle betegség ki sem fejlődik, ennél fogva a ragályos és fertőző betegségek kérdése elsősorban szintén anyagcsere-problema. Szontagh tehát a betegségekre nézve disponáló (= sensibilizáló) és aktiváló componenst tételez fel, melyek elseje a fontosabb, mert ha az meg van adva, akkor a betegség ki is fejlődik, azaz a megfelelő mikrobák is azonnal „kéznél” vannak. Ezen fölfogás kedvéért Szontagh kénytelen föltételezni, hogy a pathogen mikrobák tulajdonképpen mindenütt jelen vannak, de dispositio híján nem árthatnak az embernek, vagy pedig, hogy korlátlan variáló képességek folytán az emberben meglevő csírák az illető betegségre jellemző fajokká átalakulnak. A disponáló momentum mibenléte ismeretlen, de mindenestre az anyagcsere megváltozásában keresendő; a főregulvány gyuladása is anyagcserebeli problema. Ezekből következőleg Szontagh nem hisz abban, hogy például fertőző betegségek bakteriumok révén terjednek, vagy hogy például bakteriumviselő egyének terjeszthetnek betegséget; pedig tulajdonképpen az ő álláspontjából sem volna szabad e lehetőséget tagadni, mivel a mikroba, mint aktiváló tényező, ő szerinte is szükséges a betegség kiváltására és így például egy cholera vibriókat viselő egyén ő szerinte is veszélyessé válhat, legalább oly emberekre, a kik a dispositio állapotában vannak. Szontagh sok helyet szánt könyvében a skarlátról szóló fejtegetéseknek, a mely betegségről épp úgy, mint például a diphtheriáról határozottan állítja, hogy az iskola után nem terjed és hogy az e föltevésen alapuló óvintézkedések céltalanok. A skarlát nem önálló, nem fajlagos betegség, hanem olyféle angina faucium, a melyhez a bőrnek sensibilizálódása folytán az ismeretes bőrküteg társul.

A mikrobás betegségekben — hacsak a szervezet a sensibilizálódás állapotába jutott — azonnal ott teremnek a mikrobák is és eljutnak a sensibilizált szervekbe, szövetekbe, még pedig a vér útján, a hol már a nyilvánvaló megbetegedés előtt is keringenek. Hogy a disponáló (sensibilizáló) hatást miért ne fejthetnék ki a mikrobák abban a phasisban, a midőn kórtünetek még nem mutatkoznak, arra a szerző nem terjeszkedik ki, valamint arra sem, hogy tekintve az organizált kór-okok sokféleségét és azok sokszor nagy alkalmazkodó képességét: miért ne lehetnének közöttük olyanok is, a melyek éppen a normalis szervezetben találják meg elszaporodási föltételeik optimumát; pedig csakis erre lehet gondolni olyankor, a mikor valamely járvány emberek vagy állatok között éppen csak egyes individuumokat hagy valóban vagy látszólag érintetlenül.

Egyebek között a szerző azzal vádolja az „orthodox” bakteriológiát, hogy az infectious betegségeket egymásután contagiosusnak (contagium volatile) nyilvánította ki. Ezzel arra céloz Szontagh, hogy a bakteriologia tanítása szerint főleg bizonyos pathogen bakteriumok aërogen uton is képesek fertőzni, ha elporlasztott folyadék alakjában vagy száraz anyagokra tapadva a léghen lebegnek és beleheltetnek, a minek lehetőségét kísérletek igazolták. Nehéz lenne ugyan eldönteni, hogy a bakteriumos infekciónak ez a módja a természetben mekkora szerepet játszik. De viszont nem szabad elhallgatni a bakteriológiának azt az érdemét, hogy kimutatta, miszerint bakteriumok sem beteg ember vagy állat testéből, sem őket tartalmazó más anyagból active, tehát mechanikai momentum közreműködése nélkül, a levegőbe szállni és aërogen uton fertőzni nem tudnak.

A contagiosus betegségek szabályszerű és jellegzetes tüneteit Szontagh nem tudja értelmezni élő mikroorganizmusok, hanem csak olyan fermentszerű anyagok hatásából, a melyek a betegek lehelletében foglaltatnak, sőt mi több, Szontagh szerint egészen kétségtelen, hogy contagiosus betegségekben ez a ferment magában a szervezetben is keletkezhet, valaki tehát beteggé lehet valamely contagiosusnak nevezett betegségben anélkül, hogy betegtől fertőződött volna, vagyis a betegség autochton módon is tud kifejlődni. A skarlát lényege egy bizonyos diathesis, a kiváltó (aktíváló) componens pedig azokban a mikrobákban keresendő, a melyek az anginas tonsillákban vagy a vérben kimutathatók, vagyis főleg streptococcusokban.

Minthogy a vaccinált egyén nem contagiosus, a variolás ellenben az, Szontagh úgy tartja, hogy a variola mérgében két részt kell megkülönböztetni, a melyek közül a contagium volatile magának a himlős beteg testének a terméke és mint ilyen természetesen nem élő csira, hanem fermentszerű anyag épp úgy, mint a kanyaró contagiuma is. Valamennyi contagiosus betegségre jellemző a körülbelül egyenlő hosszú, átlag két hétre terjedő incubatiós időszak és a szerző ezen betegségek és a kísérleti anaphylaxia között nagy hasonlatosságot vél láthatni, a mennyiben a contagium volatile mint aktiváló tényező ha bele kerül a már sensibilizált szervezetbe, ebben a körjelenségeket kiváltja. Erre nézve azonban meg kell jegyezni, hogy anaphylaxia esetében a kórtünetek csakhamar előállnak, ha az aktiváló (kiváltó) componens a szervezetbe kerül, nem pedig csak hetek múlva úgy, hogy az olvasó ismét kénytelen fölvetni a kérdést, hogy az a kétheti incubatio miért ne lehetne az az időtartam, a melyre a contagium volatile „vivum”-nak szüksége van, hogy a szervezetben elszaporodjon, esetleg bizonyos fejlődési phasisokon átmenjen s a szervezetben bizonyos változásokat létesítsen, bizonyos anyagokat termeljen vagy a szervezet ellenálló anyagait közömbösítse, és hogy csak ennek megtörténte után válik nyilvánvalóvá a betegség. Azonban Szontagh szerint a fertőző betegségek problemája in ultima analysi anyagcserebeli problema és ilyennek tekinti ő például az appendicitist is; az anyagcsere zavarának krízisszerű kitörései teszik a ragályos és fertőző betegségek pathogenesisének lényegét; így acetonaemiás kríziseket kell okolni a diphtheria, angina, skarlát kifejlődéséért.

Egészen hasonló fölfogás alapján itéli meg Szontagh a neoplasmák pathogenesisét is és tévesnek állítja, ha valaki fertőző betegség és neoplasma között elvi különbséget lát; valamint a fertőző betegség lényege nem a mikroba fajlagos voltából értelmezendő, azonképpen a különböző neoplasmás betegségek lényege sem a daganatok sokféle histológiai alkataban, hanem specifikus anyagcserezavarokban keresendő.

A járványok hullámzását, megjelenését és elmúlását illetőleg helyesen utal Szontagh arra, hogy az mai ismereteink alapján sokszor nem értelmezhető kielégítőleg; ő abban olyanféle, eddig föl nem derített okból megnyilvánuló periodicitást lát, mint a minő például bizonyos állatfajok időszakos tömeges vándorlása vagy egyéb időszakos jelenségek. Pusztán a ragályozó anyag többé-kevésbé bő elterjedése alig értelmezheti azt a jelenséget, hogy az 1904–1911-ig terjedő idő-

szakban a skarlát- és diphtheriamegbetegedéseket ábrázoló görbék Berlinben és Budapesten feltűnő párhuzamosságot mutatnak.

A szerző csak hű marad a könyvében hangoztatott tanaihoz, a midőn a jövőre vonatkozólag azon reményének ad kifejezést, hogy sikerülni fog anyagcserevizsgálatokkal az egyes betegségek dispositiójának lényegét megállapítani és akkor a betegségek prophylaxisára meglesz a természet-tudományi alap is.

Szontagh ismételtén hangoztatja a könyvében elismerését a bakteriologia vívmányai iránt; annál feltűnőbb, hogy annak néhány éppen nagyon sarkalatos tanát nem fogadja el vagy pedig szembehelyezkedik velük; ilyen a bakteriumok korlátlan variálhatóságának, a pathogen csírák ubiquitásának kérdése, a melyben a szerzőt nem követheti a buvár, a kinek e tekintetben tapasztalatai vannak. A szerzőnek lehet, és véleményem szerint van is igaza abban, hogy az úgynevezett bakteriumgazdák (*Bacillenträger*, etc.) és legyek vagy egyéb állatok a bakteriumos betegségek terjesztésében nem játszanak akkora szerepet, a minőt némely orvos nekik tulajdonít; de minthogy kimutatható, hogy egészséges bakteriumviselők maguk körül terjeszthetik a kórokozó csírákat s minthogy utóbbiak a szerző szerint is föltétlenül szükségesek betegségek kiváltására, ennél fogva csak természetes, ha a bakteriumviselőket betegségek terjesztésére — a szerző álláspontjából tekintve is — alkalmasnak tartjuk. Ugyanez áll az akár száraz, akár nedves állapotban elporlasztott és pathogen bakteriumokat tartalmazó levegőről, a mely kísérleti tapasztalás szerint hasonlóan tud fertőzni, mint az eddig még ismeretlen természetű *contagium volatile*. Azt végre természetesen kell találni, ha valamely tudomány szak a következtetéseit és okoskodásait megállapított tényekre alapítja, ha ez mindjárt az utóbbiaknak olykor túlbecsülésével jár is.

Mindenesetre igaza van a szerzőnek, a midőn gáncsolja a bakteriologiai vívmányoknak gyakorlati szempontból való tulzót, azokat az orvosokat például, a kik azt képzelik, hogy a hol pathogen csíra van, ott föltétlenül betegségnek is kell támadnia; az *infectiosus* bajok jelen tana azonban nem ezen az állásponton van és abban a tanításában, hogy egészséges ember is lehet virulens csíráknak viselője, sőt, hogy ilyen csírák bizonyos némei ép emberekben rendszerint élőködnek is, hogy kísérleti állatoknak fogékonyága a vírusokkal szemben nagyon változik az ökológiai viszonyok módosításával (táplálás, hűtés-fölmelegítés, narcosis stb.), eléggé kifejezésre jut a dispositiónak elismerése a bakteriologia által.

Vizsont, szem előtt tartva pozitív ismereteinket e téren, Szontagh könyvét olvasva alig szabadulhatunk a benyomástól, hogy a ragályos és fertőző betegségek keletkezéséről benne foglalt fejtegetések ellenkező irányú tulzásban szenvednek. Mert hogy e sokféle természetű betegségek, ha szabad úgy mondani, keletkezési mechanizmusa mindig egy és ugyanaz legyen, vagyis, hogy különös diszponáló vagy sensibilizáló folyamat nélkül mikrobák meg se betegíthessenek egy szervezetet, ez oly föltevés, a mely nem általánosítható, mert kísérleti tapasztalatokba ütközik. Számos vírus ismeretes, a mely a természetes fertőzési módok lehető pontos utánzásával alkalmas állatfajokban prompt következetességgel és az individuumokban nem válogatva ugyanúgy idéz elő betegséget, mint a természetes *infectio*. Itt tehát előrement diszponálás fölvetelére semmi alap nincs és bizonyára nem is szükséges bármely *infectio*hoz különös dispositio a faji hajlamoságon kívül.

Egy másik nézőpontban is nehéz a szerzőt követni éppen általános természet-tudományi tekintetből, tudniillik abban a fölfogásban, hogy a ragályos, fertőző betegségnek nem a vírus, hanem a vírus behatolása előtti anyagcserebeli zavar folytán beállott diszponálódás adja meg a jellegét, a specificitását. Mert ha megengedjük, hogy az emberi test sejtjeinek chemismusa tud annyiféle (más és más) sensibilizáltsági állapotot teremteni, ahányféle betegség létezik, akkor annál kevésbé szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a különböző vírusok, mint élő lények, biológiájuk, a testüket alkotó any-

gok és termékeik tekintetében egymástól föltötte eltérő tulajdonságúak és ennél fogva sokkal alkalmasabbak arra, hogy specifikus jelleget adjanak annak a betegségnek, a melynek előidézésében szerepelnek, még akkor is, ha szereplésüket csak előző diszponálódás tette lehetővé.

Egyébként az élénkség, a belső meggyőződés hangja, az orvosi és természet-tudományok köréből álláspontjának támogatására vett idézetek Szontagh könyvét érdekes olvasmánnyá teszik, a mely jól észlelő orvosoknak melegen figyelmébe ajánlható. Ha nyomában nem is tisztázódnék más, mint hogy például a skarlát és diphtheria az iskolalátogatás révén nem terjed és hogy az eddigi prophylaxis semmit sem javít a morbiditáson: az is fontos lépés lenne az igazság megismerése felé.

Preisz.

Lapszemle.

Venereás betegségek.

A *constitutio* jelentőségét a *syphilis* lefolyásában vizsgálta *H. Königstein* (Wien). Közismert tapasztalás, hogy a *syphilis* a legváltozatosabb lefolyású betegség. Az esetek bizonyos számában leginkább csak a bőrt támadja meg, más esetekben ismét különböző szervek vagy szervcsoportok azok, melyeket a lueses folyamat különösen kiválaszt. Lehetnek továbbá spontán gyógyuló, enyhe esetek s viszont olyanok, melyek a kezelés ellenére a legsúlyosabb alakot öltik. Melyek azok a jelenségek és körülmények, melyek a *syphilis* lefolyását megszabják? Kétségtelen, hogy a lueses fertőzés létrejöttében nemcsak az obligat ectogen tényezőt, a kórokozót, hanem bizonyos endogen jelenségeket, például a szervezet reakcióképességét is tekintetbe kell venni. Bizonyos, hogy az orvosok az endogen jelenségekre idáig nem igen voltak figyelemmel. A szerző a *syphilis* lefolyásának kérdését az ectogen tényező — a *spirochaeta* — és az endogen tényező — az alkat — szempontjából vizsgálta. A mi a *spirochaeta pallida* különböző fajtáinak kérdéséről, főként csak arra kellene egyelőre válaszolni, hogy van-e olyan *syphilis* vírus, mely főként az idegrendszerre virulens. Bizonyos esetek és észlelések kétségtelenül e mellett látszanak szólni (*Möhrchen* és *Brosius*), viszont más észlelések (*Nonne*) inkább azt bizonyítanak, hogy az idegrendszer *syphilis* elváltozását talán családi dispositió körülmények támogatják. A vírus a *nerveux* kérdése mindenesetre nem utasítható el teljesen. A *spirochaeták* virulentiájának különböző fokozata az emberi *syphilis* pathológiájában még kevésbé ismeretes. Való azonban, hogy a szülők *syphilise* az utódokra nézve annál kevésbé virulens, mennél régebbi. Ugyanaz áll nagyjában minden egyén *syphilis*ére nézve, bár e kérdésben nemcsak a virulencia a döntő, hanem más, főként klinikai körülmények is. A *spirochaeták* száma is fontos lehet az *infectio* kérdésében. *Neisser* állatoltási kísérleteiből arra a meggyőződésre jutott, hogy a majom-*syphilis* első incubatiójának tartama többek között a *spirochaetáknak* beoltott mennyiségétől is függ. Érdekes az a jelenség is, hogy általában az a *syphilis*es folyamat, mely nagy beszűrődéssel s ugyancsak nagy szét-esésekkel jár (lues maligna, gummás folyamat), aránylag kis számú *spirochaetát* tartalmaz. Szóba jöhet még a „gyógyszer-álló” *spirochaeta-törzsek* kérdése is. Mindenestire indokolt bizonyos fokig arsenel és kénesóval szemben *resistens* *spirochaeta-törzsekről* beszélni.

Constitutio és *conditio*. Az előbbi fogalom az örökléssel áll összefüggésben, az utóbbi külső, tehát nagyrészt szerzett körülmények közreműködésével alakul ki. A betegségre hajló *constitutio* lehet az egész szervezetre vagy csak egy-egy szervre kiterjedő. Kérdés lehet, hogy létezik-e a *syphilis* ellen immunitás. *Lang* véleménye az volt, hogy a fogékonyság dolgában nagy különbség áll fenn az egyes emberek között. Az egyes szerveknek is van bizonyos különálló fogékony-ságuk. Tudjuk, hogy mily fogékony a gonococcus szemben a női hüvely és cervix, másfelől ismeretes, hogy a vagina fala alig fertőződik gonococcusok által. A vagina azonban azonnal sokkal fogékonyabb, mihelyt terhes vagy

gyermekágyas nőről van szó. A különböző szervek a behatoló spirochaetákkal szemben különböző módon viselkednek; alacsonyrendű majmoknak és házinyulaknak csak bizonyos szervei vagy szervrészei alkalmasak a syphilitikus fertőzésre. A magasabbrendű majmok fogékonysága csaknem olyan, mint az emberé. A testnek egész felszíne alkalmas a fertőzésre. A sclerosis alakja és keménysége azonban nagyjában a helyi viszonyoktól (nyirok- és vérereosztás) függ. Vannak a syphilitikus folyamatnak bizonyos praedilectionalis helyei. A bőrön ez a jelenség nem oly nyilvánvaló, mint például a csontokon. Tudjuk, hogy a diaphysis hajlamosabb a syphilitikus folyamatra, mint az epiphysis. Szerzett syphilis esetében különösen hajlamos a syphilitikus folyamatra a tibia. Bizonyos szervbeli antagonizmus is megállapítható. Közismert, hogy a frissebb syphilis inkább a bőrön és nyálkahártyán folyik le, a késői ezzel szemben inkább a zsigerekben. Az idegrendszeri megtámadó syphilis csak igen kivételesen jár súlyos börtünetekkel. A szerző a conditióknak a syphilis lefolyására való hatásával is foglalkozott. Általános és régi tapasztalás, hogy testileg leromlott, tuberculosis folytán elgyengült betegek lueses súlyosabb következményekkel szokott járni. Szinte váratlan volt ezért az az újabb, több oldalról tett megfigyelés, hogy a hosszas lázas állapot a syphilitikus egyének további sorsát kedvezően befolyásolhatja. Az alkoholismus minden körülmény között súlyosabbá teszi a lefolyást. Ugy látszik, hogy az egyének izomtonusának minősége szerint különbözőek lehetnek az egyes tünetek. A leukoderma például ugylátszik hypotonusos syphilitikus egyénekben sűrűbben fordul elő, ugyszintén a gummás folyamat is. Ezek az észleletek azonban még igen bizonytalan alapon nyugszanak. Érdekes *Königstein*-nek az az észlelése is, hogy a nőies vonásokkal fölrüházott syphilitikus egyénekben jóval gyakrabban fordul elő az alopecia és a leukoderma. A hajzatnak és bőrnek pigmenttartalma szerint is változhatnak a lueses jelenségek; az idevágó vizsgálatok arra hajlanak inkább, hogy a sötétebb haj- és bőr-színek súlyosabb syphilitikus jelenségeket mutatnak (?).

Még sok olyan körülményt és conditiót lehetne fölemlíteni, mely több-kevesebb valószínűséggel tudja a syphilis lefolyását befolyásolni, de már az eddig érintettekben is kiválglik, hogy a syphilis kezelésében érdemes, sőt szükséges mindezeket a körülményeket figyelembe venni, más szóval a syphilitist ne kezeljük sablon szerint, hanem úgy, a mint azt a syphilitikus egyén szervezete megköveteli. (Wiener klinische Wochenschrift, 1918, 39. sz.)

Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Influenza súlyos eseteiben *Riese* höchsti antistreptococcus-serummal nagyon kedvező eredményeket ért el. 25—25 cm³-t ad intravenásan és subcutan. Néhány esetben erős shock-jelenségeket látott, de ezek nem igen esnek latba az egyébként annyira súlyos állapot mellett. (Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 44. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Magyar orvosi archívum, 1918, 1. füzet. Traube J. és Somogyi R.: Capillarimeter, viscostagonometer és stalagometer. Goldzeher Miksa: Újabb adatok a féregnyújtványlob kóroktanához.

Gyógyászat, 1918, 44. szám. Pólya Jenő: Mikor ajánljunk sürgős hasmetszést?

Budapesti orvosi újság, 1918, 45. szám. Klier Arthur: A nyári hasmenések tünetei és kezelése. Dalmady Zoltán: Néhány szó a hadi (traumás) neurosisok kérdéséhez. Henszelman Aladár: Kardiospasmus teljesen szokatlan esete.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Pásztor Imre dr.-t a hódmezővásárhelyi közpórház szemészeti osztályának főorvosává, Schwarcz Bertalan dr.-t (Szombathely), Szabó János dr.-t (Kiskunhalas), Lutzer Simon dr.-t (Miskolc) és Pollák Henrik dr.-t (Győr) az államvasutak orvosi tanácsadójává, Quittmann Samu dr.-t edelényi járásorvossá nevezték ki.

Választás. Liebmann Vilmos dr.-t Kiskéren orvossá választották.

Spanyol betegség és tuberculosis. A kórboncolók ama tapasztalatát, hogy a spanyol betegségben elhaltak között alig találunk

olyant, a ki tüdőgümőkóros, kiegészíti most *Neumayer* következő tapasztalata (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 44. szám). A boszniai kormány megbízásából egy év óta kiterjedten használja működése területén a tuberculin-kezelést. A tuberculinall kezeltek közül alig 1—2 betegedett meg spanyol betegségben s ezeken is rendkívül enyhe volt a lefolyás.

Hírek külföldről. Csehország politikai átalakulása lehetetlenné tette a prágai német egyetemnek további megmaradását Prágában; a tanártestület az egyetemnek Aussigba való áthelyezése mellett foglalt állást. Hasonló kérdés fog nyilván legközelebb a strassburgi egyetemre nézve is felmerülni.

Meghalt. Vész Gyula dr., a debreczeni egyetem most kinevezett élettan-tanára, 29 éves korában influenzában. — Csernel Jenő dr. belügyministeri bacteriologus 31 éves korában. — Király János dr., járásorvos, tiszteletbeli megyei főorvos, 62 éves korában október 31.-én Czellő-mölkn. — Boér Farkas dr. egyetemi tanársegéd 28 éves korában Budapesten. — Ritók János dr. tiszteletbeli megyei főorvos október 26.-án. — Dávid János dr. városi tiszti főorvos Kézdivásárhelyen. — Gruber Sándor dr. 70 éves korában Szentgotthardon. — Donoszlovits Vilmos dr. zombori gyakorló orvos október 28.-án. — Bakó István dr., a székesfővárosi Szent István-kórház segédorvosa.

Lapunk mai számához a multivalens normal vérsavónak a spanyol járvány ellen való használatáról szóló prospektus van mellékelve.

Városmajor-Szanatorium és Vízyógyintézet

Részvénytárs. Budán, I., Városmajor-u. 64. Telefon: 88—99. (Volt Dr. Vaskovits-féle, alapítotott 1832.)

Újonnan átalakítva Dr. Gráf Andor főorvos vezetése alatt megnyílt. Bel-, ideg-, szívbeteg és tüdő- és szélvész. Hízaló és soványító kúrák. Téli kert, társalgó. Vízyógy-mód; szénsavas-, oxigén-, villany-, villany- és fenyőfürdők, massage, hölég-kezelés bejáróknak is.

SZT. GELLÉRT

gyógyfürdő és szálló, Budapest

A régi nagy hírű Sárosfürdő 470 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. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferenc József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró- és hidegkezelések, frigoriterapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Hőhensonne. Quarzlampa.

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM

Budapest, I., Tétényi-út 12—16. Telefon: József 81—75. Újonnan átalakítva és kibővíve. Keserűsós-fürdők és ivókúra. Szénsavas-, oxigén-, hölég-kezelés és vízyógyintézet. Villanyozás és massage. Hízókúrák. Vezető-főorvos: Dr. Czifrusz Dezső kir. tanácsos, a ki állandóan a telepen lakik. Egész éven át nyitva.

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.

Sebészet :: Nőgyógyászat :: Urologia

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. GRÜNWALD SANATORIUMA

VII., Városligeti fásor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti, női- és belbeteg, szülőknek. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratorium.

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

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

Dr. Widder Bertalan

opérateur orthopéd-sebészeti intézete. Budapest, VII., Rákóczi-út 10.

Dr. RINGER elme- és kedélybeteg gyógyintézete

újonnan kibővíve :: I., Lenke-út, Kelenföldi vill. megálló. Telefon: József 83—21.

Budapesti ZANDER

medico-mechanikai — Intézet. Semmelweis-utca 2. Kossuth Lajos-utca sarkán. Igazgató: Dr. REICH MIKLÓS.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete

Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület. (XI. rendes tudományos ülés 1918 május 4.-én.) 593–594. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XIII. rendes tudományos ülés 1918 május 4.-én.)

Elnök: Buday Kálmán.

Jegyző: Molnár Béla.

Új behatolásmód a hólyag ismételt megnyitására (sectio alta lateralis).

Mező Béla: A másodszor végzendő sectio alta nehézségei mindenki előtt ismeretesek. Mivel a peritoneum áthajlái redőjét sectio alta után többé-kevésbé erős hegszövet rögzíti a symphysishez, a hashártya redőjének a vertexig való felpreparálása, amire az első műtétkor oly nagy súlyt helyezünk, igen nehéz. A kiterjedt heges területen ugyanis nem találjuk meg a megszokott rétegeket. A fascia praevesicalisnak, amelynek átszakítása után rendszerint a hólyagra jutunk, a második műtét alkalmával nyomát sem látjuk. Amíg a sectio alta végzésekor szabály, hogy a symphysis mögé lehetőleg ne kerüljünk, a második műtétkor, ha gyorsan és biztosan akarunk jutni a hólyagra, anélkül, hogy a hashártyát megsértenők, ez a dolgozási irány egyenesen ajánlatos. De ha itt a hólyagra jutunk is, a hashártya felpreparálása nehéz azért, mert a hólyag varrt, vagy nyitvahagyás után másodlagosan gyógyult sebéhez erősen oda van növe. Bár a hashártya megsértése, ha a sérülést idejekorán észre vesszük és kellően ellátjuk, nem nagy jelentőségű, kétségtelen dolog, hogy a hasüreget megnyitása nem örömdetes dolog, amelyet lehetőleg kerülnünk kell.

Az előadó pár hét előtt 75 éves asszony recidiv hólyagkövét távolította el. A műtét, mivel a hólyag kapacitása csak 30 cm³ volt és a symphysis felett igen vaskos hegszövet volt tapintható, igen nehéznek ígérkezett. Ezért a műtétet úgy tervezte, hogy a hashártyát megnyitja, a hólyag kellő szabaddá tétele után a hashártya sebet egyesíti és a műtétet továbbra extraperitonealisan folytatja. Mivel azonban a betegnek igen bűzös cystitis volt, e műtétről lemondott és a követ egy eddig nem ismerttetett módon távolította el.

Ferde inguinalis metszéssel a Poupart-szalag felett két harántujjal a szalag középső harmadától a középvonalig terjedően hatolt be. Az alhas izomzata és a megfelelő oldali rectus, valamint a fascia transversa átmetszése után a hashártyára jutott és közben az arteria epigastrica inferiort lekötötte. Ezután a hashártyát az inguinalis tájról kezdődően egészen a kis medenczéig a hasfalról leemelte. A hashártya kellő mélységig való lepraeparálása után a középvonal felé tapintva, a hólyagra jutott és annak oldaláról a peritoneumot egészen a vertexig feltolta. A hólyag sebzését a hólyag anterolateralis felületén hegektől mentes területen ejtette és e metszéssel át a követ könnyen sikerült eltávolítania.

Előnye e műtétnek, hogy hegektől mentes területen gyorsan és biztosan dolgozhatunk. A hashártya megsértését minden esetben elkerülhetjük. A hólyag varrása az ép területen könnyen végezhető és a varrat jól tart, ellentétben azzal, hogy a középvonalban végzett második sectio alta esetén a hólyagvarrás nehéz. Mivel a heges területen megismételt hólyagmetszés gyógyulási hajlamossága csekély és mivel a mélyen végzett hólyagsebzésre a hashártya nem borul rá, könnyen megmagyarázható, hogy a megismételt sectio alta után oly gyakran marad vissza állandó hólyagsipoly. Ezzel ellentétben a hólyag oldalán végzett hólyagmetszés esetén, mivel a metszést a vertex közelében kellő magasságban végezhetjük oly helyen, ahová a hashártya reáborul, maradandó hólyagsipoly keletkezésétől nem kell tartanunk. Az oldalt ejtett hólyagsebzés kampókkal medialisán annyira elhúzható, hogy a sebzésből a hólyagtumorok kiirtása és a prostata eltávolítása is könnyen sikerül. Az előadó módszerét annak a megjelölésére, hogy a behatolás a hasfalon és a hólyagon oldalról történik, sectio alta lateralisnak nevezte el.

Retractio bulbi congenita esetei.

Rados Endre: Normalisan nem fordul elő, hogy valamelyik izom contractiója a bulbusnak az orbitába való visszahúzóerővel járja. *Heuck, Stilling, Bahr* írta le először.

Az egyik beteg egyenes irányu előrenézéskor a bal szem felfelé tekintő és divergáló helyzetben van (a kancsalság 8, illetve 15 fok). A jobb szem mozgásai minden irányban szabadok. A bal szemem tökéletlen az abduction, lefelénézéskor kissé visszamarad, felfelénézéskor erősebben mozog fel- és kifelé. Adductio intendálásakor a bal szem körülbelül egy mm.-rel magasabb helyzetű mint felfelénézés intendálásakor, s egy szerszint hátrafelé süpped az orbitába. A maximális enophthalmus Hertelrel mérve 3 mm.

A másik betegnek hasonló a viszonyok. Az adductio helyett ez esetben is retractio (szintén ptosis-tól kísérvé) jön létre, azonban, ha az adductio intendálásakor a bulbus a vízszintes vonalon alul van, akkor lefelénézéssel, ha e fölött van, akkor felfelénézéssel párosulnak az előbb leírt motilitásbeli különbségek. Egyenes irányu előrenézéskor itt is kissé divergáló állásu a bal szem (12 fok).

Mindkét esetben tehát a következőt látjuk. Az egyik bulbus izomműködése a normalisnak megfelelő. A másik bulbus mozgásában azonban számos eltérés észlelhető. Mindkét esetben kisközü divergálás van egyenes irányu előrenézéskor, az egyik esetben az utóbbihoz csekély felfelé való kancsalság társul. Az utóbbiban egyenes lefelénézéskor ez a szem visszamarad, egyenesen felfelénézéskor pedig kissé fel és kifelé tulmozog. Adductio mindkét esetben hiányzik, helyette a bulbus felfelé, illetőleg az egyik esetben a középvonalon aluli állás mellett való addukálás intendálásakor lefelé mozog, s ugyanakkor a felső szemhéj lesüllyed, a bulbus pedig erősen visszahúzó az orbitába.

Mindkét esetben az addukálás intendálásakor, vagyis az internus összehúzódása alkalmával észlelhetők a rendestől eltérő mozgások. Az internusnak, a mely a foramen opticum tájáról kiindulva úgyszólván egyenesen halad előre, hozzáfeküdve az orbita kissé convex falához, főműködése az adductio. Normalis körülmények között mellékműködése alig van. Csúpn felfelétekintéskor van igen kisközü emelő és kifelé fordító hatása, lefelétekintéskor pedig ugyanilyen fokú süllyesztő és befelé fordító hatása. Ugyanilyen a physiologiai szerepe az antagonistájának, az externusnak is, a mely felfelé tekintéskor kissé emel és befelé fordít, lefelétekintéskor pedig süllyeszt és kifelé fordít. Ez a mellékműködése azonban az internusnak, illetőleg externusnak igen kisközü, mert mint fentebb említettük, ebben a Tenon-fascia jelentékenyen gátolja.

Az első esetben tehát tisztán látjuk, hogy az internus főműködése helyébe annak mellékműködése lépett, az emelés és kifelé fordítás, a mihez a bulbus hátrasüppedése társul, ezt pedig mechanikai okokból követi a kisközü ptosis.

Ha e szabálytalan mozgások okát kutatjuk, igen plausibilisnek látszik *Türk* magyarázata, a ki szerint ennek oka az egyenes szemizmoknak, jelen esetben az internusnak szabálytalanul hátul való tapadása lehet, avagy a bulbusnak az ellenkező oldalon, jelen esetben a temporális oldalon való fixáltsága. Az első esetben az izom nem tud a bulbus-tól elég messzire legöngyölödni, úgy, ahogy az a normalis izomműködés létrehozásához okvetlenül szükséges; az utóbbi esetben a bulbus nem tud az antagonista húzásának engedni, s ennek következtében hátrafelé vongalódik.

