

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bókay János: A bárányhimlő és herpes zoster egyes eseteinek kóroki azonosságáról. 521. lap.

Mester Emil: A physikal. therapia túlzásairól. 525. lap.

Gózon Lajos: Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bakteriologiai intézetéből. (Igazgató: Preisz Hugó dr., egyetemi ny. r. tanár.) A sulfosalicylsavas fehérje-próba fajlagosságáról. 528. lap.

Sattler Jenő: A spanyol influenza-nevezett járványos betegség gyógyszeres kezelése. 529. lap.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvostan. Lippmann: Az apoplexiának és az encephalomalaciának a vérnyomással való összefüggése. — Sebészet. Sauerbruch: Élő művégtagok készítése. — Venerás betegségek. Fr. Lesser: A syphilis körül tett háborús tapasztalás. 529. lap.

Magyar orvosi irodalom. 530. lap.

Vegyes hírek. 530. lap.

Tudományos Társulatok. 531. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A bárányhimlő és herpes zoster egyes eseteinek kóroki azonosságáról.*

Közli: Bókay János dr., egyet. ny. r. tanár.

Harmadizben írok e tárgyról: először 1892-ben,¹ másodszor 1909-ben² tettem közzé tapasztalataimat, 1892-ben öt eset, 1909-ben pedig újabb négy, tehát összesen kilencz eset kapcsán. Hogy ma ismét foglalkozom ezen érdekes megfigyelésekkel, abban leli magyarázatát, hogy 1909-ben kifejtett nézetem megerősítésére újabb észleletek állanak rendelkezésemre, sőt, úgy vélem, *egy teljes bizonyító erővel* bir korábbi állításaim helyességének beigazolására. Szükségesnek vélem megfigyeléseimre újból felhívni szaktársaim figyelmét, mert daczára, hogy két cikkem németül is megjelent s referatumok útján átment a világirodalomba, hasonló észleletekről mások, a külföldön nem tettek közlést, s így fel kellett tételeznem, hogy két közlésem a kartársak figyelmét nem ragadta meg úgy, mint azt óhajtottam.

* * *

1888-ban, tehát 20 év előtt láttam először magángyakorlatomban, hogy egy családban, a melyben körülbelül tíz nap előtt a család egyik gyermektagnján övsömör (z. thoracalis) támadt, egy másik gyermektagnon *typusos* bárányhimlő jelentkezett.

Ezen észlelet magában véve nem ragadta volna meg figyelmemet, de alig néhány héttel fenti észleletem után, ismét magángyakorlatomban, *másodszor* is láttam a zoster és varicella egymásutáni jelentkezését, miáltal figyelmem directe fel lett hiva a két betegség közötti esetleges összefüggésre. Ezen utóbbi észleletemben az első betegség zoster abdominalis volt a család egyik kiskorú leánytagján s a család második növendék-leánytagján *körülbelül tíz napra* jelentkezett a jellegzetes bárányhimlő, a szokottnál kissé erősebb kivirágzással.

Harmadik megfigyelésemet 1891-ben tettem egy hozzám közelálló kartárs családjában. Kartársam feleségén április hó 10.-én jelentkezett a közepes erősségű övsömör (z. pector.) s április 22.-én,

* Minden jog fenntartva.

¹ Bárányhimlő fellépése sajátos körülmények között. Magyar orv. arch. és Arch. f. Kinderh., 1892.

² A bárányhimlőnek a zoster bizonyos eseteivel való kóroktani összefüggéséről. Orv. Hetilap és Wien. klin. Wochenschrift, 1909.

tehát 12 nappal utána bárányhimlős lett a család legifjabb sarja, egy 8 éves fiúcska, ki az előző év nyarán, midőn fürdön tartózkodásuk alatt egyik nővére varicellát állott ki, noha nővérétől komolyabban elkülönítve nem volt, a bárányhimlő-fertőzéstől mentes maradt.

Negyedik észleletem a következő volt: 1891 május hó 31.-én hivatam L. K. kolozsvári tanártársam Budapesten lakó nővéréhez, hogy megnézzem 15 éves fiát, kin három nap óta volt észlelhető hólyagos kiütés a jobb homloktájon. A fiatal emberen zoster frontalist konstatáltam, mely kissé vontatottan, de azért rendesen folyt le. A betegnek nővére, egy 13 éves leánya, június 15.-én, tehát 15 nappal fivére övsömör-eruptiója után betegedett meg bárányhimlőben; a láz kissé erősebb volt, a betegség azonban *typusosan* folyt le.

Sajátszerű megfigyeléseimet 1891. november 2.-án közöltem néhai báró Korányi Frigyes tanártársammal, hogy a különös leletre az ő figyelmét is felhívjam s Korányi tanár már november 8.-án arról értesített, hogy a vezetése alatt álló belorvostani klinika egyik osztályán október hó 29.-én egy zosteres (z. lumbo-femor.) felnőtt beteg feküdt s november hó 6.-án, tehát 8 nappal a zosteres-eset után ugyanazon kórszobában egy idült léptumorban szenvedő felnőtt beteg bárányhimlő jelentkezett, mely beteget magam is megnéztem volt. (Ötödik észlelés.)

Az eddig felsorolt esetek alkották magvát 1892-ben megjelent első közlésemnek, midőn is először vettem fel azt a kérdést, *hogy a bárányhimlő fertőző anyaga bizonyos körülmények között az általános kivirágzás helyett nem nyilvánulhat-e meg egy zosteres kivirágzásban?*

1892-től 1909-ig tett hasonló észleleteim a következők voltak:

Hatodik idevágó megfigyelésemet 1904-ben tettem ugyancsak a magángyakorlatban. Korányi Sándor báró tanártársam családjában márczius 20.—28.-a között a gyermekek mellett alkalmazott korosabb dada megbetegszik zoster frontalisban s április hó 11.-én a fiúcskán, április 13.-án pedig a leánykán jelentkezik *typusos* varicella a megszokott lefolyással. Az övsömör és bárányhimlő közötti időköz ezen esetekben több mint két hét volt.

Hetedik észleletem kórházi s 1907-ben volt megfigyelésem tárgya. M. E. 6 éves fiúcska spondylitis lumb. miatt feküdt a kórház egyik 20-ágyas belorvosi osztályán s 1907. december hó 10.-én jelentkezik rajta a *typusos* zoster pectoralis, mely december hó 15.-éig már beszárad. Lázat három napig észleltünk, a láz maximuma azonban a 38°6' C-t a végébőlben nem haladta túl. December 25.-én ugyanazon osztályon egy idősült gégestenosisos 4 éves gyermek jelentkezik bárányhimlő, 26.-án egy 4 éves, hasonlóképp idősült gégestenosisos gyermek, 28.-án pedig egy gégepapillómában szenvedő ötéves fiúcskán.

Ezen esetekben tehát az övsömör és varicella keletkezése között 15, 16, illetőleg 18 nap folyt le. Megjegyezzük, hogy a zosterben megbetegedett 6 éves fiúcska állítólag három év előtt bárányhimlőt kiállott volt, a szülők ezen kimondása azonban nem teljesen megbízható. Fontosnak tartom idejegyezni, hogy ezen osztályon varicellás megbetegedés kórházi fertőzés alakjában már több hónap óta nem fordult elő s mint-hogy a betegek látogatásától kiskorúak mindenkor el vannak tiltva, a bárányhimlős fertőzést mind a három esetben egy oly közös forrásból kellett származtatnom, mely a kórházi osztály beteganyagában volt meg. Az övsömörben megbetegedett fiúcska sebészi ellátás czéljából,

zosteres megbetegedése előtt, többször bevitetett azon helyiségbe, hol a bejáró sebészi kórosok költöztettek s így az osztályos betegek közül ő volt egyedül az, ki idegen gyermekkel érintkezésbe jött.

A nyolczadik észleletet Verebely László egyet. rk. tanár t. barátomnak köszönhetem, ki ismerve eseteimet, szíves volt figyelmemet felhívni érdekes megfigyeléseire, melyeket az Orsz. Vakok Intézetében tett. T. J. 10 éves növendék 1908 szeptember 3.-án került az intézetbe, s két nappal később jelentkezett rajta az övsömör-eruptio. A zoster dors. pectoralis alakot mutatott, feltűnőbb láz nélkül folyt le s néhány nap alatt lezáradt. Ugyanezen hálóteremben a szomszédságában háló 13 éves K. J.-n, ki a külvilággal hetek óta nem érintkezett, szeptember 21.-én, tehát 15 nappal T. J. zosteres megbetegedése után bárányhimlő jelentkezik, mely enyhén, tipusosan folyik le. Ezen eseten kívül ugyanazon hálóteremben október 6.-án és 8.-án még egy-egy varicellás fertőzés látható egy 9 éves és egy 7 éves fiún, a szomszédos hálószobában pedig október 12.-én egy 6 éves fiún.

Kilenczedik észlelésem kórházi megfigyelés s a „Stefánia“-gyermek kórház szemérsi osztályán került szemem elé. J. F. 8 éves fiúcska keratitis phlyctaenularissal vétetett fel a kórházba 1904 márczius 3.-án. Márczius 7.-én mérsékelt láz kíséretében occipitalis elhelyeződésű zoster-eruptio jelentkezik rajta, mely 12.-éig beszárad. Ugyanezen osztályon négy szembeteg gyermek betegszik meg tipusos bárányhimlőben és pedig márczius 21.-én egy 6 éves leányka, márczius 22.-én egy 3 éves leányka s egy 6 éves fiúcska s márczius 24.-én egy 8 éves fiúcska. A szemérsi osztály azon időben hónapokra visszamenőleg teljesen mentes volt varicellás kórházi fertőzéstől.

Végkövetkeztetésem 1909-ben már a következő volt:³ A bárányhimlő eddig ismeretlen fertőző anyaga bizonyos, előtűnk eddig ismeretlen körülmények folytán általános kivirágzás helyett tipusos övsömörben nyilvánulhat meg, mely övsömör, fertőzés útján, más egyénen bárányhimlőt hoz létre. Természetes, hogy a bárányhimlő eredetét a zostereseteknek csak bizonyos részére kívántam vonatkoztatni.

Az 1909 óta a mai napig tudomásomra jutott ézirányú hazai észleletek a következők:

Csapodi István dr. boldogemlékü szemésztanár-barátom, ismerve két közlésemet, 1912 január 31.-én magánlevélben a következő érdekes észleletéről (tizedik eset) számol be:

„Feleségem 1911 október első napjaiban jobboldali fejfájást kapott, mely egy hétig gyötrte; október 8.-án a hajás fejbőr jobboldali részén elszórt fájó göböcskék jelentkeztek. Másnap a jobb szemöldökön kívülső fele fölött, úgy szólván szemünk előtt bujtak elő a csoportos herpes-hólyagocskák, majd egy-két nap múlva a jobb felső szemhéjon is támadt két csoport. A fájdalom 14.-én érte el a tetőfokot, a mikor a jobb szem egész környéke erősen megdagadt. A varasodás lassan indult meg s a varak csak október hó utolsó napjaiban kezdtek leválni. Október 31.-én vesszük észre, hogy 13 hónapos fiunkon bárányhimlő mutatkozik. Eleinte azt hittük, hogy herpes, de csakhamar tipusos bárányhimlőnek bizonyult s igen enyhe lefolyású volt. A házban, a hol lakunk, több bárányhimlő volt szeptembertől novemberig. Megjegyzem, hogy kis fiam ez időtájt sem az utcán, sem a folyosón nem volt s a házbellekkel egyáltalában nem érintkezett.“

Gara Arthur dr. hadbavonult klinikai segédem, az orosz harcztérrel 1915 május 4.-éről keltezte, levélben közli az alábbi érdekes észleletét (tizenegyedik eset): „Tegnapelőtt láttam egy tíz hónapos csecsemőt, a kit négy hét előtt oltottam be, meglehetősen súlyos fellépésű bárányhimlővel, mindenhol telve hólyagokkal, igen magas láz kíséretében. Ma délelőtt elhozták két testvérét, kik egy ágyban együtt alszanak s ugyanazon szobában voltak, a hol a beteg feküdt. A négy éves fiún satnya varicella-hólyagokat látok elszórtan, melyek tegnap óta fejlődtek, míg a nyolcz éves leányon tipusos zoster van jelen, eléggé friss állapotban a bal farkaron s lapoczkáján, míg egyebütt a bőrfelületen hólyagcsás kivirágzás nem látok.“ Gara dr. azon kis galicziai községben, hol ezen megfigyelést tette, ez időtájt rövid idő alatt 12 varicellás megbetegedést észlelt.

Tizenkettedik észlelet: L. Fr. úrnő 1917 július 6.-án betegszik meg övsömörben, mely a mellkas felső felén jelentkezik. A kivirágzást megelőzőleg heves fájdalmak voltak, ezek a betegség egész tartama alatt fennállottak, úgy hogy az ágyat több napon át őrizte. Betegsége egész tartama alatt felnőtt leánya, a ki önkéntes ápolónő, gondozta. A javulás beálltával leánya július 14.-én falura utazik, bár némi lázas indisposíciót érez. 25.-én értesítik anyját, hogy leányán bárányhimlő fejlődött, enyhe mérvben, mérsékelt láz kíséretében. Az orvos a varicella megjelenését 22.-én konstata. Miután a kisasszony szemem előtt nőtt fel s betegség esetén mindenkor orvosi tanácsomat kérték ki, biztosan tudom, hogy bárányhimlőt még nem állott ki. Hogy anyjának a gyermekkorban volt-e varicellája, nem deríthető ki.

Mindezen észleletekhez tizenharmadiknak hozzákapcsolódik Heim Pál dr. tisztelt tanártársam observatiója, melyet 1912-ben tett közzé,⁴ s melyet kivonatosan a következőkben adok:

M. K. úrnő 1912 május 6.-án kellemetlen, szűró fájdalmakat érez a mellkas bal oldalán, hol este Heim tanár már tipusos zoster thoracalis konstata. Ez időben csak hat éves leánykája volt otthon. Három éves fiúcskája nagyanyjánál tartózkodott, de négy nap múlva már ez a gyermek is hazajött. Május 16.-án, vagyis tíz nappal az anya megbetegedése után a kis leányon tipusos bárányhimlő fejlődött, a mely közepes intenzitású volt és maximális 37.8° temperaturával járt. Május 22.-én, vagyis 6 nappal a leányka varicellája után és 12 nappal hazajövetele után a kis fiú is bárányhimlőben betegedett meg, de ez az eset súlyosabb volt. Az egész test el volt lepte hólyagcsákkal s a hőmérsék napokon keresztül 39.5° felett ingadozott. Sajátságos volt, hogy a kis fiún jobboldalt a hónaljban két ujnyi területen a hólyagcsák zosteres elrendeződést mutattak és a fiúcska e helyen fájdalomról panaszkodott. Mindkét esetben a bárányhimlő közös forrását csak az anyára vezethette vissza, mert a két gyermek megbetegedése között csak hat nap mult el, ami bárányhimlőnél szokatlan rövid lappangás volna. Kérdősködésként emondotta az anya, hogy gyermekkorában nem volt varicellája, dacára annak, hogy két leánytestvére átment e betegségen, a midőn ő 4 éves volt.

Mint a fentiekből látjuk, újabb tapasztalatok (a 10., 11., 12. és 13. eset) 1909.-i végkövetkeztetésemet mindenben csak erősítik.

Ha a vázolt 13 kórosetet csoportosítjuk, azt látjuk, hogy 12 esetben az elsődleges megbetegedés a család vagy környezet egyik tagján tipusos zoster volt, melyet 8—20 nap után (átlag két hétre) a család, illetőleg környezet egyik gyermektárgján jellegzetes bárányhimlő követett, négy észleletben 2, 2, 3, illetőleg négy varicellás megbetegedéssel, oly körülmények között, hogy a fertőzésnek, illetőleg fertőzéseknek (6., 7., 9., 13. eset) más forrását kimutatni nem lehetett. Gara harcztéri észleletében, mint láttuk, egy család három kiskorú tagja körülbelül egy időben betegedett meg, kettő varicellában, egy pedig kétségtelen zosterben.

13 esetem közül hétben az övsömör gyermekeken fejlődött, míg ötben felnőttön volt látható, középkorú, illetőleg éltesebb egyénen (6. eset), s a bárányhimlő 12 észleletben gyermekeken konstata. Itt s csak egy esetben felnőttön (5. eset.)

Kérdés, hogy a bárányhimlőre és övsömörre vonatkozó klinikai ismereteink 1904.-i fent idézett következtetésem megerősítésére vagy támogatására felhasználhatók-e?

Már rég feltűnt egyes észlelőknek, hogy bárányhimlőben olykor a hólyagcsák egyes bőrterületeken zosteres elrendeződést mutatnak. Így Henoch 1892-ben a következőket írja⁵: „Die Zahl der Bläschen, welche sich sehr rasch hintereinander entwickeln, ist sehr verschieden; bald stehen sie vereinzelt, bald dicht aneinander gedrängt, besonders an Theilen, welche einer Reibung durch Druck oder Spannung der Haut ausgesetzt sind, z. B. auf den Rücken, am Tuber ischi, wo ich eine handtellergrösse dichte Gruppe zosterähnliche Bläschen beobachtete.“ Thomas a Ziemssen-féle Handbuch d. spec. Path. u. Therapie-ban⁶ az alábbi sorokat írja: „Ziemlich selten findet man an einzelnen Körpertheilen, besonders den Extremitäten, niemals meiner Beobachtung gemäss am ganzen Körper ungewöhnlich kleine oder charakteristische Varicellabläschen gruppenweise, etwa nach Art einer Zoster gestellt, jedoch ebenfalls ohne Neigung zu Confluenz, neben den zosterartigen Gruppen gibt es aber in der Regel noch genug einzelne grössere Bläschen.“

Ch. J. Jennings a John M. Keating-féle amerikai gyermekorvostani gyűjtőmunkában a Thomas-féle megfigyelést a következőképp reprodukálja: „Confluence of adjacent vesicles sometimes are congregated into small groups, making the eruption resemble Zoster.“ N. Svoboda a Pfaundler-Schlössman-féle Handbuch f. Kinderheilkunde-ben⁷ szintén említett tesz ily észleletekről s magyarázatul a következőket írja: „Die durch Kleiderdruck veranlassten Masseneruptionen sind oft so angeordnet, wie die Bläschen bei Herpes Zoster und wenn der übrige Ausschlag minimal ist, kann es zur Verwechslung mit dieser kommen.“ A szöveg közé beiktatott sikerült fénykép szépen demonstrálja az övsömör-elrendezésű visszamaradt hegeket. Végül Jochman ismert tankönyvében a fer-

³ L. c.

⁴ Orvosi Hetilap és Berliner klin. Wochenschrift, 1912.

⁵ Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Berlin, 1902, VI. kiadás.

⁶ II. kötet, 2. rész.

⁷ 1906, I. kötet, 2. rész, 732. oldal.

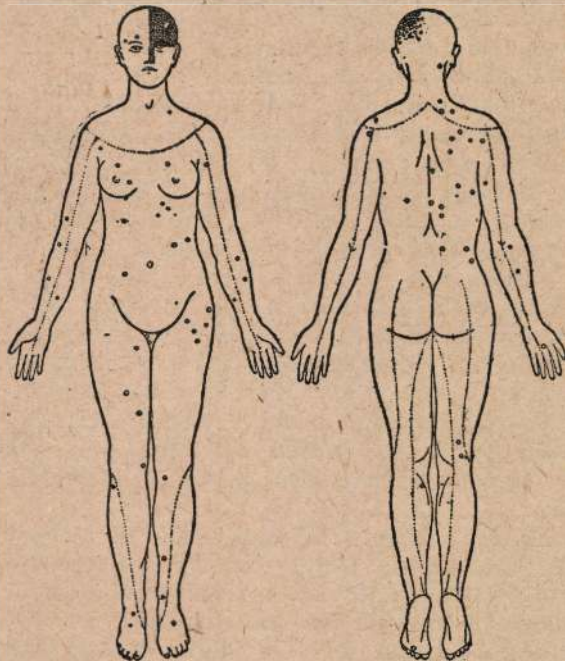
tőző kórokról⁸ a következőket írja idevonatkozólag: „Man findet dort, wo Kleidungsstücke einen starken Druck ausgeübt haben, oder wo Urin und Stuhl die Haut gereizt haben (z. B. bei Säuglingen) eine auffällige Massenproduction von Varicellenblasen. Die gruppenförmige Anordnung kann dabei, namentlich wenn das übrige Exanthem gering ausgesprochen ist, zu Verwechslungen mit Herpes Zoster führen.“

Mint a fenti idézetekből látjuk, a szerzők, nézetem szerint teljesen tévesen, általában bőrfeszülésnek, illetőleg a ruha vagy kötelék nyomásának tulajdonítják a bárányhimlő-hólyagoknak csoportos vagy zosteres elrendeződését a bőrfelület egyes praedilectió helyein.