A fenti két esetben tisztán a rectus internusnak szabálytalanul hátul való tapadásával állunk szemközt. Bizonyítéka ennek, hogy a bulbus le- és felfelé jól mozog, vagyis le-, illetőleg felfelénézés intendálásakor a süllyesztés, illetőleg emelés létrejön. Így tehát más eshetőség nem kerülhet szóba, mint az internusnak szabálytalan tapadása. Az esetleges tem-

poralis fixáltság kizárható egyszerűen azzal, hogy a bulbus passive addukálható, vagyis előzetes cocainozás után csipővel megfogva befelé fordítható. Jelen esetben a rectus internus tapadása hátrább kell hogy legyen, mint normalisan, ennek következménye a retractio, valamint a normalisan mellékműködésként jelenlevő, de alig észlelhető emelés, illetőleg fordító hatás kórosan fokozott volna.

A gyermekági láz kezeléséről.

Mansfeld Ottó: Eredeti közléseink során egész terjedelmében hoztuk.

Bársony János: Nem ért egyet az előadóval abban, hogy a gyermekági láz intoxiciós alakját nem fogadja el s minden gyermekági lázást septikusan inficiálnak tart. Van tiszta sapraemia is és ennek a megállapítása fontos a terapiára való tekintetből, de meg azért is, mert a sapraemiának kezdődő betegség meglehetősen kifejlődhetik a nálánál sokkal veszélyesebb septikus gyermekági fertőzés. A teljesen egészséges genitálissal spontán vetelő asszony testében abortus incompletus alkalmával például elrothad a visszamaradt placenta-darab, s ha azt eltávolítják, máról-holnapra meggyógyul az asszony; a bűnösen mesterséges vetelés folyamán lázassá lett asszony testéből azonban a visszamaradt placenta-darab eltávolítása a betegség halálos fellángolásának lehet a forrása. Az előbbi esetben nemcsak megengedett, hanem kívánatos is a beavatkozás, nehogy a toxinok sokaig és nagy fokban ártsanak a parenchymás szerveknek és a szívnak, az utóbbi esetben pedig tilos, mert kártékony minden beavatkozás. Sapraemiánál sok és bűzös a lochia, sepsisnél, endometritis septicánál kevés, híg és rothadásra emlékeztető szaga nincs; retentióról ez utóbbinál nem lehet beszélni.

Teljesen egyetért az előadóval abban, hogy a gyermekági láz terapiájában egyedül a gyógyszeres kezelésnek van értelme. Csodálkozok, hogy a német iskola néhány tekintélyes tagja még mindig híve az általános sepsis operatív gyógyításának és a serum-kezelésnek. A legújabb irodalomból említi az egyik berlini belklinika közölt általános sepsist; a háromszor adott serumra nagyon súlyos serumbetegség fejlődött, a mely a beteg általános állapotát nagyon megviselte, úgy hogy jogosult a megjegyzés, hogy a beteg nem a serum-adagolás folytán, hanem annak ellenére gyógyult meg.

A terapiában két főiránynak kell érvényesülni: 1. Az emberi test erejét nem kell tartani, az organismust minden módon védeni és erősíteni kell, mert az infectio leküzdése és eliminálása az ő feladata. 2. A bacteriumok táptalaját kell megrontani, azok szaporodásának kell útjába állani, mérgeességüket le kell gyengíteni, ezt pedig csak gyógyszeres úton tudjuk elérni. Hogy a gyógyszert dispargennek, argochromnak, sublimatnak hívják-e, az részletkérdés. A szólok klinikáján ma is a sublimatot használják és miután nagy érdeklődéssel és szeretettel foglalkoznak a kérdéssel s a terapiát mindjobban kidolgozzák, az eredményeik fokozatosan javulnak. Örövend, hogy az előadó is egy hajóban evez velük s az eredményei is már 5% javulást tudnak felmutatni.

PÁLYÁZATOK.

4793/1918. szám.

A nagysomkuti járásban Szatmármegyében rendszeresített 3. sz. **körorvosi állásra**, mely a következő községeket foglalja magába, Durusa, Gyökere, Jávortalu, Hávord, Jeder, Jóháza, Kőváralja, Kővárgara, Nagykörtvélyes, Nagynyires, Somkutpataka, Szamosfericse, Szamosfolyos és Törökfalva ezzel pályázatot hirdet.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy orvosi oklevelükkel és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket **1. évi november hó 22. napjáig** annyival is inkább terjeszszék be, mert az elkészen beérkezett kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

Az állás javadalmazása az 1908. évi XXXVIII. t.-czikk 10. §-a alapján megállapított törzsfizetés, az eltöltött szolgálati idő utáni korpótlék és szabályrendeletileg megállapított lakbér és fuvarátalány.

A választás idejéül Nagysomkut községben a község ház nagyermeiben 1. évi november hó 25. napjának délelőtti 11 óráját tűzöm ki. Körorvos-székhely központja Nagysomkut község.

Nagysomkut, 1918. október 29.-én.

A főszolgabíró.

27.260/1918.

Az Országos Munkásbetegsegélyező és Balesetbiztosító Pénztár az alábbjelzett javadalmazással a jelen pályázati hirdetménynek a Munkásbiztosítási Közlönyben való első megjelenéstől számított 15. (tizenötödik) napnak délután 2 órájáig terjedő határidővel pályázatot hirdet a pestújhegyi munkáskórházban elhalálozás folytán megüresedett **ideggyógyász-főorvosi állásra**.

Az állás javadalmazása évi 2400 korona tiszteletdíj, további megállapodásig évi 1900 kor. háborús segély és 2400 kor. kocsiátalány.

A pályázati kérvények a fent megjelölt határidőig az Országos Munkásbetegsegélyező és Balesetbiztosító Pénztár igazgatóságához címezve a pénztár hivatalos helyiségében (Budapest, VII., Wesselényi-

utca 71. sz., III. em., 5.) az irodafőnöknél hétköznaponként déli 12 óráig 2 óráig terjedő idő alatt nyújtandók be. A határidőn túl érkező kérvények nem vétetnek figyelembe.

A pályázóknak sajátkezűleg irt kérvényhez életkorukat és magyar állampolgárságukat igazoló születési bizonyítványt és egészségi állapotukat igazoló hatósági vagy pénztári orvosi bizonyítványt kell csatolni.

A ki 40. évét meghaladta, annak az Országos-Pénztár igazgatóságának előterjesztésére az Állami Hivatal kiváló szakorvosi érdemek alapján korhatár alól felmentést adhat.

Pályázhat minden hazai főiskolán oklevelet nyert orvos, előnyben részesül azonban az olyan pályázó, a ki kórházi önálló ideggyógygyakorlatot igazol.

A megválasztandó főorvos a kórházban a délelőtti folyamán tartozik látogatását és rendelkezését teljesíteni.

Az igazgatóság az állást választás útján tölti be.

A megválasztott állásának elfoglalása előtt hivatali esküt vagy fogadalmat tartozik tenni.

A szolgálati viszonyt az igazgatóság által elfogadott és a M. kir. Állami Munkásbiztosítási Hivatal által jóváhagyott mindenkor szolgálati és fegyelmi szabályzat és a munkáskórházi szabályzat határozza meg.

A választás egy évi próbaidőre szól, a mely idő alatt a szolgálati viszony minden kártérítés nélkül 3 havi felmondással megszüntethető. Egy évi sikeres próbaidő után az állás végleges.

Kelt Budapesten, az Országos Munkásbetegsegélyező és Balesetbiztosító Pénztár elnökségének 1918. évi október hó 15.-én megtartott ülésén.

Lukács s. k., elnök.

Somló s. k., igazgató.

14.284/1918. alisp. sz.

Abrudbánya r. t. város választott tisztikarának megbízatása lejárván, az alább megnevezett állásokra, valamint az azok betöltése által esetleg megüresedő egyéb tisztii állásra az 1886. évi XXII. t.-czikk 78. §-ában gyökerező jogomnál fogva ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy 1. minősítésüket igazoló okmányokkal és 2. eddigi szolgálatukat igazoló bizonylattal felszerelt pályázati kérvényüket **1. évi december hó 1.-éig** Abrudbánya r. t. város tanácsához annál is inkább adják be, mert a később érkező kérések figyelembe nem fognak vétetni.

Közszolgálatban állók pályázati kérésüket hivatali főnökük útján kötelesek beadni.

Abrudbánya város szolgálatában álló pályázók kérésükhöz csak minősítésüket igazoló okmányukat kötelesek csatolni.

A minősítést illetőleg utalok az 1883. évi I. t.-czikkben foglaltakra.

A tisztújító szék által betöltendő állások a következők:

1. Polgármester 4000 kor. fizetés, 650 kor. lakbér, 32 köbm. tűzifajárandóság.

2. I-ső tanácsnok, polgármester-helyettes 2600 kor. fizetés, 500 kor. lakbér, 24 köbm. tűzifajárandóság.

3. II-ik tanácsnok 2600 kor. fizetés, 500 kor. lakbér, 24 köbm. tűzifajárandóság.

4. Főjegyző 2600 kor. fizetés, 500 kor. lakbér, 24 köbm. tűzifajárandóság.

5. Főszámvevő 2600 kor. fizetés, 500 kor. lakbér, 24 köbm. tűzifajárandóság.

6. Tisztii főügyész 2600 kor. fizetés, 500 kor. lakbér, 24 köbm. tűzifajárandóság.

7. Tisztii orvos 2000 kor. fizetés, 450 kor. lakbér, 24 köbm. tűzifajárandóság.

8. Pénztárnok és adószedő egy személyben 2000 kor. fizetés, 450 kor. lakbér, 16 köbm. tűzifajárandóság.

9. Ellenőr 2000 kor. fizetés, 450 kor. lakbér, 16 köbm. tűzifajárandóság.

10. Levéltárnok és közgyám egy személyben 2000 kor. fizetés, 450 kor. lakbér, 16 köbm. tűzifajárandóság.

11. Helyhatósági állatorvos 2000 kor. fizetés, 450 kor. lakbér, 16 köbm. tűzifajárandóság.

12. Városi felügyelő 800 kor. fizetés, természetbeni lakás, 12 köbm. tűzifajárandóság.

A 4. és 7. pont alattiak élethossziglan és a többi pont alattiak 6-6 évre választatnak.

A betöltendő állásokkal járó illetmények a város szervezési szabályrendeletében vannak megállapítva.

Nagynyed, 1918. évi október hó 29.-én.

Az alispán.

ORVOS

délutánra foglalkozást vállal. Cim megtudható a „Petőfi” irod. vállalatnál Kertész-u. 16. Telefon: József 106-47.

ORVOSDOKTOR

budapesti, esetleg környékén való elfoglaltságot keres. „Orvos-doktor 88” jellege alatt a „Petőfi” irodalmi vállalathoz Budapest, VII., Kertész-utca 16.

Electrocollargol

„Heyden“

Villamos porlasztás által előállított steril, kolloidális ezüstoldat intramuscularis és intravenosus befecskendezések számára

általános fertőzéseknél,

valamint gyulladásos szövetbe való befecskendezésekre (Epididymitis).

Dobozok 6 ampullával à 5 ccm Electrocollargol és 6 ampulla konyhasóoldat isotonisdlásra.

Arsenohyrgol

Enesol pótlására.

Ugyanolyan alakban és mennyiségben tartalmaz higanyt és arsént, mint az Enesol. Befecskendezéseknél nem izgató és jól tűrhető

Antiluetikum

a lues minden alakjának kezelésére, nevezetesen a rosszindulatú korai és későbbi alakoknál; különösen bevált metaluetikus idegbetegségeknél.

Dobozok 10 ampullával à 2 ccm.

Jodäthyl-Thiosinamin

„Heyden“

egy a jódatással gazdagított Thiosinamin-készítmény.

20%-os oldatban

subkut és intramuscularis injectiók számára.

Javalatok:

Hegék utánkezelése, metaluetikus idegbetegségek, nyírkmirigyduzzanatok, lipomok, arteriosclerosis, asthma, specialis jodjavalatok.

Dobozok 12 ampullával a 20%-os oldatból.

Arsamon

Monomethylarsinsavas natrium

(Arrhenal, Metharsinat, Arsinal) steril oldata

fájdalmatlan subkutan befecskendezésekhez.

1 ccm megfelel 0,05 g. Natr. monomethylarsenicic.-nek.

Javalatok:

Arsenjavatok, tehát bőrbajok, kachektikus állapotok, neurasthenia, chlorosis, malaria, lues stb.

Dobozok 20 ampullával à 1 ccm.

Nyomtatványok díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

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

syphilis, 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.

Nöhring B. IV Tuberculosis elleni gyógyszer.

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

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

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

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

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

Verlagsbuchhandlung
Hermann Meuser, Berlin W57.

G. Stümpke

Die Medizinische Quarzlampe ihre Handhabung und Wirkungsweise.

92 oldal, 50 ábrával a szövegben.

Vászonba kötve.

Ára M 6.60.

Tartalomjegyzék: A fénytherapia rövid vázlata. — A kvarzlámpa leírása. — Segédkészülékek. — A kvarzlámpa kezelése. — Fénygyújtás és a mélyben való hatás. — Baktericid erő. — Vegyi hatások. — A kvarzlámpa a bőrgyógyászatban. — A kvarzlámpa a többi disciplinában. — A kvarzlámpa alkalmazása egyéb téren.

Therapeutische Monatshefte. Ezen kis munka kimerítően és oktató módon, de szűk keretben mindazt tartalmazza a kvarzlámpa orvosi alkalmazásáról, a mire a bőrgyógyászati terapiában szükség van. Kiemelendők a következő fejezetek: A fényhatás theoretikus alapja. A kvarzlámpa kezelése és javalatainak tere. Az egyes dermatosisoknál való különleges hatása. Jó ábrák egész sorozata magyarázza a szöveget. A könyv az ajánlást megérdemli.

Zentralblatt für Röntgenstrahlen. Még azok is, kik a kvarzlámpával sokat dolgoztak, ezen könyvben egyet-mást találni fognak, a mi a lámpa kezelésénél és terapeutikus alkalmazásánál hasznukra lehet. A könyv a praxisból a praxis számára íratott, mindazok számára, a kiket a modern physikalis therapia érdekel. Mindezeknek a könyv nélkülözhetetlen forrássá válik.

Dermatolog. Zentralblatt. A physikalis therapia nagy jelentőségének megfelel ezen most megjelent monografia. Ezen a Finsen-készüléket több irányban még túlszárnyaló besugárzási módszer a szerző által kitűnően feldolgoztatott. A dermatológiában előforduló javallatok kimerítő magyarázatra találnak. A szövegben előforduló 50 ábra a leírás értékét növelik. Referens biztos, hogy a monografia nagy elterjedésre fog találni.

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

Gyógyfürdők és gyógyintézetek R.-T.

Vezérigazgató: dr. Lakatos Viktor főorvos

Abbaziai Szanatóriumai

megnyitak.

A szobákat legalább 3-4 héttel kell az elutazás előtt lefoglalni.

Előjegyzéseket november, december, január hónapokra elfogad a Központi iroda (Budapest, V., Vilmos császár-út 36). Telefon: 113-15.

Kívánatra prospektus.

BAYERLAX

egy modern enyhe biztos hashajtó
tablettaalakban.

BAYER gyógyszerár

Budapest, VI., Andrásy-út 84.

FŐHERCZEG UDVARI SZÁLLÍTÓ.

Orvos uraknak minta díjmentesen.

Spanyol influenza

járvány idején nélkülözhetetlen desinficiens a

Disseptol

a leghatásosabb és legkellemesebb

antisepticum

különös előnyei vannak a disseptolnak sebészeti műtételnél, minthogy sem a kezét, sem a műszereket nem teszi csuszóssá, másrészt az átlátszó oldat nem fedi el a tában a sebészi eszközöket.

Nagy fertőtlenítő hatása ellenére ártalmatlan (Salkowski). A budapesti tudomány-egyetem bakteriologiai intézetének véleménye: „... a disseptolnak jelentékeny csiraölő képessége van ... előnyére szolgálhat a szernek, hogy néhány százalékos oldata nemcsak majdnem szinteten, hanem úgyszólván szagtalan is.”

Készíti:

Dr. LÓRÁND JENŐ
VEGYÉSZETI LABORATORIUMA
Budapest, I., Lágymányosi-utca 17/b.

Telefon: József 82-51.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Pfann József:** Harctéri tapasztalatok a gázphlegmonéről és gyógyításáról. 595. lap.
Benedek László: Előzetes közlemény a kolozsvári tartalék-kórház III. osztályáról. Az influenzában megbetegedetteknek kolloidezust-készítményekkel való gyógyításáról. 598. lap.
Henselmann Aladár: Közlés az O. H. G. H. császárfürdői intézetéből. (Igazgató: Dalmady Zoltán dr. ezredorvos, egyetemi magántanár.) A „spanyol influenza” Röntgen-diagnostikája és kísérletek az abortív gyógyítására. 600. lap.
Krausz Mór: Közlemény a győri kórház belbeteg-osztályáról. (Osztályvezető főorvos: Földes József dr.) Kísérletek a spanyol náthának nevezett betegség gyógykezelése terén. 601. lap.

Bókay János: Epstein A. †. 602. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Juba Adolf: Az egészségtan alapvonalai. — Új könyvek. — Lapszemle. Belorvostan. Stepp: A haemorrhagiás diaethesisek. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Hohlweg: Influenza kezelése. — Reimann: Influenza-pneumonia. — Hohlweg: Leukaemia. — Kraus: Erysipelas. — Meyer: Hajhullás. 603–604. lap.

Magyar orvosi irodalom. 604. lap.

Vegyes hírek. 604. lap.

Tudományos Társulatok. 605–607. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Harctéri tapasztalatok a gázphlegmonéről és gyógyításáról.

Irtá: Pfann József dr., főtörzsorvos.

A túlzásba vitt conservatív irányzat, a mely hadichirurgiánkat a háború kezdetén jellemezte, s a mely legnagyobb-részt elméleti alapon, részben a megelőző háborúk gyéresebb és hiányosabb tapasztalásai alapján alakult ki, hamarosan tévesnek bizonyult. Pedig éppen a háború elején dolgoztunk a legmostohább viszonyok között, a mikor a külső körülmények a passivitást tették volna számunkra kívánatosná. Az első nagy csalódásokat tábori kórházzal Bosznia és Szerbia feneketlen sarában, a Drina partján értem meg, a hol a legkezdetelegesebb viszonyok között, egy közvetlenül a „front” mögött telepített, két házikóból és néhány sátorból álló sebültgyűjtő állomás keretében mint „műtőcsoporth” működünk. Műtőhelyiségeinket a szabadban, ponyvasátor alatt kellett berendeznünk és sátrainkon egy egész hadtest súlyos sebültjeinek kellett átvonulnia. De nem annyira a nehéz viszonyok leptek meg bennünket, mert ilyenekre azon a harctéren el voltunk készülve. A meglepetést inkább a tüzéségi és kézi-gránátsérülések igen nagy száma és az ezek nyomában beálló komoly sebcomplicatiók okozták. A tüzéségi és más fegyverek ily nagyarányú pusztítására nem számítván, a kiskali-berü puská korszakában ilyenekre elkészülve nem voltunk.

Hamarosan kitűnt az is, hogy a sebfertőzés veszedelmei sokkal nagyobbak, semhogy a kiterjedtebb sérülésekkel szemben a passivitas vagy várakozás álláspontjára helyezkedhettünk. Kiderült, hogy, mint a legtöbb koponyasérülés és gyakran haslövés eseteiben is, már a legelső állomáson, a hol ez lehetséges, be kell avatkoznunk, a lágyrészek roncsolásait vagy csonttöréssel kombinált nagyobb sebzéseit sem bízhatjuk egészen a természet gyógyító erőire s a szervezet önvédekezésére. A fenyegető infectio elhárítására itt is sürgős és erélyes sebész beavatkozásokra van szükség.

Legjobban megragadták figyelmünket azok a sérülések, a melyek nyomában röviddel, gyakran már néhány órával a megsebesülés után a sebfertőzés rohamos terjedésének jelei, súlyos sepsises és intoxicációs tünetek fejlődtek ki; a hol a sérült végtag megduzzad, tapintásra serczeg, gangraenás foltokat mutat s a hol szívbénulás jelenségei között hamarosan beáll a halál.

A háború előtt inkább csak olyan gázfejlesztő fertőzé-

sekkel találkoztunk, a melyek egyrészt, mint azokat Verebely elnevezte, *felszíni gázos fertőzés* alakjában nyilvánulnak s a nyálkahártyák bűzös folyását eredményezik, másrészt *üregi gázos fertőzés* képében mutatkoznak s a savós üregek genyede kapcsán jelentkeznek (pyopneumothorax) és végre *gázos tályogok* (állalatti, periproctalis, periappendicularis tályogok) alakjában kerülnek észlelésre. De az imént leírt sebbetegséget, a gázphlegmonét a békéből nem igen ismertük; akkor még harctéri közlemények sem ismertették, úgy hogy a folyamattal szemben tisztán a magunk észleléseire voltunk utalva.

A legelső időben szinte tehetetlennek éreztük magunkat a bántalommal szemben, de szerencsére elég hamar rájöttünk, hogy gyors és erélyes beavatkozással sok esetben elháríthatjuk a véres következményeket s megmenthetjük a beteget, sajnos, gyakran csak végtagjának feláldozása árán. Bizony egyik-másik napon kénytelen voltam ily okokból minden conservatív hajlandóságom dacára több amputatiót is végezni. Sajnos, még ez úton sem sikerült minden esetben a beteget az életnek megtartani, de az így elért eredmények mégis lényeges javulást mutattak a legelső hetek eredményeihez képest, a mikor a folyamattal szemben még kiméletesek voltunk. *Garré* is szomorú tapasztalások árán jött rá, hogy a betegséggel szemben a kés kiadós használata az egyetlen panacea, s később, mint maga bevallja, az ellenkező végtelbe esett; de ez még mindig nem volt olyan hiba, mint az első, passiv magatartás.

Azóta szinte állandóan beszélnek és írnak a gázphlegmonés fertőzésekről, de ez csak a mellett szól, hogy még mindig nem tudunk eleget róluk. Nem csodálom különben, hogy a kérdés a sebészek érdeklődésének középpontja, mert a legérdekesebb és egyúttal a legijesztőbb mindabból, a mit mint sebész a harctéren láttam, a gázphlegmone volt. És a frontsebségek tulajdonképpen semmi sem ad annyira alkalmat az életmentésre, mint a gázphlegmone.

A bántalom elnevezése még mindig nem egységes. Egyes szerzők a bántalom megjelölésére a gázphlegmone elnevezést azért nem tartják szerencsésnek, mert a phlegmone a terjedő jellegű, genyedéses (pyogen) gyuladással folyamatok számára van a sebészetben fenntartva. S ha a bántalom terjedése hasonlít is a phlegmoneéhoz, a reactiv gyuladás sarkalatos tünetei körül egyesek sokszor hiányoznak. A gázgangraena mint gyűjtőnév azért nem felel meg, mert a gangraena tünetei sokszor egyáltalán nem jutnak kifejlődésre s a „gázgangraena” nevet ezért inkább a „gázphlegmone” későbbi stadiumának megjelölésére használjuk. *Pfanner* különbséget tesz a valódi gázphlegmone és a gázképződéssel járó phlegmone között.

A gázoedema, emphysema malignum, serczegő üszök (oedema malignum), anaërob infectio vagy többet fejez ki, mint a mit a névvel mondani szeretnénk, vagy kevesebbet. De talán a folyamat találó megnevezése nem is olyan fontos a kórkép kérdésében. Nem hiszem, hogy nagyobb hibát követnénk el, ha elfogadnók a hadisebészetben lassacskán már meggyökeresedett gázphlegmone-kifejezést annál is inkább, mert ez a ma már közismert kórkép a legtöbbször nem tiszta anaërob, hanem vegyes (anaërob plus pyogen) fertőzés eredménye, a hol előbb-utóbb a phlegmonenak, mint pyogen fertőzésnek a tünetei is előtérbe lépnek.

A betegség aetiologiája sem egészen tisztázott. A legtöbb szerző a Fränkel-féle mozdulatlan anaërob bacillust tartja a gázphlegmone okozójának, bár Fränkel maga is beismeri, hogy az oedema malignum csoportjába tartozó mozgó bacillusok is létrehozhatnak a gázphlegmonehoz hasonló anaërob infectiót. Az oedema malignum bacillusával rokonságban van az a csillószálcsákkal mozgó pálczika, a melyet Ghon és Sachs gázgangraenás szövetekben talált. Azokban az esetekben, a melyek tábori kórházam anyagából bakteriologiai vizsgálat tárgyává tették, Fränkel- és Ghon-Sachs-bacillusok legtöbbször egyformán találtattak. Hanusa 43 súlyos gránátroncsolása közül 20 volt Fränkel-bacillussal fertőzve. Bonhoff eseteinek $\frac{1}{3}$ -ában az oedema malignum bacillust mutatta ki. Conrad és Bieling szerint a gázphlegmonet a bac. sarcemphysematodes okozza. Úgy látszik, a bakteriologiai lelet nemcsak az egyes vizsgálok, hanem az egyes harczterek szerint is eltérő. Klose javasolja, hogy a folyamat összes különböző fajtájú kórokozóit gázoedema-bacillusok neve alatt foglaljuk össze.

A bakteriologiai vizsgálat eredményét különben bevárunk, hogy ahhoz szabjuk eljárásainkat, mint a hogy azt Heyrovsky ajánlja (Wiener klin. Wochenschrift, 1916), általában nem lehet, mert a folyamat előhaladása sokkal rohamosabb és vészitjósőbb, semhogy ezzel időt vesztegethetnénk. A kórjelzés megállapításakor tehát mindenkor a klinikai tünetekre kellett szorítkoznunk, a bakteriológiát inkább csak kórjelzéseink ellenőrzésére használtuk fel. A klinikai tünetek alapján különben a tapasztaltabb sebész a gázphlegmone kórjelzését elég biztossággal felállíthatja, sőt már a friss sebésznek jellegéből a gázphlegmone tünetei nélkül is nagy valószínűséggel következtethet az előrement anaërob infectióra, a mi a gázphlegmone elhárítására irányuló praeventiv tevékenységünk (a prophylaxis) szempontjából fontos.

Észlelt eseteinknek csak mintegy harmadrészét volt módunkban bakteriologiai vizsgálat tárgyává tétetni s a bakteriologia a vizsgált esetek minden egyesében igazolta a klinikai felvétel helyességét, a mennyiben nemcsak magában a löcsatornában, de a vele szomszédos izomzatban is sikerült kimutatni a gázüszök kórokozóját. De hogy mily téves volna a kórjelzés felállításakor tisztán a bakteriologiai vizsgálat eredményeire támaszkodni, következik abból, hogy számos tüzéségi sérülés esetén ki lehetett mutatni az anaërob infectiót, a mikor a gázphlegmone tüneteinek nyoma sem volt jelen s ezek később sem fejlődtek ki. Vizsgáltattunk ugyanis számos kiterjedt, mélyreható, az izomzat súlyosabb roncsolásával kombinált sebzést is ez irányban és szinte mindegyikről kiderült, hogy magukban hordozzák az anaërob csirákat, illetőleg a gázphlegmonera való dispositiót. Gräfenberg és Sachs-Mücke szerint is minden tüzéségi lövedéktől és kézigránáttól okozott seb majdnem kivétel nélkül szennyezve van gázképző anaërobokkal, a minek még nem szükségképp gázinfectio a következménye. Az anaërobok jelenléte a gyógyulást nagyon sokszor egyáltalán nem hátráltatja. Marwedel, Richter, Pfeiffer és Bessau is úgy találták, hogy a friss sebek nagy százaléka fertőzve van anaërobokkal és hangsúlyozzák, hogy a Fränkel-féle gázüszök-bacillusnak a sebben való kimutatása nagyobb jelentőséggel nem bír. Szinte egyedülálló Laewen és Hesse, a kik 70 sérülés közül csak egyetlen-egyben találták meg az említett csirákat. Pedig Rumpel szerint, ha különböző arányban is, de minden harcztéren előfordulnak ezek a bakteriümok s a földben, szennyezett lövészárkokban, a katona ruhá-

ján és bőrén várnak az alkalomra, hogy búvóhelyükről továbbitessenek és belekerüljenek az emberi testbe.

Conrad-nak és Bieling-nek sikerült a hosszabban használt ruházat foszlányairól a gázüszök okozóját kitenyészteni. Ezért Franz azt hiszi, hogy ha a ruházatot időnkint fertőtlenítenők s a test tisztántartására nagyobb gondot fordíthatnánk, az infectio arányát nagyon le lehetne szállítani. De ha mindezt sikerülne is keresztülvinni, az elpiszkolt lövészárkot és állásokat, a melyekkel a gránátzilánkok érintkezésbe jutnak, megfelelően megtisztítani úgy sem lehetne.

Abból, hogy nem minden anaërob szennyeződésből származik gázphlegmone, következik, hogy utóbbihoz a kórokozó csirákon kívül az egyénben és sebzésben rejlő kedvező viszonyokra is szükség van. Az egyént alkalmassá teheti a folyamat kifejlődésére nagyobb vérvesztés, éhezés, szomjazás, megerőltető teljesítmények, betegség után való nagy testi kimerülés. Klose-nak sikerült a vérvesztés befolyását a gázüszök kifejlődésére állatokon kimutatni. Wolfsohn a gázüszök kifejlődésében a mikroorganizmusokon kívül jelentőséget tulajdonít még azoknak a kémiai agenseknek is, a melyek mint a szövetekre nem közömbös, mérges savak és gázok a tüzéségi sérülés alkalmával a sebbe kerülnek. Csodálja, hogy ezt mindeddig senki fel nem említette, pedig én e kémiai agenseknek a sebinfectio megindításában való jelentőségét még 1906-ban „Első kötés a harcztéren s a szövetroncsolással járó sérülések ellátása általában”, továbbá „Subacut és acut fertőzések kezelése a vérbőség fokozásával” című (Gyógyászat. Honvéderos, 1906) dolgozataimban érintettem. Arloing és Cornevin állatkísérletei az oedema malignum sporáival akkori felfedéseimet megerősítették. Ha a sporák kevés tejsavval egyidejűleg kerültek az állati testbe, az állatok hamarosan elpusztultak, míg azok, a melyeknek csak a sporákból jutott, egészségesek maradtak. De egyebet is levezethetünk ebből. Tudjuk az élettanból, hogy a működő, fáradó izomzatban tejsav képződik. Éppen az említett állatkísérletek alapján lehetségesnek tartom tehát, hogy ezért nagyobb a gázphlegmonera való hajlam a testileg kimerült egyén megsebesülése esetén.

Tapasztalás szerint leggyakrabban jelentkezik azokban a kiterjedt szövetroncsolással járó erősen szennyezett sérülés-esetekben, a melyeneket a tüzéségi lövedékek, kézigránát-részletek, akna-szilánkok és eltorzult gyalogsági gölyő idéznek elő. Okolhatjuk azonban sokszor az úgynevezett indirect lövedékeket is, illetőleg azokat a kódarabkákat, földrészleteket, pénzdarabokat, gombokat, csattot stb., a melyeket a lövedék mozgásba hoz vagy a sebbe magával ragad. A fertőzést természetesen a sebet létrehozó testek vagy tárgyak maguk is közvetíthetik; a fertőzés leggyakoribb forrása azonban mégis a katona ruhája, melyet az említett tárgyak kiszakítva a sebbe sodornak.

A fertőződésre való dispositiót leginkább mégis a kiterjedt szövet-roncsolás teremti meg. Éles eszközzel ejtett sebben a gázüszök csirái nem fogamzanak. Messmer és Pfuhl régebbi kísérleteiből tudjuk ugyanis, hogy a hosszabban hordott és erősen szennyezett egyenruha részletei állatok bőre alá varrva, ott még csak genyedet sem indítanak, hanem zavartalanul belegyógyulnak a sebbe, minthogy a szövet-laesio, a melynek útján oda bekerültek, aránylag csekély volt.

A physika törvényeiből következik, hogy a bennrekedt lövedék aránylag mindig súlyosabb roncsolásokat idéz elő, mint az áthatoló, mert a mozgásban levő test egész eleven ereje a szövetek szétroncsolására illetőleg oldalirányban használta fel. A vak löcsatornának tehát már ezért is több a veszedelme, mint az áthatolónak. De vak löcsatornánál a nagyobb szövet-roncsolás mellett még durvább a seb szennyeződése is, mert az önmagában is szennyezett lövedékkel a legtöbbször más idegen test, a kiszakított piszkos ruhacsfát, faszilánk, kódarab stb. is a seb fenekén reked.

A bántalom lappangási ideje nagyon különböző. Négy órával a sérülés után már volt alkalmam kifejezett, 6 órával utána kiterjedt gázphlegmonét látni. De ezek csak kivételek voltak, az esetek többségében a lappangási idő 8–48 óra között mozog. De láttunk 4–5 napos sérülteken is gázphlegmonét fejlődni, különösen hosszabb és viszontagságos szállítások

után. A kórházban való jelentkezését csak a legkritikábban észleltük, a mit a praeventiv beavatkozásnak s a bentrekedt nagyobb idegen testek korai eltávolításának köszönhetünk.

Ha a lappangási idő igen rövid, akkor a bántalom előhaladása rendszerint rohamos s a kórjóslat igen rossz. Az ilyen betegeket rendszeren „foudroyans sepsis” és toxinaemia tünetei között pár óra, $\frac{1}{2}$ nap alatt elveszítjük.

Hosszabb incubatio után ritkábban láttunk ily rohamos rosszabbodást, de azért nem mondhatjuk, a mit a tetanusról, hogy minél hosszabb a lappangási időszak, annál jobb indulatú a betegség. Az ugynevezett *késői esetek* (3—4 nap múlva előforduló) sem mondhatók jobbindulatúaknak, mint a 24 óra múlva mutatkozó, legfeljebb annyiban, hogy szemünk előtt fejlődve ki a bántalom, annak elhárítására irányuló beavatkozásainkat késedelem nélkül megejthetjük.

Hogy az *évszaknak* vagy *időjárásnak* valamelyes befolyása volna a baj gyakoriságára, mint azt a háború elején sokan hitték, nem tapasztaltuk. *Állóharczok* alkalmával azonban, a mikor a csapatok hónapokig ugyanazon, lassacskán elszennyeződött árkokban, állásokban húzódnak meg, jóval nagyobb arányban kerülnek elénk, mint mozgóharczok alkalmával, vagy a mikor a csapatok új állásokat foglalnak el. Nagyobb offenzívák idején, amikor a sebesültek ellátása a torlódás miatt késedelemmel jár, a *tömegmunka* mellett a sebek ellátása is hiányosabb, és a hátraszállítás sem történik simán, gázphlegmonéval összehasonlíthatatlanul gyakrabban találkozunk.

Előfordulási aránya *testtájékok szerint* is különböző. Feltűnő, hogy a *far-tájékon* és *alsó végtagokon* sokkal *gyakrabban* látjuk (3—4-szer oly gyakran), mint egyebütt. Ez a valóság egyrészt az említett részek bőrének erősebb *szennyezettségével* és *földrészekkel való érintkezésével* függ össze, másrészt e testtájék *vérkeringési viszonyainak* sajátosságára és *izomszövetben való gazdagságára* vezethető vissza, lévén az izomzat az anaërob bacteriumok kedvencz megtelepedési helye és az infectio kitűnő melegágya. Jóval ritkábban észleltük a háton, hasfalakon, vállakon és felső végtagokon és csak elvétve a mellkas elülső felszínén, a tårkon és koponyán.

A gázphlegmone *tünetei helyiek és általánosak*. Minél kiterjedtebbek és mélyrehatóbbak a sérülés környékén talált elváltozások, azaz minél előrehaladottabb a folyamat, annál súlyosabbak az általános tünetek. De néha ez utóbbiak nincsenek arányban a helyiekkel, egyszer súlyosabbak, máskor könnyebbek.

Amikor egy-egy nagy betegszállítmány a segélyhelyről vagy kötőzhelyről ideiglenes kötéssel ellátva a tábori kórházba kerül, a sebesültek tömegéből a jószemű orvos első sorban azokat válogatja ki, akiknek *elcsúszása, viaszúsága, beesett arca*, nagy *nyugtalanúsága*, a kötés *feszességéről való panaszkodása*, vagy nagy *fájdalmakról* tanuskodó keserves nyögése, *szapora és üres pulsus*, hányásingere vagy *hányása* és *forró bőre* a gázphlegmone kórisméjét teszik valószínűvé és sürgős beavatkozást követelnek. E vészjelző kép az *ön-tudat tisztasága* mellett némileg hasonlít a kivérzett vagy shockos beteg képéhez. Csak a láz, a nagy nyugtalanúság, a sérült testrész fájdalmas feszülése és az arcnak erősen a sárgásba játszó halványsága különböztetik meg tőle. A *köz-érzetnek hirtelen megváltozása* és az említett tüneteknek jelentkezése különben mindig felkeltik a gyanút gázgyulladás képződésére.

Az *érverés* a hőmérsékhez képest igen gyors, 120—160 között, üres, könnyen elnyomható. Az érverés jellegzetes viselkedése mindenkor pontos diagnostikai és prognostikai támpontokat nyújt.

De a míg az érverés szaporaságát mindenkor megtaláljuk, a *hőmérsék* nem viselkedik mindig jellemzően. A legsúlyosabb fertőzés eseteiben, vagy ott, a hol a gázgangraena erősen kivérzett egyénen jelentkezik, néha csak subfebrilis vagy éppen subnormalis (collapsusos) hőmérsékét találunk, jelölve, hogy a szervezet a fertőzéssel szemben védekezésre, reakcióra képtelen. Ha a hőmérsék ily esetekben később emelkedést mutat, jó jelnek kell vennünk, épp úgy,

mint lázas alakokban az általános tünetek javulásával együtt járó hőmérsékcsökkenést. A hőmérsék súlyos esetekben rendszerint 39°—39.5° között mozog s napokig ilyen is marad. Rendszeren febris continua kisebb esti remissiókkal, de mutathat nagy napi ingadozásokat is, lehet intermittáló jellegű, de lehet egészen rendetlen is.

Ha az említett szembeszökő általános tünetek (rossz közérzet, szenvedő arczkifejezés, halványsárga bőrszín, szapora pulsus, gyors légzés stb.) mellett a beteg a kötőzástalra kerül, a sérülés helyén a következő kép tárul elénk: a többnyire kiterjedt *roncsolás környéke* többé-kevésbé vizenyösen duzzadt, hűvös és tapintásra nagyon érzékeny. A baj előrehaladottabb szakában a bőr alatti kötőszövetben nyomásra *sercégés* mutatkozik, mely a végtagnak úgy környéki, mint központi részeire kiterjed és néha az egész végtag óriási duzzanata mellett a törzsre is folytatódik. Kopogtatásra e légdús, felfújt területek dobos, metallikus színezetű kopogtatási hangot adnak. A bőr a seb környékén, az esetleges vérömlenyeket leszámítva, feltűnően sápadt, kissé sárgás-zöldesbe játszik. Ezt a halványságot azokban az esetekben, ahol vegyes fertőzés van jelen s a pyogen fertőzés áll előtérben, gyulladásos tünetek helyettesítik. Ilyenkor a duzzadt környezet bőre inkább belövelt, mint halvány, és inkább forró, mint hűvös. A bőrön a gyűjtőerek rajzolata erősen kifejezett s rajta, főként a gyűjtőerek mentén, meg ott, ahol a bőr alatti kötőszövet lazább, *csíkokban, foltokban, szigetekben*, néha nagy kiterjedésben, *sárgás, máskor rézvörös vagy csokoládébarna*, olykor *kékes-szederjes* elszínesedések láthatók. Vigyázzunk ilyenkor, hogy össze ne tévesszük a sok változatban mutatkozó skorbutos foltokkal.

De ezek a bőrön látható elváltozások nincsenek mindig arányban a *szövetek mélyében* található elváltozásokkal. Egyáltalában a bőrön mutatkozó jelek a késői jelek közé tartoznak s a bántalom kezdeti szakában rendszerint kívül még nem látunk semmit, a mikor a mélyben már súlyos elváltozásokra akadunk.

Talán előbb említhettem volna a gázphlegmonenak azt a tünetét, amelyet a seb kibontása alkalmával — még mielőtt azt megtekintünk — érzékelünk. Ez a sebnak, sebváladéknak *jellegzetes büze*, mely kissé a bélsár szagára, kissé az állati szervek rothadásakor tapasztalt bűzre, de némileg a poshadt savanyú káposzta szagára is emlékeztet. Ez a jellegzetes, összetett, undorító eves-üszkös szag oly diagnostikai jel, mely az észlelők részéről, akik erről alig, vagy csak mellékesen tesznek említést, több figyelmet érdemelne; annál is inkább, mert minden más sebváladék szagától, de a nekrosisos szövetek vagy bomlott vér terjesztette tisztán rothadásos bűztől is — amelyet minden nagyobb szövetroncsoláskor megtalálunk — eléggé megkülönböztethető.

Igaz, hogy ez a jellegzetes szag, épp úgy, mint a gázképződés, nem tartozik a folyamat korai jelei közé, de éppen a fertőzés szakát illetőleg nyújt fontos felvilágosítást. A bántalom kezdeti szakában legtöbbször csak az egyszerű rothadásos szag üti meg orunkat, a melyet minden szövetszét-eséskor megtalálunk s a mely rothadási bacteriumok munkájának s az ennek nyomában jelentkező fehérjebomlásnak az eredménye. De ezt a rothadásos szagot is intő jelnek kell vennünk arra, hogy a gázphlegmone veszedelme közel van, és hogy a sebet ezért fokozott gondnal vizsgáljuk át és lássuk el.

Az eddig felsorolt helyi tünetek a folyamat kezdeti szakában kevésbé kifejezettek és akkor, amikor a megfelelő beavatkozás legtöbb kilátást nyújtana a baj megállítására, sebészeti terapiánkat nem irányíthatják.

A legtöbb támaszpontot nyújtja a fertőzés korai felismerése és elhárítására *maga a seb*. Nagyobb, az izomzatra is kiterjedő roncsolások esetén a szabadon fekvő vagy kiüreg, lekvárszerűen mállékony sötétbarna izomcsofatok, a sebből ürülő kékesfekete bomlott vér, bő, sötétvörhenyes, híg, jellegzetes szagú, néha már légbuborékokkal kevert sebváladék gázphlegmonés fertőzést jelentenek már akkor is, a mikor az általános tünetek a többi helybeli tünettel együtt még hiányoznak.

A gázphlegmone korai jeleit tehát magában a sebben kell keresnünk. A seb sokszor szürkés-fehér, meglehetősen száraz lepedéktől takart. Ez alatt vékony réteg kékes-vörös izomzat következik, mely mögött már normalis szövetek vannak. Ezt inkább simább szélű sebzések esetén látjuk és belőle jobb-indulatú fertőzésre következtetünk, ahol gyorsabban jelentkezik a pus bonum et laudabile. Nagyobb roncsolás esetén a barnás-fekete, puha, mállekony bűzös izomzat a sebből kinyomul, lepedék a seben nincs, s az ellágyult barnás-fekete szöveteket vastag réteg vérszegény, főttsonkaszerű izomzat választja el az éptől. Előhaladottabb stadiumban a szövetek *rámetészkor serczennek* s a bőr alól és a sebet környező szövetekből vörhenyes, savós, bűzös, habos szövetnedvvel, gyakran hallható módon sisteregve vagy füttyülve, levegő tödül ki. Itt-ott venák átmetszésekor is légbuborékok mutatkoznak, mint azt kóros területen végzett amputatio alkalmával láttuk.

A gázképződés, mint már említettem, nem tartozik a folyamat korai jelei közé. Egyrészt ezért, másrészt, mert csak nagyobb gázgócokat tudunk Röntgen-vizsgálattal megállapítani, utóbbit a gázűzők diagnostikájában mellőztük. *Fleisig* és más észlelők is többször megcsalódtak a Röntgen-lelet után.

Levegő a bőr alatti kötőszövetben többnyire akkor jelenik meg, mikor a bőr alatti kötőszövet is súlyosan elváltozott. De kerülhetnek gázok mechanikai úton a gangraenás góctól távolabb, sőt egészen távol, az ép bőr alatti kötőszövetbe is; utóbbi a folyamat terjedését nem jelenti. Sokszor végeztünk amputatiót jó eredménnyel a czomb alsó vagy középső harmadában, a mikor a felső harmadban vagy lágyékhajlatban erős duzzanat mellett élénk serczenés, szóval levegő volt kimutatható. Ha kételyünk volt az iránt, hogy a subcutis ép, egy-egy bemetszéssel könnyű volt eloszlatni kétségeinket.

Egyébként is sok esetben csak a bemetszés döntheti el, hogy gázphlegmonéval van-e dolgunk. Néha a gócz egészen felületen, máskor meg aránylag ép rétegek mögött igen mélyen fekszik s a mélyben már tekintélyes izomtömegek betegedtek meg. A gázűzők előrehaladottabb szakában a nedves szöveti elhalás képe mellett az izomzat és kötőszövet át van ivódva gázokkal és ha belevágunk, úgy viselkedik, mint a légtartalmú tüdő.

A gázphlegmonés szövetek nem vérzékenyek. Vérzést még akkor is ritkán kapunk, ha a sebet nagy metszésekkel feltárjuk s a roncsolt szövetrészeket kiirtjuk. Ugy ezen műtéteink, mint az amputatiók alkalmával is többször láttuk — a mit kórboncoláskor is sokszor észleltünk — a kisebb-nagyobb, sőt legnagyobb venák *thrombosisát*.

Míg a pyogen gyulladásos folyamatokban a beteg szervnek vérrel való ellátása bővebb, anaërob fertőzések esetén éppen megfordítva, szinte *stasis* van jelen. A szövetek állapotát valamely fulladásos, asphyxiás állapothoz hasonlíthatnám leginkább. Hogy itt valami localis fulladásról van szó, amellől szól az a tapasztalásunk, hogy kezdődő folyamatokban a bemetszett szövetek piszkos kékes-barna színe (valószínűleg a levegőn való oxydatio eredményeként) szemlátomást tűnik és a szövet úgy nyeri vissza színét, mint a kizárt, de még életképes sérvtartalom a leszorító gyűrű tágitása után. Legszembetűnőbb ez a tünet, ha a bőr és bőr alatti kötőszövet rézvörös vagy csokoládészerű haemolysisis foltjaiba vágunk bele. Csodálatos, hogy ezt az érdekes és csak kezdődő folyamatokban mutató, tehát diagnosztikus és prognosztikus szempontból is fontos tünetet a legtöbb szerző meg sem említi.

A szövetek a bemetszés után hamarosan vérzékenynyé válnak. A kisebb verőerek vérzése és parenchymás vérzés úgy indul meg, mint mikor valamely tagról az Esmarchot levesszük. Innen a vértelen műtétek után látott *gyakori utóvérzés*. Előrehaladottabb esetekben, ahol a szövetek nem így gyorsan vagy egyáltalán nem nyerik vissza színüket és nem válnak hamarosan vérzékenynyé, a prognosis rossz. A seb környékének a gázphlegmonék mellett észlelt nagyfokú vér-

szegénységét *Klose*-nak sikerült megmagyaráznia, a ki az anaërob bacillusok toxinjának hatalmas *érszüklő hatását* mutatta ki. Az érgörcs bemetszéseinkre hamarosan enged és az elhalt vagy elhalásnak indult szövetekkel szomszédos, vértelen, főttsonkaszerű izomzat a bemetszés után csakhamar vérezni kezd és visszanyeri színét.

A fertőzés által előidézett folyamatnak a szövetek rohamosan terjedő elhalása s az *elhatárolódásra hajlamot nem mutató üszkösödése a végső kimenetele*. A helyi tünetek fokozatos rosszabbodásával párhuzamosan a bacteriumok által termelt *mérgek (toxinok)* aláássák a beteg szervezetét, tönkreteszik elsősorban a szívet. A klinikai kép egészben súlyos mérgezés képének felel meg, a melyben a halált rendszeren a *toxinaemia* következtében beálló *szívbenulás* okozza. (*Klose, Conradi, Bieling, Aschoff.*)

(Folytatása következik.)

Előzetes közlemény a kolozsvári tartalék-kórház III. osztályáról.

Az influenzában megbetegedetteknek kolloidezüst-készítményekkel való gyógyításáról.*

Irta: *Benedek László* dr., egyet. magántanár, főorvos és *Koronka István* dr., főorvos.

Jelen közlemény nem tart arra számot, hogy befejezett egészenek tekintessék, csak azt a célt kívánja szolgálni, hogy az orvosközönség figyelmét az általunk alkalmazott gyógyszerkezelési eljárásra terelje, melyet mi az alábbiakban részletezendő súlyos esetekben haszonnal alkalmaztunk.

A gyakorló-orvos abban a kedvező helyzetben van, hogy praxisában a kevesebb számú súlyos esettel szemben az egészen könnyű lefolyásúak százait láthatja. A mi kórházi praxisunkban ugyszólván kivétel nélkül csak súlyos esetek fordultak elő, úgy hogy az ezekben elért gyógykezelési eredmények, a kevés számuk dacára is, vannak olyan értékűek, hogy némileg útmutatással szolgáljanak. Hogy e tekintetben helyes alapon állunk, arra leginkább azok az adatok mutatnak rá, melyeket egy-két kolozsvári gyakorló-orvos szóbeli közlései alapján nyertünk. Ezek szerint az egyiknek 280, a másiknak 3—400 esetéből 1-2, illetve 0-5% volt a halálos. Kiáltóan szemben állanak ezek az adatok az utóbbi időben közölt kórházi statisztikai kimutatásokkal, melyek szerint a halálozás a gyógykezelt eseteknek 11—15, sőt 18%-át tették ki. Ezen összehasonlítás alapján, középszámot véve alapul, a mi 42 esetünk a gyakorló-orvos 4—500 esetének felelne meg.

Főleg ama személyes tapasztalatokból kiindulva, melyeket mindketten a harctéren a sebészi sepsises megbetegedéseknek az electrargolnak és egyéb kolloidezüst-készítményeknek sikeres kezelése révén nyertünk, megkíséreltük a collargol alkalmazását a jelenleg folytonosan terjedő és nálunk mind nagyobb halálozást mutató ugynevezett „spanyol” influenzában szenvedő betegeken. E főleg intuitív gondolkodás mellett eljárásunkra még a következő elméleti mérlegelés vezetett.

Már a 90-es évek pandemiája idején sikerült *Canon*-nak (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1892, 2. sz. és *Virchow's Arch.*, 1893, 131. köt.) a Pfeiffer-influenzabacillust a vérben kimutatni, utánna *Chiari* (*Prag. med. W.*, 1893) ugyanezt a hyperplasiás léppulpában, más kórboncznokok pedig különböző szervekben találták meg.

Általában ismeretes az is, hogy az influenza által megbetegített szövetek az addig saprophyta pyogen coccusok számára igen kedvező talajul szolgálnak és a nagy virulentiára kapott bacteriumoknak sokkal könnyebben lesznek átjárhatóak, mint az ép szövetek. Ezért a secundaer fertőzések influenzában mindig fenyegetnek.

Az 1918. évi pandémia idején pedig mindinkább az a vélemény alakul ki, hogy a Pfeiffer-bacillus a szövetek

* Előadás a kolozsvári tartalékkórházban az influenza-járvány ügyében egybehívott orvosi értekezleten folyó év október hó 28.-án.

megbetegedését úgyszólván csak előkészíti azáltal, hogy mint az utász az utat egyengeti a légutak saprophytái számára. (*Dietrich: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 31. szám.*) Hasonlóan nyilatkozik *Lubarsch* is a Berl. med. Gesellsch. 1918 július 24-i gyűlésén. Sőt bizonyosnak látszik, hogy a secundaer infectiók előtérbe nyomulása oka a magas halálozásnak és adja meg a jelenlegi járvány jellegét. Ebben az értelemben értékesíthetők *Lubarsch, Dietrich, Simmonds, Schmori, Bernhardt* és mások leletei, akik a belső szervekben és a vérben betegeken, illetve elhaltakban strepto-, diplo-, pneumo- és staphylococcusokat találtak. (Lásd a fentiekben kívül *Simmonds: Münchener med. Wochenschrift, 1918, 38. sz., Schmori: Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 34. sz., Bernhardt: Med. Klinik, 1918, 28. sz.*) *Bernhardt* a felső légutak váladékában a pneumostreptococcusok csoportjába tartozó diplostreptococcusokat mutatott ki, melyek az elhaltak szívvérében, lépében és májában tiszta tenyészetben voltak leltathatók. Szerinte ezek mellett egy szűrhető vírus jelenléte és kóroktani fontossága sem zárható ki, amire nyomtatékkal *Selter* és *Kruse* mutatott rá.

Mindezekből, továbbá *Schwenkenbecher, Wachter, Strümpell* és *Goldschmied*-nak legújabb leleteiből kiviláglik, hogy az 1918. évi influenza-esetek aetiológiájában a légutak saprophyta és főleg pyogen coccusai másodlagos úton nagy szerephez jutnak és hogy az utóbbiak az elsődleges megtelepedés helyeiről a vérbe és a különböző belső szervekbe hatolhatnak. Plausibilisnek látszott tehát ama felvétel előtünk és bizonyára mások előtt is, hogy a bakteriaemiás (sebészi sepsises) megbetegedésekben saját tapasztalataink szerint is kiválónak ismert kolloidezust-praeparatumok a mostani influenzában is eredménynyel lesznek alkalmazhatók.

A collargolt előbb mint helyi antizymoticumot, később különösen septicopyaemia, gyermekági láz, orbáncz, gonorrhoeás szövödmények eseteiben és egyéb fertőző bajokban, az ideggyógyászatban multiplex sclerosis, cerebrosplanialis meningitis, a háborúban sebfertőzés eseteiben meglehetősen kiterjedten alkalmazták, anélkül, hogy számbavehető káros hatásokat figyeltek volna meg. (*Antonio Crispin New-York, 1914, egy esetben látott argyrosist jelentkezni.*) A hatás módjára nézve joggal felvehető, hogy a kórokozókat directe előli vagy szaporodásukban gátolja. A nehéz fémek kolloidmodificatioira nézve a *Stodel* által észlelt más anyagoknak nagy adsorbtiojára való hajlam segítheti ezeket a készítményeket a sterilizáló hatásukban. (*R. Stodel: Deutsche med. Wochenschrift, 1914, 2288. oldal.*)

Alkalmaztuk a Heyden-féle collargolt 4 cm³-es adagban 0.24 gr. összezüsttartalommal, a *Zebegényi*-féle arg. kolloidalet in ampullis, a helyi egyet. gyógyszerárban lege artis előállított 1%-os arg. kolloidale-oldatot.

Legszívesebben és legnagyobb sikerrel az eredeti csomagolásban levő Heyden-féle collargolt alkalmaztuk. Az utolsó esetekben jó szolgálatot tett az arg. kolloidale-nak l. a. készített oldata. (5–10 cm³.) Minthogy azonban e suspenziókra az instabilitas jellemző, azért lehetőleg az eredeti készítményt ajánljuk. Sajátságosnak látszik ez esetekre majdnem kivétel nélkül, hogy az injectio után körülbelül egy órával 0.5–1–1.5° Celsius-sal felemelkedik s néha így marad a hőmérséklet 4–6, sőt több órán át is, majd successive lytikusan leszáll, más esetekben pedig a defervescálás lépcsőzetes, vagy kisebb-nagyobb ingadozásokat mutat és 24–48, sőt 72 órára terjed ki.

A hőmérséknek collargolra való emelkedését, mint typusos reactiót a javulás szempontjából kedvezően ítéltük meg. *Bogen* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1917, 85.) ezt a javulás biztos zálogának tartja. Hogy ezt itt esetleg elzárt kóros göczök gyors szétesése tételezi fel, vagy a széteső bacteriumok endotoxinjainak hatásából volna magyarázható, vagy pedig a szervezet túlérzékenységi, anaphylaktoid visszahatásáról volna szó, a gyógyszerre nézve mind olyan kérdések, melyeknek felvétele már a salvansan-kezelésnél felmerült és amelyeknek megválaszolására az eddigi tapasztalataink alapján nem tartjuk magunkat jogosultnak. Csak az ugynevezett vízhibáról nem lehet szó, mert ez a hőemelkedés a Heyden-féle eredeti csomagolású collargol után is rendszerint beállt, ahol a frissen destillált víz hermetice kerül az ampullákba.

Még egyet szükséges kiemelni, azt tudniillik, hogy mi egy kivételével eseteinkben csak egy ízben végeztünk injectiót, még pedig elsősorban a rendelkezésünkre álló gyógyszer hiánya miatt. Egy az első injectio után refractaernek látszott eset a második injectio után teljes gyógyulást mutatott. Ilyen esetekben ajánljuk ezért a másod-, sőt esetleg harmadnaponként végzett injectiót. Továbbá igen fontosnak tartjuk megemlíteni, hogy 6 tüdőgyuladással komplikált esetből kettő 24 órán belül, kettő az injectio után harmadnap, ismét kettő azután negyednap lett láztalan és jelenleg reconvaleskál.

Összesen 42 súlyos esetben alkalmazott collargol-kezelésről számolunk be azzal a megjegyzéssel, hogy azóta már ismét új és új esetekben állandóan feltűnő kedvező eredménynyel használtuk ezt az eljárást. Ezek közül csak 6 eset mutatkozott az egyszerű intravenás befecskendezésre refractaernek. Az utóbbiak közül az egyik egy súlyos purulens bronchitisben szenvedő beteg, akin egy második injectio 48 órán belül teljes sikerre vezetett, másik ezek közül idősült malariával, egy harmadik savós mellhártyagyuladással és a többi három eset talán legalább részben a befecskendezéssel kapcsolatosan jelentkező helyi reactio miatt maradt lázas (egyiken a közérzet és a többi localis kórtünet javulása mellett), az utóbbi kettő közül az egyik a tünetek súlyosbodása mellett 3 napra az injectio után meghalt, a 6. esetben pedig az injectio után két napra a jobb alsó tüdőlebeny fölött tompulat volt kimutatható, a tüdőgyulladás physikai és egyéb tüneteivel.

Tehát a malariával komplikált esetet is beleszámítva, a collargollal való intravenás kezelés eredményre vezetett az eseteknek 85.7%-ában (36 esetben, ezek közül 35-ben egyszeri injectióra). Eredménytelennek látszott 14.3%-ban (6 esetben a fent részletezett szövödmények mellett, ez utóbbiak közül csak egy esetben állt be utólagos complicatio). Tudatában annak, hogy ebben a kimutatásban csak súlyos esetek szerepelnek, irreálisnak tartanánk a fenti eredményeknek az általános halálozási statisztikával való összehasonlítását. Szembetűnő gyógykezelési eredménynek tartjuk továbbá azt a körülményt is, hogy a collargol eme súlyos esetek lefolyási időtartamát tetemesen megrövidítette: így a 36 esetben 20-ban 24 órán belül a collargol-befecskendezésre teljes láztalanság állott be, a közérzet javulásával, az objectív tünetek teljes eltűnésével vagy lényeges jobbulásával, ezek közül kettőben az influenza tüdőgyuladással volt szövődve. 12 esetben a betegek 48 órán belül lettek láztalanok és jelenleg reconvaleskálnak, a defervescálás ebben az utóbbi csoportban nagy ingadozások után következett be. 4 esetben pedig 72 órán belül történt a defervescálás. Mind a 4 esetben az influenza tüdőgyuladással volt szövődve. A defervescálás után egy-két nap múlva a physikalís és egyéb klinikai tünetek teljesen eltűntek. Összesen 3 esetben mutatkozott a befecskedésre erős helyi reactio, a mely a betegeknek hőmérsékletét és közérzetét lényegesen befolyásolta.

A helyi reactio elkerülésére szükséges a vena cubitalis szűrt sebét jodtincturás tamponnal a tú visszahúzása után azonnal lenyomni, nehogy a visszafolyó vérrel concentráltan kiáramló kolloidezust-oldat a könyökhajlat laza szövetében szétterjedjen.

A collargolra való visszahatásról kivonatossan néhány typust közlünk, a lefolyásban különösen a lázmenetet emelve ki mint indikátort, megjegyezve, hogy a többi kórtünet a lázzal coordináltan viselkedett.

I. Pulmonalis és gastrointestinalis alak.

1. M. L., 32 éves 21. gy. ezredbeli honvéd felvétetett október 17.-én. Vizsgálatkor bemondása szerint 2 nap óta lázas beteg, arcza duzzadt,

kipirult, a conjunctivák belőveltek, a garat nyálkahártyája piros. A beteg rekedt és sokat köhög. Mindkét tüdő fölött számos száraz szörtyőzöre hallható, a kopogtatási hang mindenütt teljes éles, nem dobos. A beteg gyomor- és alhasi fájdalmakról is panaszkodik. A hasájék nyomásra kissé érzékeny, a belek flatulensek. Naponta 6–8-szor van széke, mely sárgás-barna, kevés nyálkával kevert. A székelés előtt kólikás fájdalmak jelentkeznek. A vizeletben cukor, fehérje: 0.

Hőmérsék: 39.7°. Pulsus: 102, ritmusos, középített.

Injectio október 17.-én 6 óra 30 p. (Heyden-féle collargol 4 cm³ 0.24 ezüsttartalommal.) Hőmérsékletingadozás injectio után:

Október 17.-én délután 8 órakor 40.2° C, 10 órakor 40.0° C, 12 órakor 38.1° C.

Október 18.-án délelőtt 2 órakor 37.9° C, 6 órakor 36.2° C, 8 órakor 36.3° C, 12 órakor 36.1° C; délután 4 órakor 36.5° C, 8 órakor 37.0° C.

Október 19.-étől betegünk állandóan láztalan, hőmérséklete 36.11–36.9° között.

Október 21. Betegünk teljesen jól érzi magát, tüdőbeli tünetek és hasmenések teljesen eltűntek. Jó étvágygal eszik, főnnjár.

II. Súlyos purulens bronchitis esete.

2. B. M., 19 éves, 21. h. gy. ezredbeli honvéd. Felvétetett október 16.-án. Kórelőzmény: 5 nap óta beteg, fej- és mellfájdalmakról panaszkodik, állandóan náthás, keveset köhög.

Jelen állapot: Közepesen fejlett, gyöngén táplált. Mindkét tüdő fölött diffúz nedves vegyes hólyagú szörtyőzörejek, a jobb tüdő fölött hátul kissé tompultabb kopogtatási hang. A nyelv bevont, a mandulák belőveltek. A szív működés fokozott, pulsus percenkénti száma 112, kicsiny. A mellkasi szervek látszólag normalisak. A vizeletben fehérje 0. Köpet: bőséges, nyálkás-genyes, kissé véres. Hőmérséklet: 38.9°.

Október 16.-ától 18.-áig állandóan 38.2–39.3° C testhőmérsékletet mutat súlyos hörgőhurut tüneteivel és kísérlő jelenségeivel. Október 18.-án délután 6 órakor Heyden-féle collargol intravenásan.

1. injectio utáni hőmérséklet október 18.-án délután 8 órakor 38.3° C, 10 órakor 38.6° C, 12 órakor 38.8° C.

Október 19.-étől 20.-áig állandóan 38° C fölött. Október 20.-án d. u. 4 órakor 39.1° C, heves mellkastájfájdalmak, kínzó köhögés.

2. injectio. Október 20.-án d. u. 6 órakor. 8 órakor 39.3° C, 10 órakor 39.8° C, 12 órakor 38.8° C.

Október 21.-én d. e. 2 órakor 38.8° C, 4 órakor 38.4° C, 6 órakor 37.9° C, 8 órakor 38.0° C, 12 órakor 37.5° C, d. u. 4 órakor 38.0° C.

Október 22.-én d. e. 8 órakor 37.2° C, 12 órakor 37.0° C, d. u. 4 órakor 35.9° C hőmérséklet.

A tüdők fölött alig hallható kishólyagú nedves szörtyőzörejek. Október 23.-ától állandóan láztalan (36.2–36.8°), nagyon kevés váladék. 24.-én a beteg felkel, jobban érzi magát, jó étvágygal eszik.

III. Pulmonalis alak.

3. K. J., 44 éves 21. gyalogezredbeli honvéd. Felvétetett október 19.-én. 4 nap óta a beteg sokat köhög, egy nap óta kínzó fejfájása és forrósága van végtag- és hátfájdalmakkal. Nagyon náthás, tegnap este orrvérzése volt. Objective: tüdőszerte sok vegyes hólyagú szörtyőzöre hallható, a beteg sokat köhög. Az ajkak cyanosisosak, az orrnyílások duzzadtak, helyenként pörkkel fedettek. A nyelv bevont, a mandulák vörösek és duzzadtak. A garat belővelt, a trachea nyomásra érzékeny. Pulsus: 110 percenként, kicsiny, ritmusos. A vizeletben cukor, fehérje nincsen. A hőmérsék 39.4–39.8° C.

Injectio (Heyden-féle collargol, 4 cm³, 0.24 össezüst).

Október 19.-én d. u. 8 órakor 40.2° C, 10 órakor 39.3° C.