13. észleletünkben említettük, hogy Heim is tett a fentiekhez hasonló megfigyelést és saját kórházi ambulans anyagomban 1908-ban (12.360. jegyzőkönyvi szám) magam is láttam egy 3 éves fiúcskát, kin a tipusos általános varicellás *kivirágzás mellett baloldalt elül s a hónaljban, körülbelül háromujnyi szélességben, a VI.—VII. bordaköznek megfelelőleg a hólyagcsák épp úgy rendeződtek, mint az övsömörnél.

Lássuk ezekután az övsömörre vonatkozó azon ismereteinket, melyek a szóbanforgó kérdés elbírálásánál figyelembe vehetők.

1893-ban Tenneson⁹ az övsömörnek egy érdekes s addig nem ismert alakját ismertette, melynél tipusos zoster-kivirágzás mellett, láz kapcsán, a bőrfelület legkülönbözőbb részein, a törzsön, végtagokon, fejen, sőt a szájról nyálkahártyáján is elszórtan, össze-vissza, kis víztiszta tartalmú hólyagcsák jelentkeznek, egyidőben a zosteres eruptióval. A hólyagcsák csakhamar pörkösödnek s a pörk leválása után nyom nélkül elenyésznek. Tenneson ezen hólyagcsákat „vésicules aberrantes“-nak nevezte el. Molinié,¹⁰ Haslund,¹¹ Beyer,¹² Weidenfeld,¹³ Ehrmann, Kreibich, Ullmann és Fasal¹⁴ tettek hasonló közléseket s újabban ezen esetek megjelölésére a dermatológusok a „herpes zoster generalisatus“ elnevezést használják. Nem tévesztendő össze ezen z. generalisatus azon övsömör-esetekkel, hol a zoster több egymástól távolos idegterületen jelentkezik (Colombini betege¹⁵), mely esetek meg-



1. ábra.

⁸ Lehrbuch d. Infektionskrankheiten, Berlin 1914, 786. oldal.

⁹ Traité clinique de dermatologie, 1893, 116. oldal.

¹⁰ Molinié: Des vésicules aberrantes dans le Zona. Thèse de Paris. 1895.

¹¹ Festschrift, gewidmet Moriz Kaposi, 1909, 169. oldal.

¹² Arch. f. Dermat. u. Syph., 1906, 78. kötet, 233. oldal.

¹³ Wien. dermat. Gesellschaft, 1909, február 20.

¹⁴ Arch. f. Dermat. u. Syph., 1909, 95. kötet, 31. oldal.

¹⁵ Caso singularissimo d. H. Zoster univers. Siena, 1893.

jelölésére a bőrgyógyászok a „zona universalis“ megjelölést ajánlják. Hogy mennyire nagy számmal jelentkezhetnek adott esetben eme ugynevezett „eltévelyedett“ hólyagcsák, különösen szépen mutatja Fasal esete (1. ábra).

Lássuk már most azon érveket, melyekkel egyes szerzők a zona bizonyos eseteinek *infectiosus voltát* bizonyítják.

Tudvalevőleg az övsömör aetiologiája ma már nem egységes; a Kaposi-nak 1890-ben megjelent közlése óta mind sürűbben közzétett járványok ugyanis a zoster-eseteknek egy csoportját, talán zömét, mint *fertőző-ragályos megbetegedést* tünetették fel.¹⁶ Nem foglalkozom hosszabban e tárggyal, csak utalok Haslund-nak (Kopenhága) 1900-ban megjelent szép cikkére,¹⁷ melyben a szerző meggyőző érveléssel állítja be a zonát az *infectiosus* kórok nagy csoportjába, természetesen nem generalizálva, mert például a Hutchinson-féle „*zoster ex usu arsenici*“-t aetiologice föntartandónak véli s kihatja az *infectiosus* zona csoportjából. Haslund az övsömör pathogenesisének konstatálásánál különösen fontosnak tartja azon zona-esetek figyelembevételét, hol „*aberrált*“ hólyagcsák jelentkeztek. Mint mondja: „Wenn man bei solchen Fällen nicht an dem im Blute circulierenden Infektionsstoff glaubt, so würde die Erklärung des Vorhandenseins dieser Blasen ganz räthselhaft sein; mit der v. Bärensprung'schen Theorie kann dies nicht übereinstimmen; es als durch eine secundäre Infection aus der zuerst existierenden Blasen aufzufassen, passt auch nicht, und hauptsächlich deshalb nicht, weil sie oft gleichzeitig oder unmittelbar, nachdem diese zum Vorschein kommen, auftreten.“ Mint tovább mondja: „Wenn man aber dagegen annimmt, dass die Zona von einem Infektionsstoffe herrührt, der wahrscheinlich microbieller Natur ist, im Blutstrom circuliert, und sich in der Regel auf einem peripheren Nerven, im Ganglion, oder auf irgendwelche begrenzte Stelle im Centralnervensysteme localisiert, so ist es wohl möglich unbehindert den Schluss zu ziehen, dass dieser Infektionsstoff in einzelnen Fällen in einer so reichlichen Menge vorhanden ist, dass er sich auch auf andere Stellen und andere Nerven localisieren kann, obzwar sich die Hauptmasse desselben an einer bestimmten Stelle niederlässt.“

A bárányhimlőre s övsömörre vonatkozó fenti adatok kétségtelenül az én felfogásom javára billentik a valószínűség mérlegét.

Kérdés, mikép lehetne mégis döntő bizonyítékot szerezni 1909.-i végkövetkeztetésem helyességének igazolására. Tekintettel arra, hogy a bárányhimlő fertőző anyagát eddig nem ismerjük (a Pfeiffer és Wasichewski által leírt mikroba tudvalevőleg nem igazolódott be mint kórokozó), bacteriologiai alapon a kérdést megközelíteni egyelőre nem lehet, sőt oltások útján sem szerezhetünk bizonyosságot, mert bár újabban sikeres varicella-átoltásról ismételtan tettek közlést (Lapidus),¹⁸ miután az átoltás csak localis kivirágzást okoz s ennek a lehetősége a zoster-nél is fennáll, a kérdés eldöntésére ezen kísérlet nem alkalmas. Ma is tehát az egyszerű *klinikai megfigyelésekre* vagyunk utalva s ez évben tett egy kórházi észlelésem, melyet az alábbiakban közlök, úgy vélem, a döntő bizonyítékot ez irányban megadja.

14. észlelet. V. G. 8 éves fiút 1918 március 28.-án vettem fel a Stefánia-gyermekkorház egyik húszágyas belorvosi osztályára. A fiú négy nap óta beteg s két nap óta látja az anyja a csoportos hólyagcsás eruptiót a jobb lábán s lábszáron s az elszórt hólyagcsákat a törzsön és végtagokon. A gyermek a ragályos kórok közül csak *vörhenyt* állott ki.

A fiú jól táplált és fejlett. Láz, a hónaljhoz reggel a felvételtkor 38.5° C, kora este azonban 39.2° C-ra száll fel. A jobb lábán, a lábszár alsó harmadától az ujjak hegyéig, kizárólag a dorsalis felszínen, jórészt borsómelegkoraságú, egymáshoz igen közelálló, csoportos elrendeződésű, helyenként babnagyságúra összefolyt, víztiszta tartalmú hólyagcsák láthatók, melyek a láb hátát, a IV. és V. ujjat s a láb hát jobb oldalát kivéve, úgyszólván teljesen beborítják (2. ábra). A környező bőrfelület lobos

¹⁶ Nem helyezek reá súlyt, csak ide iktatom, hogy 1912-ben a székesfővárosban úgy Heim, mint én is kiterjedt bárányhimlő-járvány mellett, kórházi s poliklinikai gyakorlatunkban, a zoster-eseteknek *fel-tünőbben gyakoribb* megjelenését láttuk.

¹⁷ L. c.

¹⁸ Monatschrift für Kinderheilkunde, 1917, XIV. kötet, 4. sz.

piert csak csekély mérvben mutat. Az egyes hólyagcsák szabályos félgömbalakúak, köldökös behúzódot nem mutatnak, az összefolyt nagyobb hólyagok inkább ovalisan megnyúltak, illetőleg rendetlen alakúak. Az egész testen, a hajas fejbőrt is beleértve, elszórtan kölesnyi, itt-ott lencsényi, jórészt satnya hólyagcsák láthatók (2. ábra), melyek egyike-másika már beszáradóban van. A végtagok feszítő oldalán a hólyagcsák száma kissé feltünőbb. Az elszórtan jelentkező hólyagcsák össz-száma körülbelül 100. Köldökös behúzódot az elszórtan jelentkező hólyagcsákon sem látható. A kötőhártyán s szájnyálkahártyán hólyagcsák nincsenek. A közérzet elég jó, bár a hólyagcsákkal sűrűn borított lábfő fájdalmas.



2. ábra.

Diagnosis: Zoster (Blaschko: ¹⁹ „Zoster im vierten Lumbargebiet“); az elszórtan látható hólyagcsákat illetőleg a felvételtől kétségtelen voltam, hogy azokat „aberrált” zoster-hólyagcsáknak tartsam-e (zoster generalisatus), avagy satnya hólyagcsák eruptiót mutató bárányhimlőnek, melyhez a kép különösen hasonlított. Szándékosan tettem a fiút az egyik belorvosi osztályra s nem elkülönítve helyeztettem el, mert úgy véltem, hogy ha tényleg bárányhimlővel s ezzel aetiologice kapcsolatos zosterrel van dolgunk, más kórházi gyermeknek a fertőződése ott az osztályon alig fog elmaradni s ez esetben a varicellás megbetegedés jelentkezését az osztály betegek között körülbelül két hét utánra, tehát április közepére várhatjuk.

A következő két napon, 38,2° C maximális végbélhő mellett, a lábfőn a hólyagcsák helyenként feltünőbben összefolytak s a törzsön, végtagokon, valamint a hajatos fejbőrön itt-ott még újabb hólyagcsák fejlődtek, mi mellett a felvételtől látott hólyagcsák egy része már pörkösödni kezd. A közérzet jó, a lábfő s lábszár már alig fájdalmas.

31.-ére az elszórt hólyagcsák már mind pörkösödtek s a lábháton és lábszáron is száradni kezd a zosteres kivirágzás.

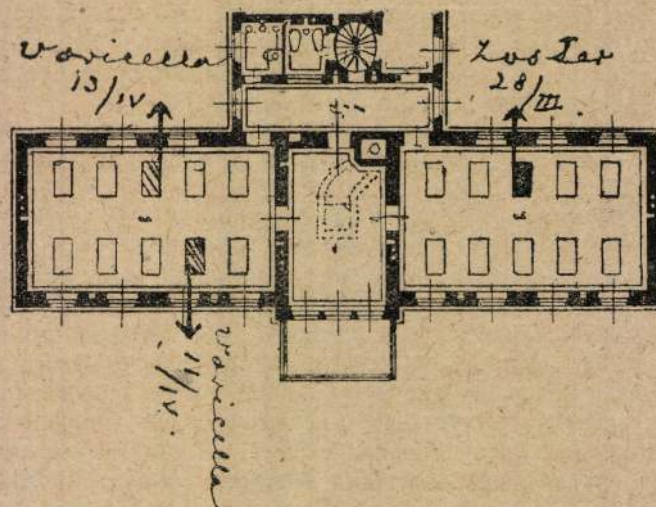
Április 10.-ére a zosteres felületről a pörkök leváltak s helyükön halvány rózsaszín felhám látható. Az izoláltan jelentkezett hólyagcsák helye a pörk eltávolodása után úgyszólván csak sejtethető.

Április 11.-én a szomszédos kórterem egyik ágyában a 8 éves H. Ilona leánykán, ki genu valgum rhachit. miatt, osteotomia céljából véstett fel, typosus bárányhimlő jelentkezik, közepes kivirágzással s április 13.-án egy 8 éves, empyema thoracisban szenvedő operált leánybetegen látjuk ugyanezen kórteremben a teljesen jellegzetes varicella jelentkezését szintén közepes intenzitással. Megjegyezzük, hogy a két kórterem egymással szomszédos s csak a közös nappali szoba van közbeékelve (3. ábra), melyben a fennjártó betegek tartózkodnak és étkeznek mindkét kórteremből s a két kórterem ajtaja állandóan tárva nyitva van, hogy az ápolótestvér a két terem betegeit folyton szemmel tarthassa. Hangsúlyozni kívánom továbbá, hogy azon időtájt a kórházban varicellás fertőző beteg, sehol egybeült, a többi osztályon sem volt s hogy a kérdéses osztály betegek között, valamint a többi osztályon is bárányhimlős kórházi fertőzés hónapok óta nem fordult elő.

¹⁹ Mracek: Handbuch der Hautkrankheiten, 1902, I. kötet, 686. l.

Hogy látogató importálta volna be az osztályra a varicellát, kizárhatjuk, mert, mint már fent is említettük, a kórházi szabályok értelmében kis-korú látogatók belépése a kórtermekbe a legszigorúbban tiltva van.

Ezen utolsó észleletem alapján kétségen felül bizonyítottam látom 1909.-i következtetésem helyességét, vagyis bebizonyítottam vélem, hogy a bárányhimlő eddig ismeretlen fertőző anyaga bizonyos körülmények között tiszta övsömör-eruptióban is megnyilvánulhat nagyon kérdésesnek tartom, hogy a dermatologusok által észlelt zoster generalisatus-esetek egy része nem analog-e aetiologice a fent leírt bárányhimlő-eseteimmel. Így, ha a Fasal-féle esetre vonatkozó két ábrát a mi 14-es varicellás-zosteres esetünk photogrammja mellé állítjuk, kétségtelenül nagy alaki hasonlatosságot találunk a két eset között. Fasal esetének megítélésekor még inkább gondolkodóba ejt bennünket azon körülmény, hogy Fasal a követ-



3. ábra.

kezőkép jellemzi az „aberrált” hólyagcsákat: „die Bläschen sind zum geringen Theil von wasserklaren Inhalt erfüllt, einige von einem roten Hof umgeben und sehen wie Varicellen aus“. Hasonlóképp írja le az „aberrált” hólyagcsákat Ehrmann és Brandweiner²⁰ is. Távol áll természetesen tőlem a zoster generalisatus, illetőleg az „aberrált” zoster-hólyagcsák létezését általában véve tagadásba venni s Fasal esetében a zosteres eruptiót varicellás eredetűnek tartani, de hogy ezen esetek megítélésekor mindenesetre erős kritikára s óvatosságra van szükség, mutatja, hogy Riehl tanár egy felnőtt esetében, hol egy dermatologus kartárs előző napon zoster generalisatust vett fel, kezdődő variola-eruptiót konstatait, egy helyen a fejlődő hólyagok zosteres elrendeződésével. Hogy a variola mily módon folyt le s hogy nem jöhetett-e szóba ezen esetben, daczára, hogy a beteg felnőtt egyén volt, egy, esetleg erősebb varicellás kivirágzás, arról, sajnos, nem nyerhetünk tájékozódást, mert az eset részletes közlés tárgya nem volt. Riehl ugyanis ezen észleletéről csak néhány szóval emlékezett meg a Wiener dermatol. Gesellschaft 1909 április 28.-i ülésén Lipschitz egy zoster generalisatus esetének bemutatása kapcsán kifejlődött eszmecsereben.

Kétségtelen, hogy az általam közölt 14 észleletben vannak oly mozzanatok, melyek következtetésem helyességét gyengíteni alkalmasak. Így az a körülmény, hogy öt esetben az elsődlegesen fejlődött övsömör felnőttön jelentkezett, nagyon kérdésessé látszik tenni az utólag, más egyéneken jelentkezett varicellával való kóroki összefüggést, a mennyiben általában megszoktuk a bárányhimlőt exquisit gyermekbetegségnek tekinteni s így nehezen volna megérthető a kóroki kapcsolatoság a gyermekkori bárányhimlő s a felnőtt egyén övsömöre között. Amde irodalmi adatokon kívül (Jochmann,²¹ Comby²²) néhai Korányi Frigyes tanárral tett együttes észlele-

²⁰ Die Hautkrankheit d. Kindesalter. Fr. Deuticke, 1910.

²¹ L. c.

²² Grancher-Comby: Traité des maladies de l'enfance. Paris, 1904, I. kötet.

tem (5. eset) is demonstrálja, hogy varicella felnőttn is jelentkezhetik, bár kivételesen s így következtetésem mérlegelésénél ezen érv nagyobb súlylyal alig bírhat. Azon körülmény, hogy a 7. észleléseben szereplő 6 éves zosteres fiúcska három év előtt állítólag bárányhimlőt már kiállott volt, feltevésem helyességét hasonlóképpen alig gyengítheti, mert míg egyrésztől nem volt teljesen megbízható a szülői kimondás, az újabb irodalmi adatok mindinkább tanúságot tesznek arról, hogy a varicella épp úgy, mint a többi heveny fertőző ragályos kiütés, ismételt is keletkezhetik egyugyanazon egyénen.

Feltűnő mindenesetre, hogy mindegyik észleletben az övsömör volt az első megbetegedés s ezt követte több nap lefolyása után más egyénen, illetőleg egyéneken a typosos bárányhimlő s a megfordított sorrendet eddig nem láttuk; ámde ez a körülmény szintén alig teheti kérdésessé feltevésem helyességét, mert több mint valószínű, *s ebben ma már nem kételkedem*, hogy ha ezen kóroki összefüggésre általában nagyobb figyelemmel leszünk, a gyakorlatban a megfordított sorrend is megfigyelésünk tárgya lesz.

A zoster és bárányhimlő jelentkezése közötti idő, mint láttuk, eseteink zömében körülbelül két hetet tett ki s ez megfelel a bárányhimlő lappangási szakának.

A physikai therapia túlzásairól.

Irta: Mester Emil dr., egyetemi klinikai tanársegéd.

A physikai therapia fejlődése folyamán, nevezetesen a belső bajok gyógyítása terén, oly módszerek is jöttek létre, a melyek sem a célnak, sem a élettani gondolkodásnak nem felelnek meg. Azonkívül számos módszer elnevezése hamis, illetve egyes módszereket rosszul osztályoztak.

A következőkben megkísérlem a legfeltűnőbb ilyen dolgokat felsorolni és megokolni. Ha csupán arról volna szó, hogy gazdag emberek „luxustherapiát” kapjanak, nem kellene több szót vesztegetni. Volenti non fit injuria. De mivel nagyon gyakran kevésbé tehetős emberek kis vagyonukat áldozzák oly „gyógyító” eljárásokra, melyeknek hatása legalább is kétséges, a revisio szükséges.

Ha végignézzük a különböző tankönyveket, feltűnik, hogy majdnem mindenféle megbetegedésben a physikai therapiának majdnem minden féléseit alkalmazzák és dicsérik. Ennek két oka van. Az egyik az, hogy relative nem erősen differens módszereket, például közel indifferens hőmérsékű vízkúrákat, esetleg ledörzsöléssel kombinálva, részben hygiénés szempontból, részben mint kellemes hatású módszert majdnem minden megbetegedésben kár okozása nélkül és többnyire bizonyos csekély haszonnal lehet alkalmazni. De hangsúlyoznom kell azt is, hogy igen sok szerző nagyon kevésbé törekszik kóroktani therapiára. Ezen valóságból ered a második ok. A szerzőknek az a törekvésük, hogy az újítók tapogatódzását munkáikban lehetőleg hiánytalanul idézzék. A módszereknek azonban csak egészen csekély része életrevaló és utánzásra érdemes; gyakran mégis a legabszurdabb dolgok megmaradnak, csak azért, mert a neves X. Y. könyvében megemlíti őket. Azon nagylelkű concessio, melyet például az egyik szerző a malaria gyógykezelésében a chininnak tesz a lépre alkalmazott „legyezőzuhany” mellett, majdnem alkalmas arra, hogy minden orvost megfoszson bizalmától, a melylyel a physikai módszerek iránt viseltetnék. Ezért végre szakítani kellene azzal a szokással, hogy minden bajt physikai therapiával kezeljenek. Az kétségtelen, hogy csak bizonyos bajok, vagy azoknak csak bizonyos tünetei reagálnak physikai módszerekre; és kétségtelen az is, hogy vannak bajok, a melyek ellen a physikai módszer alkalmazása charlatanériát jelent. Épp oly helytelen, mint ezen módszerek rákényszerítése mindenféle bajra, még az a szokás is, hogy a physikai módszerek alkalmazása mellől elhagyják a chemiai gyógyszert. Számos alkalommal megvonják fürdőhelyen a bromot az epilepsiástól, az antineuralgicumot a neuralgiástól, sőt még a kénest is a luesestől és ezzel nagy kárt okoznak, stb.