Október 20.-án d. e. 8 órakor 37.6° C, 12 órakor 38.9° C, d. u. 4 órakor 39.0° C, 6 órakor 35.7° C, 8 órakor 36.5° C hőmérséklet.

Október 21.-étől mindvégig láztalan, összes tünetek visszafejlődtek.

4. H. J., 28 éves 63. gyalogezredbeli honvéd. Felvétetett október 14.-én.

Súlyos hurutos tüdőtünetek. Genyes-nyálkás habos köpet. Gyakori hasmenés hányásingerrel.

Injectio 26.-án d. u. 6 órakor. Kétóránként mért hőmérsék: 40.0°, 40.5°, 40.0°. Október 18.-án: 39.5°, 38.3°, 35.5° és este 8 órakor 36.0°. A betegnek hányásingere van. Október 19.-étől mindvégig láztalan, gastrointestinalis tünetek teljesen kimaradtak, tüdőtünetek feltűnően javultak.

19 esetben a Purjesz Béla egyetemi magántanár által vezetett járványkórházban a felsőlégutak váladékában streptococcus és staphylococcusokat találtak.

A beteg kora nem látszik befolyásolni a gyógykezelés sikerét.

* * *

Ezekben batoroktunk beszámolni tapasztalataink eddigi eredményeiről, melyek, azt hisszük, feljogosítanak bennünket arra, hogy a collargolt (lehetőleg a Heyden-féle eredeti csomagolásban) a mostani influenza-járvány eseteiben ajánljuk.

Hangsúlyozni kívánjuk még egyszer, hogy nem tartjuk eme eredményeket lezártaknak, főleg a rendelkezésünkre álló súlyos betegek aránylag kevés száma miatt; de tekintve, hogy rohamosan terjedő járványról van szó, melyben a halálozás napról-napra nagyobb arányokat ölt, úgy gondoljuk, hogy minden eszközt meg kell ragadni a betegség leküzdésére. Másrészt meg vagyunk győződve, hogy a collargol haszna ezen járványban csak úgy tisztázódhatik véglegesen, ha kartársaink is saját működésükben minél kiterjedtebben alkalmazzák eme gyógyszert.

Parancsnokunk Zeilendorf főtörzsorvos, ki az ügyet meleg érdeklődéssel kísérte és az első eredmények után a további kísérletezést lehetővé tette, felhívta eddigi sikereinkre a felettes katonai egészségügyi hatóság figyelmét, kérve a minél kiterjedtebb alkalmazást.

Ha még ezek után az az ellenvetés merülne föl, hogy következtetéseinket aránylag kevés számú eset kapcsán vontuk le a gyógyszer sikerét illetőleg, erre az a válaszuk, hogy először ez a szám azóta már szaporodott, másodsor, hogy eseteink igen súlyos kórházi esetek voltak, a melyeket a gyakorló-orvos praxisában előforduló sok könnyű influenzás megbetegedéssel nem lehet összehasonlítani, harmadsor, hogy a collargol-befecskendések majdnem kivétel nélkül tipusos reactio fejlődött ki, mely nagy valószínűséggel a hatás specifikus voltával áll összefüggésben, negyedsor, hogy olyan gyógyszerről van szó, melyet más fertőző és sepsises esetekben régen sikerrel alkalmazunk, a mostani influenzának súlyos jellegét pedig minden valószínűség szerint éppen a másodlagos bacteriaemiás fertőzések adják meg, úgy hogy ezek után egészen plausibilisnek látszik a collargol alkalmazása a mostani influenzás megbetegedésekben és nem igényel kiterjedtebb kísérleti beigazolást. S ha még azt is hozzátesszük, hogy panaceának sem tarjuk a gyógyszert, azt hisszük, hogy szerény conclusióinkat a fenti vád nem érheti.

Kedves köteletségünknek tartjuk Purjesz Béla egyetemi magántanárnak az esetek egy részében végzett ellenőrzéséért hálás köszönetünket e helyen is nyilvánítani.

Közlés az O. H. G. H. császárfürdői intézetéből. (Igazgató: Dalmady Zoltán dr., ezredorvos, egyetemi magántanár.)

A „spanyol influenza“ Röntgen-diagnostikája és kísérletek az abortív gyógyításra.

Közlő: Henszelman Aladár dr., oszt. vezető főorvos, egyetemi tanársegéd.

Egészen közönséges tapasztalás, amelyet nap-nap után teszünk, hogy a spanyol influenzás betegeknek majdnem felén egy-két, ritkábban három lebenyre kiterjedő lebenyárnyékot látni. Ez nem olyan intenzív és kevésbé élesen elhatárolt, mint a croupus pneumonia árnyéka. Diffus, finomabb árnyék, amelyen belül olykor körülírtabban, mélyebben rajzolt gócos, foltos árnyékok láthatók. Ezt a képet kapjuk igen sokszor olyankor is, amidőn a kórházi megfigyelés, a kezelőorvos véleménye és ambulanis betegen, a reconvalescentiában a beteg bemondása szerint „nincs“, illetőleg „nem volt“ pneumonia.

A császárfürdői intézetnek mind a négy osztályáról (1400 ágy, naponként több friss megbetegedés) a spanyol influenzából meggyógyult, illetőleg a már láztalan eseteket, valamint a Röntgen-laboratoriummal kapcsolatos osztályomról a lázas betegeket is megjelentetem naponként Röntgenvizsgálat céljából. Így napról-napra tudom követni a lebenyárnyék képének kibontakozását, majd a felszívódást.

E tapasztalásaim alapján a következőkre hívom fel a figyelmet. A lebenyárnyék már a 2., 3. betegségi napon megjelenik. Sohasem láttam a hilus felől vagy centralisan kifejlődni. Éppen ellenkezőleg! A periphéria felől, rendszerint a hónaljvonalak irányából, alsó lebeny-pneumoniában inkább a rekesz felől bontakozik ki a lebenyárnyék. Az előbbi kép infarctusra emlékeztet, mert az ékszerű árnyék alapja a mellkas oldalfala felé tekint. Valószínűleg ezeknek egy része, a kisebbek, valószínűleg infarctusok, amelyeket sectio alkal-

mával látunk. A rekesz fölől fejlődő árnyék exsudatuma emlékeztet, azonban csak a helyzeténél fogva, különben minden (a negatív próbapunctio is) ellene szól. (Az alsó lebeny croupos pneumoniajában a rekesz fölött egy ujjnyi terület szabad, nem beszűrődött.) Természetesen a kettő kombináltan is fennállhat.

Még érdekesebb tapasztalás, hogy ez a lebenyárnyék a láztalanodás után, a subfebrilis remissiókat nem számítva, mert ilyenek mindig vannak, még 1, 2, sőt 3 hétig található. Mind halványabb lesz, míg végre egyenletes halványodás után teljesen eltűnik. Croupos pneumoniajában az oldódáskor foltos-gócós képet kapunk. A felszívódás tehát hosszasan történik.

Ennek a tapasztalásnak praktikus jelentősége van, mert nyilvánvaló, hogy ilyen könnyű természetű, valószínűleg már oldódófélben levő pneumoniajával hetekig járhatnak a betegek elfoglaltságuk után, anélkül, hogy tudnának a bajuk természetéről.

Az érdekesség szempontjából említem meg, hogy az esetleg nem is köhögés vagy rövidesen előrement vércöpés, hanem egészen más panaszok miatt Röntgen-vizsgálatra elénk kerülő beteg csodálkozva igenlőleg válaszol, amidőn ilyen lebenyárnyékokat találva, azt a kérdést intéztem hozzá, hogy mikor volt spanyol influenzája. A felelet ilyenkor az, hogy 1—2—3 héttel ezelőtt.

Ha a Röntgen által betegnek jelzett lebeny vetületét azután klinice igen gondosan megvizsgáljuk, akárhányszor rövidült kopogtatási hangot, erősen érdes légzést, esetleg egy egészen kis területre szorítkozó crepitatiót vagy subcrepitatiót, apró hólyagú szörtyőrejeket, a pectoralfremitus vagy bronchophonia erősödését, sokszor azonban semmit sem találunk.

Ez a lebenyárnyék, véleményem szerint, nem azonos azzal a finom diffus homálylyal, amelyet mindig csak baloldalt, a bal alsó lebeny alsó felében vagy harmadában, szintén igen sokszor láthatunk a pneumonianélküli, rendesen középsúlyos vagy súlyos esetekben. Ezt a homályt a bal alsó lebeny relatív légtelensége okozza, amelyet a következő tényezők, azt hiszem, megmagyarázhatnak. 1. A bal rekeszfél ilyenkor mindig magasra föltolt a szintén mindig jelenlévő meteorismus folytán. A gázzal hatalmasan telt vastagbélhajlat és a sokszor nagy gyomorhólyag a bal rekeszfelet a mellkasba magasra felbottosítják és majdnem merevvé teszik; t. i. ez a felbottosuló rekeszfél alig végez respirációs kilengéseket. 2. A nagy lép is hozzájárulhat a bal rekeszfél magas állásához és szintén nyomhatja a bal alsó lebenyt. Ez a bal alsó lebenyhomály rövid életű; a láztalanodás után néhány napon belül eltűnik.

A lépárnyék megnagyobbodását, ha az általam ismert tetett módszer szerint vizsgáljuk, minden esetben észlelhetjük. Már az első-második lázas napon láthatjuk a polusával többé-kevésbé a bordaív alá érő lépet. Nem olyan mély árnyékú a pólusa és nem is olyan éles konturokkal körühatárolt, mint például a malariás lépé. A lép árnyéka is hamar rendes nagyságot ölt. Az első hét végén vagy a második elején, ha a beteg láztalan lett, már ismét a bordaív fölött jelenik meg a lép pólusa.

A bronchitisre és bronchiolitisre jellemző, igen gazdagon, sűrűn és a rendesnél vastagabb ágakkal diffuse, a rekeszig követhetőleg vagy körülirtabban injiciált hilus és tüdőrajzolat, a duzzadt, peribronchialis nyirokcsomók, a szív részéről pedig a gömbszerű, a rekeszen szétterülő, főleg a dilatált jobb pitvar-ívnél szélesebb középárnyék, jól ismert, mindennapi Röntgen-tapasztalások.

Megemlítem, hogy két lebenyárnyékos betegen az oldódási szakban igen súlyos, folyton progrediáló disseminált tüdőtuberculosis fejlődött (észlelés a diagnosztikai klinikán).

* * *

A betegség abortív gyógyításában a jodra gondoltunk, mint olyan chemiai szerre, amely nagyrészt a légutak nyálkahártyáján és nyirokcsomóiban, tehát ott választódik ki, ahol

az ismeretlen kórokozó megtelepedését feltételezzük; bactericid hatására természetesen számítottunk. A célunk volt, rövidesen, néhány órán belül acut jodismust okozni, kiadós jodnáthát provokálni. 25%-os jodnatrium-oldatból 4 cm³-t, tehát egy grammot injiciáltunk intravenásan. Négy-öt óránként kontrollálva, ha jodnátha nem állott be, újból, összesen legfeljebb három ízben injiciáltunk.

A hol a jodnátha és sokszor köthártyahurut megjelent, illetőleg a már meglevő conjunctivitis súlyosbodott, ott másnapra láztalanodás következett be. Láttunk azonban láztalanodást 24 órán belül akkor is, amidőn semmiféle jodismusra valló tünet nem fejlődött ki.

Háromheti kísérletezés eredményeképpen eddig mindössze 24 esetre tekinthetünk vissza. 15 esetben 24 óra alatt láztalanodás állott be, amely a rákövetkező napokon, néha apróbb remissióktól meg-megszakítva, meg is maradt. 7 esetben nem láttuk különösebb megváltozását a hőmenetnek.

Az injectio teljesen veszélytelen. Olykor kisebb bradycardiát és majdnem mindig közvetlenül az injectio után csekély köhögési rohamot vált ki. Nem fájdalmas. Hyperthyreoidismus gyanúja esetén nem injiciáltunk. Az injectio után néhány órán belül a hőmérséklet 0.5—1.5 fokkal emelkedik. Két esetben bronchopneumoniában állott be láztalanodás. Ezek közül az egyik mindössze egy napra lett láztalan, majd újból hidegrázás, magas láz 24 óra hosszat. Megismételve az injectiót, még aznap láztalan lett. Másik két pneumonia esetében az injectio hatástalannak mutatkozott. Megpróbáltam jodnatriumot a láztalanodás beköszöntével per os továbbra szedetni, azonban a fokozódó nátha és a jelentkező jodacne miatt csakhamar abbahagyattam a szedését.

Érdekes adat a jodnáthára, hogy vízszerű, erős csurgást okoz, főleg testmozgáskor, például oldalrafekvés alkalmával. A köthártyahurut miatt a betegek nem panaszkodnak.

Újabban a jodnatriummal kezelt betegek közül négy a láztalanság 2., 3., sőt 5. napján pneumoniát kapott (Röntgen). Ezek közül az egyik egy jodnatrium-injectióra 24 óra múlva láztalan lett és az is maradt (Röntgen-vizsgálattal a jobb középső lebeny pneumoniaja); ez a beteg igen súlyos eset benyomását tette. A másik három a szokásos módon szintén meggyógyult. Exitus eddig nem volt.

Tekintetbe véve, hogy mindössze 24 esetre támaszkodom, hogy az egy vagy néhány napig tartó láztalanság még nem gyógyulás, hogy mások más szerrel (calomel, sublimat, urotropin) szintén értek el ilyen, az enyémhez nagyon hasonló eredményt, hogy az influenza legkönnyebb esetei két nap alatt amugy is láztalanok lesznek, továbbá, hogy a legújabbban beálló pneumoniák jobbindulatúnak bizonyulnak: a közölt kísérleti eredmények nem mondanak sokat. A véletlen is üzhet velünk játékot, amidőn várva-lesve, óhajtva és szenvedélylyel kutatunk. Az bizonyos, hogy nem ártottunk. Eddig ugyis csak gyermekpuskánk van e baj ellen.

Közlemény a győri közkórház belbeteg-osztályáról. (Osztályvezető főorvos: Földes József dr.)

Kísérletek a spanyol náthának nevezett betegség gyógykezelése terén.

Irta: Krausz Mór dr., segédorvos.

Minél tovább tart a helytelenül spanyol náthának nevezett influenzaszerű járvány, annál kevésbé látszik valószínűnek a Pfeiffer-bacillus aetiológiai szerepe. Jelenleg sem az ok, de még a kórkép, illetve a tüneti alakok sem állnak tisztán előttünk, annál kevésbé lehet szó therapiás behatásról, a mely a betegséget kettévágja.

A kiindulás tehát egy általános desiniciens vagy ellentállást kell hogy legyen. Ha meggondoljuk, hogy vannak olyan anyagok, a melyek a vér antianyag-hatását valósággal fokozzák azzal, hogy az antitest-termelőkre hatva azok ingerléképességét a szervezet javára megváltoztatják, akkor az első pillanatban önkéntelenül is arsenobenzolra gondolunk.

Ha az úgynevezett spanyol náthát megjelenési alakja

szerint felosztani megkíséréljük, megkülönböztethetünk egy könnyű lefolyású hyperacut alakot, a mely a felső légutak és a kötőhártya gyulladásával, mérsékelt intoxicatiós jelenségekkel, főleg nagyfokú lázzal, de mindig feszes és rhythmusos érveréssel jár; azután egy az alsóbb légutakra, illetve a bronchiolusokra ráterjedő, kissé elhúzódozó gyuladós alakot, a mely rendszeren légcsőhuruttal kezdődik s bronchiolitissé, majd bronchopneumoniává alakul át. Itt már gyakoribb a vitalis centrumok zavara, a kórkép mindig súlyos. A harmadik kép a legsúlyosabb, a sepsis képét nyújtja, a vitalis centrumok teljes incoordináltságával. A pulsus könnyen elnyomható, nagyhullámú, a szív működés arhythmias, nagyfokú dermatographismus, a vizeletben az esetek 42%-ában fehérje és körülbelül 0.2%-ában cukor is van jelen.

Ez a három kórkép korántsem meríti ki az összes megjelenési alakokat, de a tapasztalat szerint ez a három a leggyakoribb. Általában véve a legkülönbözőbb alakokat észlelhetjük, így a meningitises, a polyarthritises és különösen a gyermekkorban a gastrointestinalis alakot, súlyos, néha csilapíthatlan hányással.

A mi a fenti három kórképet illeti, az elsőben nagyon gyakoriak az orrvérzések, a melyek néha súlyosak, de jóindulatúságukat könnyebb lefolyásuk bizonyítja. Itt naponkénti intramuscularis chinin-befecskendezést kíséreltünk meg. A hatást a következőkben láttuk: a nagyfokú erős láznak mint gyengítő factornak megszűnése, a közérzet határozott javulása, az érverésnek nyugodttá, feszsé válása. A per os adagolt chinin sem lázcsökkentő, sem a vasomotoros centrumra való hatása tekintetében közel sem jár az intramuscularisan adagolt chinin hatásához. Áll ez a többi per os adagolt antipyreticumról is, a melyek közül még az aspirintól láttuk a legjobb eredményt. Ennek oka vagy az, hogy csak nagyon kevés szívódik fel mint igazán ható anyag, vagy az, hogy a felszívódás en masse történik és mint ilyen csak rövid időre hathat, míg intramuscularis befecskendezés mellett állandó, egyenletes a hatás s a chininnek talán mint antifermentatív anyagnak a toxinokra való destructív hatása is szóba jön.

Néha abortív gyógyulást láttunk a chinin után, ez azonban ritkább, legtöbbször még 3–4 chinin-injectióra volt szükség, hogy a tünetek fokozatosan megszűnjenek.

A súlyos acut alakokban, a melyekben diffus beszűrődések voltak, csak bizonyos időre láttunk javulást, az enyhítő hatás azonban itt sem maradt el, de ez sohasem volt tartós, a cyanosis, a dyspnoë fokozódása rendszerint bekövetkezett.

Általában véve a hatás elbírálásában a láznak a szerepét nem tekintettük elsőrendűnek, mert tapasztalat szerint ez mindig lejjebb szállt, de a pulsus, illetve a szív működés zavart volta elárulta, hogy a hatás nem általános és állandó.

Naponként vagy másodnaponként adtunk 9%-os oldatból 5 cm³-t, vagyis 45 centigrammot. Kellemetlen hatást alig észleltem, például muló fülzúgást; a befecskendezés nem fájdalmas. Rendszeren a délutáni órákban adtam.

Bronchopneumonia eseteiben szintén adagoltam a chinint, sikerült is egyes esetekben a szív támogatása mellett a beteg erejét fenntartanom és őt a kritikus időn átsegítenem; de, sajnos, a legtöbb esetben, ámbár a beteg láza szinte lezuhant, az érverés egyformán rossz maradt, a cyanosis és dyspnoë nem csökkent.

Különböző inhalatiókat is végeztem, de különösebb hatást sohasem értem el velük, sőt 1½%-os carbol inhalatiója után 3 esetben láttam a bronchopneumoniás folyamat exacerbatóját.

Legsúlyosabb a sepsises alak. Itt a korán kifejlődő delirium csakhamar elárulja, hogy reménytelen esettel állunk szemben.

Ha *Nicollé* vizsgálata helyesek, akkor itt vagy másodlagos sepsisről, vagy oly tulajdonképpeni intoxicációról lehet szó, a melynél az individuum különös dispositiója révén fokozottabban reagál, ezen esetekben a sepsishez hasonló klinikai kórkép áll elő.

Alapot ad ezen feltevésnek először az, hogy a látszólag septicus alak főleg fiatal egyénekben, 20–30 év között szokott előfordulni. Gondoljunk csak arra, hogy az influenza-bacillus toxinja tengerinyúlön mindig súlyos sepsisre valló és bénulásos tüneteket okoz; vele szemben tehát főleg olyan szer látszik legmegfelelőbbnek, a mely a szervezet védekezőképességét a toxikus behatásokkal szemben fokozni tudja.

A salvarsan, mint ilyen, sokszor bevált, de csak mindjárt a kezdeti stadiumban alkalmazva. A láz lépcsőzetesen csökken. A sensorium feltisztul, a szív működés nyugodtabbá válik. Az érverés azonban néha napokig labilis, a diazo-reactio a pozitív esetekben csakhamar negatívvá válik.

Sepsises esetekben chinint adva, a láz subfebrilissé válik ugyan, de a delirium, a vasocentrum zavara állandó. A nyelv vastagon bevont, táplálékot csak a végbélen keresztül lehet bejuttatni. Majd a láz függetlenül a chinin-adagolástól újra erősen emelkedik és egy-két nap múlva beáll a halál.

Megpróbálkoztunk a colloidalis ezüst intravenás alkalmazásával is, mint antisepticummal. De sem ez, sem az intravenás sublimat-injectio nem bizonyult annyira megfelelőnek, mint a salvarsan. Néha láttunk látszólagos hatást ezektől is. Dispargen-adagolás után két esetben kifejezett colapsust láttunk kifejlődni.

A salvarsan-adagolás főfeltétele, hogy mindig elég korán történjék; már nagyon súlyos állapotú vagy absolute rossz pulsusú betegen hiába alkalmazzuk; eredménytelen a gyakran előforduló 6–7 napi láztalan idő után kiújuló esetekben is. A salvarsan tehát nem specificum.

A per os adagolt salycil jobb hatásúnak látszik, mint a per os adagolt chinin.

Ha kételkedéssel fogadjuk is a salvarsan, illetve a chinin adagolása után kapott eredményeket, és ha felvonnánk azt, hogy a gyógyult esetek maguktól is meggyógyultak volna, még akkor sem zárkozhattunk el előlük mereven, hiszen utánuk a beteg állapota javult, a mi mégsem tételezhető fel, hogy magától is bekövetkezett volna minden esetben, mert főleg a súlyosabb esetekben adagoltuk a nevezett szereket.

A chininnel kezelt esetek száma 91, a salvarsannal kezeltké 22 volt.

Epstein A.

1849–1918.

A napokban hunyt el Prágában a prágai lelenczház érdemes igazgatója, *Epstein* tanár, tudományos eredményekben gazdag életének 69. évében. Gyorsan követte pályatársát *Ganghofner*-t, kit csak alig néhány hó előtt temettek el, s a ki a prágai német egyetemen rendes tanára volt a gyermekorvostannak.

Epstein a csehországi Kamenitzben született, s a prágai német egyetemen szerezte meg oklevelét. Szakorvosi kiképeztetését ugyanitt nyerte a híres *J. Steiner* s a nagytekintélyű *Ritter v. Rittersheim* mellett. Előde a lelenczházban *Ritter* volt, ki tudományos működésével ezen intézet hírnevét megalapította, s *Epstein*, közel négy évtizedes munkálkodásával csak öregbítette, úgy hogy a prágai lelenczház az egész művelt világ szakemberei előtt ismeretes volt s a csecsemő-orvostan terén *Epstein*-t mindenki elsőrendű tekintélynek ismerte el.

Nagyszámú munkálatai az általa képviselt szak minden egyes fejezetét felölelték s kiváló érdeme, hogy az osztrák *Bednar* és *Ritter* után a gyermekorvostan ezen, 3–4 évtized előtt még eléggé mostohán kezelt részlete iránt a tudományos körök figyelmét felébresztette, oly eredményesen, hogy jó ideig a prágai lelenczház volt a Mekka-ja azon fiatalabb gyermekorvosoknak, kik a csecsemőorvostanból óhajtották gyarapítani ismereteiket.

Epstein vezette be a csecsemőorvostani gyakorlatba a

gyomormosást s az ő érdeme, hogy a szájmossást a csecsemő ápolásánál végleg elhagytuk. Az újszülöttek szájnálkahártyájának sepsises megbetegedése az ő közlései révén vált ismertté s az elnevezés az ő nevéhez fűződik (*Epstein-féle pseudodiphtheria oris*). Kiváló tudományos érdeme, hogy az elismert szakembereknek egész sorát képezte ki (*Raudnitz, Fischl* stb.) s méltán büszke lehetett arra, hogy oldala mellett kezdte meg fényes pályáját *Czerny* tanár.

Epstein utolsó munkálata volt egy alapos tanulmánya az osztrák bábaképzés reformjáról, hattyudala egy terjedelmes cikk a *Jahrb. f. Kinderh.* legutolsó füzetében a *Barlow-kór*nak feltűnő szaporodásáról a két utolsó háborús évben a prágai gyermekanyagban.

Epstein a régi nagy klinikusok közé tartozott s egyik legelőkelőbb tagja volt az osztrák gyermekorvosoknak.

Utoljára 1912-ben találkoztam vele Berlinben a III. nemzetközi csecsemővédő congressuson, hol az egyik előadás discussiójában élvezettel hallgattuk mindannyian az ő rögtönzött, pompásan átgondolt, meggyőző érvekkel támogatott és szónoki erővel előadott megjegyzéseit.

Magyarországot ismételtlen meglátogatta, a magyar szakemberekkel élénk tudományos összeköttetést tartott fön s a hozzákerült magyar orvosokat mindenkor szeretettel fogadta intézetébe. Áldott legyen emléke! *Bókay János.*

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Juba Adolf: Az egészségtan alapvonalai. Budapest, 1918. Révai testvérek bizománya. Ára 3 kór. 80 fillér.

Egy belügyministeri rendelet az anya- és csecsemővédőnek tennivalóit kiterjesztvén az általános gyermekvédelemre, a nemi betegségek, az alkoholizmus, a tüdővész elleni küzdelemre stb., gondoskodni kellett arról, hogy az anya- és csecsemővédőnek az egészségtan elemeit is ismerjék és hogy e célra jó tankönyv álljon a rendelkezésükre. Ily módon született meg a jónévi szerzőnek előttünk levő munkája, mely 80 oldalon tárgyalja mindazon anatómiai és egészségtani ismereteket, melyekre az anya- és csecsemővédelemmel foglalkozóknak munkájuk körében szükségük van. A könyv a legteljesebb mértékben megérdemli az elismerést; talán csak az kifogásolható, hogy nincsenek benne ábrák, a melyek sok helyen lényegesen elősegíthetnék a megértést. A munka az Országos Stefánia-Szövetség 19. számú kiadványa.

Új könyvek:

F. Hueppe: Unser täglich Brot im Krieg und Frieden. Dresden, Th. Steinkopff. 450 m. — *A. Bacmeister*: Die hausärztliche Behandlung der beginnenden Lungentuberkulose. Jena, G. Fischer. 080 m. — *L. Brauer*: Die Ruhr, ihr Wesen und ihre Behandlung. Berlin, H. Kornfeld. 450 m. — *M. Hirschfeld*: Sexualpathologie. II. Theil. Bonn, Marcus und Weber. 1540 m. — *A. Schmidt*: Der Muskelrheumatismus. Bonn, Marcus und Weber. 660 m. — *F. Lust*: Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 12 m. — *K. Singer*: Die Schreck-Neurosen des Kindesalters. Jena, G. Fischer. 4 m. — *E. Stier*: Die respiratorischen Affektkrämpfe des frühkindlichen Alters. Jena, G. Fischer. 560 m. — *A. Dieudonne* und *W. Weichardt*: Immunität, Schutzimpfung und Serumtherapie. 9. Auflage. Leipzig, J. A. Barth, 10 m. — *G. B. Gruber*: Über die Meningokokken und die Meningokokkenkrankungen. Berlin, A. Hirschwald. 280 m. — *L. Heim*: Lehrbuch der Bakteriologie, mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungsmethoden, Diagnostik und Immunitätslehre. 5. Auflage. Stuttgart, F. Enke. 28 m. — *O. Muck*: Beobachtungen und praktische Erfahrungen auf dem Gebiet der Kriegsneurosen der Stimme, der Sprache und des Gehörs. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 220 m. — *L. R. Grote*: Über die Beziehungen der Muskelarbeit zum Blutzucker. Halle, C. Marhold. — *P. Jensen*: Physiologische Anleitung zu einer zweckmässigen Ernährung. Berlin, J. Springer. 280 m. — *J. Schwalbe*: Zur Neuordnung des medizinischen Studiums. Leipzig, G. Thieme. 6 m. — *R. Kolisch*: Die Reiztheorie und die modernen Behandlungsmethoden des Diabetes. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 750 k. — *Th. Brugsch*: Allgemeine Prognostik. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 36 k.

Lapszemle.

Belorvostan.

A haemorrhagiás diaethesisekről tartott előadását közli *Stepp*. E névvel azokat a kórképeket jelöli, a melyeket a különböző szervekbe történő vérzés és a vérzésekre való hajlamosság jellemez. Ilyen önálló betegségek: a *haemophilia*, veleszületett hajlam a vérzésekre, a vér, az erek s talán a szövetek különleges tulajdonságai folytán; a *scorbut*, az egyoldalú, különösen friss főzelékeket nélkülöző, conservekkel való táplálkozás következménye (a hiányzó és az életre nélkülözhetetlen anyagokat, a melyek a friss főzelékekben vannak, *Funk* vitaminoknak, *Hofmeister* járulékos tápanyagoknak nevezi); a *Barlow-kór*, a gyermekek scorbutja; a *purpura haemorrhagica* vagy *morbus maculosus Werlhofii*, a melynek különböző fajtái: az egyszerű bőrvérzésekkel járó *purpura simplex*, a vérzéseken kívül heves izületi fájdalmakat és duzzanatokat okozó *purpura rheumatica* vagy *peliosis rheumatica*, valamint a legsúlyosabb nyálkahártya-(orr-, foghús-, bél-, vese-)vérzésekkel járó *purpura haemorrhagica*. *Henoch* az említettekben kívül még a ritka esetekben jelentkező *purpura abdominalis* és a *purpura fulminans* is említi, a melyek azonban jelentőséggel nem bírnak. A mi a *purpura* aetiologiáját illeti, a *peliosis rheumatica* nagy valószínűséggel fertőző betegségnek tekinthetjük, kevésbé világos azonban a *purpura simplex* és a *purpura haemorrhagica* kóroka. *Stepp*-nek feltűnt, hogy a purpurás betegek gyakran tüdőgümőkórban is szenvednek és felveti azt a kérdést, hogy az idősült fertőző betegség mellett nem gondolhatunk-e a scorbuthoz hasonlóan ezeknél is valami táplálkozásbeli tényezőre, annál is inkább, mert egyes *purpura*-esetek alig különböznek el a scorbuttól (foghúsgyulladás purpuránál is előfordul, necrosis nem) és vannak gümőkóros betegek, a kik étvágytalanságuk miatt meglehetősen egyoldalúan táplálkoznak. A scorbutban jóhatású táplálékokat, friss főzelékeket, citromlét stb. purpurásoknak is szokás rendelni. Egy súlyos esetben jó hatásúnak bizonyult naponta kétszer 150–200 cm³ répanedv. A haemorrhagiás diaethesiseknek közös tünete a vér megalvadó képességének csökkenése, illetve a Bürker-féle készülékkel mérhető megalvadási időnek meghosszabbodása. Egyes szerzők szerint a purpurások vérében csökkent a thrombokinas, mások szerint a lipoidok (*Bordet, Delange, Zak*) mennyisége és ez okozná a megaladás késlekedését vagy elmaradását. *Zak* szerint a vér lipoid anyagai nélkül a megaladás lehetetlen s egy súlyos purpurás beteg vérében csakugyan csökkent cholesterin-tartalmat talált *Stepp*. A vér megaladását elősegítő gyógyszerek közül említésre méltók a következők: a *calcium chloratum*, mely azonban csak bizonyos idő múlva hat, a *Kocher* és *Fonjo* ajánlotta *coagulen*, a mely thrombokinasat tartalmazó friss szövetnedv és különösen helybelileg használva (orrvérzés) igen jó hatású; bőr alá és gyűjtőérbe is adható, de kellemetlen mellékhatásokat is okozhat. *Fischl* a tüdőkivonatból készült *clauden* ajánlja helybelileg alkalmazva. A *coagulen* és a *clauden* főképpen lipoidokból áll, ezért *Hirschfelder* egy tiszta lipoidkészítményt állított elő. Kétségtelen tehát a lipoidok szerepe a véralvadásban. Egészséges vérenek vagy *savónak* helybeli vagy bőr alatti alkalmazása is hatásos, intravenásan azonban káros. Állott savó (például diphtheria-savó) nem használható, mert a thrombin néhány nap alatt hatástalanná válik. A *von den Velden* ajánlotta hypertoniás *konyhasóoldatok* gyűjtőérbe fecskendezése igen jó hatású. Jó eredményel jár a *gelatina* befecskendezése is, de hatása csak 8 óra múlva nyilvánul. A *gelatina* hosszabb időn át adagolva per os is kitűnően használható. A *kalzine* (*Merck*) calciumot és gelatinát tartalmaz, de hátránya, hogy nagy fájdalmakat és hőemelkedést okoz. Az ereket összehúzó szerek közül a mellékvese-készítmények helybelileg, a hydrastinin-készítmények belsőleg és a bőr alá adhatók. A vér alakelemei közül haemorrhagiás diaethesisekben hiányoznak vagy megfogynak a vérlemezkék, a *haemophilia* kivételével, a melyben még inkább megsaporodnak.

A vérkép egyébként, a másodlagos szegényvérséget leszámítva, nem jellemző, de fontos tudni, hogy haemorrhagiás leukæmiában is előfordul. (Deutsche med. Wochenschr., 1918, 37. szám.)
Ifj. M. B. dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Influenza súlyos, intoxicációs jellegű eseteiben *Hohlweg* tanár jó eredménnyel használja influenza-reconvalescensek vérsavóját, melyet 20 cm³ mennyiségben fecskendez be intravenásan. Néha több napon át kellett megismételnie a befecskendezést. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 45. szám.)

Influenza-pneumonia eseteiben *Reimann* az autosero-therapiával tett kísérletet: magától a betegtől vett vérből készült serumot 2—6 cm³-nyi mennyiségben fecskendezte be; hogy intravenásan-e avagy subcutan, arról a közlés nem szól. 13 legsúlyosabb eset közül eddig még egy sem végződött halálosan. („K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien“ október 25.-i ülése.) — Tőle függetlenül *Luithlen* és *Winterberg* is megpróbálta ez eljárást: 5—8 cm³-t fecskendeztek be intravenásan, jó eredménnyel. (Wiener klin. Wochenschr., 1918, 45. szám.)

Leukaemia esetét közli *Hohlweg*, melyben benzol és Röntgen-sugarak együttes használatára olyfokú javulás állott be, hogy ezidőszerint gyógyulásról szólhatunk, amennyiben a lépnek csak legmélyebb belégzés alkalmával érezhető az alsó pulsusa, a fehérvérsejtek száma 6200, a vérkép qualitative is úgyszólván normalis, az általános állapot tetemesen javult. A beteg eleinte naponta 2-szer, majd 3-, illetve 4-szer kapott 1/2—1/4 gramm benzolt és oleum olivarumot tartalmazó gelodurat-capsulákból. 2—2-t és hetenkint egyszer röntgenezték (25 perc tartam, 3 mm.-es aluminiumszűrő, 3 cm. távolság, minden alkalommal 5 Holzkecht-egység). A jelzett kezelés kb. két hónapig tartott. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1918, 44. szám.)

Erysipelas eseteiben összehasonlító gyógyító kísérleteket végzett *Kraus* a prágai német egyetem belklinikáján. Legjobbik bizonyult a tejinjectio (10 percig forralt tehéntejből 5 cm³ intraglutealisan); sokkal kevésbé hatásos volt a serumkezelés (5 cm³ diphtheriagyógyszervé intraglutealisan), a helyi kezelés jodtincturával vagy Bürow-borogatással pedig úgyszólván hatástalan volt. (Mediz. Klinik, 1918, 30. szám.)

Hajhullás eseteiben *Meyer* nagy jó hatását látta a kvarcfénynek. (Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 41. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 45. szám. *Hainiss Elemér*: A spanyol betegségek nevezett 1918. évi járványról. *Barabás Zoltán*: Vérhas tünetivel járó spanyol influenza-megbetegedések gyermekeknél. *Erdész István*: Spanyol náthából elmezavar.

Budapesti orvosi újság, 1918, 46. szám. *Bérczi Sándor*: Epi-dermolysis bullosa hereditaria. *Klier Arthur*: A nyári hasmenések tünetei és kezelése.

Vegyes hírek.

Kinevezés. *Mészoly József* dr.-t Fejérmegye tisztí főorvosává, *Vándor Ödön* dr.-t az esztergomi Kolos-kórház főorvosává, *Hamza József* dr.-t ugyanezen kórház alorvosává nevezték ki.

A Somogy vármegyei tüdővész ellen védekező egyesület jelentése az 1917. évről *Csurgó Jenő* dr. gondos összeállításában egyúttal beszámol e nagyon agilis egyesület fennállása óta lefolyt 10 esztendő munkásságáról, amely a kaposvári tüdőbeteg gondozó felállítási-ával vette kezdetét, a mit a tüdőbeteg-pavillon, a hadikönyha és a harci tüdőbeteg gondozó felállítása követett. A kaposvári gondozó orvosi rendelőseinek száma a 10 év alatt 42.201 volt; a természetbeni segélyezés értéke közel 50.000 kor., ezenkívül lakbérsegély címén is 5656 kor.-t osztottak ki. Az 50 ágyas tüdőbeteg-pavillon máriszűknek bizonyulván, egy újabb pavillon építése van tervbe véve, amely célra eddig rendelkezésre áll a belügyi kormány részéről 150.000 kor., gróf *Festetics Pálné* 300.000 koronás és gróf *Zichy Béla* 20.000 koronás alapítványa. A felállítandó erdei iskola céljaira a kormánytól 20.000 kor., gróf *Zichy Béla*-tól 20.000 kor., gróf *Festetics Pál*-tól 10.000 kor. folyt be. A hadikönyha 1917 november 15.-étől 1918 április 15.-éig 105.672 ebédet osztott ki.

Meghalt. *Szigeti Henrik* dr. törvényszéki orvos 56 éves korában

november 10.-én Temesvárt. — *G. Port*, a fogászat rendk. tanára a heidelbergi egyetemen, 51 éves korában.

Hírek külföldről. *H. Obersteiner* tanár Bécsben a vezetése alatt álló neurológiai intézetnek ajándékozta 35.000 kötetből álló szak-könyvtárát, továbbá 400.000 koronás alapítványt tett az intézet javára.

Nyilatkozat. Az Országos Radikális Polgári Párt Orvosi Szak-csoportjának f. hó 7.-én megjelent körlevelén az előkészítő-bizottság névsorában — nyilván tévedésből — az én nevem is szerepel. Politikával nem foglalkozván, nem tartozom semmiféle politikai párt kötele-kébe s a körlevelet nem irtam alá. *Ifj. Liebermann Leó* dr., egyetemi magántanár, közközházi szemész-főorvos.

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

Városmajor-Szanatorium és Vízyógyintézet

Részvénytárs. **Budán, I. Városmajor-u. 64.** Telefon: 88—99. (Volt Dr. Vaskovits-féle, alapított 18.2.)

Ujjonnan átalakítva Dr. Gráf Andor főorvos vezetése alatt megnyit. Bel-, ideg-, szívbeteg és üdülők részére. Hízoló és soványító kúrák. Téli- és nyári-üdülés. Vízyógy-mód; szénsavas-, oxigén-, villany- és fenyőfürdők, massage, hő-kezelés bejáróknak is.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherápia, forró-jégkezelések, frigoritherápia, fürdők. Schneé-féle degrassátor. Hőhensonne. Quarzlámpa.

SZT. GELLÉRT

gyógyfürdő és szálló, Budapest

A régi nagyhirű Sárosfürdő 47° C forrásai. Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Termalfürdők, iszap-, szén-savas fürdő, vízyógyintézet.

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

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

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

Belbetegek részére. — Vízyógyintézet. — Laboratórium. — Röntgen. **Dr. RAJNÍK PÁL**. — **Dr. KOVÁCS ALADÁR**.

Dr. SZEGŐ-féle ORVOSI DOKUMENTÁCIÓ és ELHÉLYEZŐ INTÉZET.

Telefon: 93—22. Tulajdonos: **Dr. Weisz Henrik** orvos. Budapest, VII., Szív-u. 69. I. em.

Dr. Réh

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

Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratórium. Almatlanság, neurózisok, neuralgiák, tabes dorsalis, bénulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

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 szülészet oszta.

Szabad orvosválasztás.

RÖNTGEN. RÁDIUM-KEZELÉS.

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.

Külön szülészeti osztály.

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, nő-betegek, szülőknek. — Rádium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratórium.

Fővárosi Fásor Sanatorium Radiológiai Intézete.

Legmodernebbül berendezve diagnosztikára és mélytherápiára.

Vezető: **Biró Ernő** dr., főorvos.

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM

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

Ujjonnan átalakítva és kibővítve. Keserűsós-fürdők és ivókúra. Szénsavas-, oxigen-fürdők, hő-kezelés és vízyógyintézet. Villanyozás és massage. Hízókúrák. Vezető-főorvos: **Dr. Czifrusz Dezső** kir. tanácsos, a ki állandóan a telepen lakik.

Egész éven át nyitva.

Dr. Forbát bakteriológiai, serológiai és vegyi orvosi laboratórium

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

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete VIII., Máriá-utca 34.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFURED.

Heliotherápia.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya. (III. bemutató ülés 1918. május 2.-án.) 605—606. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület sebészeti szakosztálya.

(III. bemutató ülés 1918. május 2.-án.)

Az ureter alsó felének pótlása plasticával.

Mező Béla: Mivel a folytonosságában megszakított ureter egyesítése, bármilyen módszer szerint végezzük is a varratot, vizeletbeszűrődésre, vizeletsipolyra és ureterszűkültre vezethet: a hol csak lehet, célszerűbb az uretervégek egyesítése helyett a renalis uretercsontot a hólyagba ültetni. Az uretero-cysto-neoanastomosis ugyanis, mint a gyakorlat mutatja, igen megbízható eljárás. Hátránya, hogy az alkalmazhatósága igen korlátozott. Még ha *Witzel* ajánlatát követve a hólyagot lehetőség szerint meg is töltjük és oldalt meg felé huzzuk is, ily módon csak az ureternek a kismedenczében levő 6—7 cm. hosszú darabját pótolhatjuk.

Az előadó egy totalexstirpation után keletkezett ureterszűkületet operált, a hol a *Witzel*-féle oldalthúzással még az ureter kismedencze-része sem volt pótolható, mert a hólyag kapacitása kicsi volt. Az előadó azért úgy segített magán, hogy a hólyag elülső falát szabaddá téve, rajta egy körülbelül 6 cm. hosszú harántmetszést ejtett és azt hosszirányban egyesítette. Ezáltal a hólyag elülső fala körülbelül 6—7 cm.-rel megnyúlt és a tervbevevett uretero-cysto-neoanastomosis az egyesítendő részek feszülése nélkül könnyen sikerült.

Az előadó a műtét kapcsán látta, hogy a hólyag oldalthúzását a lig. umbilicale medium akadályozza meg. Ezért megpróbálta hullán e szalag extraperitonealis lefejtését, a mi a *Poupart*-szalag felett két harántujjal, vele párhuzamosan a középvonalig vezetett ferde metszésből könnyen sikerült. A hashártyát a hólyag mindkét oldalán a szalag tapadásáig feltolva, ha a hashártya letolását a hólyag hátulso felszínére is folytatjuk, ujjunkkal a hashártya és a hólyag között a szalag mögé kerülünk. Ha a szalag átvágásakor inkább a hólyaghoz, mint a peritoneumhoz tartjuk magunkat, a szalagot átvághatjuk, anélkül, hogy a hólyagot vagy a hashártyát megsértenők. A szalag átvágása után a hólyag egész hátulso felszínét pár pillanat alatt tompán szabaddá tehetjük, úgy hogy a hólyag mint egy lötyögő zsák az urethrán függ. Az így szabaddá tett hólyag vertexét megfogva, a hólyagot a csipőtanýr közepéig feszülés nélkül felhúzzuk. Az esetek legnagyobb részében a hólyag eme egyszerű mobilisatiójával célú érünk. Ahol a pótlandó ureterrész még hosszabb, ott a már szabaddá tett hólyag elülső falát a rajta ejtett harántmetszés hosszirányú egyesítésével további 6—7 cm.-rel meghosszabbíthatjuk. E két fogás egyesítésével az előadó hullákon az ureter alsó felének 16—20 cm. hosszú, egészen a crista iliaca magasságáig terjedő darabját az egyesítendő részek feszülése nélkül tudta pótolni.

Az uretero cysto-neoanastomosis technikáját illetőleg az előadó *Sampson* módszerét ajánlja, amely, ellentétben *Kümmel* és *Stoeckel* eljárásával, férfiakon is könnyen végezhető és előnye eme két eljárással szemben az is, hogy teljesen steril módon történik. Az ureterhólyag varratbiztonságának növelésére az előadó azokban az esetekben, a hol a műtétet laparotomia előzte meg, azt ajánlja, hogy az ureterhólyagvarrat helyére a hashártyából vett, több centiméter hosszú, egy centiméter széles hashártyalebenyt helyezünk, úgy hogy az serosájával befelé nézzen.

Az előadó eljárását, mint teljesen veszélytelen és megbízható módszert, az ureter alsó felének 16—20 cm. hosszú, egészen a crista iliaca magasságáig terjedő darabjának a pótlására ajánlja. E módon a vesét sok olyan esetben megmenthetjük, a hol a régi *Witzel*-féle oldalthúzással az uretert a bőrhöz ki kellett varrunk, vagy a vesét az ureter megcsomózása után sorsára kellett bízunk.

Koponyacsont anyaghiányának pótlása.

Kuzmik Pál: Pár szóval akarja ecsetelni azt az eljárást, melylyel a koponyacsontdefectusok pótlását végzi.

Az utolsó 4 év alatt végzett 26 esetben az eljárás teljes sikerrel járt és egyetlen egy esetben sem löködött ki a transplantált csont.

Kötelesség a koponyacsont-hiány plastikája az agy vulnerabilitása, a légnyomás elleni védekezés és a lágy részeknek a durával való összenövése meggátlása és a dura mozgásának visszaállítása szempontjából.

Hogy melyik a legjobb módszer, bírálat tárgyává teendő. De mindenekfelett áll, hogy heteroplastica helyett autoplastica végzendő, mert ez az eljárás a legjobb. Hogy az autoplastica közöl melyik a legjobb módszer, bírálat tárgya lehet, de ha csonthiány mellett lágyrészhány is van, a *Müller-König*-féle eljárás első helyen áll. A hol azonban a koponyacsonthiány kellő lágy részekkel van fedve, még ha ez heges is és kiirtandó, a *Müller-König*-eljárást mellőzni lehet egyes hátrányai miatt, melyeket a szóló nem akar részletezni.

Azon methodusoknál, ahol a transplantált csont a sebes felületével fordítatik a koponyaüreg felé, a csont életképessége nem bizonyos és resorbeálódik, mert a táplálkozás meg van nehezítve. Hátránya az is, hogy a csont sebes felülete a dura mater felől meginduló granulatio által erősebben rögzítetik és csonttúlkepződés exostosisra, agynyomásra vezethet. Ez esélyek miatt a *Müller-König*-eljárás módosításoknak esik alá. *Hacker* a periosteummal borított felületet helyezte a koponyaüreg felé oly módon, hogy a csontleány pótlása a defectus mellől történik s a galea leválasztása után a csontleány a periosteummal torsióval befelé fordítatik a koponyaüreg felé.

Az előadó 1909 januárban mutatta be első betegét az orvosegyesületben, kin nem a koponyacsontból, hanem a tibiából ültetett át csontleányt, melynek alakja is úgy szabályozható a hogy kell és a koponya domborulata is előállítható úgy, hogy a koponya ürege minden nyomás alól mentesítettik. Egy 2 év előtt operált esetben még a Röntgen sem mutatja az operálás nyomát.

A szóló a műtétet így végzi: Ha nem lágyképleti defectusról van szó, hanem heggel fedetről, a defectus felett levő heget kimetszi lehetőleg ovalis metszéssel a heg szélén és azon túl vezeti a metszést. Vértelenítés (*Haidenhein* vagy más módon). A heget a duráról óvatos felületes metszésekkel lemetszi a dura sérülése nélkül, de ha sérülés történik, összeölti vagy fasciával pótolja. A galeát szabadabbá teszi. Kedvezőbb, ha a heg nem a defectus felett, hanem oldalt esik. A defectus határáról 6—8 milliméternyi távolságban bemetszve a periosteumot, a széli részen levő durát felszabadítja, hogy a dura szabadon mozoghat. A sebszéleket felfrissíti, a külső lemezből körkörösén egy léczet kimetsz és így nagy csontfelületet teremt magának. Azután a tibiából fűrészszel kimetsz egy darabot a csontvelőüreg megnyitása nélkül. Ezután a szabad csontlemezt a defectushoz képest körülnyirja, körülvési csontcsipővel, a csontleány szélét megékeli, hogy simábban férjen a defectusba. A csonthátyát befelé irányítja a koponyaüreg felé. A csontszélek alakja folytán lehetetlenné van téve, hogy a leány benyomulhasson, besüppedjen és az agyat nyomja. A dura mater és csontleány között kis hézag marad, melybe kis vérzés történhetik. De ennek hátránya nincs, valamint az esetleg behelyezhető zsírszövetnek sem. Felette a galeát és a bőrt egyesíti. Ezáltal biztosítottnak látja a leány életét. Hogy a csont a kötés alatt el ne csuszthasson, a galeába beleöltve catgut-keresztvarratokkal rögzíti a csontot.

Egy esetben a fél koponyát sikerült így fednie.

A koponya domborulatát úgy hozza létre, hogy a periosteummal fedett részt befelé fordítva a koponyaüreg felé, a sebes részt helyenként a corticalisig befűrészeli, miáltal a csontlécznek a kívánt hajlás megadható.

Borszék Károly: Az Országos Hadigondozó Hivatal Munkácsy-utcai utókezelő intézetében mostanáig koponyacsonthiány 80 esetét volt alkalma plastica segítségével pótolni. A heteroplastica kivételével valamennyi ajánlott műtét módját megpróbálta és úgy tapasztalta, hogy mindegyik eljárással lehet jó eredményeket elérni, ha kellő asepsissel és kellő kimélettel dolgozunk. A transplantatio végleges eredményének megítélésénél nagy óvatosságra van szükség, mert a kifogástalanul begyógyult csont még hosszú idő múlva is kilökődhetik, vagy részben, sőt egészen is felszívódhatnak. Operált eseteit a műtét után 10–24 hónapon át ismételt Röntgen-vizsgálatnak vetette alá és úgy tapasztalta, hogy a transzplantált csont különbözőképpen viselkedik; az esetek legnagyobb részében már 2–3 hónap múlva lényeges csonttraktulást lehet kimutatni; ez a ritkulás egy esetben oly nagyfokú volt, hogy a transzplantált csont 5 hónappal a műtét után nyomtalanul eltűnt és a defectus helye ismét pulzált (*Hacker-Durante* szerint operált eset). A tulajdonképpeni csontpótlás a megritkult transzplantatumban rendszerint csak hosszabb idő múlva veszi kezdetét; egyik esetében a műtét után közvetlenül mozgatható csontot $1\frac{1}{2}$ év múlva teljesen mozdulatlanul találta. Hogy a transzplantált csont a környezetébe való szerves begyógyulásáig mint idegen test szerepel a csontot borító periosteum daczára is, azt egy esete bizonyítja, a melyben a tibiából vett csont minden reactio nélkül begyógyult; de egy genyes angina lezajlása után két hónappal a műtét után kilökődött.

A transzplantált csont begyógyulására nagyfontosságúnak tartja, hogy a kellő csontthártya-borítékkal bíró átültetett csont a defectus széleivel mindenütt jól érintkezzék, abba pontos beleillő legyen; a defectusba nem pontosan beleillő, arra csupán ráfektetett vagy azt ki nem töltő transzplantatum nagyobb mértékben szívódik fel.

Kuzmik Pál: Egészen kis koponyadefectusok pótlását egyáltalán nem tartja szükségesnek. Nagy defectusnál is, mint azt már kiemelte, esetenként különböző eljárások között kell válogatnunk. Az általa ismertett eljárás főelőnye, hogy a kifelé fordított csontsebfelszínhez gyorsan odatapadó lágyrészek az átültetett lebeny életképességét biztosítják.

Parotitis luetica.

Lobmayer Géza: A parotitis luetica rendkívül ritka. Az első esetet 1800-ban *Richter*, a másodikat 1834-ben *Rust* ismertette. Eddig összesen 28 eset ismeretes. Részben az elsődleges fertőzés kísérő duzzanata, részben a másodlagos és harmadlagos időszak megbetegedése. Fibrosus és gummás alakja ismeretes. Férfi 12, nő 16 betegedett meg. A korai szakban 12, a késői szakban 15, veleszületett lues következménye 1 esetben. Kimenetele: restitutio, szétesés, zsugorodás, nyál-sipoly, igen sokszor az alapbántalom rosszindulatúsága következtében halál.

A bemutatott eset 32 éves nő, ki eddig teljesen egészséges volt. egy egészséges gyermeke van. 1918 január 10-én kétoldali parotitisben megbetegedett, ez nem akart visszafejlődni, lázas lett. Elkülönítő körjelzés alapján a bántalom lueses voltát állapította meg. Egyéb lueses tünetek nem voltak. A Wassermann-reactio a feltevést megerősítette. Neosalvarsan- és sublimat-injectiók a kezelőorvos részéről. A jobb tüdőben tompulat, a Röntgen alatt homály, tüdő-lues. Február 12-én mindkét parotis-tumor áttört, kifeléyesedett, ronc-solva terjedt. Február 20-án kétoldali facialis-hüdes. Felvétel a III. számú belgyógyászati klinikára, köpet tuberculosisra negativ, spirochaetára positiv. Erélyes anti-lueses kúra. Március 18-án exitus, caverna-áttörés tünetei között. A bonczolás a klinikai diagnosist megerősíti. Az infectio-matrimonialis, férje két év előtt luest szerzett.

Az arteria maxillaris interna aneurysmájának gyógyult esete.

Horváth Ferencz: A beteg 1917 december hó 24-én sebesült meg az olasz harctéren gránátzilánk által, a mely az orr baloldalán a sulcus nasolabialis felső végénél hatolt be és a jobboldali processus mastoideus közepén ment ki. Sebesülése óta kisebb-nagyobb időközökben hol a jobboldali orrjáratából, hol a csecsnyulvány sebüregéből élénk-piros, genyes vérzés indul meg, a mely az utóbbi időben csak ismételt erős kitömésre áll meg. Ezen okból műtétre határozzuk magunkat. A lövés csatorna feltárása közben a jobboldali álkapocsizület mellett kistojásnyi üreget talál, a mely-

nek külső-alsó részéből erős vérzés indul meg. A carotis externa leköttése után a vérzés csak részben csillapodik, amiért is az anastomosisok számának csökkentése céljából az arteria maxill. externát is lekötö. A dobüreg és csecsnyulvány sérült csontrészeit kitisztítván, a műtétet befejezi.

A gyógyulás láztalanul folyt le.

Haemorrhagiás mastoiditis esete.

Horváth Ferencz: H. V., 31 éves katona az olasz harctéren lábszáran keletkezett kelései miatt került kórházukba; ezeknek gyógyulása közben január 14-én bal fülében fájdalmakat kapott s hallójáratából véres váladék szivárgott. Vizsgálatkor a bal dobhártyán véres savós gennyel telt kis borsónyi bullát talált, amelyet megnyitott. 24 óra múlva már a csecsnyulványon oedemát és érzékenységet talál, amely a második 24 óra múlva fokozódik. Hőmérséke $39^{\circ}0'$ C-ra emelkedik. Műtétet végezve, úgy a lágyrészekben, mint a csontban nagyfokú vérzékenységet és véralvadékokat talál; a vérzést az erősen kitágult, egyes helyeken ludtollvastagságúra nagybodott lumennel bíró vérér rhaxiséből vagy diapedesiséből származónak véli. A csecsnyulványsejteket, az antrum, hypotympanum véres-savós váladékkal kitöltöttek. A csecsnyulványon felvétele előtt már látható volt erős sötétkék színű áttünése a véralvadéknak. A lamina vitrea morzsálékos, erősen inibált. Műtét közben erősebb vérzést kap nagy, kitágult csontvenából és az antrumból, a vérzés nyomásra megszűnik. A beteg a műtét utáni 4. napon láztalan, a gyógyulás lassan halad, április 20-án gyógyult. A bemutató eleinte, tekintve a lábszáron levő hegeket, scorbutos eredetűnek vélte a bajt, de minthogy ennek egyéb tüneteit nem lehetett kimutatni, sem anamnestikai adatokat kapni, influenzás infekciónak véli. A bakteriologiai vizsgálat a váladékban streptococcus lanceolatust mutatott ki.

Tibia-sarkoma.

Potorán Kornél: A beteg bemondása szerint fiatal korában bal lábszáran kocsi ment keresztül, minek következtében törést szenvedett.

Egy év előtt észrevette, hogy a törés helye megdagad, ezzel egyidejűleg bal térdé is, s daganata azóta állandóan nő, utóbbi időben pedig nagy fájdalmak is társultak állapotához.

Klinice a lábszár-tumor primaer sarkomának, a térdben fennálló folyamat secundaer lobos elváltozásnak vétezt, amit a histologiai vizsgálat is megerősített.

Az esetet a régi törés és az újabb keletű daganat közötti összefüggés lehetősége teszi érdekessé. A traumák és daganatok közt 3 viszonylatot állít fel:

1. A törés a daganat következménye;
2. a törés helyén már volt kezdődő daganat, melyet a törés gyorsabb növekedésre indított;
3. a törés mint trauma váltja ki a daganat létrejöttét.

Jelen esetet az utóbbi viszonylat alá tartozónak tartja, amennyiben a daganat határozottan a régi törés helyéről indul ki.

Idegtransplantatio kétoldali teljes felsővégtaghüdesnél.

Báron Sándor: Bevezetésképpen foglalkozik a nyeles és szabad idegtransplantatio és idegplastica lényegének meghatározásával, elnevezésével, technikájával és javallataival. Eljárásának, a nervus tibialisnak a plexus brachialis neurotizálására való felhasználásának technikáját írja le hullakísérletek alapján, melyeket a II. sebészeti klinika műtőintézetében végzett. Az idevágó irodalom rövid ismertetése után felsorolja a nyeles idegtransplantatio sikerének lényeges feltételeit vonatkozással eljárására. Az eljárást bemutatta egyrészt, mert ritka esetekben számításba jöhet, továbbá bonczani érdekessége miatt és mert az eddigi hasonló célú eljárásokkal szemben haladásnak tartja. E műtét eljárás végül, mint kísérleti berendezés, megfelelő állaton végezve, eldönthetné a centrumok áttanulmányozásának lehetőségét.

Verebély Tibor kérde, nem tartaná-e az előadó helyesebbnek a régi elnevezést: *idegátvitás, idegtranspositio*. Azt hiszi, hogy az előadó által használt kifejezés zavarni fogja a fogalmakat. A greffe nerveuse kifejezés jobban megfelel pathologiai felfogásunknak.

PÁLYÁZATOK.

Békés vármegye közkórházában az **elmeorvosi főorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, ezen állás betöltésére pályázatot hirdetek.

Felhívom azon kartárs urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy erre vonatkozó kérvényeiket Békés vármegye főispánjához **Füzesséry Zoltán dr.-hoz** intézve, **hozzám folyó hó 30. napjáig** annyi-
val is inkább beküldeni szíveskedjenek, mert a később érkező kérvények a pályázatban nem vehetnek részt. A pályázati kérvényhez csatolandók: az orvosi oklevélén kívül a szakképzettséget, illetve az előírt két éves gyakorlati szakmunkásságot igazoló bizonyítvány, a folyamodó eddigi orvosi működésének rövid leírása (curriculum vitae) s az orvosi szakirodalom terén eddig elért netán kifejtett tevékenységről tanuskodó irodalmi művek jegyzéke.

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

Gyula n, 1918 november 11.-én.

Békés vármegye közkórházának igazgatója.

1918/2186. szám.

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye közkórházában Szolnokon, hadba-vonulás folytán orvosi állás van üresedésben.

És pedig két **segédorvosi állás** évi 1600 K fizetéssel, lakással, teljes ellátással, kinevezés két évre szól.

Két **gyakornoki állás** pénzfizetés nélkül, különben lakással, teljes ellátással.

Pályázhat okleveles orvos, esetleg szigorló orvos is felvétetik. Kötelező kórházi gyakorlat itt tölthető, kivéve a szülészetet.

A kérvényt **1918 december 15.-éig** kell hozzám juttatni, állás ideiglenesen előbb is elfoglalható.

Szolnok, 1918 november 12.-én.

óvári Papp Gábor dr., igazgató-főorvos.

14.284/1918. alisp. sz.

Abrudbánya r. t. város választott tisztikarának megbízatása lejárván, az alább megnevezett állásokra, valamint az azok betöltése által esetleg megüresedő egyéb tisztii állásra az 1886. évi XXII. t.-czikk 78. §-ában gyökerező jogomnál fogva ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazokat, kik ezen állások valamelyikét elnyerni óhajtják, hogy 1. minősítésüket igazoló okmányokkal és 2. eddigi szolgáltatukat igazoló bizonylattal felszerelt pályázati kérésüket **folyó évi december hó 1.-éig** Abrudbánya r. t. város tanácsához annál is inkább adják be, mert a később érkező kérések figyelembe nem fognak vétetni.

Közzolgálatban állók pályázati kérésüket hivatali főnökük útján kötelesek beadni.

Abrudbánya város szolgálatában álló pályázók kérésükhöz csak minősítésüket igazoló okmányukat kötelesek csatolni.

A minősítést illetőleg utalok az 1883. évi I. t.-czikkben foglaltakra. A tisztújító szék által betöltendő állások a következők:

1. Polgármester 4000 kor. fizetés, 650 kor. lakbér, 32 köbm. tűzifajárandóság.

2. I-ső tanácsnok, polgármester-helyettes 2600 kor. fizetés, 500 kor. lakbér, 24 köbm. tűzifajárandóság.

3. II-ik tanácsnok 2600 kor. fizetés, 500 kor. lakbér, 24 köbm. tűzifajárandóság.

4. Főjegyző 2600 kor. fizetés, 500 kor. lakbér, 24 köbm. tűzifajárandóság.

5. Főszámvevő 2600 kor. fizetés, 500 kor. lakbér, 24 köbm. tűzifajárandóság.

6. Tisztii főügyész 2600 kor. fizetés, 500 kor. lakbér, 24 köbm. tűzifajárandóság.

7. Tisztii orvos 2000 kor. fizetés, 450 kor. lakbér, 24 köbm. tűzifajárandóság.

8. Pénztárnok és adószedő egy személyben 2000 kor. fizetés, 450 kor. lakbér, 16 köbm. tűzifajárandóság.

9. Ellenőr 2000 kor. fizetés, 450 kor. lakbér, 16 köbm. tűzifajárandóság.

10. Levéltárnok és közgyám egy személyben 2000 kor. fizetés, 450 kor. lakbér, 16 köbm. tűzifajárandóság.

11. Helyhatósági állatorvos 2000 kor. fizetés, 450 kor. lakbér, 16 köbm. tűzifajárandóság.

12. Városi felügyelő 800 kor. fizetés, természetbeni lakás, 12 köbm. tűzifajárandóság.

A 4. és 7. pont alattiak élethossziglan és a többi pont alattiak 6-6 évre választatnak.

A betöltendő állásokkal járó illetmények a város szervezési szabályrendeletében vannak megállapítva.

Nagyenyed, 1918. évi október hó 29.-én.

Az alispán.

Fogtechnikusnő

önálló erő, operatív munkákban különösen jártas, délutánra állást keres, esetleg rendelő önálló vezetését. Ajánlatot kér „Operatív” jellegre a „Petőfi” hirdető irodájába, VII. ker., Kertész-utca 16.

Röntgenspecialista,

sok évi gyakorlattal bíró elsőrendű szakorvos, (mélytherápia, tüdő-, szív-, gyomor-, vesevizsgálatok, precíziós fölvételek stb. Irodalmi működés) keres kórházban vagy sanatoriumban alkalmazást. Fizetést nem igényel. Ajánlatokat „Polyglott” czímen a „Petőfi” irodalmi vállalat VII., Kertész-utca 16. szám alá kérek.

Epileptikusok

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

121.038/IV. a. sz. magas rendeletével jóváhagyva. Ellátmányösszeg egy napra (havonként előre fizetendő) I. oszt. 12 korona; a II. oszt. 8 korona; a III. oszt. 6 korona. Teljesen vagyontalanok a nm. m. kir. belügyministeriumnak 1903. évi 9721/IV. a. számú rendeletére az országos betegápolási alap terhére vehetők fel. A felvételi engedélyért a nm. belügyministeriumhoz kell folyamodni. Prospektusokkal szolgál Balf gyógyfürdő igazgatósága vagy a gyógyfürdő tulajdonosa:

tolnai Wosinski István dr., ö. r. gróf. (Vasut-, posta- és telefon-állomás.)

Természetes gyógyfürdők
házi használatra!

úgy mint: **sós (Sole-) szénasavas-kén-**

**fürdők
fürdők
fürdők**

Abletin-Pinosal (a fenyőtűkivonat pótlására)

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

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

Dr. W. Sedlitzky, Hallein, Salzburg mellett.