A részletekre áttérve, nézzük először a mechanikai mód-

szerket. A massage oly eljárás, a melylyel sok jót lehet tenni, ha helyesen alkalmazzák; de viszont gyakran veszedelmes. Obstipatio miatt még mindig válogatás nélkül rendelik asszonyoknak a has massageát; igen számos alkalommal ez aztán újra feléleszti a nyugvó gonorrhoeát. Ezenkívül többnyire nem tesznek különbséget az obstipatio különböző félései között, hanem vannak sajnos physikai therapeuták, a kiken az obstipatio szó mindjárt kiváltja a hasmassage indicatióját. Ez azért is gyakran fordul elő, mert vannak emberek, a kik csekély obstipatio miatt mindjárt orvoshoz szaladnak. Ezek aztán drágán fizetik meg azt, hogy gondosan megfigyelték magukat.

A massage fogalma feltétlen követeli az individuumos eljárást. Minden sablonszerű eljárás itt bajt jelent. Mégis építettek massage-gépeket, a melyek természetesen rosszak. Ha valami kellemes, az azért még nem therapia.

A Cornelius-idegpont-massaget már gyakran támadták. Ez tulajdonképpen vibratiós massage mindazon pontokon, a melyeket a beteg fájdalmasnak jelez. Ez mindent megmond és a kellő világításba helyezi ezta módszert. Azon betegeknek, a kiknek mindene fáj, 90%-a neurastheniás. Ezért azonnal nyilvánvaló, mennyire az ellenkezőjét éri el a therapiának az, a ki Cornelius szerint masszál. A neurasthenia fogalmát, sajnos, még egyáltalán nem értik meg és mindenki tehet vele, a mit akar; vannak doctorok, a kik a neurastheniát úgy kezelik, mintha tályoggal volna dolguk. A legtöbbben nem látnak tovább az orruknál, vagy a fától nem látják az erdőt. Nincs physikai módszer, a melyet a neurasthenia „gyógyítására” még nem használtak volna fel. A baj először is a polypragmasiában van; azután nagy baj az is, hogy a kezelést ott alkalmazzák, a hol a neurastheniás ember panaszát jelzi. Ezzel az eljárással a doctor igazolja, hogy a panaszok valóban alaposak, a fájdalmak valóban anatómiai okkal bírnak. Ha egyes neurastheniások bizonyos panaszokat megfogalmaznak és aggodalmaik surrogatuma gyanánt találják az orvos elé, bizalmuk nagyon meginog, ha az a panaszokhoz a legpontosabban alkalmazkodik. Ilyen neurastheniások egyenesen megkövetelik az orvostól, hogy az ilyformán larvált panaszukat helyesen megismerje. Minden függ az orvos egyéniségétől. Mindenféle kezelés lehet hatástalan, ha az orvos egyénisége alkalmatlan arra, hogy neurastheniásokkal bánni tudjon. Sok gépet és műszert, a melyeknek physiologiás célszerűtlenségéről régen meggyőződött mindenki, még használnak, mert állítólag pótolják az orvos ügyességét a suggestio szempontjából. Az orvos egyéniségét nem lehet pótolni, még megközelítően sem és a legszellemesebb pótszer mindig csak pótszer marad. A neurastheniás ember ennek az igazságnak legfinomabb mérőeszköze. Még inkább, mint minden más téren áll itt az a szabály, hogy a kinek nincs tehetsége hozzá, ne foglalkozzék vele. A ki nem tudja azt, hogy a neurasthenia oly baj, melynek végleteit nagyrészt mindenütt, másrészt pedig a bolondok házában lehet megtalálni és a ki ezért mindig „fájó” hátakat, „szűrő” lábakat, „görcsöket” a kézben és „zúgást, mintha” kezel, anélkül, hogy belemélyedne a beteg egyéniségébe, az sohasem tud neurastheniás panaszt megszüntetni. Hiszen igaz, vannak ellenvetések, hogy a beteget valami vízkúra vagy villamos kúra után „gyógyultat” bocsátották el. Ha azonban utána-vizsgálunk, akkor látjuk, hogy vagy az orvos megcsalta saját magát, vagy pedig a beteg tett ironiás concessiót. Azon kezdem, hogy a neurastheniás embertől sohasem szabad megkérdezni, hogyan van, mert ez is jelzi, hogy az orvos elhiszi a panasz valódiságát. Igazi neurastheniás ember mindig panaszkodik, a míg saját teste nem hazudtolja meg.

A neurastheniások egy része, bár kulturember, nem felel meg egyes elemi kulturköveteléseknek. Például nem fürdik. Hangsúlyozom azt, hogy nem fürdenek, nem pedig, hogy nem fürdenek eleget. A neurastheniás ember nagybőjtja az érzéseket. Ha most már egy ilyen egyén ragadó és szagos bőrről jár, öntudatlanul terhére van saját magának és utálja önmagát. Ez a neurastheniások azon faja, a kiknek a vízkúra használ. Teljesen mindegy, mi a neve a módszernek.

Kezdetben jó a félfürdő, mert itt mechanikai módon is előveszik az illetőt; később elégséges naponta a langyos fürdő vagy legalább a nedves ledörzsölés közvetlen a felkelés után. A bőr megtisztítása mellett még az erek és az izmok részéről akarunk reakciót. A vízkúra ezen faja teljesen cél-talan oly embereken, a kik rendszeresen fürdenek. Joggal ironiás ellenvetéssel találkozni ilyenek részéről. Itt a vízkúrát csak a *prolongált fürdő*, vagy a hosszú tartamú fürdő (*Dauerbad*) alakjában célszerű alkalmazni. 27°–30° C állandó hőmérsékkel bíró, $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ órát tartó teljes fürdők izgatott egyéneknek gyakran igen kitűnő hatásúak.

Az oroszánrészt a *munkatherapié*. Azonban a neurastheniások nagy része egyáltalán nem akar „dolgozni”, azonnal panaszskodnak „fájnyomás”-ról, szédülésről stb. Ezeket ügyesen kell rávezetni a munkára. De ezt semmi esetre nem szabad Zander-gépeken vagy hasonló szerkezeteken megtenni, mert balsiker esetén a beteg elveszti minden reményét arra, hogy valaha még rendbe jöhessen, mert hiszen már „oly sok és oly komplikált gépeken” dolgozott.

Az *obesitas* fizikai terapiájában sem distinguálnak, különösen akkor nem, ha nőkről van szó. A *fizikai módszerek csak az exogen obesitashoz férhetnek*. A belső secretio élettani vagy kórtani megváltozása folytán okozott obesitást nem lehet így megváltoztatni. Az obesitas kezelése mindig elsősorban étrendi kezelés. Minden más módszer csak segítő. A testi munkát mint elsőrendű segítő faktort helyesen kell odatozni ugyan, azonban a szív részéről jelenlevő complicatiókat leszámítva, az adagolt Zander- stb. gymnastika egészen felesleges. Nyilvánvaló, hogy nagy calorifogyasztásról nem lehet itt szó, mert a gépek a lehetőség szerint alkalmazkodnak az izmok élettani funkciójához, szerkezetüknél fogva fontos, hogy a gymnastikát, illetve a mozgást osszák fel a nap különböző szakaira, úgy hogy farkasétvágy és ezáltal az étrend megszégése létre ne jöhessen. Massage-zsal senkit sem lehet karcsúvá tenni. A *Bergonié*-féle módszer és változatai a lesóványodás szempontjából minden haszon nélküliek. A módszer veleje, hogy megszakított farados áram hatása vagy condensator-kisütések által rythmusosan összehúzódnásra bírnak tetszés szerinti izomcsoportokat, a melyeket homokzsákokkal megterhelnek. A feltalálók említette óriási eredményeket nem lehet megtalálni. Ellenkezően, néha súlygyarapodást lehetett észlelni, melyet a kezelés utáni farkasétvágy idézett elő. *Durig* és *Liebesny* gázanalytikai respirációs kísérletekkel kimutatta, hogy a kezelés alatt megtett leg nagyobb munka megfelel oly járás munkájának, a midőn az illető két kilométert tesz meg egy óra alatt, továbbá, hogy az anyagforgalomnak nincs tartós emelkedése és végül, hogy egy óra hosszat tartó kezelés alatt legfeljebb 10–20 gr. zsír fogy el, ha az egész munka zsír rovására történne. Más kontrollkísérlet is csak az esetben tudott eredményt felmutatni, ha egyszersmind megfelelő étrendet kapott a beteg. Saját tapasztalataim azt mutatják, hogy az első kezelése után valóban van súlycsökkenés, a melynek oka igen erős izzadás. Ez azonban egyenletes, esetleg fokozott adagolás daczára a következőkben elmarad; ezzel bizonyossá vált, hogy az izzadás legnagyobb részt psychés eredetű, mint a hogyan ezt oly egyéneknek figyelhetni meg, a kiket életükben először villamoznak. Lehetséges, hogy a meglepett és az ellenkezés lehetőségétől megfosztott emberek az első kezelése alkalmával reflexes úton az antagonistákat idegzik be és így ekkor valóban nagy izommunkát produkálnak, mely azonban az első kezelése után megszűnik, mert hozzászoknak a sajátságos, szokatlan mozgásokhoz.

A mennyire célszerűtlen a gépkezelés az obesitasban, épp oly értékes *czukorbeteg* emberek kezelésekor, különösen, ha az életmódjuk ülő. Természetesen elégséges egyszerű esetekben mindenféle testi munka, tehát a járás is, a melyet a legjobban lehet szabályozni. Energiás testi munkára az ülő életmódú diabetesesek néha meglepő jól reagálnak a kiválasztási görbe meredek esésével, néha magasabb tolerantiával is. Nagyon fontos azonban, hogy az orvos ne jusson összetűzésbe esetleg jelenlevő arteriosclerosissal, myo-

carditissal stb. A pontos ellenőrzés tehát az első kísérletek alkalmával nagyon fontos.

Minden kétségen felüli dolog és még oly szigorú kritikus, mit *Makenzie* is igazolja, hogy az *általános massage* a szívbetegségeknél előnyös. Mindaz azonban, a mit *szívmassage* néven írnak le, nem más, mint a mellkasnak naiv megmunkálása. Csak egyfajta szívmassage van; ezt a sebész alkalmazza, ha nem marad más hátra. Abból áll ez, hogy megfogják a szívet a rekeszen keresztül és rythmusosan komprimálják. Ennyire még a legmerészebb fizikai terapeuták sem mennek. Inkább megelégszenek a mellkas kopogtatásával és vibrálásával. A szív működés megváltozása a hát izomzatának és különösen az erector trunciának erős vibrációs massagea esetén a reflexes úton bekövetkezett mélyebb belégzés következménye, a mely e helyre alkalmazott minden erősebb mechanikai vagy differensen thermiai behatásra előáll.

A sokat dicsért vérnyomásleszállításról később még szólnok.

A *hydrotherapia* fogalmát még ma is rosszul értelmezik; úgy fest az, mintha azt gondolnák, hogy maga a víz, a H_2O az, a mi gyógyít. A hydrotherapia pedig csak egy része a fizikai therapia legfontosabb fejezetének, a *thermotherapiá*-nak. Ha a H_2O a természetben más halmazállapotú volna, akkor sohasem jött volna létre a mai hydrotherapia, vagy legalább is nem volna oly jelentőségű, mint a milyen ma.

A víz gyakori használata kikerülhetetlen kultúrszükséglet különösen különböző bajok prophylaxisa szempontjából. Oly emberek, akik naponta fürdenek, bizonyos hőmérsékű víz hatásait annyira megszokták, hogy a víznek therapiás alkalmazásakor semmi hatás sem észlelhető. Ilyen emberek nevetnek a vízkúrán és így a psychés factor, a mely elég jelentékeny, a priori elesik. A hydrotherapeuták szerencséje, hogy Középeurópában kevés ember fürdik naponta, vagy legalább gyakran, sőt csudálatos módon a középosztályból való emberek sem fürdenek rendszeresen; az alsóbb rétegekről nem is szólnok. Itt tehát teljesen kifejtheti a hydrotherapia hatását, mert már az egyszerű fürdő magában véve recreatio az illetőnek. A japánok, a kiknek kulturája a szó nyugati értelmében még nem száz éves, mégis naponta fürdenek, még pedig forró hőmérsékű vízben, az időszakokra és az időjárásra való tekintet nélkül és nem „hűlnek” meg. *Baetz*, a ki éveket töltött Japánban, az egyik wiesbadeni congressuson részletesen számolt be erről és nem talál oly okot, amely miatt az európai ember ugyanezt ne tehetné meg. Az indusok naponta fürdenek. Az egyiptomiak, zsidók és mohamedánok vallásos mosakodásai ismeretesek. Mind-ezen procedurának értelme a hygiene, a prophylaxis volt. A görögök és rómaiak fényűzéssel fürödtek, a középkor piszkos volt, az újkor még mindig nem tisztálkodik eléggé; a vallás nem parancsolja a tisztaságot és a törvényhozás még nem ért rá, hogy a lakosságot a fürdésre kényszerítse. Az ilyen alkalmakkor megejtendő kötelező orvosi megvizsgálás kiváló vívmány volna a fertőző bajok-terén. De ettől még messze vagyunk.

A víz használhatósága és hatása a therapiában a gyakorlati értelemben vett chemiai ingermentességén, a könnyen szabályozható hőmérsékén, a halmazállapotánál fogva való absolut illeszkedésén a testhez és az *Archimedes*-féle törvény hatása folytán előálló jelenségen alapszik. Ez utóbbi körülményt eddig még nem méltatták eléggé, pedig legalább is egyenértékű a többi factorral.

Ha meggondoljuk, hogy a víz alkalmazása minden mechanikai hatás nélkül csak a hosszú tartamú fürdőknél történik, akkor látjuk, hogy a tiszta hydrotherapia fogalma jelentékenyen kisebbedik. Minden egyéb szokásos vízkúra ugyanis kisebb-nagyobb mechanikai ingerrel kapcsolatos. Egy zuhany nemcsak hőmérséke révén hat, hanem szabályozható módon a víznek a testre való gyengébb vagy erősebb oda-csapódása folytán is. A nedves bedörzsölésnek vagy az annyira kedvelt félfürdőnek magva a mechanikai inger, nem pedig a víz lehűlése néhány fokkal. Ez utóbbi körülmény alkalmas ugyan arra, hogy a patiensben azt az érzést keltse,

mintha itt nagyon tudományos dologról volna szó, különösen, ha a fürdőmester elég méltóságteljes; de alapja nincs. Ha egy fürdőt ugyanazon idő alatt lehűtünk, mint a hogyan az a rendes félfürdő alkalmával történik, de elhagyjuk a bedörzsölést és leöntést, akkor nem észlelhetjük ugyanezt a hatást, mert a fontos faktor, a mechanikai inger hiányzik.

Ha erős vízsugarat oly készüléken vezetünk át, melynek segítségével hideg és meleg vizet hirtelenül vagy lassan bocsáthatunk, akkor létrejö a hydrotherapiának egy nagyon sajátos kinövése, az úgynevezett *váltózuhany*, illetve „skót” zuhany. Hogy kicsodák azok az élettani hatások, a melyeket vele el akarnak érni, azt valószínűleg sem a feltalálók, sem azok az orvosok nem tudják, akik alkalmazzák. Az a szó, hogy „sensibilisatio”, nagyon szép, de nem szabad elfelejtenünk, hogy a szervezet nem olyan gép, mely annyiszor reagál, a hányszor inger hat rá és még hozzá úgy, a hogyan azt a hydrotherapeuta akarja. Számos esetben, úgylátszik, bűntető eljárásról van szó, renitens, ideges betegekkel szemben. Sajnos, még mindig vannak „sanatorium”-ok, a hol a betegeket reggel sorba állítják és az orvos a katedrán hátulról váltakozó sorrendben hideg vízsugárral egészen jelentékeny nyomással lefecskendezi őket, hogy „hozzászokjanak a hirtelenhez, a váratlanhoz”. Az ily orvosok felfogását nem érdemes kritika tárgyává tenni. Hangsúlyozni kívánom még, hogy ezen szélsőség mellett építenek zuhanyokat mindenféle formában és minden elképzelhető irányból. Ha azt akarják, hogy ez a fénylő nikkeltőmeg suggestió csélra szolgáljon, akkor talán hagyhatnák állni ezeket a nélkülözhetetlen szerzőket és nem használnák őket. Az bizonyos, hogy a refractaer neurastheniások legnagyobb része azért nem gyógyítható, mert ilyen és hasonló polypragmasiával, komplikált gépekkel stb. kezelték őket és így minden reménytől megfosztották őket, hogy egyszerűbb hatásokra reagálhassanak, mert már annyi mindenfélét kaptak.

A *Dastre-Morat*-törvény azt mondja, hogy antagonismus van a mély és a felületes fekvésű erek bősége közt oly ingerekre, melyek a test felületét érik. Eme tant *Bier* és *Klapp* vizsgálatai megingatták; ők ugyanis azt találták, hogy a meleg nagyon mélyre hat és ott nagy arteriális hyperaemiát okoz. Minthogy a hyperaemiát (= erek tágulását) nemcsak hőhatás, hanem mechanikai és chemiai hatás is előidézhetheti, a további vizsgálatok feladata, kideríteni azt, vajjon a *Dastre-Morat*-törvény itt is elveszti-e érvényességét.

A *hurutos tüdőbajok* általánosan szokásos physikai kezelése a *Priessnitz*-borogatás. A mit leginkább várnak tőle, az sohasem teljeseedik be. A *Priessnitz*-borogatás veleje az alacsony hőmérséke. A hideg folytán mély belégzés támad, néha több perczen keresztül; ez különösen fontos bronchitis és a bronchopneumonia esetén. Abban a perczen, a mikor ez az inger megszűnik, és ez nagyon hamar megtörténik, az egész borogatásnak nincsen értelme, mi több, gyakran contraindikált, mert megakadályozza a szabad lélekzést. Ellenvetésül szolgálhat, hogy a mellkas mozgásának bizonyos korlátozása, például tuberculosis esetén, értékes eljárás, hiszen a tuberculosis modern terapiája gyakran pneumothoraxszal teljesen inaktiválja a tüdőt. Ismertem egy phthisises embert, a ki azonkívül súlyos spondylose rhizoméliqueben szenvedett; mellkasa egészen merev volt, a felső testnek semmiféle légzési mozgását nem engedte meg; a légzés caractere tiszta hasi volt. Mégis állandóan köpött vért ez az ember és mindig subfebrilis volt. A légzési mozgás akadályozása tehát nem előnyös; inkább hátrányosnak mondanám. A borogatás a legtöbb betegnek terhére van. Kivételt csak a kórházak éves lakói tesznek, a kik hozzászoktak a borogatáshoz mint elkerülhetetlen rosszhoz, megszokták, hogy naponta többször pánccélba szorítsák őket. A borogatás pánccél, akármilyen könnyű. Érdemes megfigyelni a beteg arcát, ha *leveszik* róla a borogatást. Ilyenkor is van mély belégzés, mert a levegő hőmérséke alacsonyabb, mint a borogatásé, a mely felmelegedett.

Ha ezen reflexes úton létrejött mély belégzést terapiás célra akarjuk felhasználni, akkor elérhetjük ezt, ha 2—3-szor naponta *hűvös lemosást* csináltatunk esetleg eczetes vízzel

és utána alaposan ledörzsöltetjük a beteget. Ez az utóbbi eljárás legalább is oly erős vérbőséget okoz a bőrön, mint a *Priessnitz*-borogatás, ha nem is tart oly hosszú ideig. Ez a therapia a bronchitisra és a bronchopneumoniára vonatkozik. *Tuberculosis* esetén szorítkozzunk rendszeres, indifferens hőmérsékű fürdőre, mely ne tartson túl hosszú ideig.

Mennyire fontos a tüdők szellőzése kivált a bronchitis *idősült* szakában és bronchopneumoniák utáni *atelektasiáknál*, azt hőmérsék felreismerhetetlenül igazolják. Az ilyen betegek, ha különben nincs tuberculosis, ceteris paribus alacsonyabb a hőmérséke járás után, mint nyugalom után. Ha a mellkast azonban órák hosszat bepánccélozzák, akkor a tüdőt megfosztják rendes mozgási lehetőségétől. Nem kell hangsúlyoznom, mit jelent ez a gázcsere és ezzel az egész szervezet szempontjából, nem számítva a vérkeringés közvetlen hatását.