MATTONI-FÉLD
GISSHÜBLER
természetes
ásványos
SAVANYÚVIZ.

FOGORVOSOK FIGYELMÉBE!

FENYVESI MENYHÉRT

FOGMŰVEK LABORATORIUMA

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

Calvin-ter mellett.

Készít arany, celluloid, kaucsuk munkákat és fogsabályozó készülékeket.

Alapított 1906-ban.

Telefon: József 111-48.

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

Eredeti csomagolások.

Domopon-tabletták

1 cső 20 tabl., 1 tabl.=0.01

Ára: K 6.—

2% Domopon-oldat

10 g-os csepegtető üvegben

Ára: K 6.60

Domopon-injekciók

1 dobozban 6 ampulla, 1 amp.=

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. Gyermeknek is alkalmazható. Indikált úgy a bel-, valamint szemgyógyászatban, atropin, homatropin, illetve ezek vegyületei helyett. Rendelhető tabletták, cseppek és injekciók alakjában eredeti csomagolásban, szükség esetén pedig más gyógyszerekkel összetéve.

Novatropin-tabletták

1 cső 20 tabl., 1 tabl.=0.0025

Ára K 3.60

0.2%-os Novatropin-oldat

20 g-os csepegtető üvegben

Ára: K 3.—

Novatropin-injekciók

1 dobozban 6 ampulla, 1 amp.=

1 ccm.=0.0025 Ára: K 6.—

ARSOTONIN

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

1 amp.=0.05 g monomethylidinatiumarsenat.

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Schiff E. és Mátyás E.: Közlemény a székesfővárosi Szent Gellért-kórházból. (Osztályos főorvos: Tornai József dr., egyetemi magántanár.) A járványos influenza vérképe. 607. lap.

Neumann S.: Az influenzapneumonia specifikus gyógykezelése. 608. lap.

Kronovith Dezső: A spanyol influenza kezelése. 609. lap.

Pfann József: Harctéri tapasztalatok a gázphlegmonéről és gyógyításáról. 610. lap.

Tárca. Bókay János: A Pesti Szegény-gyermekkorház 1848–49-től 1852-ig. 612. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Klopstock-Kowarsky: Praktikum der klinischen, chemischen, und bakteriologischen Untersuchungsmethoden. — Lapszemle. Belorvos-tan. Leschke: Az influenza gyógyítása. — Vita az influenzáról. — G. A. Wagner: Az influenza-peumonia kezelése. 613–614. lap.

Magyar orvosi irodalom. 614. lap.

Vegyes hírek. 614. lap.

Tudományos Társulatok. 615–616. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi Szent Gellért-kórházból. (Osztályos főorvos: Tornai József dr., egyetemi magántanár.)

A járványos influenza vérképe.

Írta: Schiff E. dr. és Mátyás E. dr.

Régebbi vizsgálatok, a melyekkel a fehér vérvképnek az influenza folyamán létrejövő elváltozásai tétettek tanulmány tárgyává, egészen ellentétes eredményekre vezettek. Ennek okát Sahli abban látja, hogy járványmentes időben influenzának mondunk olyan megbetegedéseket is, a melyeknek a járványos influenzához tulajdonképpen semmi közük sincsen. És minthogy az említett vizsgálatokban minden bizonyíték hiányzik arra vonatkozólag, hogy azok valóban influenzás betegek végeztek-e, talán felesleges is, hogy ezekre külön kitérjünk.

A mostani influenza-járvány pandemiás jelentkezése és a megbetegedés tiszta klinikai képe az influenza diagnózisának helyességét úgyszólván minden esetben kétségtelenné teszi. Ez a körülmény adja meg most a lehetőségét annak, hogy a haematologiai viszonyokat pathologiailag egységes anyagon tegyük vizsgálat tárgyává.

Mi ilyen vérvizsgálatokat 33 esetben végeztünk. Eseteink egyik felében a klinikai lefolyásnak megfelelően több ízben, másik felében másodnaponta vizsgáltuk úgy a fehérvérsejtek számát, mint a kvalitatív vérképet, a betegek kórházi tartózkodásának egész ideje alatt, tehát úgy az acut szakban, mint a reconvalescencia idejének egy részében is.

I. A fehérvérsejtek számának viselkedése.

a) *Complicatio nélküli esetekben.* A megbetegedés első napján kilencz eset közül hét esetben a fehérvérsejtek számát normalisnak találtuk (Seitreiter 7500, Keresztesi 7200, Ditrich 5000, Tankó 6000, Járomi 7600, Berger 6800). Két esetben leukopenia (Tune 2600, Krisztek 4400), egy esetben pedig mérsékelt leukocytosis állott fenn (Sauli 12.000).

A megbetegedés második napján vizsgált kilencz eset közül hét esetben ugyancsak normalis viszonyokat találtunk (Kovács 5700, Molnár 6200, Márton 6400, Kaszás 6400, Almási 6000, Borsos 6600, Batori 7200). Egy esetben mérsékelt leukocytosis (Braun 10.500), egy másikban leukopenia állott fenn (Pál 4800).

A megbetegedés harmadik napján kilencz eset közül hét esetben normalis értékeket (Varga 8800, Bors 9200,

Jánosi 5800, Siling 7800, Keson 5600, Kiss 7600, Veigl 7400), két esetben pedig leukopeniát találtunk (Seidl 3600, Horváth 4400). A betegség további lefolyása alatt 17 eset közül 12-ben leukopenia állott be.

Keresztesi-nél a betegség harmadik napján 3400, a negyedik napon Pál 3400, Almási 2400, az ötödik napon Btaun 3800, Sauli 4600, Kaszás 4600, Járomi 3200, Horváth 2800, a hetedik napon Kovács 4600, Zsitkai 3200, Molnár 3800.

Öt esetben a fehérvérsejtszám az észlelés egész tartama alatt normalis értékeket mutatott (Varga, Márton, Berger, Rosko, Heidecker). Egy esetben a megbetegedés utáni kilenczedik napon leukocytosis fejlődött (Siling 15.000), melynek okát megtalálni nem tudtuk. Csupán két esetben volt alkalmunk a leukopeniát követőleg ismét normalis fehérvérsejtszám-értékek keletkezését észlelni az észlelési idő tartama alatt. Egyik esetünkben ez a 7. (Braun), a másikban a 10. napon következett be (Zsitkai).

A lázas hőmérsékletnek magának semmi specialis befolyása nem volt kimutatható a fehérvérsejtek számára. A leukopenia fejlődésére vonatkozólag azt tapasztaltuk, hogy az rendszerint a lázas szak végén vagy a láztalanság kezdetén következik be.

b) *Complicatiókkal társult esetekben.* Kisebb terjedelmű bronchopneumonia eseteiben a fehérvérsejtek számát a lázas hőmérsék magasságától függetlenül 3 esetben normalisnak (Bors 6400, Stefan 8800, Batori 6200), két esetben erősen csökkentnek (Jánosi 2600, Borsos 2400), egy esetben pedig mérsékeltlen megszaporodottnak találtuk (Seitreiter 11.000). Nagyobb kiterjedésű bronchopneumonia eseteiben kilencz eset közül kettőben a leukocyták száma normalis volt (Keller 7800, Veigl 7400). Két esetben mérsékelt (Bors 11.000, Keson 11.800), további kettőben pedig erősebb leukocytosis állott fenn (Szűcs 14.400, Ditrich 15.000). Három esetben leukopeniát észleltünk (Tune 1400, Tankó 3200, Weinfeld 3600).

Empyema esetén három eset közül kettőben leukocytosis (Bors 33.200, Jánosi 15.200), egy esetben pedig a normalisnak felső határán találtuk a fehérvérsejtek számát (Seitreiter 9800).

Otitis media egy esetében a leukocyták száma normalis maradt (Krisztek 5200).

II. A kvalitatív vérkép.

a) *Complicatio nélküli esetekben.* A mi az egyes sejtféleségek percentualis viszonyait illeti, a megbetegedés első napján kilencz eset közül kettőben a neutrophilek és lymphocyták értékeit normalisnak találtuk (Sauli: N. 67.0%, L.

22.67%, *Tune*: N. 68.28%, L. 26.10%). Négy esetben neutrophil-leukocytosist (*Keresztési*: N. 85.71%, L. 8.80%, *Ditrich*: N. 75.67%, L. 13.34%, *Keson*: N. 79.78%, L. 19.71%, *Járomi*: N. 89.58%, L. 8.33%), három esetben pedig lymphocytosist találtunk (*Seitreiter*: N. 61.84%, L. 30.12%, *Berger*: N. 65.00%, L. 31.00%, *Krisztek*: N. 49.13%, L. 45.08%).

A megbetegedés második napján kilencz eset közül egyben normalis viszonyokat (*Bátori*: N. 68.50%, L. 26.00%), kettőben mérsékelt neutropeniát (*Braun*: N. 58.00%, L. 27.50%, *Kovács*: N. 57.50%, L. 16.50%), egy esetben neutrophil-leukocytosist (*Almási*: N. 75.75%, L. 13.64%), öt esetben pedig lymphocytosist találtunk (*Molnár*: N. 57.00%, L. 36.65%, *Márton*: N. 49.80%, L. 42.00%, *Kaszás*: N. 53.00%, L. 33.00%, *Pál*: N. 65.51%, L. 32.00%, *Borsos*: N. 47.72%, L. 46.67%).

A megbetegedés harmadik napján hét eset közül kettőben csaknem normalis értékeket (*Bors*: N. 74.00%, L. 20.00%, *Siling*: N. 64.64%, L. 22.40%), öt esetben pedig lymphocytosist találtunk (*Varga*: N. 59.80%, L. 33.70%, *Seidl*: N. 51.00%, L. 40.60%, *Jánosi*: N. 57.70%, L. 30.00%, *Keson*: N. 60.00%, L. 34.30%, *Horvát*: N. 32.50%, L. 59.19%).

A mi a neutrophilek és lymphocyták % értékeinek a betegség további lefolyása alatti viselkedését illeti, azt találtuk, hogy 14 vizsgált eset mindegyikében a betegség folyamán lymphocytosis következett be.

A megbetegedés negyedik napján négy esetben (*Kovács*: N. 47.30%, L. 38.18%, *Molnár*: N. 49.50%, L. 44.06%, *Márton*: N. 48.73%, L. 43.32%, *Pál*: N. 56.70%, L. 39.17%), az ötödik napon 4 esetben (*Braun*: N. 38.08%, L. 47.58%, *Varga*: N. 45.67%, L. 45.67%, *Keresztési*: N. 52.78%, L. 33.47%, *Sauli*: N. 49.00%, L. 43.41%), a hatodik napon 1 esetben (*Siling*: N. 51.74%, L. 33.43%), a hetedik napon 2 esetben (*Rosko*: N. 54.30%, L. 38.00%, *Zsitkai*: N. 35.07%, L. 54.98%), a nyolcadik napon 1 esetben (*Heidecker*: N. 56.38%, L. 35.78%), és végül egy esetben a 15. napon fejlődött a lymphocytosis (*Stefan*: N. 55.55%, L. 38.16%).

A lymphocytosis rendszerint a láztalan szak kezdetén fejlődött és azt tapasztaltuk, hogy a reconvalescentiában igen gyakran még jelentékenyen fokozódott is.

b) *Complicatiókkal társult esetekben.* Pneumonia hat esetében normalis viszonyokat találunk (*Bors*: N. 61.73%, L. 25.51%, *Seitreiter*: N. 70.75%, L. 22.27%, *Keller*: N. 71.06%, L. 25.27%, *Szücs*: N. 71.32%, L. 24.90%, *Bátori*: N. 70.71%, L. 21.88%, *Weinfeld*: N. 68.68%, L. 20.33%).

Egy esetben csekély (*Keson*: N. 76.00%, L. 18.50%), egy másikban erős neutrophil-leukocytosist (*Ditrich*: N. 83.27%, L. 13.38%), öt esetben pedig lymphocytosist találtunk (*Jánosi*: N. 60.35%, L. 32.60%, *Tune*: N. 53.77%, L. 41.20%, *Tankó*: N. 60.04%, L. 36.50%, *Borsos*: N. 47.19%, L. 43.66%, *Veigl*: N. 42.46%, L. 51.58%).

Empyema mind a három esetében igen erős neutrophil-leukocytosis állott fenn (*Bors*: N. 85.15%, L. 10.52%, *Jánosi*: N. 86.52%, L. 9.70%, *Seitreiter*: N. 85.55%, L. 10.37%).

Az átmeneti alakokat rendszerint a betegség egész lefolyása alatt megszorodva találtuk. Az eosinophilek vagy hiányzanak — gyakran már a betegség első napján is —, számuk általában véve csökkent.

A mostani járványos influenza-megbetegedésre vonatkozó közlemények egynemelyikében találunk adatokat a haematologiai viszonyokra vonatkozólag is. Az eredmények azonban többé-kevésbé ellentmondók. Sajnos, egyik közleményben sem találjuk megemlítve, hogy a vizsgálatokat a betegség hányadik napján, illetőleg melyik szakában végezték, hogy csak egyszer, vagy pedig sorozatosan történtek-e a vizsgálatok stb. Ilyen körülmények között az ellentmondások azután nehezen tisztázhatók. *Rosenow* lymphocytopeniát, neutrophil-leukocytosist, az átmeneti alakok megszorodását, továbbá hypeosinophiliát talált. *Citrón* a nem komplikált esetekben leukopeniát és relativ lymphocytosist, *Neuwirth* és *Weil* mérsékelt hyperleukocytosist, csekély monocitocytosist és aneosinophiliát észlelt. *Kroner* kizárólag csak a leukopeniáról emlékezik meg. A pneumoniával, illetőleg empyemával komplikált esetekre vonatkozó tapasztalatok egyeznek meg

csupán annyiban, hogy ezekben az esetekben neutrophil hyperleukocytosist találtak (*Rolly*, *Citrón*, *Rosenow*).

Eredményeinket röviden összefoglalva, azt találtuk, hogy az influenzában a fehérvérsejtek száma a megbetegedés 1.—3. napján, ha szövödmények nem állanak fenn, rendszerint normalis. Előfordulnak, bár ritkán, olyan esetek is, a melyekben leukocytosist vagy leukopeniát észlelünk.

A betegség további lefolyása alatt az esetek nagy részében leukopenia következik be, kisebb részében a fehérvérsejtek száma a betegség egész lefolyása alatt normalis marad.

A leukopenia ezekben a complicatio nélkül lefolyó esetekben rendszerint vagy a lázas szak végén, vagy a láztalanság első napjaiban következik be.

Kisterjedelmű pneumonia-esetekben a fehérvérsejtek száma normalis vagy szintén csökkent, kivételesen szaporodott. Kiterjedt pneumonia esetén leukocytosis is, leukopenia is előfordulhat. Súlyos pneumoniákban praemortalisan vagy erős hyperleukocytosis, vagy súlyos leukopenia áll fenn.

Empyema eseteiben leukocytosist találunk.

Otitis egy esetében mérsékelt láz mellett a fehérvérsejtek száma normalis maradt.

A százalékos összetételre vonatkozólag a megbetegedés első napján gyakoribb a neutrophil leukocytosis, mint a lymphocytosis. A második naptól kezdve viszont a lymphocytosis a gyakoribb. A lymphocytosis a betegség lefolyása alatt csaknem minden esetben bekövetkezik, legtöbbször az acut szak vége felé, vagy a láztalanság idején és a reconvalescentiában gyakran még fokozódik is. Hogy a normalis viszonyok mikor térnek vissza erre vonatkozólag feleletet adni nem tudunk, minthogy nem volt módunkban betegeinken ezeket a vizsgálatokat megfelelő időn keresztül folytatni.

Bronchopneumoniákban az esetek egy részében lymphocytosis áll fenn. Másik részében a neutrophilek a lymphocyták rovására megszorodnak, úgy hogy ily módon gyakran az előzetesen lymphocytá-typusú vékép az említett eltérés következtében látszólag normalis viszonyokat tüntethet fel. Nagyfokú neutrophil-leukocytosis ritkábban fordul elő.

Empyema eseteiben súlyos relativ neutrophil leukocytosis áll fenn.

Az eosinophilek rendszerint vagy teljesen hiányzanak gyakran már a betegség első napján is, számuk általában véve erősen megfogyatkozott.

Az átmeneti alakok százalékos értékei a normalisnál rendszeren magasabbak.

Irodalom. *H. Sahli*: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden, 1913, II. kötet. — *Nägeli*: Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. — *Rosenow*: Med. Klinik, 1918, 30. sz. — *J. Citron*: Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 33. és 43. sz. — *E. Neuwirth* és *A. Weil*: Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 43. sz. — *Fr. Rolly*: Jahreskurse für ärztliche Fortbildung, 1918, Oktoberheft. — *Kroner*: Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 30. sz.

Az influenzapneumonia specifikus gyógykezelése.

Irta: *Neumann S. dr.*, klinikai gyakornok, főorvos.

A halálozásnak ama aránylag igen magas százaléka, amellyel a mostani járványos influenzához szövődő, a hurutos vagy rostonyás tüdőgyuladástól úgy körbonczani, mint klinikai képében oly sok vonásban különböző tüdőgyulladás jár, eléggé mutatja, hogy az eddigi szokásos tüneti és a szíverő fentartását célzó kezelési módszereinkkel mily tehetetlenül állottunk szemben e kórral. A gyulladásos folyamat rendkívüli rosszindulatúságának oka a beszűrődés gyorsasága, a tüdőparenchyma legnagyobb részére való áttérése és az elgyenyedésre való hajlama mellett a súlyos bakteriemiában, illetőleg toxinaemiában rejlik. Ez okozza mindjárt a pneumonia kezdetén jelentkező nagyfokú elesettséget, somnolenciát és végzetes szívgyengeséget, amelymel a legtöbb esetben megküzdeni nem tudunk: a cardiacumok és az excitansok csak ideig-óráig tudják fokozni a nagymértékben degenerált szív erejét, a mely csakhamar felmondja a szolgálatot és

félelmetes gyorsasággal — sokszor a megbetegedés második-harmadik napján — beáll a halál.

Kezdetben az eddig szokásos módon kezelt körülbelül 200 „spanyol náthás” katonánk közül 29 kapott pneumóniát. E fiatal, jól fejlett és jól táplált, hónapok óta pihenő állásban és így kitűnő erőbeli állapotban levő betegünk közül 22 halt meg, vagyis a megbetegedettek 80%-a.

Arra kell törekednünk, hogy a pneumóniához társuló sepsis és intoxicatio létrejötte meggátoltassék, vagy ha ez már kifejlődött, leküzdessék. Eleinte elektrargol, majd urotropin intravenás befecskendezésével tettünk kísérletet, de — *Zweig* és *Sachs* tapasztalataival ellentétben — nem sok eredményt.

Eredményt elsősorban specifikus gyógykezeléstől remélhetnénk. A kórokozót azonban nem ismerjük, az összes eddig kórokozónak leírt pathogen csírák minden valószínűség szerint másodlagos fertőzésre vezetendők vissza és így a vaccinakezelés minden formája egyelőre lehetetlen.

Kiindulva ama kedvező tapasztalatból, amelyet az igen súlyos toxikus állapottal együttjáró dysenteriás megbetegedéseknek reconvalescens serumával való kezelésével elértem,* itt is megkísértem a reconvalescens-serum alkalmazását annál is inkább, mert jelenleg ez az egyetlen specifikus therapia, amelyet folytathatunk. Valószínű, hogy állati serum is kerül majd forgalomba, mihielyt a kórokozót megismerjük, de egyelőre még nincsen. Az emberi serum alkalmazásának jogosultsága azonban ebben az esetben is meg fog maradni, mert az emberi serum — amennyiben nem tisztára antitoxikus hatással van szó — mindenkor hatékonyabb antitesteket tartalmaz az állati serumnál, amelyet gyógyhatása kifejtésében az a körülmény gátol, hogy nem minden immunserum talál minden állati szervezetben megfelelő complementumot és így nem válhatik hatékonyvá. Így például a birkából nyert iépfeneserum a birkát megvédi a iépfenes fertőzés ellen, a házinyulban azonban ez a birkaserum — meg ha nagy mennyiségben fecskendezzük is be — nem találva megfelelő complementumot, hatástalan marad. Hasonló viszonyokat állapítottak meg több más serum-készítményen is (*Kolle-Hetsch*). Minél közelebbi rokonfajtától származik a serum, annál inkább fejthetik ki a benne foglalt immuntestek specifikus hatásukat, amiből viszont az következik, hogy a megbetegedett ember részére a leghatékonyabb serumot a reconvalescens ember szolgáltatja.

A serumot elsősorban influenzapneumóniás reconvalescensétől kell nyernünk. Eleinte — alig lévén ilyen — melegejtem azzal, hogy a lábadozók vérsavóját használjam, akik súlyosabb, hosszabb lázas időszakokkal járt spanyol náthából gyógyultak ki. Ezeknek seruma majdnem éppoly hatékony, mint a pneumonia-reconvalescensé, úgy hogy, ha pneumóniás reconvalescens-serumunk nincsen, ezt is használhatjuk. Kórházban a járvány nagy kiterjedése mellett nem fog nehézséggel jarni, hogy mindenkor megfelelő reconvalescens álljon rendelkezésünkre.

Influenzareconvalescensétől a láztalanodástól, pneumonia-reconvalescensétől a tüdőbeli infiltratio felszívódásától számított 8—10. napon vettük a vért. A karvenából közepes vastagságú punctióval tüvel 100—150 cm³ vért a sterilítás szabályainak szigorú betartásával mérőhengerbe bocsátunk. Ezt azon célból, hogy minél több serum váljék ki, két órára thermostatba tesszük, majd a tapadó vérleplenynek az üvegfalról való steril leválasztás után a gaze-zal bedugaszolt vért nívós helyen 24 órán keresztül állani hagyjuk. Ez idő alatt körülbelül 50—70 cm³ serum válik ki, amelyet egyszerre fecskendezünk a bőr alá. A serumot, hogy állandóan rendelkezésünkre álljon, néhány cm³ 0.5%-os carbolsav hozzáadásával konzerválhatjuk.

A legnagyobb gonddal kell ügyelnünk arra, nehogy a serummal lues-virust vigyünk át az oltott egyénre. Az anamnesis, a gondos klinikai vizsgálat és a savóval minden-

kor elvégzendő Wassermann-reactio a serum használatának elengedhetetlen előfeltétele. Desinficiálólág hat a serum konzerválása céljából hozzátett carbolsav is.

Az eredmény, amelyet e serum-therapiával elértem, annyira biztató, hogy közlésre már most tartom érdemesnek, bár egyelőre csak 26 influenzapneumóniát kezeltem e módon.

A serumbefecskendezés hatása sok esetben feltűnő volt: többnyire a befecskendezést követő első vagy második napon egy csapásra megváltozik a kórkép. A súlyos toxikus állapot megszűnik, a hőmérsék kritikusán vagy lytikusan a normalisra száll le, a beteg vonásai megélnkülnek, a pulsus teltté és rythmusossá válik, szóval az az euphoriás állapot következik be, amelyet a tüdőgyulladás krízise után látni szoktunk. A tüdőbeli elváltozások néhány nap alatt fejlődnek vissza, a beteg klinice gyógyultnak mondható.

Különösen szépek volt mondható a hatás azokban az esetekben, amikor mindjárt a pneumóniás beszűródés kezdetén, amelyet pontosan megállapíthattam, nagy mennyiségű serumot fecskendeztem be.

Egyszeri injectióra ily gyors hatás tízenegy betegünkön jelentkezett. Ezeknek egy része igen súlyos állapotban került hozzánk és az előbb szerzett tapasztalatok alapján különben elveszettnek kellett volna tartanunk őket.

Több esetben nem volt ily szembeütő a hatás. Az injectio után a láz megmaradt, de a toxikus állapot megszűnését, a közérzet javulását itt is megfigyelhettük. A javulás lassan bár, de fokozatosan haladt előre és néhány nap múlva itt is bekövetkezett a láztalanodás.

Igen szépen mutatta a serumhatást egy kétoldali tüdőgyulladásban szenvedő beteg, akinek bal felső lebenyében és jobboldali lebenyében bronchopneumóniás góczok voltak kimutathatók. Debilis állapot, rossz szív működés. 50 cm³ influenza-reconvalescens-serum befecskendezésére a hőmérsék 37.5°-ra, a pulsus 86-ra száll le. Harmadnap déiben újabb hőemelkedés. A köpet, a mely eddig genyes-nyálkás volt, véreessé válik. Ezt egy újabb, gyors szétessel járó infiltratiós gócz keletkezésére kell visszavezetnünk. Most 60 cm³ pneumonia-reconvalescens-serumot fecskendezünk be. Másnap kritikus hőleesés. A beteg ezentul állandóan láztalan.

Három beteg az első injectio után semmi különösebb hatás nem jelentkezett, s a javulás a második, egy esetben csak a harmadik befecskendezés után állott be.

Végül öt beteg ismételt serum-befecskendezés ellenére továbbhaladt az állapot rosszabbodása az exitusig. Ezek közül három igen súlyos, előrehaladott septikus állapotban került kezelés alá, kettő azonban elég korán és ismételt alkalommal a serumot.

Serummal kezelt 26 pneumóniás betegünk közül tehát meggyógyult 21, meghalt 5, vagyis a mortalitás a serummal nem kezelt 80 %-ával szemben 19%-ra szállt alá. Valószínűnek kell tartani, hogy ha minden esetben azonnal a beszűródés kifejlődésekor eléggé nagy mennyiségben (60—70 cm³) fecskendezünk be serumot, a halandóság még kisebb lesz és ez valóban oly eredmény, a mely a többi gyógymód mellett a reconvalescens-serum alkalmazását az influenzapneumonia minden esetében indikálttá teszi, ha megfelelő serum rendelkezésünkre áll.

Utolsó három betegemen a serum-kezelést a *Leitner* ajánlotta intravenás sublimatinjectiókkal kombináltam.

A spanyol influenza kezelése.

Irta: *Kronovith Dezső* dr., Kassa.

A most uralkodó járványnak súlyosabb, tüdőbeli szövődeményekkel fenyegető eseteiben jó hasznát láttam a sok orvos részéről szinte eltöltött optochinnak óvatos adagolásától két napig. Körülbelül 100 esetben, ahol adtam, soha semmiféle kellemetlen hatását nem láttam, nemcsak megvakulásról, hanem más szempanaszokról sem hallottam, ellenben a láznak rohamos esését, a hurutos jelenségek gyors oldódását láttam. Tüdőgyulladásos esetekben adagolva, szintén

* *Neumann*: Beitrag zur Ruhrbehandlung. Med. Klinik, 1918, 26. szám.

lenyomta a lázat, s megakadályozta a tüdőgyulladás terjedését, új göczök keletkezését. A tüdőgyulladás 2—3 napon belül oldódott és nemsokára teljes gyógyulás állott be.

Az optochin mellett természetesen tüneti kezelést is használtam. Így köptető gyanánt ipecacuanhát vagy ammonium chloratumot coffeinnel. Pleura-irritatio esetén codein nagy adagjait. Száraz tracheitis és laryngitis eseteiben inhalatiókat natrium-bicarbonicummal. Az optochint következőképpen adagoltam: Rp. Optochini hydrochlorici 0.20, Coffeini natriobenz. 0.10. D. tal. d. IV. S. 2 port naponta. Ezenkívül naponta 3-szor 15 csepp strophantust is adagoltam.

Harcztéri tapasztalatok a gázphlegmonéről és gyógyításáról.

Irta: Pfann József dr., főtörzsorvos.

(Folytatás.)

Vegyes fertőzés esetén a gyulladásos tünetek jelentkezése mintegy jó jelnek tekinthető, mert ez az anaërob infectio lezajlását jelenti. Hogy miért nincs a gázphlegmone jelentkezésekor rendszerint genyedés s a sebváladék miért oly hig, miért oly sejtzegény, holott az anaërobokkal egyidejűleg pyogen baktériumok is kerülnek a sebbe (szóval a fertőzés legtöbbször vegyes), arra nézve Bessau, Leclainche és Wallée még a háború előtt az oedema malignum körül végzett vizsgálataikkal megadták a választ. A serczegő üszők bacillusai a *fehérvérsejtek kivándorlását gátló anyagot termelnek*, azaz termékeik negativ chemotaktikus hatást fejtenek ki a szövetekben. Klose és Aschoff ugyanezt találták a gázoedema bacillusára nézve is. Ezért nincs genyedés. Metschnikoff kutatásai alapján tudjuk, mily nagyjelentőségű a fehérvérsejt-kivándorlás, phagocytosis, lobgát stb. a sebfertőzések leküzdésében, könnyen megértjük tehát, hogy miért oly rosszindulatú a gázphlegmonés fertőzés, ahol mindezek hiányoznak.

A fertőzés nem a nyirokáram útján terjed, a hol útjában találja a szervezet védőapparátusait, a nyirokmirigyeket, hanem a szövethézagokban, az erek falán, az ér és ideghüvelyeken és az ezeket körülvevő laza kötőszövetben kúszik tova. Klose-nak sikerült a bacillusokat a fertőzött állatok vérében 60%-ban kimutatni, de ugyanott hamar tönkrementek és csak előzetesen eszközölt vérvétel mellett éltek tovább. Ezért nagyobb a kivérzett emberen a fertőzésre való hajlam.

Az infectio nem egyformán súlyos, a gázphlegmone nem egyformán rosszindulatú. Egyes harcztéren vagy azok egyes szakaszain enyhább lefolyású, másutt súlyosabb esetekkel találkozunk. Időszakonként, rendszerint nagyobb harcok idején nagyobb arányban fordul elő és súlyosabb alakban mutatkozik, a mi a viszonyokban leli magyarázatát. A halálozási arányszámok már ezért is nagyon elütők. Franz szerint 53.4%, Kümmel szerint 32% a halott. Bier nagyobb harcoknál 35—40% halálozást észlelt. Fleissig az amputatio kiterjedt alkalmazása mellett 25% halottat mutat ki. Ezekkel szemben érthetetlen Wederhake 2.2% vesztesége; ő úgy látszik minden más jobbindulatú phlegmonét is belefoglal statisztikájába.

Az én statisztikám, bevallom, a háború elején, a mig az „új” betegséggel szemben inkább csak tapogatódtunk, sajnos, igen rossz volt és Franz halálozási arányát majdnem elérte (50%), de már az első hónapok után lényegesen javult, úgy hogy az Isonzo-fronton 1915—16-ban 30—35%-ra szállott alá, pedig ezek a doberdoi eseteink súlyosabbak voltak, mint az előbbie, a szerb harcztéren észlelték. 1916—17-ben már 13%-ra sikerült leszállítanunk a kizárólag közép- és súlyos esetekből készült halálozási statisztikát, a melyre később még rátérek.

Könnyen érthető, hogy a felsorolt statisztikák annyira eltérnek, a mikor az egyes észlelőknek a klinikai tünetekre vonatkozó tapasztalásai is lényegesen különböznek. Amíg például Thies eseteinek nagy részében a gyulladás tünetei között a calor és rubor sem hiányzott, addig Jüngling 63 anaërob

infectiója közül csak egyetlen-egyben talált kifejezett gyulladásos jelenségeket, szóval vegyes infectiót. Sokan (Kausch, Tapeiner, Payr stb.) megpróbálták az egyes kórképeket a tünetek alapján elválasztani és osztályozni, de az osztályozás, mely a bántalom fokozatát vette alapul, a sok átmeneti forma mellett, melyekkel lépten-nyomon találkozunk, erőszakolt maradt.

Rumpel megelégszik azzal, hogy könnyű és súlyos eseteket különböztet meg és gyakorlati szempontból tulajdonképpen igaza van. Ismert és széles körben elfogadott a Payr felosztása, a ki *epifascialis és subfascialis, azaz felületes és mély gázphlegmonét* különböztet meg. Sok hive van Bier beosztásának is, a ki *gáztályogot, gázphlegmonét* és azonkívül *átmeneti alakokat* különböztet meg. Ellentétben áll Payr felosztásával, főként azzal, hogy szerinte a gázphlegmone mindig az *izomzat primaer megbetegedése*; a bőrön jelentkező haemolysises foltok már másodlagos jelenségek. Való, hogy gázphlegmonét olyan esetekben, a hol a sérülés az izomzatra nem terjed ki, csak egész kivételesen észleltünk. Hagemann észlelt olyan eseteket, a hol 1. a gázképződés van a gyulladásos és elhalásos tünetekkel szemben előtérben, 2. a hol kevesebb a gáz és több a necrosis és 3. olyanokat, melyekben a genyedés a főtünet.

Thies két alakot különböztet meg. Az egyik a bőr *baránás vagy sárga elszíneződésében* nyilvánul, a másik, a rosszabb indulatú, a hol a bőr szigetekben *kékes vagy szederjes elszíneződést* s az izomzat lekvárszerű ellágyulást mutat. Azt hiszi, hogy az elsőt a Fränkel-bacillus, a másodikat a serczegő-üszők bacillusa okozza. Sokszor láttam azonban a Doberdón az első formát átmenni a másodikba. Ha tehát Thies feltevése a kórokozót illetőleg helyes, akkor a mi fertőzéseink legtöbbjében mindkét kórokozó szerepelt, mint a hogy arról a bakteriologiai vizsgálatok számot is adtak.

Verebély még a háború előtt a szöveti gázos fertőzések keretében *gázos tályogot* és *gázos diffus gyuladást* különböztetett meg s az utóbbit bonczatani alapon a következőképpen osztályozta: a) *oedema emphysematosum* (oe. malignum), a szövetek finoman serczegő vizenyője különösebb gyulladásos tünetek nélkül, b) *phlegmone emphysematosa*, a pyogen phlegmone képe bűzös gáz- és genyeképződéssel, és c) *gangraena emphysematosa*, többé-kevésbé kiterjedt szöveti elhalás képe gyulladásos tünetek nélkül, habos, vörösbarna, bűzös evképződéssel. Ha a rothasztó csirák és bomlási termékeik a vérbe kerülnek, akkor *általános putrid fertőzés és mérgezés* képe fejlődhet ki. E classikus felosztáson s az egyes alakoknak mesteri jellemzésén a háború bőséges tapasztalásai sem változtathatnak, a mennyiben a gázphlegmone néven összefoglalt folyamatok a „gázos tályog”, a „phlegmone és gangraena emphysematosa” és „általános putrid fertőzés” képeitől, mint azt magam tapasztaltam, semmiben sem tértek el.

Harcztéri tapasztalásaim alapján tehát, melyek különben a Hopke ivel is nagyjából megegyeznek, a következő három typust különböztetném meg:

1. Oly fertőzéseket, a melyekben a *gázképződés mellett genyedés* a feltűnő jelenség csekély általános tünetekkel. Ezeket, melyekben a gyulladás minden sarkalatos tünete megvan, csak a *gázképződés* különbözteti meg a közönséges pyogen fertőzésektől. Általában jobbindulatúak, mint a gáz-infectiók többi alakja, mert terjedési tendenciájuk alig számbevehető. A bántalomnak ez a fajtája elég könnyen lokalizálódik. Ha a lokalizált folyamat kifelé elzáródik s a sebváladék-nak lefolyása gátolva van, retentiók képződnek, melyek gázzal kevert genyet tartalmaznak. (Verebély, Bier gázos tályogja.)

A roncsolt szövetek közé levegő néha úgy kerül, hogy a lövedék sodorja azt be, vagy a szövetek aspirálják a test-rész mozgatásakor. Vigyáznunk kell tehát, mert a fölületés vizsgáló könnyen számítja ezeket is az anaërob infectiókhoz.

2. Olyanokat, a hol a *gázképződés és szöveti elhalás* tünetei vannak előtérben súlyosabb *általános tünetekkel*. A tipusos gyulladás tünetei közül itt sem hiányzik a *tumor*, a nagy oedemás duzzanat és a *dolor*, a nagyon fájdalmas

feszülő érzés. A képet Thies elég találóan *hideg gyuladásnak* nevezte. A kórképhez tartozik az *izomzat ellágyulása*, az izom, bõnye, bőr stb. szóval a *lágyrészek fokozatos elhalása* s a *sebváladék jellegzetes büze*. Állandó *terjedési törekvés* jellemzi. Általános tünetek: a közérzet abszolút rosszasága, állandó nyögés, ideges nyugtalanság, becsett viaszszárga arc, szapora pulsus, magas hőmérséklet. Ezek a rosszabb indulatú, általában igen súlyos lefolyást mutató esetek.

3. Végre olyanokat, a melyek *egyszerre súlyos általános tünetekkel* kezdődnek és a legsúlyosabb általános fertőzésnek és mérgezésnek a képét mutatják, igen gyorsan halálra vezetnek, még mielőtt a gázüszök összes tünetei kifejlődtek volna és még mielőtt a szervezet önvédekezése megindult volna. A beteg 8–24 óra alatt *foudroyans sepsisben* elpusztul, szívbénulás tüneteinek között.

Mint már említettem, a gázphlegmone és gázgangraena között a különbség csak fokozati. A gázgangraena abban különbözik a közönséges gangraenától, hogy gázképződéssel jár és terjedési tendenciája állandó, azaz az elhatárolódásra hajlamos nem mutat. Mindamelllett találkoztunk esetekkel (mindössze kettőt láttam), a hol a gázgangraena megállapodott. *Fleissig* az ilyen eseteket *primaer gázgangraenának* nevezi és kétségbevonja, hogy ezeket gázphlegmone előzte meg. Az üszkösödésnek ez a tájtája jobbindulatú, enyhébb általános tünetek mellett folyik le és megállapodik. A gázphlegmone rendszerint a periphéria felé megy át gangraenába és ugyanakkor a központ felé mint gázphlegmone terjed tovább.

A gázüszök legkedvezőbb talajra ott talál, a hol a vérkeringési viszonyok valamely okból megváltoztak. Dispositiót teremt a bajra például a *fagyás*. Fagyott alsó végtagokon legalább gyakran láttunk gázphlegmonet. De vigyáznunk kell, nehogy a labak hűvösségeből, duzzadt, szederjes, érzéstelen állapotából a gázphlegmonés fertőzés mellett mindjárt (gáz-) gangraenát diagnoskáljunk. A végtagnak egy éjszakan át való szorgos melegítése sokszor egészen megváltoztatja a képet.

Mi hát a *tennivalónk* e veszedelmes, rohamosan pusztító sebbetegséggel szemben? *Ki kell küszöbölnünk a lehetőség szerint és minél gyorsabban a fertőzés, illetve mérgeanyag forrását, ki kell takarítanunk a sebet, de egyúttal támogatnunk kell a szervezetet, hogy a már felszívódott méreggel megbirkózzék.* Bár egyesek (*Rumpel*) szerint a felszívódott méreggel a szervezetnek önmagának kell elbánnia és e küzdelemben mesterséges úton alig segíthetünk, hangsúlyoznom kell ezekkel szemben, hogy a szívműködés állandó ellenőrzése és megfelelő erélyes támogatása mellett nem egyszer elveszettnek hitt betegeket is sikerült talpraállítanunk. Subcutan vagy intravenás sós víz-infúzióknak, Katzensteinnak, digalennak, adigannak, coffeinnek, melyeket néha igen nagy adagban és hosszasan alkalmaztunk, kiváló hasznat láttunk.

Műtéti beavatkozásaink alkalmával rendszeren futólagos vagy prothrált aether- vagy aethylchlorid-bódulatot, vagy ha elkerülhetetlenül szükséges volt, aethernarcosist használtunk (chloroformot nem!), s azt tapasztaltuk, hogy ez nemhogy ártalmára volna a betegeknek, hanem ellenkezőleg a szívműködést elég tartósan megjavítja. Postoperatív sokot, a milyent *Wolfsohn* gyakran látott, mi nem igen észleltünk. A viaszszárga arc kipirult, a pulsus ritkábbá és erőteljesebbé vált s ez a hatás órákig, éppen a legkritikusabb órákon át tartott, a miben persze az előbb említett eljárásoknak és gyógyszereknek is része volt. Ha valamely betegségre vonatkoztatható a közmondás: „qui habet tempus, habet vitam”, a gázphlegmonéra joggal vonatkoztathatjuk. Ha a szervezetet erőben tartani tudjuk addig, a míg az maga is erőre kap és reakciót kifejteni tud, a beteget a legtöbbször már meg is mentettük.

Hosszadalmas volna mindazt, a mit a therapia terén ajánlottak, leírni és bírálat tárgyává tenni. A sokféle eljárás tulajdonképpen csak kevésbé lényeges részletekben tér el egymástól, a lényegben megegyezik. A *gázphlegmone kifejlődését* ma már mindnyájan a legelső állomáson, a hol módunkban van, erélyes sebészeti beavatkozásokkal iparkodunk megakadályozni (praeventiv feltárások, azaz sebészeti prophylaxis utján); a *gázphlegmone terjedésének* a seb feltárásával, a fer-

tőzött területek illetve szövetrészek kimetszésével, s ha más mentség nincs, a végtag feláldozásával iparkodunk gátat vetni. Beavatkozásaink odairányulnak, hogy lehetőleg egyszerű sebviszonyokat teremtsünk, hogy ne maradjanak vak tasakok, mellékjáratok. Ha a sebzés nem volt lapszerű, tegyük lapszerűvé, nyissuk ki mint egy könyvet. Az ily módon egyszerűsített seb drainezésre nem igen szorul, legfeljebb, ha az anatómiai viszonyok a löcsatorna teljes feltárását nem engedik meg. Ilyenkor a bemeneti és kimeneti nyílást külön-külön kell feltárnunk. Drint akkor használunk még, a mikor a sebzés elhelyezkedése olyan, hogy a sebváladék levezetése szempontjából ellennyílás készítése szükséges, vagy a mikor például a vak löcsatornát nyílt löcsatornába változtatjuk.

A therapiában még most is két szélsőséget látunk. Az egyik azt a jelentékeny számú, aránylag jobbindulatú folyamatot veszi beavatkozásainak zsinórmértékeül, a mely a legconservativebb sebészeti ellátás mellett is helyhez kötött marad. Ezzel a passiv magatartással a legszélsőbb radikalizmus áll szemben, a mely minden anaerob infectióban a legnagyobb veszélyt látja s a veszedelem elhárítása céljából túlzásokra ragadtatja magát. A fertőzés tendenciáját helyesen megítélni s a két szélsőség között a helyes középutat megtalálni igen nehéz s nagy tapasztalást igényel. Ha ezt megszerezzük, akkor eseteink nagy számában sikerül a korai feltárással s a komplikált seb egyszerűsítésével a bajt megállítani s aránylag ritkán kell a sérült végtagot feláldoznunk.

Minden nagyobb szövetroncsolással kombinált (főként tűzéségi) sérülést revisio tárgyává kell tennünk. Ebben áll a prophylaxis védekezés a gázphlegmone ellen.

Garré a primaer sebellátás fontosságát már 1915-ben hangsúlyozta. Nem elég egy-egy felületen bőrmetszést ejtünk a bemeneti és kimeneti nyílásokon át, vagy esetleg kimetszeni a sebszéleket. *Carrel, Ritter, Friedrich, Heyrowsky* és mások e célból az egész sebnak teljes kimetszését követelik minden rétegen át. Ez megint sokszor technikailag kivihetetlen, másrészt *Bier, Wirting* stb. szerint felesleges túlzás.

Pels-Leusden *Bier* mérsékelt álláspontjára helyezkedik és hangsúlyozza, hogy úgy a praeventiv, mint a therapiai eljárásokban tartózkodjunk a túlzásoktól. Elve a komplikált sebet egyszerűvé tenni. „Minden egyéb művelet és fertőtlenítési akarás fölösleges, sőt káros”. Tökéletesen osztom ezt a felfogást, de ez nem annyit jelent, hogy a sebnak roncsolt, vagy már elhalásnak indult szöveteit, melyek életképességéhez már nincs remény, valamint a szabad szemmel is látható szennyet a sebben benthagyjuk. Ezeket igenis sürgősen el kell távolítanunk és a fertőzés fészékét ki kell takarítanunk.

Szabály legyen a löcsatorna tág feltárása, hogy annak minden részletét áttekinthessük és hozzáférhetővé tegyük. Ha hosszmetrészekkel nem jövünk ki, harántmetszéseket is alkalmazhatunk. Izomkötegek harántátmetésésétől ne féljünk, de a *vérrel takarékoskodjunk*. Ne feledjük el, hogy ha nagyobb verőeret sértünk s azt lekötöni vagyunk kénytelenek, a gázphlegmone számára a vérrel gyengébben ellátott szövetekben a dispositiót csak növeljük. Magától értetődik, hogy az idegekre is hasonló vagy még nagyobb figyelemmel kell lennünk.

Azok után, a miket a bennrekedt lövedék, illetőleg vak löcsatorna veszedelmeire vonatkozólag előrebocsátottunk, nem szenved kétséget, hogy a nagyobb sebeknél általában már a legelső kórházban megvan a lövedék, illetve idegen test megkeresésének jogosultsága. Persze szabályként felállítani, hogy minden lövedék felkeresendő, épp oly hiba volna, mint a nagyobb idegen testekkel szemben a passivitas. *Minél súlyosabb a szövet-roncsolás és minél nagyobb a bennrekedt lövedék, annál sürgősebb annak eltávolítása.* Ne feledjük el, hogy a bemeneti nyílás nagysága, mely más tényezőktől is függ (ügymint az illető testrésztől, a bőr rugalmasságától, a lövedék alakjától, illetőleg a behatolás átmérőjétől, sebességétől stb.), nincs mindig arányban a bennrekedt idegen test nagyságával.

A lövedék felkeresése, ha az a vérömlenyestestreszben valahol tapintható, nem okoz nehézséget. Súlyosabb roncsolás

esetén, az egyébként is szükséges feltárás kapcsán, ha a roncsolás irányát pontosan követjük, rendszerint könnyen reábukkanunk a löcsatorna fenekén vagy végén ujjunkkal vagy tapintó eszközünkkel arra a közös fészekre, a hol a bennrekedt fémdarab a magával vitt fehérmű-, posztó vagy bőrdarabba, vagy valamennyibe félig beleburkolva, magát meghúzza. Legérdekesebb leletünk, a melyet a felső czomb egy vak löcsatornájában találtunk, egy pénztárcza tartalma volt: 1 darab ötkoronás, 2 ezüst forint, 4 darab ezüst korona, a tárcza kis bőrdarabja és az az ellapult shrapnell-golyó, a mely mindezeket a katona nadrágzsebén áthatolva a sebbe sodorta.

Az idegen testek megkeresése, illetőleg localisatiója alkal-mával sokszor nélkülözhetetlen a *Röntgen-vizsgálat*. (Pfann: Feljegyzések a magyar Vörös-kereszt szófiai kórházából. Budapesti Orvosi Újság, 1913.) Ezért volt nagyjelentőségű a tábori kórházaknak Röntgen-készülékekkel és a techniká-ban járatos személynzettel való ellátása, a minek feltétlenül része van abban, hogy a súlyos sebfertőzéseknek s ezek közül elsősorban a gázphlegmoneknak száma és halálozási aránya lényegesen alászállt.

Főként azonban azért kevesbedett meg a gázphlegmo-nek száma, mert a nagyobb szövet-roncsolásokra, ismervé a gázüszök veszedelmét, ma sokkal több gondot fordítunk, mint a háború elején. Gyanús sebzés, esetén mindent el-követünk, hogy a fertőzés fészket kitakarítsuk. Ennek köszön-hetjük, hogy kórházunkban a gázphlegmone úgynevezett „késői” alakja csak a legritkábban mutatkozott.

A revisio után való *primaer bevarrást*, a mit *Hufschmied*, *Gräfenberg* és *Sachs-Mücke* ajánl, bár sok esetben lényegesen megrövidíti a gyógyulás idejét és megvédi a sebet a se-cundaer infectiótól, csak a legkritikább esetekben mertük meg-kockáztatni s csakis oly időben, a mikor a sebesültek vala-meddig kórházunkban ellenőrzésünk alatt maradhattak; vagy oly sérülteken, a kik sérülésük természeténél fogva nem vol-tak mindjárt továbbíthatók. A *primaer varrat* különben sok-szor egyáltalán nem vihető ki, mert a roncsolás lapszerű és a nagy anyaghiányt összehúzni nem lehet.

A seb *teljes bevarrása* annak teljes felfrissítését és a roncsolt részeknek távol az egészségesben való kiirtását fel-tételezi. Pedig az egészségesnek látszó szövetben az infectio már láthatatlanul tovakúszhatott s ez esetben a seb elzárásával, különösen ha a tömegmunka s a sebesültek állandó tovaszállítása miatt az ellenőrzés hiányos, kiszámít-hatatlan bajt okozhatunk. Gyakrabban végeztük a sebnek a revisio után való *részleges összevarrást* vagy közelítő varra-tokkal való szűkítését. Ha a seb tisztának bizonyult vagy feltisztult, sok időt, munkát és kötszert s a betegnek is sok fájdalmat és kellemetlenséget takarítottunk meg a *secundaer varratoknak* kiterjedten való alkalmazásával.

Hasonló elvek szerint avatkozunk be, csak talán na-gyobb energiával és még több gondossággal, a már beállott folyamattal szemben. Elhatározásaink alkalmával itt nemcsak a helyi, de az általános tünetekre is tekintettel kell lennünk.

Ha kiterjedt ugyan a roncsolás, de jól hozzáférhető, a seb kitakarítható, belőle a roncsolt és fertőzött szövetek el-távolíthatók, szóval a folyamat, de különösen a jelentkező toxinaemia nem látszik nagyon súlyosnak, akkor a sérült végtag megtartását meg kell kísérlenünk.

Ha a folyamat körkörösén az egész végtagra, illetve annak egész átmetszetére terjedt, vagy ha még nem is, de súlyos komplikált csonttörés, nagy erek és idegek sérülései is jelen vannak, akkor sürgősen amputálnunk kell. Az alsó vég-tagon sürgősebben, mint a felsőn. Mert *rosszindulatúság szempontjából nagy a különbség az alsó és felső végtagon támadt folyamatok között*. Nagy szerepet játszanak itt, úgy látszik, a vérkeringési viszonyok. Azonkívül a lábszáron alig fordul elő kiterjedtebb sérülés anélkül, hogy a lábszár három verőere közül egyet el ne szakítana.

A *műtéti javallatok felállításakor* még figyelemmel kell lennünk arra is, hogy vajjon a sebesültek *normalis arányá-val dolgozunk-e*, avagy tömegmunkát végzünk, a mikor a

betegek gondos megfigyelése és ellenőrzése lehetetlen. A sebesültek állandó özönlése mellett szinte lehetetlenség, hogy a beteget 24 óra előtt újból lássuk, pedig *Franz* kétóránként való orvosi ellenőrzést kívánna.

A sérülés localisatiója szerint aránylag legártatlanabb az a gázinfectio, a mely a *koponya* lágyrészein jelentkezik és legfeljebb gáztályogokat alkot. Az agyállomány gázphleg-moneja már sokkal veszedelmesebb, de szerencsére igen ritka. A helyhez kötött és tályogképződéssel járó alakok ezek között is jobbindulatúak. Ilyeneket már a sérülés után 6—8 órával is észleltünk. A koponya felvétele, a lövedék és szenny eltávolítása, szóval a tályogüreg kitakarítása után a folyamat hamar megáll s a seb gyorsan feltisztul. A prognosis inkább az agysérülés jellegétől függ.

A *nyakon* nem igen láttunk gázphlegmonét. Ott külön-ben kiterjedtebb sérüléssel, mert az a legtöbbször rögtöni halálra vezet, nem igen találkozunk. A tarkón már inkább látunk gázinfectiókat, a melyek azonban a jó vérellátás mel-llett kicsiny beavatkozásokra és párakötésekre hamar meg-nyugosznak.

Aránylag ritkán láttuk a *mellkason* a gázphlegmone jelentkezését, de ezek igen komoly jelentőségűek, annál is inkább, mert a mellkastal be- vagy áthatoló sérülése közvet-lenül életveszélyes. Horzsoló és érintői sérülések mögött is mély roncsolások lehetnek s ha átvágjuk a felettük levő bőr-hidat, feltárul az egész nagy, bűzös, szennyezett seb, mely-nek alapján a bordák szilánkokra vannak törve s a mellüreg néha egész tágas megnyitva. A körjelzés nem nehéz, mert a vékony lágyrészek mellett a vizenyő, a serczegés és bőr-elészínződés már korán jelentkezik. Prognosisuk szinte ab-solute rossz.

A nagy mellizmon, lapoczkán és válltájékon jelentkező folyamat a seb egyszerű feltárására és a bennrekedt lövedék eltávolítására hamar megnyugszik. *Minél nagyobb izomtömeg sérült meg, annál közelebb áll és annál veszedelmesebb a gázinfectio*. Az ágyéktájék és hát roncsolásai nagyon rossz-indulatúak. A hastalakon igen ritkán jelentkezik, többnyire bennrekedt lövedék mellett. Vigyáznunk kell, mert az álta-lános hashártyalob képét utánozhatják. Ha idejekorán feltárjuk őket, meggyógyulnak.

(Folytatása következik.)

TÁRCZA.

A Pesti Szegény-gyermek-kórház 1848—49-től 1852-ig.

Irta: Bókay János dr., egyet. tanár.

A „Stefánia”-gyermek-kórház, mely az 1839-ben alapí-tott pesti kisdiedkórháznak, illetőleg pesti szegény-gyermek-kórháznak a folytatása és így 80 éves multra tekinthet vissza, a *második* forradalmat éli át. Érdekes és talán idő-szerű megállapítani az egyesület régi jegyzőkönyveiből és naplóiból, hogy az 1848—49-i magyar szabadságharcz milyen befolyással volt az egyesület beléletére és a kórház orvosi működésére.

Midőn 1845-ben az egyesület az öt pacsirta-utczai kis bérházból a szerény kis kórházat átköltöztette ösz-utczai saját házába, a fokról-fokra emelkedő beteganyag *Schöpf* dr. igazgató főorvost mind nagyobb tapasztalatok birtokába jut-tatta és ezen tapasztalatok összegezése volt 1847-ben kiadott, 8700 köresetre támaszkodó gyermekgyógyászati tankönyve, melyet 3 kötetre tervezett, melynek azonban, sajnos, csak első, 279 oldalra terjedő kötete jelenhetett meg. E jeles uttörő munka mintegy folytatása volt azon folyóiratnak, melyet *Schöpf* nagy anyagi áldozattal 1845-ben indított meg „*Magyar Orvos-Sebész Évkönyvek a Gyermekgyógyászat kö-rében*” címmel.

Az 1846—47. év az egyet történetében jelentékenyebb mozzanatot alig tüntet fel, a jegyzőkönyvi feljegyzések leg-feljebb azt mutatják, hogy az az érdeklődés, mely Pest város

polgársága részéről az előző években már oly örvendetes mervoen mutatkozott, az 1847. évben, midőn pedig ugyancsak szükség lett volna a fokozott részvételre, a kornaz iránt mindinkább csökkenni kezdett. Ily körülmények között a vagyoni helyzet javítása céljából az 1847. évi júniusi közgyűlés egy új, nagyobb szerű sorsjáték rendezését határozta el (az első sorsjáték, melyet 1843-ban Kossuth Lajos és Szentkirályi Mór kezdeményeztek, több mint 20.000 pengő forinttal gyarapította az egyesület vagyont), ennek keresztvitele azonoan a nemsokára bekövetkezett politikai mozgalmak folytán a választmány részéről nem is kíséreltetett meg. Ily mostoha viszonyok között érte meg az intézet az 1848.-i szabadságharcot és az 1848–49. év a kórház további fennállhatását kétségessé tette. Az 1848. év június hó 9.-én tartott választmányi ülésen az egyesület pénzügyi helyzete oly szomorú benyomást tett a jelenlevőkre, hogy az elnökség előterjesztésére a választmány elhatározta, hogy a legközelebbi közgyűlésnek azon ajánlatot teszi, hogy a kórház és egész vagyona a hazának ajánltassék fel azon kikötéssel, hogy ha a ház, illetőleg telek az alapítandó országos letelekezésre használtatnak fel, a kórház az alapítvány szerint ezentúl is fenntartassék. Így vélte az 1848. évi július 23.-án tartott közgyűlés is a kórházat a végenyészettől megmenteni. A fekvőbeteg-létszámnak 30-ról 12-re való leszámítása által a kiadások tetemesen kevesbedtek ugyan, de még ezen kiadások sem voltak fedezhetők s Weisz B. Ferencz, az egyesület buzgó penztárosa, tekintélyes pestvárosi polgár, áthátva az intézet iránti szereitől, sajátjából egyenlítette ki a folyó kiadások nagy részét. A mozgalmak nagy idők a kórház igazgató-főorvosát, Schöpf-öt (ki a torradaiom elején már a Schopf-Merei kettes nevet használta) csakhamar elvontak az intézettől és Schöpf, mint kiváló sebész, a hadseregnek ajánlotta fel szolgálatait és, mint műtőorvos, ott csakhamar vezető szerepet töltött be. A tetemesen redukált kórházat Bock János dr. segédorvos vezette, ki bátyjával, ki mint utászónadnagy tett szolgálatot a honvédhadseregben és a híres Mariassy ezredes vezetés alatt vett részt 1849-ben Budavár ostromában, Budavár bevételét után a Bokai nevet vette fel. 1848 és 49-ben a kórház, mint alant adatokkal fogjuk illusztrálni, alig hogy működött. Midőn a magyar hadsereg 1849 május 3.-án megjelent Budavár előtt a Gellert-hegyen és resztint onnan, resztint a Nap-hegyről támadásokat intézett a vár ellen, tudvalevo, hogy Hentzi a békes és védtelen Pestet szüntelenül bombáztatta és lakosságának egy részét menekülésre kényszerítette. Minthogy a bombák a Kerepesi-útra is elhatoltak, sőt az Ősz-uicza sarkán levő híres Matyas-kávéház emeletes épületét is elérte 1–1 bomba, Bokai dr., a fiatal secundárius, a kórházban levő fekvőbetegeket az ápolónőkkel együtt kilakoltatta a városligetnek egy kertes házba és itt maradtak a betegek mindaddig, míg Gorgey május 21.-én Budavart bevette.

Schopf-Merei dr. a szabadságharc után Kossuth-tal Törökországba emigrált, majd Párisba s innen Angolországba ment és Manchesterben telepedett le, hol Whitehead születéssel egy gyermekkorházat alapított, melyben 1858 márczius 12.-én bekövetkezett haláláig működött.

A torradaiom betegeivel a választmány Bokai J. helyettes-igazgatóval vezette a kórház ügyeit az 1852. évig, a legnagyobb anyagi körülményekkel küzdve s többször azon ponton látva a kórházat, hogy azt legalább ideiglenesen bezárja.

1852 február 2.-án tartott négy hosszú év lefolyása után ismét közgyűlés, melyen a több év alatt felhalmozódott ügyek vegre elintéztettek s Ürményi Ferencz koronaőr elnöke alatt az egyesület úgyszólván második alapítását élte át. Ekkor választott meg a választmány tagjainak sorába Csengery Antal és Jokai Mór. Ugyanezen évben gr. Károlyi István, Bohus János és mások alapítványai s a mindinkább növekvő érdekesség a közönség részéről az intézetet kisegítették nehéz pénzügyi helyzetéből s az 1852 novemberi közgyűlésen már azon örvendetes tényt jelenthette Waltersdorfer penztáros, hogy a kiadásokat a bevételek tetemesen felülmúlták. Ily körülmények között érkezett meg az egyesület

hez a bécsi ministerium leirata a kórháznak 1848-ban tett felajánlása tárgyában, mely leirat tudatja az egyesület arról, hogy a magas kormány az intézetet azon feltétellel, miszerint azzal kapcsolatban leleltetkezést állítson, semmi esetre sem veszi át, hanem kész átvenni úgy, hogy amellelt szülők házat létesítsen. Az egyesület azonban látva újolagos anyagi gyarapodását, ekkor már lemondott az intézet átadásának tervéről s azon határozatot hozta, hogy „az egyesület továbbra is önerejéből kívánja fenntartani a kórházat s azt a körülményekhez képest fejleszteni feladatának fogja tekinteni s a magas kormánytól különben is sok ezerfeleképp igénybe vett pénzügyi erejét a kórház átadása által terhelni nem kívánja”. Az egyesület ezen felterjesztésével az ügy lekerült a napirendről s a kérdéses ajánlat, melynek megtételére a legválságosabb idők s akkor is csak a legtisztább ügyszertet kényszerítették a vezetőséget, nem kísértett többé az egyesület körében.

A kórház orvosi naplói, valamint jegyzőkönyvei az 1848–49. évről mint ereklyék őriztetnek az egyesület irattárában. A naplók s jegyzőkönyvek jórészt Bokai János dr. kézírásai. 1848 márczius 15.-én összesen csak négy beteg jelentkezett az orvosi rendelésen, 1849 május 21.-én, Budavár bevételét napján, pedig kettő. Érdekes, hogy míg 1848 április 4.-éig az ambuláns betegek körisméi latin névvel jeleztek a naplóban, 1848 április 5.-étől kizárólag magyarul vannak írva.

A kórház orvosi működését alapítása kezdetétől 1852-ig az alábbi táblázat érzékíti:

Év	Járó betegek	Fekvő ingyenes betegek	Fizetési betegek
1839	134	106	
1840	802	222	
1841	1330	231	
1842	1360	224	
1843	1897	231	
1844	1707	181	
1845	1711	233	33
1846	2216	203	39
1847	2118	199	28
1848	1860	181	18
1849	1345	70	18
1850	1582	113	13
1851	2208	165	24
1852	2406	225	39

Megjegyezzük, hogy 1852-ben a fizetési osztályon felvett betegek csak napi 24 vagy 14 pengő krajczár ellátási díjat fizettek s a kórház konyhaszükségletekre 6890 ápolási nap mellett összesen 1353 pengő forintot költött s a személyi kiadások 901 pengő forintot tettek ki.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Klopstock-Kowarsky: Praktikum der klinischen, chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden. Fünfte Auflage. Berlin—Wien, Urban und Schwarzenberg.

A munkára előző kiadásai megjelenésekor már ismételt felhívtuk olvasóink figyelmét. Közkeletűségét és bizonyos tekintetben hézagot pótló voltát eléggé bizonyítja az a körülmény, hogy a háború éveiben három kiadása jelent meg. A mostani új kiadásban nem egy javítást találunk; ezenfelül a szóban levő disciplina körében tett haladás is mindenütt kellő figyelemre lett méltatva; ennek megfelelően teljesen átalakult a malaria diagnózisáról szóló rész és új fejezetként szerepel a typhus exanthematicus. A könyv ára 22 K. 50 f.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az influenza gyógyítása. Leschke azokban az esetek-

ben, a melyekben a tüdő részéről szövödmények kezdettek mutatkozni, jó eredménnyel használta az eucupinum basicumot 0.5 gramm adagokban poralakban ostyában vagy capsula amylaceában, tejjel vagy pépes étellel együtt, sohasem üres gyomorral. 3 óránként adott egy port, összesen legfeljebb 3 grammot. Nagyon súlyos esetekben toxikus, illetőleg septikus általános tünetekkel az eucupin-kezelést antistreptococcus-serum befecskendezésével kombinálta. — *Alexander* kiindulva egyrészt abból, hogy influenzában az erek falzata könnyebben átjárhatóvá válik, másfelől abból, hogy azok a luesben szenvedők, a kik nemrégiben salvarsan-kúrán mentek keresztül, nem kapják meg az influenzát: egyrészt calcium chloratumot ad napi 4 gramm mennyiségben, másrészt 0.15 gramm neosalvarsant intravenásan. Ezenkívül a láz ellen pyrazolont, chinint, a szív erejének fenntartására coffeint, nagyobb fokú tüdő- és orrvérzés esetén gelatina-befecskendezést ad. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 46. sz.)

Az influenzáról folyt a vita az „Aerztlicher Verein München“ november 6.-án tartott ülésén. A vita folyamán természetesen sok olyanról is volt szó, a mi más közlemények révén olvasóink előtt már ismeretes, úgy, hogy csak az újabb vagy kevésbé ismeretes adatok rövid ismertetésére szorítkozunk. *Müller* szerint gyakori a kanyaró, főleg a vörhenyszerű kiütés, a mely a diagnoszt sokszor nagyon megnehezíti. A betegség átállása utáni immunitást valószínűnek tartja. A mi a gyógyítást illeti, még legtöbbet ér a kámfor nagy adagokban; a streptococcus-serum és a salvarsan nem sokat ígér. — *Pfaundler* szerint a gyermekek influenzája sokszor a csalódásig hasonlít a vörhenyhez, csak a kiütés talán kissé gyorsabban múló és a torok affectiója csekélyebb fokú. — *Dürck* szerint bonczolások alkalmával nagyon feltűnő a gümőkör csaknem teljes hiánya. — *Wanner* gyakran talált acut otitist, a melyet hólyagképződés és a megrepedt hólyag alapján mutatkozó nagyfokú fibrinosis exsudatio jellemez, és többnyire hat nap alatt gyógyul; ez az otitis jó szolgálatot tehet az influenza és a vörheny megkülönböztetésére.