A bronchitis *acut* szakában esetleg lehet adni *Priessnitz*-borogatást. Az első napokban fontos a terjedés lehető megakadályozása. Ezen követelménynek a *Priessnitz*-borítás a mellkas nyugalomba helyezése folytán egészen jól megfelel. Csak czélszerű, hogy ilyenkor a mély belégzés megakadályozására, mely erős köhögést vált ki, a borítást ne hideg, hanem inkább langyos vízzel csinálják.

A croupus pneumoniához physikai módszerrel nem férhetünk.

A légzőszervek megbetegedései közül a legjobb esetben a *száraz pleuritis* az, a melyben feltételezhetjük, hogy a *Priessnitz*-borítás folytán okozott felületes hyperaemia oly fokú, hogy a pleuritis folyamatára kedvezően hasson. Exsudatum esetén már azért sem várhatunk hatást, mert az exsudatum összenyomó hatása erősebb, mint a *Priessnitz*-borítás okozta hyperaemia. Másrészt vizet visz a Dunába, a ki pleuritist még jobban akar hyperaemiássá tenni. Ha azonban a *Dastre-Morat*-törvény szempontjából nézzük a dolgot, ha tehát a mélyen fekvő szervek anaemiáját akarjuk létrehozni, akkor ezen kísérlet csütörtököt mond, mert a tüdő vérrel való ellátása más helyről történik, mint a mellkas faláé. A pleura parietalis pedig nem oly mélyen fekvő, hogy az antagonismus törvényét joggal lehessen alkalmazni.

Nagy egyoldalú *exsudatum* esetén az egészséges oldalt a légzést gátló borítástól egészen meg kell kimélni, hogy teljesen megfelelhessen compensációs működésének.

Nagy feladatot rovnak a magas lázban fekvőre, ha fürösztjük. A hirtelen lehülés legalább is akkora shock, mint a hirtelen felszállása a hőemelkedésnek. Sok beteg tehát nemcsak subjectiv, de objectiv szempontból is nagyon kevésbé kíváncsian reagál, kivált a szív működés szempontjából és így jobbnak vélem a chemiai szereket (pyramidon 1:5:1500), melyeknek adagolását hatalmunkban tartjuk, és a melyeket naponta többször is alkalmazhatunk. Így elkerüljük a shockot, a beteg nyugodtan marad ágyában. Ha mély belégzést akarunk elérni és ezzel meggátolni a pneumoniát, ugyanazt az eredményt érjük el, ha a beteget naponta többször lemosatjuk hűvös eczetes vízzel. A *Priessnitz*-borítás contraindikált; az okokat előbb vázoltam.

A *gőzfürdőt* és a *forró légfürdőt* még mindig egy kalap alatt tárgyalják, pedig nagyon különböző hatású e kettő. A következő táblázat feljegyzéseimből való és rámutat a különbségre:

K. B. 1913 szeptember 4. és 5. (Asthma bronchiale.)

	Szájhőmérsék fürdés előtt	Fürdő hőmérs.	Fürdés tartama	Szájhőmérsék fürdés után	Pulsus	Subjective
Forró légfürdő (fényfürdő)	36°6'	50°	10perc	36°9'	104	nagyon jól
Gőzfürdő (szobagőzfürdő)	36°5'	50°	10perc	39°8'	140	rosszul, utána is

A kiválasztott izzadság mennyiségét súlyméréssel határozta meg és megközelítően egyenlőnek találta.

Ez annyit jelent, hogy a vízgőzzel telített levegő megakadályozza az izzadság elpárolgását; a szervezet nem tudja ezért a hőszabályozást elvégezni és így hőfelhalmozódás támad a testben, a mely gyakran nagyon magas fokot ér el. A forró légfürdőnél ellenben nincs akadálya az izzadság elpárolgásának, a hőszabályozás tehát akadálytalan. A legjobban érzük el ezt, ha a hőlégfürdő nem zár pontosan, illetve, ha a falai átjárhatók; így jó, ha például vászonból való (Plate után). A fából vagy fayenceból épült hőlégfürdők ellenben már átmenetet alkotnak a gőzfürdőhöz, mert itt a levegő gőzzel vegyes, mely az izzadságból ered. Ez a különbség a gőzfürdő és a forrólégfürdő közt nagyon fontos, kivált ha arteriosclerosis vagy apoplexiás habitusu egyénről van szó. Ezek még félórát is tölthetnek kár nélkül a forrólégfürdőben, míg a gőzfürdőben való tartózkodásuk már perczek múlva veszedelmes. De, másfajta embereknek is fontos néha, hogy hosszabb ideig legyenek magasabb hő hatása alatt. Így feltűnő gyorsan és jól hat a villanyfényfürdő *asthma bronchiale*-ban szenvedőkre, mint ezt *Strümpell* mutatta ki először. Magam még asthmarohamot is el tudtam vágni egy és más alkalomkor tisztán villanyfényfürdővel, más szer alkalmazása nélkül. A gőzfürdőben ennek ellenkezőjét érzük el. Vesebajoknak is előnyös a fényfürdő, ha izzasztani akarjuk őket pakolás nélkül.

Egyes testrészeknek gőzzel való kezelése ellen e szempontból természetesen nincs kifogás, mert a gőz hatásától nem ért testfelület kiegyenlíti a meleg felhalmozódást.

Ugyanez áll az *iszapkurákról*, kivált izületi baj esetén.

Az elégséges vérkeringés veleje az ad hoc szükséges *véráramsebesség* integráló követelményeinek teljesítésén mulik. E feladat teljesítése a szív elsősorban és a peripheriáé (erek, izmok) adjuvans értelemben. Bizonyos fokig a periphéria kiegyenlíti ugyan a szív elégtelenségét, de a vérkeringés alphája és omegája mégis csak a szívizom. Ez többet dolgozik és hypertrophiássá lesz, hogy kiegyenlítsen hibákat. Ilyenkor a nagy vérkörön meglátszik ennek a hatása; a nagyobb munka miatt nagyobb a vérnyomás. Ha ez nem volna így, akkor incompenzált volna az elégtelenség. A magasabb vérnyomás tehát szükséges rossz.

Sokat vitatkoztak azon, hogy bizonyos physikai módszerek valóban leszállítják-e a vérnyomást, mint a hogyan ezt leírták. A kutatók mindig csak a tünetet látták, de sohasem az egész körképet. Valóban szerencse tehát, hogy a sok módszer, melylyel a vérnyomást leszállítani vélték, nem vált be, mert akkor az incompensatiók tömege óriási lenne. Azon módszerek, a melyek valóban leszállítják a vérnyomást, nagyon rövid ideig hatnak (egy óra törtreszein belül), még akkor is, ha a kúra hosszú ideig tartott. Azonkívül nagyon hamar megjön a megszokás és így kimaradnak a reakciók. Ha tehát arról van szó, hogy quoad vitam fontos leszállítani a vérnyomást, akkor energiásabban kell cselekedni. A legmegbízhatóbb eljárás az érmetszés. De ezt nem lehet ad infinitum üzni. Véleményem szerint csak két physikai mód van, hogy az érruptura veszélyét csökkentjük; az egyik nagyobb vérmenyiség gyűjtése relativ indifferens testrészen, például a végtagokban; ez azonban csak rövid tartamú lehet. A másik a beteg elköltöztetése magas levegőnyomású helyre. Nem kell hangsúlyoznom, hogy az ilyfajta eljárásnak kapcsolatosnak kell lenni megfelelő étrendi és esetleg chemiai kezeléssel.

Az alacsony vérnyomás többnyire szűkület következménye. Mivel ilyenkor a csontvázizomzat munkatöbblete nagyon csökken, külső hatásnak (massage) kell segítenie, hogy a szükséges véráramsebesség legalább időnként létrejöhessen. Szívgyengeség alkalmával jelenlevő alacsony vérnyomást physikai módszerrel fokozni nem lehet.

A szénsavas fürdőt illetően, melyet szükség szerint a vérnyomást leszállítóknak vagy emelőnek jelentenek ki és dicsérnek, csak *Mackenzie* széles körökben ismert véleményére mutatok. Mint *psychés factor* a szénsav olyan, mint minden más dolog, a mit betesznek a fürdőbe. Igaz, hogy nagyon

suggestiós látvány, ha az egész testen gyöngyök vannak. Ha azonban labilis vasomotorok miatt mindenféle fürdőnek erős hatása van a vérkeringésre, akkor ebből csak az következik, hogy minden beteg a saját maga kísérleti állatja kell, hogy legyen. Meg vagyok győződve róla, hogy vannak olyan felette érzékeny emberek, a kiknek egyáltalán nem szabad fürdeniök, mert ez túlságosan nagy munkát jelent a szívüknek. A legtöbb esetben azonban a szénsavas fürdő ártalmatlan, a vérnyomás megváltozása jelentéktelen és így még a semmitmondó nil nocere szempontjából sincs contraindicatio.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem bakteriologiai intézetéből. (Igazgató: Preisz Hugó dr., egyetemi ny. r. tanár.)

A sulfosalicylsavas fehérjepróba fajlagosságáról.

Irta: Gözöny Lajos dr., egyetemi magántanár.

A vizsgáló laboratóriumok módszerei a háborúban sok változáson mentek át. A vizsgálatok számának óriási megszorodása hozta magával, hogy olyan eljárásokat vesznek csak szívesen igénybe, amelyek lehetőleg gyorsan adnak felvilágosítást és aránylag könnyen kivihetők.

A fehérje kimutatására a vizeletben ebből a szempontból kétségtelenül kiválóan alkalmas a sulfosalicylsavas próba, amelynek érzékenysége minden más fehérjekémlelnél nagyobb.

Az eljárás felfedezője (*John A. Macwilliam**) szerint a tojásfehérjét még 12.500-szoros hígításban is kimutatja, ami körülbelül 100.000-szeres fehérjehígításnak felel meg, ha 12,2%-nak vesszük a tojás fehérjetartalmát. Épp úgy már 1/2 perc múlva mutatkozik sulfosalicylsavval zavarodás 10.000-szeresen hígított serumban, a mi körülbelül 130.000-szeres fehérjehígításnak felel meg, ha a serum fehérjetartalma 7,5%.

Macwilliam, mielőtt a sulfosalicylsavat a vizeletben levő fehérje kimutatására ajánlotta volna, nagy részletességgel megvizsgálta, hogy a vizelet normalis vagy kóros, de nem fehérjeszerű anyagai adnak-e zavarodást és azt találta, hogy csakis a fehérje ad zavarodást.

Külön hangsúlyozza *Macwilliam*, hogy míg a copaiba-balsam belső használata után a vizelettel a Heller-féle salétromsavas próba pozitív, addig sulfosalicylsavval nincs zavarodás. (Balsam of copaiba rubbed up in dilute caustic potash solution becomes markedly turbid on the addition of nitric acid, but shows no change with salicyl-sulfonic acid.)

Ezek szerint a sulfosalicylsav specifikusabb fehérjekémlelő, mint a salétromsav, mert gyantasavakkal nem ad reakciót.

Sajátságos módon mégis német könyvekben, meg magyar gyakorlati utasításokban is olvasható, hogy „A vizeletbe sulfosalicylsavat csepegtetünk. Positív reactio: zavarodás. a) A zavarodás melegben oldódik, hidegben ismét kiválik: albumose; b) alkoholban oldódik: gyantasavak; c) sem melegben, sem alkoholban nem oldódik: fehérje”. (Korányi: Utmutatás laboratóriumi gyakorlatokhoz.)

Amint magam is több esetben meggyőződtem, a gyantasavat tartalmazó vizelet sulfosalicylsavval nem ad zavarodást.

Annál érdekesebb eredményre jutottam, a mikor a sulfosalicylsavtól zavaros fehérjés vizelethez alkoholt öntöttem: nevezetesen a zavarodás azonnal feltisztult.

Ezek után tiszta fehérjeoldatokkal kísérleteztem. 10/00-s tojásfehérjeoldat (alb. sic.-ből készítve) sulfosalicylsavval bő csapadékot ad, amely könnyen oldódik, ha annyi abs. alkoholt adunk hozzá, hogy az alkoholtartalom körülbelül 50% legyen. Ha az alkohol koncentrációja kisebb, akkor enyhe melegítésre szintén oldódik.

1 cm³ 10/0-os serumalbumin (Merck) + 0,2 cm³ sulfosalicyloldat bő csapadékot ad, amely 1 cm³ 96/0-os alkohol hozzáadására könnyen oldódik.

Hasonló eredmény mutatkozik a sorrend megfordításakor, tudniillik a fehérjeoldatból alkohollal kicsapott fehérje 1—2 csepp sulfosalicylsavra azonnal oldódik.

* Brit. med. Journal. 1891, 837.

A fentiek szerint tehát az alkohol még abban az esetben is, ha a sulfosalicylsav gyantasavakkal adna csapadékot, alkalmatlan volna annak az eldöntésére, hogy fehérjével vagy gyantasavakkal állunk-e szemben, mert a sulfosalicylsavas fehérjecsapadék maga is oldódik alkoholban.

További vizsgálataimmal megállapítottam, hogy nemcsak a sulfosalicylsavas fehérjecsapadék oldódik alkoholban, hanem ha főzéssel és ecetsavval való utólagos megsavanyítással csapjuk ki a fehérjét és lehetőleg rövidesen sulfosalicylsavas alkoholt öntünk rá, a zavarodás azonnal feltisztul.

Ha a sulfosalicylsavval nyert csapadék alkoholra, vagy az alkohollal nyert csapadék sulfosalicylsavra, vagy a főzéssel kapott csapadék sulfosalicylsavas alkoholra nem oldódik könnyen hidegen, akkor főzésre beáll az oldás. Látjuk tehát, hogy három olyan tényező közül, amelyek mindegyike külön-külön kicsapja oldatából a fehérjét, kettő: a sulfosalicylsav és alkohol együtt a friss csapadékot könnyen oldja és az oldást a harmadik fehérjekicsapótényezővel, a főzéssel még gyorsíthatjuk is.

Meg kell jegyezni, hogy a sulfosalicylsavval nyert fehérjecsapadék csak közvetlenül keletkezése után oldódik könnyen alkoholban, minél több idő telt el és minél inkább pelyhekké tömörült már a kivált fehérje, annál több alkohol kell az oldáshoz és hosszabb ideig tart is, míg az oldás beáll. A vizeletvizsgálatok alkalmával ez a körülmény nem jön tekintetbe, mert ott a kémleléseket gyorsan egymásután szokás végezni.

A spanyol influenzának nevezett járványos betegség gyógyszeres kezeléséről.

Előzetes közlés *Sattler Jenő* dr., cs. és kir. t. főorvostól

A spanyol influenza elnevezés alatt uralkodó járványos betegség gyógyszeres kezeléséről eddig igen kevés szó esett. A chinin- és salicyl-kezelés csak addig nyújt némi segítséget, a míg a tüdőelváltozások különböző alakjai nem szövődnek a bajhoz. Az ily esetek elég jelentős százaléka halálos. A súlyosabb alakokban szóba jött a calomel- és aspirin-kezelés.

Úgy a katonai, mint a magánpraxisban sok esetet láttam, a melyekben a legcsekélyebb tüdőelváltozás megjelenésekor azonnal a kámfor-kezelést kezdtem meg, vagyis 10%-os kámforolajnak bőr alá fecskendezését. Napi 8–10 cm³-t adagoltam, adagonként 2 cm³-t. Az eset súlyossága szerint szükség esetén 15 cm³-ig is emelkedtem. Az injekciókat a felkaron vagy a csonbon adtam. Néhány nap leforgása alatt (3–5 nap) határozott javulást észleltem (a láz kritikus esését stb.) anélkül, hogy valamilyen káros hatás mutatkozott volna, csak a befecskendezés helyén volt kisfokú helyi érzékenység és bőrszíneződés, a mit hidegvizes borogatás csakhamar megszüntetett. Eseteim egyike sem végződött e kezelés mellett halálosan.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az apoplexiának és az encephalomalaciának a vérnyomással való összefüggését vizsgálta *Lippmann*. A gutaütésre hajlamosító betegségek között említik az érmezsenedést, a szívizomtúltengést, a vesébajokat, az alkoholizmust és a syphilit, de még nem keresték a vérnyomás-emelkedésnek befolyását. Ebből az utolsó szempontból vizsgálta át *Lippmann* 10 évi beteganyagát. Különválasztotta a véres (apoplexia) és vértelen (encephalomalacia) gutaütéseket és

megállapította, hogy az apoplexiának a lágyuláshoz való aránya 2:6:1, a mi éppen az ellenkezője *Volhard* adatainak. Az apoplexiások közül csak 3-6%-ban talált normalis vérnyomást, a többi fokozott volt. Normalisnak tekinti *Volhard* szerint a vérnyomást 140 Hg. mm. alatt; 140–170 mm.-ig könnyűnek, 170–200-ig kifejezettnek és 200 mm.-en felül súlyosnak veszi a hypertoniát. Az encephalomalaciások közül az esetek felében hypertonia vagy egyáltalában nem, vagy csak kis fokban volt kimutatható, úgy hogy az alacsony vérnyomás az encephalomalacia mellett és az apoplexia ellen szól, a hypertonia azonban nem zárja ki az encephalomaláciát. A gutaütések ismétlődése mindkét betegségben körülbelül egyforma arányban fordul elő, úgy hogy ez a tünet egyik irányban sem értékesíthető. A balkamra hypertrophiája, a zsugorodó vese az apoplexiás esetek kétharmadában, a lágyulások felében fordul elő, míg az általános vagy agyvelő-arteriosclerosis az apoplexiák háromnegyedében és a lágyulások kétharmadában. Kérdéses, hogy a hypertonia vagy a sclerosis áll-e be, elsődlegesen. Valószínűnek látszik, hogy mindkét eshetőség lehetséges, de ritkább a primaer hypertonia secundaer sclerosisal és gyakoribb az elsődleges érmezsenedés, amelyet csakhamar vérnyomásemelkedés és a balkamra hypertrophiája követ. A *Volhard*-féle egyszerű vese-sclerosisist nem tekinthetjük a vérnyomásemelkedés állandó kórokozójának. (Deutsche med. Wochenschrift, 1918, 33. sz.)

Iffj. M. B. dr.

Sebészet.

Élő művégtagok készítéséről számolt be *Sauerbruch* a III. hadsebészeti értekezleten (Brüsszel). *Krukenberg* methodusának, a melynél a csonkot magát használhatja az amputált egyén munkája elvégzésekor, nagy előnye, hogy a látással ellenőrzés nem szükséges, mert az egyén sensibilis tájékozódása megmarad. Hátránya azonban, hogy csak az alkaron jöhet figyelembe. A *Sauerbruch*-műtét, a mely az izmokat használja fel a prothesisekkel végzendő munkára, csekély módosítást nem tekintve, változatlan maradt. Az alkar a műtét után körülbelül 60 kgcm., a felkar 100 kgcm. munkát tud végezni. Valamennyi alkaramputált és nagy része a felkar-amputáltaknak a prothesis segítségével munkáját ügyesen tudja ellátni. Zárókészülékkel ellátott munkaprothesist is alkalmaz a szerző, a hol a művégtag zárása és nyitása az ép végtagtól függetlenül végezhető a csonk izmainak segítségével.

Krukenberg 3 beteget demonstrál, kik a saját methodusával végzett amputatio után minden nehézség nélkül végzik munkájukat, ezenkívül írnak, szivarra gyujtanak, almát hámozhatnak, stb. Csak kozmetikai szempontból alkalmaz a csonkra prothesist.

Schwiening ama véleményének ad kifejezést, hogy az amputált egyének különösen a gépekkel végzendő munkánál segédkezhetnek, egyéb foglalkozásokkal a versenyt nem vehetik fel.

Eiselsberg kiemeli, hogy a körkérdéseire kapott válaszból arra kell következtetnie, hogy a legtöbb alkar-amputált a prothesisét nem használja, hanem a nélkül dolgozik. A *Sauerbruch*-műtétet lehetőleg az intelligensebb egyéneknek végezzük és ezeken is ne igen korán. A bőrcső hosszú legyen, a defectust Thiersch-lebennyel fedjük.

Wullstein a Bier-féle osteoplastikai methodust elhagyta s a fascio-periostalis plastikát tartja helyesebbnek. A *Krukenberg*-műtét magas alkaramputációkra nem alkalmas; hosszú alkarcsonkokon szívesebben alkalmazza a Carnes-kart, mint a *Sauerbruch*-félét, a mely utóbbi alkarcsonkokon kitűnően bevált. A vállizület exarticulációjánál csatornát készít s a pectoralis majort és latissimust használja fel a prothesisel végzendő functiókra.

Anschütz szerint a *Sauerbruch*-műtét nem egyszerű, miért is csak kellő gyakorlat után végeztessek. Műtét közben, hogy az alkalmas izmokat megtalálja, elektromos áramot használ.

Iffj. Háhn Dezső dr.

Venereás betegségek.

A syphilis körül tett háborús tapasztalásairól számol be Fr. Lesser. A szerző igen helyesen figyelmeztet annak a körülménynek tudományos fontosságára, hogy mostanában számos helyen ugyanaz az orvos vizsgálja és kezeli a katonákat, a kinek ellenőrzése alatt állának a prostituáltak. A fertőzőnek és fertőzöttnek közös észlelése ugyanis igen sok, részben még vitás kérdésben adhat felvilágosítást. A felvilágosítás különösen az óvintézkedések eredményére és a fertőzés módozataira vonatkozik. Fontos a syphilidologusok előtt már jól ismert arra a tapasztalásra utalni, hogy a syphilises egyének banális apró horzsolásán, avagy egyszerű herpeses hólyagjában spirochaeták mutathatók ki, ha az illetők egyébként teljesen tünetmentesek is. A prostituáltak vizsgálásával foglalkozóknak fontos tehát tudni, hogy a syphilises egyének bármely apró laesiójában is megjelenhetnek a spirochaeták. Ennek a tapasztalásnak egyenes következménye, hogy a fertőzéssel vádolt és feljelentett nők egy jó részében klinikai syphilises tünet nem volt kimutatható. A pozitív Wassermann-reactio az esetek felében oly prostituáltakra vonatkozott, kik soha kúrát nem végeztek s egyáltalában nem is tudtak a syphilisükről. A mostani pontosabb háborús észlelések sokszorosan megerősítik azt a régi tapasztalást, hogy nők az orvos állandó ellenőrzése mellett syphilissé válnak, anélkül, hogy a primaer affectio klinikailag kimutatható lett volna. E látszólag nehéz problémára fényt vet a szerző két ízbeni az a lelete, hogy syphilises nők cervixéből vett kaparékból tipusos spirochaeta pallida volt kimutatható. Lehet, hogy a méh nyakcsatornájának apró laesiói vagy erosiói alkotják a syphilis behatolásának helyét. A gyakorlatban nem ritkán adódik a következő eset. Fertőzéssel vádolnak a katonák egy nőt s az klinikailag és serologialag tünetmentesnek bizonyul, sőt anamnesis útján sem lehet róla valamit megtudni. Lesser felveszi, hogy vagy friss, klinikailag ki nem mutatható syphilisinfecióról van szó, mely még nem adhat pozitív Wassermann-reactiót, vagy pedig a katona jóhiszeműleg téved, a mennyiben más nőszemélyt nevez meg, a mi a syphilis hosszú incubációs ideje miatt könnyen lehetséges. (Véleményünk szerint az utóbbi eset sokkal gyakoribb; ref.) A szerző azután a syphilissel fertőzött katonáknak és a fertőző forrásnak egymással való szembeállításával két fontos kísérleti problémát is fölvet. 1. Védhető-e a prostituált a syphilises fertőzés elől, ha prophylactice bizonyos időközönként kéneső- vagy salvarsan-injectiókat kap? 2. Ártalmatlanná tehetők a fertőzés szempontjából a syphilises prostituáltak az által, hogy praeventive salvarsan- és kéneső-injectiókban részesülnek? A most felvetett kérdésekre csak nagy kísérleti sorozat és tapasztalás alapján lehetne válaszolni, az efajta kísérletek a szerző állítása szerint máris folyamatban vannak. A szerzőnek az extragenitalis luesinfekciókról is van bizonyos tapasztalása, igaz, hogy inkább negativ értelemben. Lengyelországban tett tapasztalása azt bizonyítaná, hogy az ajakinfekciók leginkább pervers nemi cselekedetek eredményei, a mit persze a betegek legtöbbször mindig tagadni fog. Lengyelországban ugyanis rendkívül sok a syphilis, a csók pedig a legelterjedtebb üdvözlési forma s mégis csak feltűnő kevés alkalommal látott ajaksclerosist, nézete szerint azért, mert a csekély kultúra miatt a nemiélet perversitásai jóval ritkábbak.

A syphilis terápiájára vonatkozóan az a tapasztalása, hogy therapia magna sterilisansra csak akkor van kilátás, a mikor a Wassermann-reactio még negativ, tehát az infectio legelső heteiben. Fontos ezért, hogy már a legkisebb laesiót is gyanus szemmel nézze az orvos, a kinek kötelessége lenne azt spirochaetára azonnal megvizsgálni. Negativ Wassermann-reactio esetén az abortív kúra 3 neosalvarsan-injectióból áll, melyet a szerző 8 napon belül ad (az első és második injectio között két napi, a második és harmadik között három napi szünet). Véleménye szerint kedvező esetekben 8 nap alatt véglegesen meggyógyítható a syphilis. Mindenesetre szerencsés optimizmus! (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 29. sz.)

Guszman.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 39. szám. Orenstein Lajos: A chronikus malariáról. Szerb Zsigmond és Révész Vidor: A papaverin a gyomorbetegségek Röntgen-diagnostikájában.

Budapesti orvosi ujság, 1918, 40. szám. Döri Béla: Adatok az idiopathikus nyelőcső-tágulat kórképéhez. Verzár Gyula: Sinusphlebitis thrombotisans esetek.

Vegyes hírek.

Kinevezés. Mezey Kornél dr.-t a losonczyi közkórház igazgató-főorvosává nevezték ki. — Quittmann Samu dr.-t az edelényi, Róna Gyula dr.-t a sajószentpéteri járás orvosává nevezték ki.

Meghalt. Stein Fülöp dr., királyi tanácsos, a ker. munkásbiztosító pénztár ideggyógyász-főorvosa, 51 éves korában. — Dér Mihály dr., a kolozsvári állami gyermekmenhely másodorvosa, 30 éves korában szeptember 30.-án. — Kálmán Béla dr., magyargencsi körorvos 55 éves korában. — Szántó Dezső dr., székesfevárosi gyakorlóorvos 54 éves korában. — Háhn Dávid dr., Hódmezővásárhely nyugalmazott tisztiorvosa, 71 éves korában szeptember 23.-án. — Bikfalvy Kovács Nagy Kálmán dr. 27 éves korában szeptember 21.-én Budapesten. — G. Gaffky tanár, a nagyhirű bakteriologus, a berlini Róbert Koch-intézet nyugalmazott igazgatója, 69 éves korában Hannoverában.

Személyi hírek külföldről. A göttingai nőorvostani tanszékre K. Reifferscheid bonni cz. rendk. tanárt nevezték ki. — R. Doerr dr.-t, a bécsi egyetemen az általános kórtan czimz. rendk. tanárát a katonai egészségügyi bizottság bakteriologiai laboratoriumának főnökét czimz. rendes tanárrá nevezték ki. — A prágai cseh egyetemen Fr. Samberger dr. rendk. tanár a bőrorvostan rendes tanára lett.

A Budapesti Sanatoriumok Szövetsége az orvos urak szives tudomására hozza: A beállott fehérműhiányra való tekintettel a sanatoriumok kénytelen voltak bevezetni, hogy a betegeknek magukkal kell hozniok fehérműt: ágyhuzatot, lepedőt törülközőt stb., mert a sanatoriumok és vízgyógyintézetek elegendő fehérművel nem rendelkeznek.

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM

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

Fővárosi Fásor Sanatorium

vegyl-, bakteriologiai és serologiai laboratoriuma. Budapest, VII., Városligeti fásor 9. Telefon: József 15-26.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

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

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyl orvosi laboratoriuma

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

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete

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

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

VII., Városligeti fásor 13-15. Telefon: József 52-29. — Sebészeti-, nőbelbetegek, szülónőknek. — Radium-kezelések. — Vegyl Röntgen-laboratorium.

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

Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

RÖNTGEN. RADIUM-KEZELÉS.

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

Dr. Réh Elektromágneses gyógyintézet, VII., Városligeti fásor 15. sz.

Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratorium. Álmatlanság, neurotsok, neuralgiák, tabes dorsalis. — bennlások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

Dr. SZEGŐ-féle ORVOSI DAIKAVIZSGÁLÓ és ELHELYEZŐ INTÉZET.

Telefon: 93-22. Tulajdonos: Dr. Weisz Henrik orvos, Budapest, VII., Sziv-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 (X. rendes tudományos ülés 1918 április 13.-án.) 531. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(X. rendes tudományos ülés 1918 április 13.-án.)

Elnök: Herczel Manó báró.

Jegyző: Csiky József.

Klinikai tapasztalatok a dysenteriáról.

Szécsy Jenő: A dysenteria klinikai diagnosisának diagnostikai segédeszközéül ajánlotta *Ghon, Roman, Frankel* stb. a vér bacteriologiai vizsgálatát. A XVI. helyőrségi kórház 500 beteg befogadására megnagyobbított fertőző osztályán ebben az irányban nem történtek direct kísérletek, csak a vérnek másirányú bacteriologiai vizsgálata alkalmával sikerült néhány esetben dysenteria-bacillusokat találni a vérben. A háború alatt észlelt összes, 1280 dysenteriás eset közül három esetben sikerült ily módon dysenteria-bacillusokat a vérben kimutatni. Ebből láthatjuk, hogy a vér bacteriologiai vizsgálata, legalább a ma alkalmazott vizsgálati eljárásokkal, nem igen használható fel diagnostikai segédeszközül a dysenteria klinikai diagnosisában.

A széklet bacteriologiai vizsgálatának eredménye, ha a háború alatt észlelt összes dysenteriás betegeket veszi tekintetbe, 8–10%, ha csak az 1917. őszi járványt tekint, 3–3% volt. Eme kis %okát abban keresi, hogy egyrészt az őszi járvány alkalmával oly tömegesen kerültek a betegek felvételre, hogy a bacteriologiai vizsgálatoknak közvetlenül a beteg ágya mellett keresztülvitele technikai lehetetlenségbe ütközött, másrészt a felvett és átutalt dysenteriás betegek között sok volt a betegség előrehaladott stadiumában levő, a kiken tudvalevőleg a széklet bacteriologiai vizsgálata a legtöbb esetben negatív szokott lenni. A bacteriologice pozitív székletű esetek között több volt a *Shiga-Kruse*-typusú dysenteria és kevesebb a *Flexner-Strong-Y*-dysenteria. Az utóbbi három csak az egészen friss esetekben volt kimutatható, míg a betegség előrehaladottabb szakában levőkön inkább a *Shiga*-dysenteria-typus volt található; ez adatokból arra következtethetnénk, hogy a *Shiga*-dysenteria kórokozójának sokkal nagyobb az ellenállóképessége ama tényezőkkel szemben, amelyek a dysenteriás betegeken a dysenteria-bacillus kimutatását a bél tartalmából meggátolják. Eme tényezők:

1. a hőszűnyedés befolyása,
2. a bélben jelenlévő egyéb bacteriumok túltengő szaporodása az ez iránt rendkívül érzékeny dysenteria-bacillusok rovására.

A környéki temperatura esésének káros befolyását ki-küszöbölendő, e bacteriologiai vizsgálatok alkalmával az előadó a rectoskop alkalmazását ajánlja, mint a melynek segítségével a nyálkás cszfatok a bélből közvetlenül vihetők át a dysenteria táptalajára.

Az előadó kilencz oly esetet vizsgált rectoskop segítségével, a melyekben a székletvizsgálat dacára a szorgos és ismételt vizsgálatnak, az ideig mindig negatív eredményű volt. A kilencz eset közül négy esetben *Shiga*-, egy esetben *Flexner*-dysenteria volt kimutatható ily módon.

A legjobb diagnostikai segédeszköznek tartja az előadó a dysenteriás egyén seroagglutinációs vizsgálatát. Tapasztalatai szerint a seroagglutinatio némely dysenteriás egyénen már az első nyálkás-véres székletétől számított negyedik napon pozitív; a véres-nyálkás székletétől számított első hét le-számításával a klinikailag pozitív dysenteriás esetek 75%-a mutatott pozitív dysenteria-agglutinációt. A bacteriologiailag pozitív székletvizsgálati eredménnyel az osztályon fekvő betegek közül a véres-nyálkás székletét megjelenésétől számított első nyolcz nap le-számításával 73%-ban volt a seroagglutinatio pozitív; az elhaltaknál a fentemlített körülmények között 71%-ban fedte a pozitív sero-dysenteria-agglutinációt a pozitív pathologiai lelet. Paragglutinációt 90 esetben végzett; a kontroll-vizsgálat alkalmával egy esetben sem találta az előadó, dacára

annak, hogy a kilenczven eset közül 78 ismételt lett cholera-és typhus-vaccinával oltva. A seroagglutinaciónál *Shiga*-dysenteria esetén 1:50 higitást, *Flexner-Strong*- és *Y*-dysenterianál 1:150-es higitást tekint csak pozitívnak. Paragglutinaciónál kétes esetekben a *Friedmann* ajánlotta durva-szemcsés agglutinációt veszi csak tekintetbe.

A dysenteria prognosisa az előadó szerint függ a meg-betegedett egyén korától, nemétől, tápláltságától, a meg-betegedés évszakától, az epidemiát okozó vírus virulentiájától, és végül a kórokozó characterétől. Fiatalokon, öregeken, nőkn, rosszul tápláltakon, bizonyos virulens törzsu epide-miákban, nyáron és *Shiga*-typusú dysenteria eseteiben mindig rosszabb a prognosisa.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

204—1918. sz. ig.

A vezetésem alatt álló marosvásárhelyi m. kir. állami kórháznál Belügyminister urnak 113.656—1918. X. b. sz. rendelete alapján betöl-tendő, a VIII. fizetési osztálynak megfelelő évi 3600 kor. fizetés, 1040 kor. lakpénz, továbbá a szabályszerű pótlékok és segélyekkel javadal-mazott **bőr- és bujakóros osztályos főorvosi állásra**, mellyel a fertőző osztály vezetése is össze van kötve, ezennel pályázatot hirdetek. A kinevezendő főorvos munkakörébe fog tartozni ezen kívül az igaz-gató-főorvos vezetése alatt álló sebészeti osztályhoz csatolt Röntgen-laboratorium egyelőre való ellátása is. A pályázni kívánók keresztlevéllel (születési bizonyítvány), elméleti és gyakorlati képzettségükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal szabályszerűen felszerelt folyamodványukat a nagyméltóságú Belügyminister urhoz czimezve legkésőbb 1918. évi október hó 23.-áig annál is inkább nyújtásuk be, mert később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Marosvásárhelyt, 1918. szeptember hó 27.

Hints Elek dr., igazgató.

A pesti izraelita hitközség Bródy Zsigmond és Adél-gyermekkór-háza egy al- és három segédorvosi állásra pályázatot hirdet. Az orvosdoktori oklevéllel, születési bizonyítvánnyal és az esetleges eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelt folyamodványok folyó hó 15.-ig alulirozott igazgatóságnál nyújtandók be, a hol a javadalmazást illetőleg felvilágosítás nyerhető.

Budapest, 1918 október 1.

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

A losonczy köz-kórháznál — egyelőre helyettesi minőségben — **alorvosi állás** töltendő be. Javadalmazása természetbeni lakáson és ellátáson kívül 2000 korona fizetés és 1400 korona háborús pótlék; a helyettesítés tartamára havi 180 korona. Bentlakás kötelező, magán-gyakorlat megengedve.

Kíváncsok némi jártasság a sebészetben és nőgyógyászatban, továbbá laboratoriumi munkálatokban.

Pályázók kérvényeiket folyó évi október 20.-áig alábbi címre adják be: **Mezey Kornél dr.**, igazgató-főorvos, Belgrád, Reservespítal Brčko.

Losoncz, 1918. október 1.

Mezey Kornél dr., igazgató-főorvos.

6351/1918. ki. sz.

Jász-Nagy-Kun-Szolnok vármegye jász-sági felső járásában a Jákó-halma-Jásztelek községekből álló egészségügyi kör (kb. 7300 l.) orvosi állása megüresedvén, ezen **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: 1. 1600 korona évi fizetés és 4-szer 200 korona ötödéves korpótlék. 2. 500 korona lakbér. 3. Természetben való fuvar Jásztelek (3½ km.) hetenként kétszeri meglátogatására. 4. Körülbelül 1000 korona telepórvosi díj az állami gyermekek után. 5. 800 korona a jászberényi ker. munkásbiztosító pénztárnál. 6. A vár-megyei szabályrendeletben megállapított meglátogatási, rendelési, halott-kémlesi, műteti, távolsági stb. díjak. 7. Az előbbeni körorvos a pusztamizsei Kohner-uradalomnak is orvosa volt.

Felkérem a pályázni kívánó orvos urakat, hogy kérvényüket s okmányaikat hozzám folyó évi november hó 5.-éig küldjék be.

Jászberény, 1918. október 1.-én.

Varga, főszolgabíró.

8160/1918. sz.

Tótkomlós községben megüresedett nem ügyvezető községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Felhívom pályázni kívánókat, hogy kérvényeiket — felszerelve a képesítést és eddigi foglalkozást igazoló okmányokkal — hozzám beárólag október 15.-éig nyújtsák be.

A választást később tűzöm ki.

Oros háza, 1918. évi szeptember hó 9.-én.

Konkoly, főszolgabíró.

10201/1918. sz.

A fiumei városi kórháznál két alorvosi állás üresedésben van, 1400 korona évi fizetéssel és megfelelő drágasági pótlékkal (III. drágasági pótlék 1400 korona), nemkülönben élelmezés és természetbeni lakással. Reflektálók (szigorló orvosok is) a kellő okmányokkal felszerelt kérvényüket a városi kórház igazgatóságához címezzék. Az állások azonnal betöltendők. Az utazási költségeket Budapesttől Fiuméig a kórházi pénztár megtéríti.

Fiume, 1918. szeptember 5.-én.

A városi kórház igazgatósága.

3821/1918. sz.

Az üresedésben levő alvinczi körorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Az alvinczi kórház tartoznak: Alvincz, Alsócsóra, Alsó-tatárlaka, Borsómező, Rakató, Poklós, Maroskarna, Akmár, Szarakszó és Oláhdálya községek. A körorvos székhelye Alvincz.

A körorvos javadalmazása:

1. 1600 korona évi fizetés (1908. évi XXXVIII. t.-cz.).

2. 500 korona évi lakbér.

3. 1000 korona évi útiátalány.

4. 1200 korona évi helyi pótlék.

5. Vármegyei szabályrendelettel megállapított látogatási díjak.

A körorvos köteles az összes községeket havonta kétszer előre megállapított napokon meglátogatni és a kör szegényeit ingyen gyógykezelni.

Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz.

7. §-ában előírt képesítésüket, eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket hozzám legkésőbb folyó évi október hó 20.-áig hozzám nyújtsák be.

A választást később fogom kitűzni.

Alvincz, 1918. szeptember 6.

A főszolgabíró.

Fiatal orvos

hadmentes, fővárosi szanatoriumban vagy kórházban állást vállal. Ajánlatokat „Lelkiismeretes orvos” címre a „Petőfi” irodalmi vállalat, Budapest, VII., Kertész-u. 16. továbbít.

Ötödéves orvostanhallgató

a ki mint helyettes körorvos már működött, elvállal helyben, kórházban és szanatoriumban éjjeli inspektiót. Bővebbet: Telefon 21-01.

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

Fenyvesi Menyhért

==fogművek laboratoriuma==
Budapest, IX., Ráday-uteza 5. sz.
Calvin-tér mellett.

Készít arany, celluloid, kauesuk munkákat, fogsabályozó készülékeket.

Alapított 1906-ban.

Telefon: József 111-48.

Orvos urak figyelmébe!

KOCH-ALT-TUBERCULIN

steril injectiók. Feltétlenül megbízható, pontos és tiszta praeparatum ismét korlátlan mennyiségben kapható.

Hat sorozat készül; mindegyik áll 10 drb. 1 cm³-es ampullából. Részletes leírással, szíves megkeresésre, készséggel szolgálunk.

Az ampullák ára töménységük szerint 1-től 7 koronáig.

Orvos és gyógyszerész urak 30% engedményben részesülnek.

Dr. JÁRMAY GYULA utóda KERTAI NÁNDOR gyógyszerértára

Budapest, Papnövelde-utca 2/A.

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

„Carbovent“

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

Kapható 100 g-os zacskókban a következő budapesti nagykereskedőknél:

THALLMAYER és SEITZ, KOCHMEISTER FRIGYES UTÓDAI és TÜRÖK JÓZSEF.

Természetes gyógyfürdők házi használatra!

úgy mint: sós (Sole-) szénasavas-kén-

Abietin-Plinosal (a fenyőtűkivonat pótlására)

fürdők
fürdők
fürdők
fürdők

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

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

Dr. W. Sedlitzky, Hallein, Salzburg mellett.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthona

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

kedély- és idegbetegek részére

☐☐ Sátoraljújhely. ☐☐

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.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Tauffer Vilmos: Emlékezésed Semmelweis I. Fülöp 100 éves születési évfordulója alkalmával. 533. lap.