Influenza-pneumonia eseteiben *G. A. Wagner*, a prágai német egyetem szülészeti klinikájának igazgatója, jó eredménnyel használta az adrenalin intramuscularis befecskendezés alakjában. A hatás abból magyarázható, hogy az adrenalin a hajszálerek átjárhatóságát csökkenti s ily módon elejét veszi a tüdőbeli beszűrődés gyors terjedésének, a mely influenza-pneumonia eseteiben annyira feltűnő és a nagy halálozást okozza. A szerző eseteinek száma nem nagy ugyan, de tekintettel arra, hogy terhesekre és gyermekágyasokra vonatkozik, akiken a prognosis rendkívül rossz, az elért eredmény mindenesetre nagyon biztató, amennyiben 8 esetben gyógyulás következett be és csak 2 eset, amelyekben későn kezdették meg az adrenalin használatát, végződött halálosan. A szerző 3—4 óránként fecskendezte be 1 cm³ mennyiségben (1:2000 oldatból); egy esetben 5 nap alatt 18 cm³-t használt el. Káros hatást ugyan nem látott; más helyeken észlelt kellemetlen mellékhatások miatt azonban az óvatosságot helyénvalónak tartja s ő maga sem használja most már 3—4 óránként, hanem csak a szükségnek megfelelően ismétli a befecskendezést. (Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 46. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 46. szám. *Stiller Bertalan*: Klinikai tartózkodások. *Ferenczi Sándor*: A „friss levegő” és a „jó levegő” üdítő és gyógyító hatása.

Budapesti orvosi ujság, 1918, 47. szám. *Torday Árpád*: Az influenzáról.

Vegyes hírek.

Személyi hírek külföldről. A bécsi I. szemészeti klinika igazgatójává *J. Meller* dr. innsbrucki ny. r. tanárt nevezték ki.

Meghalt. *A. Schmidt* tanár, a bonni belklinika igazgatója, 53 éves korában. Az elhunyt csak a jelen évben került a bonni egyetemre. — *H. Engelhardt*, a nőorvos tanára a jeni egyetemen, nov. 2.-án 62 éves korában.

A balatonszabadi nagy hadiárva gyermeksanatorium alorvost keres ez év december hó 1.-től. 300 korona havi fizetés, lakás és teljes ellátás biztosított. Jelentkezni az *Országos Gyermeksanatorium Egyesület*-nél (Budapest, VIII., Stáhly-utca 15. sz.) lehet.

A Dr. Reich-féle Zander-intézet (Simmelweis-utca 2.) vezetését átvette *Melha Armand dr. és neje Hilf Paula dr.* Az intézet a teljes Zander-sorozaton kívül elektromos hőlég, thermopenetratio, Bergonié, szénsavas fürdő, ultraviolet (mesterséges napfény), orvosi massage, svéd torna, orthopaedia, elektromágnes stb. gyógytényezőkkel áll a betegek rendelkezésére.

Dr. Reich Miklós-féle
Budapesti medico-
mechanikai intézet és
fizikai gyógyintézet. IV.,
Simmelweis-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, elektromágnes és minden villamos gyógyeljárás. Davosi napfénypótló (Höhensonne), thermopenetratio (diathermia).
Telefon: **József 412.**

ZANDER

Dr. Zander G. a főváros területén egyedül jogosított teljes készletek sorozata, orthopaedia, fejlesztő testgyakorlás gyermekek és felnőttek számára, testegyesítés, orvosi massage, Bergonié-féle soványító kúra, mindennemű forró legfürdők, villamos fényfürdők, szénsavas fürdők, hydro lektromos fürdők, elektromágnes és minden villamos gyógyeljárás. Davosi napfénypótló (Höhensonne), thermopenetratio (diathermia).
Telefon: **József 412.**

Városmajor-Szanatorium és Vízigyógyintézet

Részvénytárs. **Budán, I., Városmajor-u. 64.** Telefon: 88—99.

(Volt Dr. Vaskovits-féle, alapított 182.)

Újonnan átalakítva Dr. Gráf Andor orvos vezetésével megnyitott. Bel-, ideg-, szívbeteg és üdülők részére. Hízoló és soványító kúrák. Téli kert, társalgó. Vízigyógyintézet; szénsavas-, oxigén-, villany-, villany- és fényfürdők, massage, hőlég-kezelés bejáróknak is.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyi és kozmetikai intézete

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugárzó gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró- és hidegfürdők, frigoritherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlampa.

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

SZT. GELLÉRT

gyógyfürdő és szálló, Budapest

A régi nagyhírt Sárosfürdő 47° C forrásai. Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Termalfürdők, iszap-, szénsavas fürdő, vízigyógyintézet.

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

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

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

Vízigyógyintézet, gyógymechanika, orthopédia, svédgymnastika, inhalatorium. :: Bejáró betegeknek is.

Hüvösvölgyi Park Sanatorium

Klimatikus, physialis és diétás gyógyintézet.
Budapest, I., Hidegkuti-út 78. :: Villamos megálló. Telefon: 145 90.
Ajánlat a bel-, ideg- és szívbetegnek üdülőknek, és rekonvalescenteknek :: Hízó-kúra.

Kopits Jenő dr. ORTHOPAEDIAI INTEZETE

VII., **Nyár-utca 22. szám.**

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

VII., **Városligeti fasor 13—15.** Telefon: József 52—29. — Sebészeti, női, bel- és szülőknek. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratorium.

Fővárosi Fásor Sanatorium

Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztállyal kibővíve.

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

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

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM

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

Újonnan átalakítva és kibővíve. Keserűs-fürdők és ivókúra. Szénsavas-, oxigén-, hőlég-kezelés és vízigyógyintézet. Villanyozás és massage. Hízoló kúra. Vezető-főorvos: **Dr. Czifrusz Dezső** kir. tanácsos, a ki állandóan a telepen lakik.

Egész éven át nyitva.

Dr. Batizfalvy-féle sanatorium és vízigyógyintézet

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete

Egész éven át nyitva.

UJTATRAFURED.

Heliotherapia.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Orvosegyesület. (XVII. rendes tudományos ülés 1918 november 9-én.) 615–616. lap.

Budapesti Orvosegyesület.

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

Elnök: Jendrassik Ernő.

Jegyző: Csiky József.

Hozzászólások

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

Királyfi Géza: Amennyire tisztázott és kidolgozott a kórkép klinikája, annyira bizonytalanok a vonatkozó epidemiológiai ismereteink. A járvány első időszakában az influenzás betegeket a közös kórtérben többi betegevel együtt helyeztük el. Ennek dacára nem fordult elő sem a kórtérben többi betege között, sem az influenzás betegeket foglalkoztató orvosok vagy ápolószemélyzet tagjai sorában, hogy valaki fertőződött volna. Ugy látszik, a betegségnek az infectiositása sokkal kisebb mértékben van meg akkor, amikor a megbetegedés már az első időszakban, az első 5–6 napon túl van, amikor a szorosan veit influenzás infectio után pneumonia és egyéb szövödmények fejlődése kerül a sor, és inkább arra az időre vonatkozik, amikor a kezdeti jelenségek mutatkoznak. E mellett látszanak szólni a ill. belklinikán a járvány későbbi időszakában tett megfigyelések, amikor az infectio már az apólo személyzet sorában is mutatkozott. Itt a megbetegedések időbeli sorrendjének pontos megfigyelése azt mutatta, hogy az infectiót vivő a fertőzést akkor adta át az infectiót szerzőnek, amikor ő még megbetegedésének első óráiban volt. És talán e mellett szól az is, hogy mi orvosok, akik a betegekkel való intenzív érintkezésünk kapcsán tulajdonképpen a legnagyobb mértékben volnánk kitéve az infectiónak, aránylag csak kisebb számmal kaptuk meg a fertőzést. Ez a körülmény teszi egyúttal érthetővé a járvány rendkívül gyors elterjedését is, olyan értelemben, hogy a betegek legtöbbje, foglalkozása után járva, lábon tölti betegségének éppen azt az időszakát, a mely az infectio szempontjából a legnagyobb veszedelemre rejti magát.

Másik megjegyzése két klinikai észleltre vonatkozik, amelyekben az infectio lefolyása alatt súlyos haematemesis állott be. A betegeknek sem azelőtt, sem azután gyomorpanaszai, gyomorfájdalmaik nem voltak, az epigastrium érzékenysége nem mutatkozott, a gyomor Röntgen képe is ulcus szempontjából negatív volt, úgy hogy minden a mellett szól, hogy a gyomorverzést magával az influenzás fertőzéssel, amelynek kapcsán nyálkahártyavérzések nem tartoznak a ritkaságok közé, hozzuk összefüggésbe. Erre az összefüggésre az irodalmi adatok eddig nem mutattak rá.

Végül a therapia szempontjából utal arra, hogy a kámfor igen nagy adagokban való alkalmazása, úgy a mint azt *Wederhake* a sepsisek therapiajára bevezette — 20% oleum champhoratumból 5 cm³ napjában 4-szer subcutan —, hathatós támogatója annak, hogy a szívet a súlyos infectio időszakán keresztülsegítsük.

Kovács József: Nagyszámú, a vérre és sputumra vonatkozó bacteriológiai vizsgálat alapján, melyet osztályán végeztetett, megállapítja, hogy részben a pyogen coccusok különböző fajai: pneumodiplostreptococcusok stb., részben körülbelül 20%-os számarányban a Pfeiffer-bacillus mutathatók ki. Bacteriológiai leletek és klinikai körkepek közti következtetésnek látszó rendszeres összefüggés nem észlelhető és például pneumostrepococcus-leletek éppen úgy észrevehetőek tiszta influenzában, mint Pfeiffer-bacillus lobaris pneumoniában és fordítva.

A Pfeiffer-bacillus elsődleges és kizárólagos szerepe mellett semmi sem bizonyít, de épp így nem hajlandó a kimutatott mikrobák egyikének sem különleges pathogen szerepét elismerni, hanem együttesen látszanak ezek, mint secundær parasiták, a pathogen elváltozások letesítésénél, esetenként természetesen változó jelentőséggel, a felelősségben osztozni.

Az influenza és influenza-pneumonia közti összefüggést csak az esetek egyik részében hajlandó úgy telfogni, hogy az influenza-vírus előkészítő munkája után lépnek actioa a secundær mikrobák és okozzák a pneumoniát, hivatkozik bizonyos epidemiológiai és klinikai észleletekre, valamint bacteriológiai vizsgálataikra, melyek alapján ezt a kapcsolatot sokkal szorosabbnak, olykor csaknem egységesnek képzei olyformán, hogy a kétféle fertőzés ugyanegy időben összetett fertőzésménnyel történik.

A kórtünetek közül a lép magatartásával foglalkozik behatóbban. A lép az epidemia első napjaiban mindenkörön megnagyobbodva találta és a leptumort az influenza vera legállandóbb kórtünetének tekinti. Hogy ebben a kérdésben úgy a multszázadvégi, mint az ideai járvány alatti ellentétesek a nézetek, annak következő magyarázatát adja: a lép megnagyobbodása acut módon történik, már az első napon eléri tetőfokát, és legtöbbször már a 3. napon észrevehető a visszafejlődés, mely a 4.–5. napon folytatódva, a reconvaescentia befejeződésekor rendszerint visszanyeri eredeti nagyságát. E mellett a lép nozzavetőleg csak az esetek 1/3-án ér el az abd. typhus-lép nagyságát és az esetek nagyobb felében a typhus exanthematicus általában közepes nagyságú intumescentiájának felel meg, melylyel különben is egyezik fennebb vázolt viselkedésében.

A lépnek ez a viselkedése rendkívül megbízható és becses differential-diagnostikai támpontot nyújt az influenzászerű catarrhalis

megbetegedésekkel, mint pedig a typhus abdominalissal, illetőleg annak különösen immunizált és praecipitaltan beköszönő alakjaival szemben.

A therapiát illetőleg: a súlyosan érintett tractus respiratorius és gastrointestinalis nyálkahártyájának és a vasomotoroknak kimelésére való tekintettel irrationalisnak tartja a sablonos sevega-, aspirin- és bõ alkoholvezelet.

Az influenza-pneumoniára vonatkozó therapiás tapasztalatai alapján rationalisnak tartja a sublimat-kezelést és felhívja a figyelmet a streptococcus-serumra is.

211 tüneti gyógyításban részesült pneumonia közül 150 gyógyulással, 61 halállal végződött; a halálozás 29%.

Sublimat intravenas alkalmazása mellett (*Bacelli-Bárony*) 76 beteg közül gyógyult 58, meghalt 18, ez megtevel 23.5% mortalitásnak. De a sublimat értékének megítélésakor figyelembe veendő, hogy általában a súlyosabb betegek kerültek ezen kezelés alá.

Másrészt azonban nagy óvatosságra int, mert nem hallgatható el, hogy a járvány egyes phasisaiban bizonyos változékonyság mutatkozott az esetek súlyosságában.

Detre László: A spanyol influenza nagy elterjedése mellett fontosnak látszott annak a kérdésnek eldöntése, vajon a spanyol láz miféle modifikáló hatással van a tuberculosis-infectio. A vizsgálatokat a Charité Poliklinika tuberculosis-osztályán végezte oly spanyol lazon keresztülmert tuberculosis-ambulansokon, akiknek tuberculosis-allergiáját úgy előzőleg, mint a spanyol láz után Pirquet-módra megállapították. Az allergia mértéket a keletkező Pirquet-papulának és a hyperaemiás infiltrat udvarnak mérése adja meg.

19 esete közül az allergia csökkent 9, változatlan maradt 4, megnőtt 9 esetben. Ez utóbbi esetek eldöntik a felvetett kérdést; míg például a morbiluról köztudomású, hogy az allergiát minden esetben közel a nullára csökkenti és ezzel kapcsolatosan a kanyaro renukivili módon hajlamosít a tuberculosisra, addig a spanyol láz ilyen propagáló hatással — legalább is az allergias viszonyok tekintetbevetelével — nem bír.

Egy második fontos kérdés a serumkezelés kérdése. Az a tény, hogy a legkülönbözőbb serumoktól lattak teljesen azonos hatást, arra a gondolatra hozta, hogy a serumokban nem az ellenanyagok hatnak, hanem a serumnak fehérjeje. Ez irányú kísérletekre a normalis vérsavót használta fel, részben maga tett kísérleteket, részben telkerte Bence tagársát, hogy ilyen kísérleteket végezzen.

Bence prompti deferveskációkrol számol be, *Detre* a normál-savónak 20–30 cm³ adagaitól igen súlyos pneumonia-esetekben 24–36 óra alatt hirtelen hőeséseket látott. Emékeztetnek ezek a hőesések azokhoz, amelyeket a *Moser*-féle vörheny-serum után lattak; tekintve, hogy a vörhenyt ugyancsak filtrálható virus okozza, mint valószínűleg a spanyol lázat, feltehető, hogy — a minek lehetőségére annakidején *Bokay Janos* felhívta figyelmünket — nem az ellenanyagok, hanem az idegen savóban levő fehérjek váltják ki a hatást.

Galambos Arnold: A spanyol láz kétségtelenül az influenza epidemica körébe tartozó megbetegedés. Az összetartozás körülbelül olyanannak tekinthető, mint a typhus és paratyphus, vagy a dysenteria és pseudodysenteria közt. A két betegség azonossága ellen szöli:

1. a spanyol lázban az influenza bacteriológiai lelete csak igen ritkán positiv;
2. a spanyol láz többnyire a fiatal, erőteljesebb felnőtt egyéneket támadja meg;
3. a jelenlegi pandemiában, úgy látszik, főleg, vagy talán kizárólag a respiratorius tractus primaer megbetegedése szerepel; primaer gastrointestinalis vagy nervosus formát nem igen észlelünk; ezeknek körjelzése negativ bacteriológiai lelet mellett sokszor lehetetlen;
4. a jelenlegi pandemiában nem a felső, hanem az alsó légutak súlyos megbetegedése praedominál; rhinitis súlyos foka, melékür-complicatio aranylag ritka; a szövödmények közül aránytalanul túlnyomó a rendszerint kétoldali különböző kiterjedésű bronchopneumonia;
5. az epidemias influenzára annyira jellemző tag- és izomfájdalmak, így a csaknem pathognomias jelentőségű szemizomfájdalmak a spanyol nathában ritkábban vagy kevésbé súlyos formában jelentkeznek;
6. herpes a spanyol lázat igen ritkán kíséri;
7. a tudógyuladással szövödmert spanyol láz a súlyos esetekben sepsis képében folyik le, nagy lép, súlyos orrvérzések, elhúzódó, magas, rendszerint continuus lázak kíséretében;
8. kiemelendő, hogy a spanyol láz, még súlyos esetekben is, átlag 3 nap alatt gyógyul; négy napon túl elhúzódó láz esetében a bronchopneumoniás complicatio csaknem bizonyos.

Eredményes prophylaxis a betegség ellen nincs. A napilapok közleményei s a nyomukban járó polypragmasia egy eset kitérését sem akadályozták meg, ellenben leírhatatlan panikot idéztek elő.

A prognossal alig lehetünk elég óvatossak. Ellentétben a legtöbb fertőző betegséggel, a spanyol lázban a legenyhébben induló esetekhez is szövödmert rövidesen halálos tudógyuladás.

A tüneti kezelés részint a szíverő tokozására, részint a hőmérséknek egyenletes és nem túlságosan nagyokú csökkentésére irányul. Mint cardiacumok a subcutan alkalmazott kámfor, coffein, digalen jönnek szóba. Különös hatást a kámfor nagy adagának nem tulajdoníthatunk. Megerősíti Bence tapasztalását a kámfor-injectiók nyomában nem ritkán jelentkező infiltratumokról, tályogokról. Tapasztalása sze-

rint a kész, zárt phiolák tartalma megbízhatóbb, ezért inkább ez alkalmazandó. Kétségtelen, hogy a frissen készített oldatokhoz használt oraj gyakran szennyezett s ezért az ilyen oldatok alkalmazása kerülendő. Adrenalin kis adagának alkalmazásakor is nagy elővigyázatra van szükség. Nem ritka a $\frac{1}{4}$ cm³ alkalmazását követő adrenalin-mérgezés. Az antipyrésist a magas lázzal járó esetekben fontosnak tartja; ezt részint bepakkolás és nedves ledörzsölés, részint antipyrécumoknak egyenletes, kis dosisban való adagolásával éri el. A tudgyuladással szövődött esetek jó részében elkerülhetetlen az esti 1 cgr.-os morphin-injectio. Köpöttek alkalmazása czéltalan.

Acuv kezelési eljárások kellő eredményre nem vezettek. Sublimat-injectióktól a legkisebb eredményt sem látta. Methylenkek és argochrom alkalmazásával nyert tapasztalásai még nem elegendők. Hatásosabb a solum-kezelés. Először szeptember 25.-én alkalmazott serumot. Egy feleite súlyos, kétoldali tüdőgyuladással szövődött influenza-esetben a bacteriologiai vizsgálat haemolytikus streptococcus tiszta tenyészetét eredményezte. Polyvalens streptococcus-serumot jó eredménnyel alkalmazott ezen esetben. Ezután folytatta kísérleteit. 13 esetben alkalmazott eddig serumot. Minthogy a priori nem fajlagos serum-hatásra, hanem inkább parenteralis fajidegen fehérje-hatásra számított, részint különböző streptococcus-serumot (Paltau, Höchst, Aronson, Schering), részint diphtheria- és dysenteria-serumot használt; a dysenteria- és streptococcus-serumot 20–80 cm³-a, a diphtheria-serumot 3000–10.000 I. E. mennyiségben. Mindannyi igen súlyos pneumóniával kombinált eset volt. Hét esetben 24, legfeljebb 36 óra alatt csaknem teljes laztalanná válás, jelentékeny javulás, esetleg gyógyulás volt észlelhető; két esetben szintén életmentő hatással volt. A további négy esetben szobajövő hatás nem volt megállapítható, mindannyi meghalt (az egyik empyema thoracis következtében). Káros hatás nem jelentkezett egy esetben sem. Bár kivételesen (Jochmann szerint úgyszólván soha) spontán is előfordulnak krisissel végződő váratlan gyógyulások, mégis így gyakorisággal erre nem számíthatunk. Ha még hozzávesszük, hogy elveszettnek hitt esetben is észleltünk prompt gyógyulást, lehetetlen a seumnak gyakran hatásos voltában kételkedni. Sajnos, a serum nem minden esetben hatásos.

Idővel a második esetben együtt volt alkalma észlelni a beteg *Levy Lajos* dr.-ral. A serumhatás meglepő eredménye után keresere *Levy* további 4 igen súlyos esetben kipróbálta a streptococcus-serumot. Minthogy ő nem jelenhetett meg, hozzázólót kérte meg, hogy tapasztalásának eredményét közölje. Összefoglalólag azt írja, hogy „végleges eredményt mondani nem tud. Pneumonia néha igen kedvező állapotban is prompt krisissel oldódhat. Mégis az az impressioja, hogy a serum nem specifikus, hanem idegen fehérje-reactiójával szembeálló jó hatást válthat ki. Mindenesetre oly hatást, melyet okvetlen további figyelemmel kell kísérni.

Jó tudja, hogy az eddig rendelkezésére állott esetek száma nem elég nagy ahhoz, hogy a kétkedőnek minden skepsisét eloszlassa. De vele együtt azok, a kik az eseteket észlelték, azt az impressiót nyerhették, hogy a nem fajlagos fajidegen savóval az eseteknek körülbéli fele számában prompt gyógyhatás érhető el, s minthogy káros hatása nincs és mas hatásos szerrel nem rendelkezünk, ezen terapiás eljárásnak kiterjedt, minden súlyos esetben lehető korán való alkalmazását ajánlja.

Meg csak azt jegyzi meg, hogy tekintettel a pneumoniát gyakran kísérő szivgyengeségre, pyrogenikus hatású eljárásokat, mint tej intramuscularis, albumose s fehérjék intravenás alkalmazását veszélyesnek s a kipróbálás céljaira nem megengedhetőnek tartja.

(Folytatása következik.)

PÁLYAZATOK.

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 orvostanhallgatók. A pályázati kérvények felbelyegezve és okmányokkal felszerelve Szabolcs vármegye főispánjához czímelve a „kórház-igazgatóság”-hoz küldendők.

Nyiregyháza, 1918 november 17.-én.

Klekner Károly dr., igazgató-főorvos.

Békés vármegye közkórházában az **elmeorvosi főorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, ezen állás betöltésére pályázatot hirdetek.

Felhívom azon kartárs urakat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy erre vonatkozó kérvényeiket Békés vármegye főispánjához, *Füzesséry Zoltán* dr.-hoz intézve, **hozzám folyó hó 30. napjáig** annyi-
val is inkább beküldeni sziveskedjenek, mert a később érkező kérvények a pályázatban nem vehetnek részt. A pályázati kérvényhez csatolandók: az orvosi oklevél kivételével, a szakképzettséget illetve az előírt két éves gyakorlati szakmunkásságot igazoló bizonyítvány, a folyamodó eddigi orvosi működésének rövid leírása (curriculum vitae) s az orvosi szakirodalom terén eddig elért netán kifejtett tevékenységről tanuskodó irodalmi művek jegyzéke.

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

Gyulaán, 1918 november 11.-én.

Békés vármegye közkórházának igazgatója.

A pécsi állami gyermekmenhely központi intézeténél üresedésben van az **intézeti másodorvosi állás**, a mely évi 1200 korona (havi 100 koronás részletekben kiűzetett) tiszteletdíjjal, természetbeni lakással, fűtéssel és világítással és I. oszt. étellemezessel van javadalmazva. Esetleg azonban az intézetben kívül lakhatás is meg lesz engedve. A pályázó orvos vagy orvosnő kívánságára kivételesen azonban 10 korona napidíjból és I. oszt. természetben elvezendő étellemezésből is állhat a másodorvos javadalmazása. Ezen esetben is megkívánatik azonban, hogy a megbízandó másodorvos legalább is naponta délelőtt 9 órától 1 óráig és délután 5 órától 7 óráig a pécsi állami gyermekmenhely központi intézetében végezze a reá bízandó orvosi teendőket.

A megbízandó másodorvos ellenőrző telepvizsgálatokra való kiküldetése esetében 18–30 korona napidíjban részesül.

Azon orvosdoktorok és orvosdoktornők, a kik ezen állásra történendő megbízatásukat óhajtják, 1 koronás okmánybéllyel ellátott, ezen állásra való képesítettségüket és eddigi orvosi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt, a Belügyminister úrhoz czímzett folyamodványaikat a pécsi állami gyermekmenhely igazgatóságához legkésőbb **f. évi december hó 31-ig** ajánlott levélben küldjék be, annak megjelölésével, hogy megbízásuk esetében az állást mikor foglaltatják el. Kellő képesítettségű megfelelő pályázó orvos vagy orvosnő által az állás esetleg a kitűzött határidő előtt is elfoglalható.

Csupán olyan pályázók folyamodványa lesz tekintetbe vehető, a kik vagy állandóan, vagy legalább is néhány hónapra vállalják a másodorvosi teendők elvégzését.

Megjegyzem, hogy okleveles, alkalmas pályázó hiányában kivételesen szigorú orvos vagy orvosnő is alkalmazható ezen állásra.

Pécs, 1918 november 15.-én.

Gobbi Gyula dr.,

a pécsi állami gyermekmenhely igazgató-főorvosa.

7097/1918. ki. sz.

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

Jászberény, 1918 november 12.

Varga, főszolgabíró.

12.037/1918. szám.

A csesztregi **kőorvosi állásra**, melylyel a törvényben megszabott fizetés, lakbér, fuvarátalány, valamint a törvény szerint járó egyéb díjazások vannak egybekötve, és a mely választás után Csesztregen a körjegyzői irodában általam később meghatározandó határnapon lesz betöltendő, pályázatot nyitok. Csak olyanok pályázhatnak, a kik az 1908:38. t.-cz. 7. §-ában megszabott követelmények fennfölgását igazolni tudják. Szabályszerűen felszerelt pályázati kérvények **december 20.-áig** hozzám adhatók be.

Alsólendva, 1918. évi november hó 12.-én.

A főszolgabíró.

Nem Jod, – hanem PROVIDOFORM-TINKTURA a legjobb!

Méregtelen, szín- és szagtalan, ekzemák, foltok stb. kizárva, legerősebb desinficiens.

Providoform Prof. Dr. Bechhold szerint (Kir. intézet kísérleti therapia számára, Frankfurt a. M.)

Tablettákban 10 drb á 1 gr. K 2.—.

Nagyobb szükséglet és közvetlen szállítás esetén előnyárak.

Irodalom rendelkezésre.

T. H. LINDNER, Wien, VIII., Hammerlingplatz 7.

HIRDETÉSEK.

Dunántuli városba

SÜRGŐSEN kerestetik ORVOS

évi 20—25 ezer korona várható jövedelemmel.

Érdeklődők bővebb felvilágosítást e hó 28.-áig nyerhetnek Budapesten a Vadászkiirt-szállodában (I. em. 19. ajtó) naponta d. u. 3—4 óra közt.

Fiatal, diplomás orvos

nagyobb községben községi orvosi állást vállal. Levélbeli megkeresést „Orvos 26” jelige alatt a „Petőfi” irodalmi vállalat Budapest, VII., Kertész-u. 16. továbbít.

DENTAL-DEPOT.

FINGER FRIGYES

TELEFON 16-49.

Budapest, VI., Hajós-telep 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.****BAYERLAX**egy modern enyhe biztos hashajtó
tablettaalakban.**BAYER gyógyszerár**

Budapest, VI., Andrássy-út 84.

FŐHERCZEG UDVARI SZÁLLÍTÓ.

Orvos uraknak minta díjmentesen.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

Mintákkal és irodalommal az orvos urak részére szívesen szolgál:

Dr. EGGER LEO és EGGER J.

Gyógyszerészeti és vegyészeti czikkék gyára

BUDAPEST, VI., Révai-utca 12. szám.

Verlagsbuchhandlung
Hermann Meuser, Berlin W57.

E. Kromayer

**Röntgen-
Radium-Licht
in der Dermatologie**

94 oldal, 6 ábrával a szövegben.

Ára M 4.60.

Dermatologische Wochenschrift: Az előttem fekvő könyvecske igen szűk keretben, de annál érthetőbben tárgyalja saját tapasztalatok és szellemes ideák alapján a bőrgyógyászat fénytherapiáját és pedig nemcsak mint a legtöbb ez irányú tankönyv a radiogyógyász, hanem a bőrgyógyász álláspontjáról. Most, mikor a physikalisch-radiológiai módszereket már nem oly kritika nélküli szemmel nézik — ily bíráló, a fénytherapia terén mint főkutató elismert szerző tollából eredő mű különös értékkel bír. A könyvecske elolvasását bárkinek melegen ajánljuk, különösen azon gyakorló orvosoknak, a kik ezen érdekes gyógymódszerről információt szerezni kívánnak. Igen figyelemreméltók a következő fejezetek: A fénymérés (5. fejezet). Egy bizonyos fényadag adagolása. Igen fontosak a szerző megállapításai a Röntgen-károsodásokról (8. fejezet). Szerző nem fogadja el Sabouraud erythematosist, melyről azt találja, hogy $\frac{1}{4}$ -el túl magas.

A különleges részben nemcsak a gyakorló orvos, hanem a specialista is az érdekes megfigyelések egész sorozatát fogja találni. A szerző álláspontját a psoriasis és a rákkérdésben teljesen aláírjuk. Tanácsos volna a lupus és a ráktherapia rövidebb való tárgyalása a jövő kiadásokban. Különösen aláírjuk még a szerző értekezését a röntgenepilációról hypertrichosishoz a 89—90. oldalon.

Ifj. Paul Unna.

Digitotal

Tartós Digitalis-készítmény.

a Digitalislevelek összes hatásos alkatrészeivel
természetes keverési arányban

a gyomorra károsan ható anyagok kizárásával.

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

Digitotal-oldat belső használatra:

Üvegek à 15 ccm pipettával,
physiol. NaCl-oldatban, injekciókhoz:

Dobozok 6 ampullával à 1,1 ccm.

Digitotal-tabletták: Üvegecskék à 25 drb.

Digitotal-tejczukorkeverék.

Heyden-féle acetyl-salicyl-t
csakis

Acetylin

elnevezés alatt szíveskedjék rendelni.

Acetylin-tabletták vízben nagyon könnyen szétesnek, olcsók,
kiőgástalan minőségűek és hatásuk biztos.

Bádogdobozok 20 és 40, üvegsövecskék 20 tablettával à 0,5 g.

Arsamon

Monomethylarsinsavas natrium

(Arrhenal, Metharsinat, Arsinal) steril oldata

fájdalmatlan subkutan befecskendezésekhez.

1 ccm megfelel 0,05 g. Natr. monomethylarsenicic.-nek.

Javalatok:

Arsenjavالاتok, tehát bőrbajok, kachektikus állapotok,
neurasthenia, chlorosis, malaria, lues stb.

Dobozok 20 ampullával à 1 ccm.

Embarin

Használatra kész steril oldata a merkurisalicylsulfonsavas
natriumnak acoin hozzávalóval.

Energikusan ható

antisyphiliticum

intramuscularis és subcutan injectiók számára.

Kitűnő szer a lues abortivkúrájának támogatására.

A kezelés kezdeténél azonnal a legtöbb syphilitikus
jelenségek visszafejlődése tapasztalható.

A befecskendezéseket jól tűrik és fájdalmat alig okoznak.

6 ccm-t tartalmazó üvegek,

dobozok 10 ampullával à 1,3 ccm.

Nyomatványok díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.



Tabl. Ferri Protoxal.

Dr. Deér

sine et cum arseno

készítmény — megbízható vér-
képző és tonicum — alkalmazása
még a természetes agensek mel-
lett is szerencsés gondolat. Kli-
nikusok, nőorvosok előszeretettel
rendelik. 100 darab tablettát üveg-
ben 2 korona. Kapható a gyógy-
szertárakban.

Óvakodjunk értéktelen utánzatoktól!

4437

„SYMMETRIE“

Legtökéletesebb RÖNTGEN-KÉSZÜLÉK

„LILIENFELD“

„FÜRSTENAU-COOLIDGE“
GYORSANFORRÓ-MÜLLER-
VIZHÜTÉSES RÖNTGENCSŐVEL

mely therapiához ajánlja:

Odelga Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.
Budapest, VI., Andrássy-út 28. Telefon: 68- 6 és 37-04.

Argentocoll

— Név törv. védve. —

Colloid-ezüst steril ampullákban à 2 cm³ 5 pro mille Ag-tar-
talommal, *mindoly esetekben, ahol colloid-ezüst javalva van,*
nagy eredménnyel használtatik, különösen nehéz (septikus)
izületi 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

• syphilis,luetikus szemaffekciók

kezelésére, különösen oly esetekben, a hol bizonyos okok miatt
depot lefektetést nem kívánnak és inkább nagyobb egyes ada-
gok 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.