Mester Emil: A fizikai terapia tűzásairól. 540. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. *Winter G.:* Die Indicationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. — *Lapszemle. Sebészet. H. Siegmann:* A sérülésekkel

kapcsolatban fejlődő zsírembolia. — *Busch:* Hadsebészeti tapasztalatok. — *Bőrgyógyászat. Fr. M. Meyer:* A bőrbajoknak terpentinnel való kezelése. — *Gyermekorvostan. Drachter:* A gyermekkori appendicitis körjelzése. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. Neuschaefer:* Trypaflavin. — *Glüttlich:* Nátha gyógyítása. — *Flesch:* A trypaflavin használata. — *Steinitz:* A köszvény gyógyítása. 542. lap.

Magyar orvosi irodalom. 543. lap.

Vegyes hírek. 543. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Emlékezésed Semmelweis I. Fülöp 100 éves születési évfordulója alkalmával.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1918 október hó 12.-én tartott ülésén mondotta: **Tauffer Vilmos** dr., egyetemi ny. r. tanár.

Tisztelt Orvosegyesület!

A hajlék, hol nagy elődünk: *Semmelweis* 100 éves születési évfordulója alkalmával szellemének ünneplésére egybegyűltünk, a Budapesti Kir. Orvosegyesület. Ez a hely, a hol az üldözött *Semmelweis* menedéket, megértést, rokonszenvet és elismerést talált, a hol gondolatait kifejtette, a hol szelleme támogatást, buzdítást nyert, a honnan nagy vitájában az egész világ orvosaihoz szólt. Büszkeséggel és hálával tekintünk fel hazánk nagy fiára; büszkeséggel, mert nemzétére dicsőséget hozott, hálával, mert az emberiség egyik legnagyobb jótéteménye ő tőle származik. Hazánk egyik legnagyobb fiát ünnepeljük benne, mert végigtekintve nemzetségünk nagyjain és keresve, hogy kinek volt közülük az egész emberiségre kiható jelentősége, aligha találunk egyet is, a ki ő vele nagyságban mérközhetne, mert *Semmelweis* felfedezése egy világfordulat jelentőségével bírt, melynek hasonlításával a tudományok történetében csak ritkán találkozunk, mert határtalan az ő felfedezésének hatása térben és időben, áldását ontja az idők végtelenségéig és részese lehet a föld felületének minden asszonya, a mikor anyává lesz... E nagy szellem ünneplésére gyűltünk ma össze és nagy megtiszteltetés reám nézve, hogy az igazgató-tanács az én csekélységemet választotta ki a hivatásra, hogy érzelmeinket szavakba öntsem. Őszintén megvallom, hogy a felszólítás megdöbbentett, mert töprengtem magamban és kérdeztem, vajjon tudok-e felemelkedni oly magasra, hogy *Semmelweis* szellemének közelébe jussak s ha igen, bírok-e képességgel, szavakba önteni gondolataimat, melyek méltóak legyenek ő hozzá. S ha hosszabb gondolkodás után mégis vállalkoztam e megtisztelő feladatra, az két okból történt:

1. Azért, mert előttem már oly sokan és oly hivatottak méltatták az ő korszakos felfedezését, annyira kidolgozták e felfedezésnek jelentőségét, hogy azon az én gyarlóságom, ha nem építhet, biztosan nem is ronthat semmit;

2. vállalkoztam azért, mert *Semmelweis*-nak 1865 aug. 14.-én történt halála után pár évig szélcsend következett és a mikor új szél kezdte a vitorlákat duzzasztani a gyermekági láz kérdésében, már az én élethajócskám is az orvosi

gondolkodás tengerére indult és az azóta eltelt félszázadban nem kevesebb, mint 40 éven át magam is szolgálatában állottam *Semmelweis* hivatásának és feladatának volt tanítását a katedráról 38 éven át hirdetni. Egyike vagyok tehát azon keveseknek, a kik lépésről-lépésre átérték *Semmelweis* tanításának érvényrejtését; abban az orvosi generációban nőttem fel és éltem át elég hosszú orvosi életemet, melynek megadatott látni az orvosi tudományoknak azt a mélyreható átalakulását, a mikor az a biológiába becsatolt oknyomozó tudománygyá lett. Egyike vagyok azoknak, a kik átérték *Semmelweis* tanításának diadalútját és szemtanúja voltam azon hihetetlen fejlődésnek, mely tanításának nyomában járt. Ez mentse merészségemet, hogy a megbízatást vállalni bátorkodtam.

Tisztelt Orvosegyesület!

Semmelweis életírói és tanításának magyarázóí régen megállapították felfedezésének lényegét, fejlődését, kihatását az orvosi gondolkodásra, az aetiológiás buvárlati irányra és a prophylactikus orvostanra, úgy, hogy mindezen szempontok általános ismert voltak miatt ma már közhelyeknek tekintetők és felsorolásuk itt részemről banalitás volna.

A tudományban minden időre tisztázva van *Semmelweis* tanításának lényege; *Herff* monumentalis könyvében (*Winckel: Handbuch der Geburtshülfe, bearbeitet etc. II. kötet, 3. rész. Das Kindbettfieber. Bergmann, Wiesbaden, 1906.*) a gyermekági láz tanítását *Semmelweis* definitiójának idézésével vezeti be, mondván:

„Der zersetzte thierisch-organische Stoff, welcher resorbiert das Kindbettfieber hervorruft, wird in der überwiegend grössten Mehrzahl der Fälle den Individuen von aussen beigebracht und das ist die Infektion von aussen, das sind die Fälle, welche die Kindbettfieber-epidemien darstellen, das sind die Fälle, welche verhütet werden können. In seltenen Fällen wird der zersetzte thierisch-organische Stoff, welcher resorbiert das Kindbettfieber hervorruft, innerhalb der Grenzen des ergriffenen Organismus erzeugt und das sind die Fälle der Selbstinfektion und diese Fälle können nicht alle verhütet werden.“

„So 1861 *Semmelweis*!“

„Setzt man statt „thierisch-organischen Stoff“ Spaltpilze mit den nöthigen Folgerungen, so trifft die Erklärung des Begriffes „Kindbettfieber“, wie sie der grosse Wohlthäter der Frauenwelt gegeben hat, auch heute noch das Wesentliche und kann durch eine bessere nicht ersetzt werden.“ Így *Herff*!

A felfedezés prioritását *Holms*-szal szemben és *Semmelweis* magyar voltát *Hueppe*¹ meg *Schürer von Waldheim*-mal szemben² *Győry Tibor* t. kartársunk³ győzelemmel vívta meg a világirodalomban, úgy hogy *Semmelweis* felfedezésének eredetisége és nemzetünk nagy érdeke, hogy ő a mienk volt, a tudományos világ színe előtt *Győry Tibor* érdeméből minden időre megállapítottnak tekinthető.

Semmelweis személyiségének méltatása érdekében, röviden bár, érintenem kell a talaját, melyből szellemi egyénisége fejlődött. Első ifjúságának idejéből egy olyan tényezőt sem ismerünk, mely irányt adott volna buvár talentumának s csak medikus korában jutott azon szerencsés helyzetbe, hogy a környezet hatással volt rá.

Más volt akkor a fiatal emberek helyzete, mint most; a mai korban a fiatal tehetség lelkes gondolkozású környezetben a kísérletezés methodikájával már korán megismerkedhetik; megfigyelőképessegre nevelve, kiváló tanítók nyomdokában haladva a siker és az elismerés kilátásával aránylag könnyen találja meg az utat, mely a magas célok felé vezet. *Semmelweis*, szellemi fejlődésének idejében, egy kis polgári család körében, a kenyérkereső feladatokra való nevelés kicsinyességei közepette, vezetés és példa nélkül, pusztán belső ösztöne által vezettetve teszi meg azt a hatalmas lépést, mely őt a kedélyes ifjúsági életből a küzdelmes viaskodáshoz vezette: az *Igazságért!*

Mint eredeti módon gondolkozó fiatal embernek nagy szerencséje volt, hogy a kor áramlata nem ragadta magával; a XIX. század első felében látjuk őt a tudományok terére lépni, a mikor a hamis természetfilozófia — a tudomány egyik legsajátosabb eltévelyedése — mint ellenállhatatlannak látszó áramlat oly sok tehetséget ragadott magával és taszított le a helyes irányról. Jó sorsa őt ettől megkímélte; abban az időben kezdette tudományos pályafutását, a mikor a bécsi iskolában a fiatal tudósoknak az a nagytehetségű csoportja találkozott össze, a kiknek révén Bécs világgraszáló jelentőségét elnyerte: *Rokitansky*, *Skoda*, *Oppolzer*, *Brücke*, *Hebra* és *Arlt* azok a csillagok a tudomány egén, a kiknek fénykörébe az egész művelt világ orvosai sereglettek, kik egyéniségük és buvárlati módszerükkel lelkesíteni és buzdítani oly nagy mértékben tudtak. Ilyen szellemi környezet baráti melegében élt *Semmelweis* nagy felfedezésének idejében, itt talált támaszt küzdelmeinek első szakaszában (*Schürer von Waldheim* id. hely 39. és 220.) és azon ritka szerencsések egyike volt, kiknek a sors már fiatalon egy nagy felfedezést juttatott osztályrészü, oly nagyot, hogy az az emberiség részére döntő jelentőségű volt, mely saját életboldogságát feldulta ugyan, de a tudományok Olympusán számára örökös helyet biztosított.

Semmelweis felfedezésének keletkezése és tanítása annyira összeolvadt egyéniségével és sorsával, hogy azt különválasztani nem lehet. Egyénisége, jelleme, vérmérséklete és sorsa határozta meg a formát és módot, a melyen eljár; eljárásának módja, külső formája pedig döntő jelentőségű volt egyéni sorsára.

Atreptülve gondolatban *Semmelweis* tragikus életsorsán és megszívlevél kikristályosodott tanítását, azon időpontra állok meg, a mikor: *Semmelweis* meghalt!

A tragédia befejeződött, a függöny legördült; földi maradványait 1865 augusztus 16.-án elföldelték Bécsben a szmelczi temetőben.

Eltűnt Ő a világ színpadáról és vele együtt mind az, a mi egyéniségében gyarló volt. Megszüntek a személyes ellentétek, a melyek elismertetésében akadályok voltak; a gyűlölködésnek vége lett és már-már várható lett volna, hogy tanítása érvényre jusson.

Sajnos, az elégtétel ideje még nem érkezett meg; az emberiség még nem léphetett a nagy felfedezés osztatlan birtokába, a gyermekágyasok hekatombáinak még mindig nem lehetett vége.

Előterbe tódul tehát a kérdés, hogy mi gátolta még mindig az oly egyszerű igazság érvényesülését.

Hegar, *Semmelweis* martyriumát tanulmányozva, így kiált fel: „Spielten die Zeitverhältnisse, insbesondere der gleichzeitige Stand der Wissenschaft, die Richtung und der Gang der Forschung die Hauptrolle, lag der ausschlaggebende Moment in der Persönlichkeit der Beteiligten, oder tragen die Zeit- und Berufsgenossen den Hauptantheil?“ (*Ignatz Philipp Semmelweis, sein Leben und seine Lehre*. Mohr, Freiburg, 1882.) Töprengésében a megváltó felelettel jó részben *Hegar* is adós maradt.

Nagy idő választ el *Semmelweis* korától; a küzdő felek mind elköltöztenek, az időmoha benőtte az érdes szögleteket, a szenvedély elült. A gazdag irodalom, mely a gyermekágyi láz tanának kapcsán annak idején kifejlődött, élen visszautkrözi, hogy a nagy küzdelemben az emberi szellem magas röpte mellett az alacsonyan járó gondolkodás hol áskálódott a nagy felfedező tekintélye ellen, a sértett hiúság miként utasította vissza a másik szellem szülöttjét és a tekintélyimádás hogyan hódolt be a nap vaskalapos hőseinek. Elmélyedve az irodalomban, megértjük azt a mély elkeseredést, mely *Semmelweis*-t élete utolsó idejében eltöltötte és oly elementaris módon nyilatkozik meg irataiban; mindezt megértjük, ha elgondoljuk, hogy ő minden emberi hiúságtól menten, nem is a félreértett genie sértődöttségével és nem egy kedvencz theoria érvényesüléseért, hanem száz és ezer anya életeért küzdött, azon sziklaszilárd meggyőződésből, hogy mindezeknek csak azért kell meghalniuk, mert ellenfelei tanítását meg nem szivlelik, hogy tanítását lekicsinyelik, agyonhallgatják, elferdítik és sokan olyan hamis-lelkűek, hogy tanítását tényleg elfogadják, nagy eredménnyel alkalmazzák, de forrását agyonhallgatják, letagadják, a hatás lényegét elmagyarázzák, csak azért, hogy kedvessé vált hypothesisüket (a gyermekágyi láznak miasmás természetét, atmosphaerás, tellurikus lényegét) védelmezzék.

Mindez igaz, de ha igazságosak akarunk lenni, úgy keresnünk kell azt is, hogy mennyiben volt az ellenállásnak oka a körülményeknek összességében, mennyi a tudomány és a buvárlat irányában, mert kétségtelen, hogy az ellenállás legnagyobb része mégis nem a személyes üldözésben, hanem jórészen ez előbbieken keresendő, mert *Semmelweis* nemcsak a szülészet akkori képviselőinek tekintélyeivel, hanem azon közfelfogással is ellentétbe helyezkedett, mely a tudományos gondolkodást uralta; ennek az orvosi gondolkodásnak nagymestere és megteremtője pedig nem kisebb, mint *Virchow*, maga a nagy *Virchow* volt.

Tudjuk, hogy az emberiség szerencsétlenségére *Virchow* szenvedélyes ellenzője volt *Semmelweis* tanításának és hogy ezáltal ő maga két évtizedre vetette vissza a szülő-anyak megváltásának érvényesülését.

Ez a szomorú tény sokakat gondolkodóba ejtett és érdekes problémát állított mindazok elé, a kik *Semmelweis* tanának fejlődési történetével foglalkoztak anélkül, hogy csak egynek is sikerült volna áttekinthető módon megoldani a rejtélyt, — mindaddig, míg korán elhalt barátom és nagyra-becsült tanártársam: *Pertik Ottó*, ki *Virchow* akkori gondolkodásába bámulatos módon tudott elmélyedni, gyönyörű tanulmányában meg nem fejtette a rejtélyt.

Waldeyer Vilmos 50 éves orvos-jubileuma alkalmával történt, hogy egykori segédje és utóbb barátja: *Pertik* „Orvostudományi irányok“ cím alatt 1911-ben tanulmányt bocsátott közre, melyet a Közkórházi Orvos-Társulat 16. évforduló ülésén is ismertetett. Az orvosi tudományok fejlődésének történetét az utolsó 50 évben classikus módon írta meg ő e dolgozatában. Egy másik megnyilatkozása *Pertik*-nek: „In memoriam Semmelweis“ serleg-beszéd alakjában látott napvilágot, melyet a „Budapesti Orvosi Kaszinó“ *Semmelweis*-estélyén 1911 január 24.-én mondott el; vagy jobban

¹ *F. Hueppe*: Ignaz Semmelweis. Festrede. Hirschwald, Berlin, 1894.

² *Schürer von Waldheim*: Ignaz Ph. Semmelweis. Sein Leben und Wirken. Hartleben, Wien, 1905.

³ *Győry Tibor*: Semmelweis. Orvosi Hetilap, 1905, 33. szám és Berliner klin. Wochenschrift 1905, 33. szám.

mondva, itt rejtette el szép fejtegetését a tudományos világ előtt. A mély tudás, az óriási látkör, a világos megértés oly felsőleges módon nyilatkozik *Pertik* ez utóbbi dolgozatában is, hogy vétek volna, ha végleg elrejtve maradna a tudományos világ előtt; és magam jobb megoldást nem találhatok, mint ha *Virchow* hibás állásfoglalásának magyarázására *Pertik* nyomain haladva, igyekszem a rejtély magyarázatát adni.

„Nem megfoghatatlan-e majdnem — mondja *Pertik* —, hogy *Semmelweis* eseményszerű bécsi orvosegyeleti előadásának (1850 május 15) meggyőző számadatait, egyszerűen világos okfejtése és érvelése az egy *Chiari* kivételével teljesen hatástalan maradt oly férfiakra, a minők az edinburghi *Simpson*, *Tilanus* (Amsterdam), *Kiwisch* (Würzburg 1850), *Hamernjik* (Prága 1850), *Martin*, *Stolz*, *Litzmann* és Franciaországának szülész-oraculum: *Dubois*.

És epochalis könyve is, melyről a későbbi időben *Aug. Hirsch*, *Schauta*, *Pestalozza* és mások elragadtatással nyilatkoztak, egyetlen egy szülész sem térített meg, de ellenkezésre igenis talált *Zipfel*, *Hecker*, *Breisky* és persze *Scanzoni* személyében.

Mit jelentsen mindez? Ezek a férfiak, *Scanzoni*-t kivéve, személyes motivumokkal nem vádolhatók és bizonyára nem tartoznak a porias skepsis táborába, a mely önmagáért őrzi rendszeresen a kételkedést. De képviselőiül tekinthetők-e ama harcziás skepticismusnak, mely a kételkedést tudományos methodussá teszi és mindig több világosságot követel?

Fájdalom: Nem! Ők *Semmelweis* felfedezésével szemben úgy viselkedtek, mint az emberek többsége minden felfedezésénél. Gondolkodásuk, logikai beállításuk megszokott módjától, a beléjük nevelt öröklött tanoktól nem bírtak emancipálódni. Nem bírtak azzal a szellemi szabadsággal, mely az újat nyugodtan meghallgatja, fontolóra veszi, a tapasztalás ellenőrző kritikájának veti alá, azaz a szabad kutatás álláspontjára helyezkedik.

Am volt-e a szabad kutatásnak nagyobb apostola, mint *R. Virchow*? Mégis, fájdalommal látjuk őt *Semmelweis* ellenzőinek vezérkarában. Három ízben, egyszer szenvedelmes kirohanás alakjában is nyilatkozott ellene.

Hogyan fejtjük meg e rejtélyt?

Az anatómiai uralom, melynek talaján nagyrészt még ma is állunk, megdöntötte a két évezredes symptomás orvostant. Az életjelenségekben mutatkozó eltérések okát a szervek szerkezetének megváltozásában találta. Anatómiai kóregységeket teremtett. A klinikai körképeknek bonczani alapot adott.

Virchow felfogásában a bonczani gondolat cellularissá finomult és az egyes betegségeket, kóregységeket histologiailag törekedett elhatárolni. Az orvosok boncztanilag, részben cellularisan gondolkodtak.

De a bonczani álláspont két nagy hibában leledzett: A localisatio tana munkafelosztáshoz és vele az orvosi gondolkodás feldarabolásához, az orvostudományi egység szétmállásához vezetett: A sebláz, a pyaemia, a septicaemia felől *Billroth*, *Otto Weber*, *Roser*, *Virchow* egymást nem bírták megérteni.

Az anatómiai aera másik nagy hibáját az oktatni kutatás elhanyagolása képezi. Pedig a bonczani elválkozás végre is csak okozat és a gondolkodás legmagasabb normája a causalitás. A contagiumok és miasmák a bonczani aera alatt nevükkel titokzatos voltukat is ezért tartották meg és ezen meddőségen a cellularis felfogás sem változtatott. Ez az oka annak, hogy a prophylaxisra és a hygienére nem volt termékenyítő hatással és a therapia terén nihilismusra vezetett.

Midőn *Pasteur* 1857-ben az erjedést kezdette tanulmányozni, senki és bizonyára ő maga sem sejtette, hogy az orvosi gondolkodás teljes átalakulásának rakja le alapjait. Tíz évi munkával, 1867-ig megalapította az erjedések vitalistikus új tanát; kimondotta, hogy nincsen erjedés mikro-organismuskok nélkül s minden egyes erjedést ezeknek egy-egy meghatározott faja idéz elő.

Az új tan, melyet bacteriologia név alatt szokás összefoglalni, a tudomány történetében szinte páratlanul álló rohamos fejlődésnek indult; köszöni ezt annak, hogy ott,

a hol a francia iskola megakadt, segítségére jött *Koch Róbert* az izolálás egyszerű és biztos módszereivel és így vált az egymást kiegészítő e két disparát genie együttműködése a tudománynak nagy áldásává.

Az orvostan belépett a mostani kóroktani, aetiologiai szakaszába, mely a bacteriumot túlbecsülő, rövid tartamú ontologiai ingadozása után csakhamar a biologia oly magasságaiba emelkedett, hogy a fertőző betegségek okát ugyan továbbra is a bacteriumban, hanem lényegét a szervezet reakciójában ismerte fel.

A bacterium a külső ok, mely csak megfelelő feltételek (dispositio) mellett létesíti a betegséget, mint a szervek és szövetek különböző reakcióját.

Az anatómiai alapon szétforgácsolódo orvostan az oktatni gondolkodás révén az egységesség oly fokára jutott, mint eddig még soha. Az anatómiai therapiás nihilismust az új megismeréseken alapuló praeventiv és specifikus curativ therapia váltotta fel új szemhatárral, mert a bacteriologia a specificitas eszméjét tudományosan megalapozta a gyógytan terén napjaink specifikus serotherapiájában, sőt *Ehrlich* specifikus chemotherapiájában, a salvansanban csúcsosodott ki.

Ime a friss élettől lüktető kép: az aetiologia mai időszak! *Semmelweis* tételei ismereteseek: „A gyermekági láz a pyaemia egyik alakja; azt minden esetben bomlott szerves anyag felszívódása okozza, mely rendesen kívülről vitetik be. Így keletkeznek a helybeli járványok; azokat nem atmosphaerás befolyás, nem miasmák, hanem az emberek közvetítik s azért elháríthatók. *Semmelweis* mindjárt az auto-infectio felismerésének magasságáig emelkedett azon ritkább eseteket illetőleg, mikor magában a szervezetben képződik a bomló anyag. A fertőzés forrásaként a hullát, magát a szervezetet vagy rothadó szerves terményeket, például vért stb. jelölte meg. Hozzáfűzte prophylactikus szabályát és ennek értéke felől teljesen tisztában volt, tanításának főérdemét abban látva, hogy az a baj elhárítására is utat mutat.”

„És mindezt Uraim, ő 1847-ben mondotta ki! A makroszkopikus anatómia teljes uralmának idejében. A cellularis pathologia éppen akkor volt kijegeczedőben. Annak első kiadása *Semmelweis* felfedezése után 11 évvel, 1858-ban jelent meg. És *Semmelweis* minden egyes tétele az anatómiai álláspontnak éppen legsérülékenyebb gyöngye oldalát, az oktatni kutatást és a prophylaxist illette.

Csoda-e, hogy *Virchow*, a ki a sejteket tette meg a betegségek székhelyévé, a végtetekig védelmezte sejtjeinek autonómiáját és ezek functionalis, nutritiv és formativ ingereiről szóló tanát, mely ingerekben a betegségek okát is kereste. Nem válik-e érthetővé, hogy éppen 1858-ban, a cellularis pathologia első megjelenésének évében intézte első támadását *Semmelweis* tana ellen, a mely merényletnek látszott az ő sejtautonomiája ellen.

S mert *Virchow* a bacteriologia későbbi fejlődésében a szervezeti sejtektől idegen, betolakodó parasita-sejtek környezetű szerepében a sejt-kórtantól távolodást látott: éppen úgy küzdött az új irány, mint eleinte *Semmelweis* ellen. Még 1864-ben az anthrax autochton keletkezését vallotta és 1874-ben is csak igen feltételesen nyilatkozott az élő vírusok jelentőségéről. A miasmák álláspontján maradt és *Semmelweis*-t illetőleg különösen a kórházi miasmákat hangsúlyozta, de a tejelválasztásnak és idegrendszernek is jelentőséget tulajdonított; sőt nem átalította *Semmelweis*-t egyenesen speculativ iránynyal vádolni, a mi a klinikai érvektől távol álló anatomus részéről érthető.”

„*Virchow*-nak akkor egyetemesen elismert vezéri tekintélye a klinikusokat mind magával ragadta, mert azok kivétel nélkül a bonczani állásponton voltak. Egy részüknek ellenkezése így válik részben menthetővé, hogy *Semmelweis*-t nem érthették meg. Csak jusson eszünkbe, hogy ő korának színvonaláról a kórtani megismerés oly magasságába emelkedett, hogy kór-ok megállapítására épített prophylactikus szabályaival az aetiologiai kutatás legkésőbbben érlelődött gyümölcseit anticipálta.”

„Közben a *Semmelweis* halálát megelőző 1864.-i év nagy eseményt hozott: *Lemaire* munkáját, melyvel kémiai úton bizonyította be *Pasteur* vitalistikus erjedési elméletét és a miasmákra is új fényt derített. A carbolsavat tette beható tanulmány tárgyává. Azt találta, hogy a carbolsav 1. minden szerves életet a legrövidebb idő alatt megsemmisít, például a csirázó bab stb. fejlődését megakasztja, 2. hogy kevés carbolsavval minden erjedést majdnem rögtönösen meg lehet állítani, el lehet fojtani, 3. hogy a carbolsav a miasmákat is előli; ha például a vaccinaoltás helyét carbolsavval lemosta, a pustulaképzés elmaradt; épp így a genyedést is megszünteti.

A legnagyobb rigorositással vonhatta le *Lemaire* ezen kémiai érvekből azt a korszakos következtetést, hogy élőlények okozzák az erjedést és élőlény a miasma is.

Semmelweis és *Lemaire* tételeinek összehasonlításából, egyszerű logikai conclusio útján, az antisepsis gyakorlati alkalmazhatósága biztonsággal volt levezethető.

Lister a *Lemaire* közlését követő évben, 1865-ben kezdte meg a carbolsavval a maga antiseptikus kísérleteit és tudományos felfogása akkoriban az volt, hogy a bacteriumok a gombák conidiumaiból származnak, alakjukat és erjesztő tevékenységüket pedig a közeg összetétele szerint változtatják.

„*Lister* szavaiból tudjuk, hogy ő 1865-ben már ismerte *Semmelweis*-nek 1861-ben megjelent németnyelvű nagy művét. *Lemaire*-t illetőleg pedig ismeretes *Lister*-nek *Pasteur*-hez 1874 februárban írott levele, melyben háláját tolmácsolja *Pasteur* erjedési tanulmányaiért, melyek neki az antisepsis kiépítésére biztos alapot szolgáltattak.”

Pertik kifejezi meggyőződését, hogy *Lister* többet köszön *Semmelweis* felfedezésének, mint *Semmelweis* maga tana elfogadtatásában *Lister*-nek.

„*Semmelweis* nélkül — úgymond *Lister* — működésem meddő maradt volna.” (Lásd: *Pertik* id. hely 12. oldal.) *Hegar* pedig úgy vélekedett, hogy „*Lister* ist viel weniger original, als *Semmelweis*, welcher alles aus sich geschöpft hat.” *Kussmaul* pedig azt írta, hogy „Sein Scharfsinn verdient kein geringeres Lob, als der des englischen Chirurgen. Dieser konnte sich auf *Pasteur*'s epochemachende Untersuchungen stützen. *Semmelweis* schöpfte einzig und allein aus der klinischen Beobachtung und dem anatomischen Befund.”

„*Lister Pasteur*-tól az oktani, *Semmelweis* és *Lemaire*-tól a prophylaktikus impulsust kapta a sebészeten való alkalmazásra.” „Magyarország nagy fiának — mondja *Lister* — köszön az új sebészet legtöbbet.”

„Hogy *Semmelweis* tételei mily gyökeresen nyúlnak bele a mai orvos gondolkodásába és cselekvésébe, arra elég prophylaktikus szabályait idézni:

I. tétele, hogy a szervezetbe ne vigyünk be bomlott anyagokat, mai nyelvre fordítva az asepsist jelenti;

II. tétele, hogy a szervezetben képződött bomlott anyagot el kell távolítani vagy ártalmatlanná tenni, mai szólam szerint: az antisepsis.”

Hogy *Semmelweis* az asepsises sebkezelésnek korát megelőző első megalapítója, azt az akkori prágai higienikus *Hueppe* proklamálta először. „Die Feststellung der Aetiologie und Verhütung des Kindbettfiebers stellen — úgymond — auch eine hygienische Grossthat dar. Jede einzelne seiner Leistungen in Ursachenforschung und Seuchenbekämpfung müsste genügen, *Semmelweis* dauernd eine hervorragende Stelle in der Geschichte der Medizin zu sichern; zusammen stellen sie eine einzige Leistung dar, wie sie wohl nur selten einem der unserigen beschieden sein dürfte.”

A tényeknek ilyen megállapítása után engedjék meg Uraim, hogy *Semmelweis* küzdelmeinek idejéből arra az érdekes részletre tereljem figyelmüket, a mikor látszólag legalaposabb támadója: *Breisky* intézte filippikáját *Semmelweis* éppen megjelent classikus könyve ellen. Ebben a küzdelmet az ellenféllel *Markusovszky* vette fel: az a *Markusovszky*, a ki *Semmelweis*-hoz a legközelebb állott és a kinek a legnagyobb

hatása volt hazánk nagy fiára. Bécsben mint lakótársa és elválhatatlan barátja, megszületni és fejlődni látta a nagy gondolatot és szakadatlan láncolatban együtt élte át minden örömet és bánatát. Látta felröppenni a Meteort, a mikor nem kisebb, mint *Hebra* és *Rokitansky* az orvosegyesületben, *Skoda* pedig az Akadémiában lelkes szavakban hirdette az akkor még szerény fiatal orvos felfedezését, mely hivatva van az emberiség egy nagy csapását elhárítani és a tudományos gondolkodásnak új utakat nyitni. A bécsi orvosegyesület három ülésben foglalkozott a kérdéssel, a miről az egyesület 1849 február 23.-i ülésének jegyzőkönyveiből a következőket olvashatjuk (*Zeitschrift der Gesell. d. Aerzte in Wien*, 1849): „Die Versammlung beschloss, Herrn *Semmelweis* zu ersuchen, seine Erfahrungen über diesen Gegenstand in einem Vortrage mittheilen zu wollen.”

Még mielőtt *Semmelweis* e megtisztelő felszólításnak eleget tett volna, hangzott el *Skoda*-nak nagy előadása az Akadémiában 1849 októberben és *Scanzoni*-nak hatalmas polemiája, most már nemcsak *Semmelweis*, hanem *Skoda* ellen is (*Prager Vierteljahrsschrift*, 1850 március). Ilyen előzmények után következett *Semmelweis* előadása a Gesellschaft der Aerzte ülésén 1850 május 15.-én.

Az ülés lefolyásának hiteles leírásából tudjuk (*Schürer von Waldheim* id. h. 77. oldal): „Präses Professor *Rokitansky* fasst nun die Hauptmomente der Discussion zusammen und weist auf den unbestreitbaren Nutzen der Chlorwaschungen hin, der selbst von den Gegnern der Dr. *Semmelweis*'schen Ansicht zugegeben wird.” *Schürer von Waldheim* pedig a következőkben referál ez ülésről: „Und dann erhoben sich der Reihe nach *Chiari*, *Helm*, v. *Arneth* und *Rokitansky* um *Semmelweis* unbestreitbaren Verdiensten ihre Anerkennung auszusprechen. Es war eine grosse feierliche Huldigung! Die Hauptförderer des Gefeierten, *Skoda*, *Hebra*, *Haller* sahen schweigend zu. Vielleicht hatten sie selbst im Stillen die Huldigung vorbereitet, um der so segensreichen Entdeckung zum Durchbruch zu verhelfen.”

Ezeknek a fejleményeknek volt részese *Markusovszky* barátjának oldalán és az ifjú lelkesedés ez idejének felemelő örömei után a megaláztatás és üldöztetés idejében is ő volt az, ki a felfedezés igazában sohasem kételkedve, barátjának nemcsak támasza, hanem küzdőtársa is volt és az egyetlen, a ki utóbb is mindig felvette mellette a harcot. *Markusovszky*-nak részét a *Semmelweis* küzdelmeiben legjobban az a polemia jellemzi, melyet ő *Breisky*-val szemben vívott meg.

„A gyermekági láz kóroktanának buvárlata — mondja *Markusovszky*, miután *Breisky* kifogásait nem annyira megcáfolni, mint valódi értékükre redukálni iparkodott — nincs befelve, az bizonyos, még akkor sem, ha a rothadt szerves anyaggal fertőzés mindenki által annak forrásául elismerteték; sőt a *Semmelweis* tanár adta definitio is csak előlegesnek tekinthető, miután az elemek, melyekből az alakul, még vizsgálat alatt vannak, úgy a pyaemia, mint a felszívódás és a láz fogalma. A szabatos fürkészetnek, azt hisszük, ki kellend még mutatni szövet- és vegytanilag, hogy milyen az a szerves anyag, mely a fertőzést okozza: mi úton és módon jut az a szervezet belsejébe, mint működik ott vegyileg, élettanilag, melyek felszívása és működésének feltételei, miután, úgy látszik, nem mindenkor hat; mifélek azon élettani folyamatok, melyeknek egymásba fűződése által, hol gyermekági láz minden termény nélkül, hol pedig bő és terjedelmes izzadmányok és áttételek történnek stb.” „Ezek eszményi kíváncsiak ugyan, de még sem tartoznak egészen azon Hippokrates-féle mysteriumok közé. Ezen kérdések még mind felderítendőek, de vajjon a szülész által-e? S vajjon onnan, hogy a tan minden részletei nincsenek felderítve, azt következtethetjük-e, hogy ez nem áll s hogy jobb a régi exact és epidemikus sötétség?”

„Ha mindezt meggondoljuk — mondja *Markusovszky* —, úgy bizonynyal nem fogjuk az aránylag új tantól s egyes embertől követelni, hogy ez kivételképpen mindazon kérdésekre feleljen, melyeknek megoldása csak az összes természettudományok közreműködésének sikerülhet. Azt igenis fog-

juk kívánhatni, hogy úgy a szerző, mint ellenei a fontos tárgy felderítése körül erélyesen és őszintén közreműködjenek s a tapasztalatokat higgadtan és elfogulatlanul bírálják.

Markusovszky e messze kitekintő előrelátása mutatja és az épp adott idézet is tanuságot tesz látköréről, a melylyel a tudományos buvárlatnak évtizedekre programot adott, világosan látva maga előtt az utakat és módokat, melyeken nyomról-nyomra haladva érték el az utódok a nagy eredményeket, melyek ma már mint kristályok, tisztán és világosan állanak előttünk. *Semmelweis* legalaposabb életirója (*Schürer von Waldheim* id. hely 184. oldal) *Markusovszky* e dolgozatáról így szól: „Alle Achtung vor diesem weitblickenden Gelehrten, der die Grenzen der *Semmelweis*'schen Entdeckung mit solcher Klarheit schaute und mit solcher Schärfe auf jenen Punkt wies, wo weitergeforscht werden muss. Schade, dass *Markusovszky* seine Gedanken nur in ungarischer Sprache veröffentlichte! Sie verdienen in allen Kultursprachen der Erde verkündet zu werden und hätten zweifellos da und dort befruchtend gewirkt.“

Semmelweis életirói közül még *Hueppe* (i. h. 19. oldal) és *Bruck* (i. h. 80. oldal) is azon véleményen vannak, hogy *Semmelweis* a sepsis empiriás érvényesülése a gynaekológiában és sebészetben egyelőre nem volt lényeges és hogy az csak a *Lister*-féle eljárás meghonosodása után következett be. Ennek élénken ellent szól az, a mit a 70-es években külföldön utazva a megfigyelő tapasztalhatott.

A mikor e tere vezettem t. hallgatóim figyelmét, arról szándékoztam szólni, hogy milyen volt a helyzet, kivált Németországban, a *Semmelweis* halálát követő 15 év alatt, a *Lister* korát megelőző időben, tehát a *Semmelweis*-féle asepsis, azaz a chlormészszel való desinficiálás és a *Lister*-féle anti-sepsis érvényesülése közötti időben.

A sors kedvezése folytán abban az időben Freiburgban éltem, hol *Hegar* és *Kaltenbach* közt az irodalom termékeinek élénk megbeszélése és megvitatása volt napirenden; tehát mély betekintést nyertem az idő egyik legnagyobb nőorvosának gondolkodásába. Ily alapon mondhatom, hogy *Hegar* a *Lister* eljárásában *Semmelweis* tanának kiépítését látta s ha kifejezést keresnék akkori benyomásaim megfogalmazására, úgy a két tant egymás mellett úgy jellemezném, hogy nagyszerű renaissance-épület volt keletkezében, melynek falait *Semmelweis* felépítette, tető alá is juttatta; az épület már szűkös oltalmat is nyújtott az idő durva viszontagságai ellen, de távol volt még attól, hogy kényelmes hajlékul szolgáljon a benne menedéket keresőknek; hiányoztak az ajtók, az ablakok és az idő vihara még minden oldalon betört. *Lister* e nyílásokat és réseket zárta el, biztossá és kényelmessé téve ezáltal a házat, a melyben a beteg bizvást nézhetett gyógyulása elé, más szóval: *Semmelweis* felfedezte, *Lister* pedig használhatóvá tette és általánosította az újkori sebkezelést. Közismert dolog, hogy *Lister* újítása az orvosi világ különböző területein rendkívül különböző fogadtatásra talált. Legelőször Németországban vert gyökeret, de nem véletlenül ám, hanem azért, mert egy évtizeddel előbb itt zajlott le *Semmelweis* tanának vitája és vihara, a hol empiriás alapokon máris aseptice dolgoztak, a hol a közfelfogás a megértéshez elő volt készítve és ezért találhatott termékeny talajra *Lister* gondolata. *Olshausen*, *Hegar*, *Volkmann* és *Nussbaum* voltak azok a vezető egyéniségek, kik az új módszer érvényre juttatni igyekeztek. Tudjuk, hogy ezzel ellenében *Lister*-nek saját hazájában leghevesebb ellenzéssel kellett küzdeni, de nem volt más sorsa Franciaországban sem, a hol a *Semmelweis* tana által keltett heves vita a francia akadémiában, még élénken élt az emberek emlékezetében és a közfelfogás, a sebfertőzés lényegét illetőleg, a közelmúlt nagy vitái által újabban csak még nagyobb megerősítést nyert.

Ily körülmények között különösen érdekes és tanulságos volt a 70-es években nemcsak Németországban, hanem Angol- és Franciaországban is a helyszínén látni a forrongó tannak hatását, a mi énnekem osztályrészül jutott. A szellemi

küzdelemnek markáns megtestesítői: *Köberle* Strassburgban, *Spencer Wells* Londonban, *Pean* pedig Párisban voltak. *Köberle* és *Spencer Wells* az abszolút tisztaságban, *Lister* a carbolban vélte találni a panaceát, *Pean* pedig csakis operatív technikai művészetében kereste sikerének magyarázatát.

Spencer Wells *Lister* methodusát negligáló álláspontját 1878-ban (Hunter-előadás a Royal College of Surgeonban) azzal magyarázza (*Volkmann's Sammlung klin. Vorträge*, 146. sz., 1194. oldal), hogy ő már 1864-ben reámutatott arra, 1. hogy a levegőből ártalmas csirák jutnak a sebbe; 2. hogy *Pasteur* szerint mindenütt kórmező csirák tartózkodnak a levegőben; 3. hogy *Malvet* szerint a túltömött helyiségekben, a kórházak bútortárgyaiban, szöveteiben és a fehérneműekben rothadási csirák bőségesen rejtőznek; 4. hogy *Polli* a kéndioxyd csiraölő hatását kétségtelenül bebizonyította és tanította, hogy pyaemiások genyje, septic-aemiások izzadmánya beoltva ártalmatlan a kísérleti állatra nézve, ha ez anyagokat kéndioxyddal előbb hatástalanná tesszük és végül 5. hogy szerves anyagokban minden erjedés és putrid elváltozás megakadályozható a kéndioxyd előzetes alkalmazása által. *Spencer Wells* tehát már *Lister* előtt felállította a csirák ellen való küzdelemnek lényegét és joggal mondja, hogy *Lister* kísérleteit Glasgowban az ő előadása után két évvel kezdte a carbolsavval és arra hivatkozik, hogy *Lister* csak 1869-ben Leedsben jelentette be először kísérleteit és még akkor is azt kelle megélnie, hogy az ünnepi szónok, mint a közfelfogás kifejezője, oly kicsinyre becsülte, hogy azt egyszerűen tudományos tévedésnek jelentette ki és elmeskedve még neveltségessé is tette (id. hely 1195. oldal). *Spencer Wells*-nek tehát elegendő oka volt saját eljárási módjánál megmaradni, melyet addig soha nem tapasztalt eredmények is igazoltak.

A fordulópont *Lister* tanának sorsában csak két év múlva, 1871-ben Plymouthban tartott előadása kapcsán állott be és csak ez a dátum az, melytől fogva a *Lister*-féle sebkezelés az irodalomban méltánylásra talált.

Megállapítható tehát, hogy az aseptises sebkezelésnek úttörője Angliában tulajdonképpen *Spencer Wells* volt, de épp úgy mint *Semmelweis* a maga idejében, ő is empiriás alapokon dolgozott; tehát ugyanazt tette, mit *Semmelweis*, azaz, aseptice igyekezett eljárni. *Lister* ellenzői hazájában, *Spencer Wells* nagy eredményeire támaszkodva, mondhatták, hogy a *Lister* által inaugurált operálási és szövetvényes sebkezelési mód tisztára hókusz-pókusz és felesleges, mert ime *Spencer Wells* mindezek nélkül pusztán a penibilis tisztaság útján ugyanolyan eredményeket ér el és pedig a legnehezebb téren, t. i. a beteg hasüregében. *Spencer Wells* maga mondja idézett dolgozatában (1196. oldal), hogy ez és hasonló nyilatkozatok reá is hatással voltak és soká visszatartották methodusainak megváltoztatásától és csak a mikor egy csoport szerencsétlen eset behatása alatt állott, különösen *Kocher*, *Köberle* és *Olshausen* sürgetésére, kik *Hegar* és *Nussbaum* sikereire is hivatkozva hatottak reá és végül *Lister*-nek Londonba való átköltözése után, a mikor annak eljárásait és sikereit közvetlenül szemlélhette, 1878-ban határozta el magát az e módon való kísérletezésre, azzal az indokolással, hogy csak a tapasztalás döntheti el, vajjon *Lister* sebkezelésének részleteiből melyek a lényegesek és melyek lesznek a melízhettek.

Németországban akkoriban két tábor küzdött egymással a szülészet és operatív nőgyógyászati sebkezelést illetőleg. Az egyikben azok állottak, akik fenntartás nélkül behódoltak *Semmelweis* tanításának, a másokban azok, kik lelkesedés nélkül, kénytelen-kelletlen, immel-ámmal, ellenőrzés nélkül, tehát tessék-lássék módján végezték pusztán a kezek desinfectióját, mint például Bécsben *Braun Károly*, Prágában *Breisky* és sokan mások. Ez utóbbiakkal felesleges volna foglalkozni, hisz eljárásukban hiányzott az őszinteség; az előbbiektől között *Hegar* járt elől, kinek klinikája és működése paradigmaként szolgálhat annak az időnek megismerésében.

Hegar mélyen át volt hatva *Semmelweis* tanításának igazsága által és sorsa tragédiáját érző lélekkel tárgyalta

hallgatói előtt már akkor, amikor *Semmelweis* neve még alig volt hangzatos a klinikai termekben. A sikernek kulcsa, a mely *Hegar* működését jellemezte, e tanítás megszívlelése volt, és egész gondolkozása a *Semmelweis* szellemében mélyedt el. Szerencse, hogy az operatív gynaekologia kezdete egybeesik *Semmelweis* asepsisének megszületésével, melyhez a kórboncztanak és a pathologia-histológiának ugyanabban az időben való nagy fellendülése járult s ha hozzávesszük *Pasteur* és *Koch* nyomán az ujkori aetiologiás orvosi tudomány megszületését és a *Lister* által inaugurált sebkezelést, úgy együtt van az alapja annak a mesés gyors kifejlődésnek, mely alig 3 évtized alatt egy egész új tanszakkal, a nőgyógyászatnak felépülését tette lehetővé és a szülészettnek alapjában való átalakulását eredményezte. Sőt tovább mehetünk és merem állítani, hogy a gynaekologia nagy haladása révén tulajdonképpen a hasúr- és medencze-sebészettnek megteremtője lett és a sikerek nyomán a sebészettnek egész jövő perspektívája nyílt meg, úgy, hogy szinte mondhatnánk, hogy a lány-tudomány, tudniillik a nőgyógyászat, termékenyítette meg az anya-tudományt, tudniillik a sebészett, a mely a gynaekologusok nagy sikerein épülve, indult meg bámulatos átalakulásának útján.

Az idő kimagasló eseménye akkortájt *Hegar* és *Kaltenbach* „Operative Gynaekologie“ című könyvének megjelenése volt, mely esemény széles a birodalomban a legélénkebb megbeszélés tárgyát képezte és a kezdeményezés szenzációjával járt, mert új alapokon állott, új methodusokat tanított és sok minden, még tekintélylyel bíró, de avulásnak indult tanítást döntött halomra. E könyv pro et contra szokatlan mozgalmat keltett és alig volt intézet, hol intensívebb módon ne foglalkoztak volna tartalmával és szerzőivel egyaránt. Különösen *Spiegelberg* Boroszlóban lépett ez időben előtérbe és antagonistának mutatkozott *Hegar*-ral szemben. Az 1874/5. tanév téli félévében egy seminariumot tartott, melyben a megboldogult *Elischer Gyula*-val együtt vettünk részt. E seminariumnak tárgya a gyermekágyi láz tana volt és ehhez a *Hegar* és *Kaltenbach* operatív gynaekológiájának megbeszélése csatlakozott. E tárgyalásnak lényege a gyermekágyi láz tanát illetőleg már előbb a *Volkmann's* Sammlung kl. Vorträge 3. számában volt közölve, az utóbbi pedig kidolgozva akkori segédjének, *Landau*-nak tollából az Archiv für Gynaekologie 1875. évfolyamában jelent meg. Ez éles kritika csakhamar polemiát keltett, mely alkalom volt arra, hogy az akkori ellentétes felfogások legprononszirozottabb képviselői mérjék össze a tudományos vitatkozások kardját.

Freiburgba érkezésem után csakhamar keresztülestem azon a nem sejtett vizsgán, mit utóbb tanársegéd koromban oly sokszor érdekléltem végigszemléltem, tudniillik olyankor, amikor a hospitáns kért engedélyt a klinikán való foglalkozásra. *Hegar* szokása volt (és e methodus egészen jellemző az ő gondolkozására), hogy az ujjonnan jelentkezővel, előzékenység címén, vizsgálatot végeztet nőbetegeken, esetleg terhesen vagy szülőnőn, élesen megfigyelve, vajjon gyakorlott-e az illető a kezek desinficiálásában, vajjon tudja-e, hogy miért kell ez óvatossággal élni, mert ha nem, — úgy csakhamar minden kétséget kizáró módon megérezte, hogy nem juthat be *Hegar* intímabb körébe.

A rokonszenves felvételt Freiburgban magam jórészt annak a körülménynek köszönhettem, hogy *Semmelweis* honából jövék és *Kézmárczky* klinikájából magammal vittem a szülészeti vizsgálatban való járatosság mellett azt a szülészeti szellemet, melyet *Kézmárczky Semmelweis* nyomán meghonosított és példája által átültetett tanítványaiba, továbbá azért, mert az említett *Spiegelberg*-féle seminariumból kifolyólag két actualis kérdést, tudniillik a gyermekágyi láz vitás tanát *Semmelweis* értelmében és az Operative Gynaekologie-könyv vitájának egyéniségeit és lényegét közvetlenül és alaposan megismertem.

A freiburgi klinika szülészeti osztályán és a nőgyógyászati műtétek alkalmával az előkészület kiadós részletét tette a környezetnek, helyiségeknek, használati tárgyaknak

desinficiálása után különösen a kezeknek praeparálása chlorvizben. *Hegar* mindig hangoztatta, hogy a sikernek jórésze a fertőtlenítés kellő gyakorlásában rejlik, és methodusának kiegészítő részlete volt, hogy az inficiált sebet vagy sebűrt műtét alatt még a hasűrben is, ugymint az utókezelésben is, bőséges módon chlorvízzel árasztotta el (*Volkmann's* Sammlung kl. Vorträge 109 (Gynaec. 36. füzet), 820. oldal).

Röviden szólva, a klinika működésében *Semmelweis* tanítását nemcsak a szülészettben, hanem a nőgyógyászatban is a *Lister*-féle eljárást jóval megelőző időben teljes mértékben érvényre juttatta.

Ily elvek alapján mivelte *Hegar* a gynaekológiát és ez tette reá nézve lehetővé a sokban úttörő munkásságot.

Könnyen érthető, hogy azokat, kik *Semmelweis* methodusát a szülészettben és az operatív nőgyógyászatban már kiadós módon gyakorolták, a *Lister* felfedezése kevésbé ragadta magával, hisz ők aseptice operáltak már jó ideje, és *Lister* antisepises sebkezelésében csak módosítását látták annak, a mit más alapokon már előbb is műveltek. Bizva eljárásukban e férfiak, már a *Lister* módszere előtt olyan dolgokra vállalkozhattak, a melyek merészségnek, sőt nem egyszer túlmerészségnek látszhattak. Ilyen cselekedet volt különösen a fibromás méhnek kiirtása hasmetszés útján a hetvenes évek elején.

A mai kor fiatal orvosi generációja alig is képzelheti el, hogy minő nagy cselekedet volt ez annak idején, amikor a hasűri sebészet még a kezdetén állott és pedig nem a könnyű lelkiismeret felelőtlensége mellett, hanem mikor a cselekedet nagyságának teljes tudatában, methodice hozzákészülve, a műtő, egész tudományos reputációjának latbavetésével járt el. *Hegar* ezen a téren érte el talán legnagyobb sikerét, mert az ugynevezett *extraperitonealis* csonk-kezelésével oly átmenetet alkotott a műtési technikában, mely útját egyengette a később kifejlődött nagysikerű *intraperitonealis* kezelési módszernek, melynek kapcsán manapság e heroikus beavatkozást épp oly sikerrel végezzük, mint minden más aseptikus műtétet.

Bizva asepsisében új utakra is merészkedett, például a *castratio* kezdeményezésével myomásvérzések miatt (*Volkmann's* Sammlung kl. Vorträge 136—138. Gynaecologie 42. szám), melynek eredményei annak idején igen sokat ígérően indultak meg, s ha az eljárás nem állandósult, ez onnan van, hogy *Lister* után új utakat tört magának a műtési technika és a daganatos méh teljes kiirtása útján, kicsiny veszély árán, egy csapásra gyógyította meg a beteget, ki különben, tudniillik a *castratio* útján, csak lassan, az anticipált climax hosszas lepergése után érthette el célját. Azonban, hogy az anticipált climax gondolata, mint therapiás eszköz, milyen helyes volt, azt manapság láthatjuk csak igazán, a mióta egy új gyógytényező, tudniillik a sugaras kezelés, vértelen úton képesít ugyanannak a ténynek, az anticipált climaxnak elérésére.

A nagy horderejű következtetésre vezető gondolatársulás egy szép példája csatlakozik *Hegar*-nak *castratio*-tanához, melynek elmondása talán nem érdektelen, annál is inkább, mert a nőgyógyászat akkori fejlődésének egy momentuosus lépcsőfoka volt.

Abban az időben történt, amikor az első hysterotomiák végeztettek a klinikákon, amikor a műtét heroikus nagysága és igen nagy veszélye miatt az esetek még ritátszámba mentek, hogy az évek óta csaknem csillapíthatatlan vérzésekben szenvedő, jodinjectiókkal és ergotinnal, megtampognozással agyonkezelt myomás beteg huzamosabb időre eltűnt a klinikai orvosok szeme elől. Egy szép napon, a már-már halottnak tartott asszony a freiburgi Schlossberg sétányain, *Hegar* nem kis meglepetésére, feltűnő jó kinézésben került szemei elé. A conventionalis üdvözlés és hogylét iránti kérdezősködésre, az egykori nagybeteg laconikus válasza következőleg hangzott: „der Wechsel ist bei mir vorüber und seither bin ich geheilt.“ E szavak a további séta közben mechanikus módon peregetek tovább *Hegar* ajkain, amikor egy perczen egy másik gondolat, de most már kérdés alakjában, váltotta azt fel: „Könnte man das nicht machen?“ „Könnte man den Klimax nicht anticipiren?“ A kérdés feltevése után a felelet

már önként adódott: „Jawohl, durch die Entfernung der Ovarien!“

E kérdésből és feleletből indult ki *Hegar* nagy tanulmánya; *Die Castration der Frauen* (Volkmann's Sammlung klin. Vorträge 136—138. szám), melynek eredményei azóta számtalan változatban foglalkoztatták a nőorvosi irodalmat és meglepő eredményeket érleltek; hogy mást ne említsek, gondoljunk csak az *osteomalacia* gyógyítására a castratio útján, melyet *Fehling* a körülmények kedvező találkozása mellett, baseli tanárkodása alatt fetezett fel; továbbá a vérző myomák és a metropathia haemorrhagica gyógyítására Röntgen-fénnyel, a mi végre is nem más mint anticipált climax, azaz vértelen castratio, tehát *Hegar* gondolatának ezerszeres megvalósítása. Így vezetett a *Semmelweis* szellemében való gondolkodás és munkálkodás új felfedezésekhez és vállalkozásokhoz.

Kétségtelen, hogy *Semmelweis* tana sok mindennek volt megindítója nemcsak a szülészeti és a nőgyógyászat, hanem a tudományok széles mezején általában, de hogy minő osztályrész jutott e fejleményekben a *Lister*, a *Pasteur* és *Lemaire* felfedezésének és minő rész az újabbkori buvárlat más téren való megismeréseinek, azt különválasztani lehetetlennek látszik. Hogy mégis jellemezzem a szaktudománynak epochális haladását az átmenet ez idejében, amikor tudniillik már ellenségei is éltek *Semmelweis* tanításával, de amikor az még nem decumentáltatott mint sebkezelési methodus, legyen szabad egy s más legszembeötlőbb nőgyógyászati haladásra reámutatnom.

A nőorvoslás történetében mint egyik legszebb és legértékesebb siker van feljegyezve a *hólyag-hüvelysipoly* gyógyításának lehetősége, mint annak az időnek egyik legnagyobb vívmánya. E nagy vívmánynak dicsősége *Marion Sims* nevéhez fűződik és két principiumon alapult, tudniillik a hüvelyboltozat feltárásának művészetén és a *Semmelweis*-féle asepsisen.

Marion Sims véletlen felfedezése és kanalas tükre (Meine Lebensgeschichte von M. Sims. Deutsch Dr. L. Weisz. Stuttgart. Enke. 1885. 150—154. oldal) lehetővé tette a hüvelyboltozat olyan feltárását, a melynek segítségével a legsubtilisebb plastikus műtétet vagyunk képesek a hüvelyboltozat magasságában elvégezni; a másik tényezőt, tudniillik *Semmelweis* asepsisének jelentőségét azok, kik gyakorolták, még soká nem ismerték fel, így maga *Sims* sem és a sikert hihetetlen módon mindenféle más mellékkörülménynek írták javára. Így a kések és az ollók, meg a tűk és tűtartók legkülönbözőbb formái; a varróanyagok változatai: selyem, a fémsodronyok minden neme: ezüst, bronz, réz, vas; a *Bozmann*-féle ólomlapos rögzítés stb. mind divatjukat érték és lényegesnek látszottak, holott a siker egészen más helyen, tudniillik ott volt: hogy a *Semmelweis* által inaugurált desinfectiót öntudatlanul gyakorolták több-kevesebb eredménnyel mindenütt. A hólyag-hüvelysipoly műtévése művészetté és specialitássá fejlődött ki abban az időben, úgy, hogy a legjelesebbek ambitionálták a hírnevet e téren. Hogy mennyire volt ez így, egy kedélyes epizód demonstrálja *Spiegelberg* műtőterméből, hol a műtési nehézségek leküzdése közepette *Spiegelberg* ajkairól az önelégültséget kifejező e mondat szállt el: „Hja, es gibt eben nur zwei Fisteloperateure in Deutschland; der Andere wohnt in Heidelberg.“ *Simon Gusztáv*-ot érte alatta, akit egyedül ismert el méltó riválisának e téren. Valljuk meg: művészet a sipoly-operálás napjainkban is, melyben a műtő közügyességét a legnagyobb siker koronázza, ha megtanulta *Sims* módjára feltárni és *Semmelweis* tanítása szerint asepticen operálni és bir azon finom beidőzéssel, mely egy komplikált hólyag-hüvelysipoly-műtét végrehajtásánál szükséges.

Nem lehet célom lépésről-lépésre követni a nőorvostan fejlődését a *Semmelweis* után következő átmenet idejében és nehéz volna megvonni az éles határt, hogy mikor lépett be mint új tényező a sebészetbe a *Lister*-féle eljárás. Hisz ismert dolog és fönnbbr már említém, hogy a hetvenes évek végéig, tehát 15 évtizeden át *Semmelweis* halála után minő

ellentétes felfogások uralkodtak mellette és ellene, úgy hogy érvényesülése kétségtelenül csak a 80-as évek elején vált általánossá és az addig való nagy haladás egyedül *Semmelweis* tanának gyümölcse volt.

Semmelweis tanának hatása itthon, saját hazájában, halála után egyelőre nem érvényesülhetett. Az 1867. év előtt az absolutismus tartotta kezében a hatalmat és a helytartótanács korlátlanul intézte a felső oktatás ügyeit is. A forradalom utáni két évtizednek principiumai érvényesültek a tanszékek betöltésénél is, amikor nem a tanszak érdeke, hanem a jelöltek politikai megbízhatósága volt elsőrendűleg irányadó a tanári kinevezésnél. Ámde valljuk meg, hogy még annak a rendszernek is voltak fényoldalai, hisz tudjuk, hogy maga a nagy *Skoda* sem lett volna soha a bécsi egyetem professora, ha az akkori fakultás akarata szerint meg a dolog; hisz *Skoda* már hátat is fordított a tudománynak és rendőrorvosi állást vállalt a fővárosban, mert a tanár-testület akkori vasikalapos vezetői megkeserítették életét és az absolut kormányhatalom nyitotta meg számára előbb a prágai és utóbb a bécsi egyetemet a tanári kar nyílt ellenzésével szemben. (*Schürer von Waldheim*. id. hely 7. oldal.) Sajnos, minálunk a hatalom nem vett tudomást *Semmelweis* tanításáról és kisebb gondja is nagyobb volt annál, semhogy a gyermekágyi láz prophylaxisa szempontjából minő állást képvisel *Semmelweis* utóda, és bölcs belátással pharmacologust állított a szülészeti tanszékre.

Semmelweis tanítása szerencsére elég erős gyökeret vert már itthon avégből, hogy tovább éljen az utódok közt; így, szűk hatáskörben, egyelőre csak *Fleischer* főorvosban, 1869 óta a Rókus szülészeti osztályán, mint magántanár a szülészeti műtét-tan kapcsán, és korán elhalt segédjében, a derék *Bruck Jakab*-ban élt az tovább, ki ugyis mint *Hirschler Ignác* dr.-nak veje a *Semmelweis*-tradícióban élt és kitűnő tanulmányával *Semmelweis*-ről az orvosi könyvkiadótársulat 1885. évi ciklusában emléket állított magának a magyar orvosi irodalomban.

Semmelweis szelleme egyetemünkre tulajdonképpen akkor tért ismét vissza, amikor *Kézmárczky* 1873-ban, mint méltó utód, a katedrára lépett. Mi, Magyarország ma élő orvosi generációja, kik a legifjabbakat leszámítva, mindnyájan *Kézmárczky* tanítványai vagyunk, tanuságot teszünk arról, hogy e kiváló férfiú, e nagy-lelkű orvos, e buzgó tanító, e véghetetlenül jószívú és önzetlen ember, mily kifogyhatatlan odaadással, mily soha nem lankadó buzgósággal tanított minket, hogy miként óvjuk meg a reánk bízott szülönők életét és egészségét *Semmelweis* tanításának szellemében. Ugy hiszem nincs ez országnak egyetlen ma élő orvosa sem, a ki ne volna tisztában azzal, hogy mit kötött lelkünkre *Semmelweis* és azzal, hogy mit tanított nekünk az ő szellemében *Kézmárczky* a szülészeti klinikán. De tanított ő még mást is, tanított észlelni, megfigyelni, becsületesen gondolkodni, tanított a szülész legnagyobb erényére: türelemmel várni, könnyelműen be nem avatkozni a szülés folyamatába és végül tanított irgalmasan együtt érezni az anyával és újszülött gyermekével is. Szerencséje hazánknak, hogy amikor az eljövendő antiseptikus sebkezelés még nem született meg, amikor *Pasteur* és *Lister* tana még nem harsogta végig a világot, amikor a szülészeti chlormeszes asepsise még küzdött az elfogultsággal, amikor a nagy átalakuláshoz a közfelfogás még csak érlelődött: *Kézmárczky* lett *Semmelweis* utóda, hogy felvegye hazánkban a vezetés zászlaját, mely *Semmelweis* korai halála folytán gazdátlan maradt.

Kézmárczky-n kívül még két másik vezető orvosunk élt akkoriban *Semmelweis* asepsisének gondolkodásában: a sebész *Kovács József* és *Lumniczner Sándor*. *Kovács József*-ről tudjuk, hogy ő sohasem hódolt be *Lister* tanának és hókusz-pókusz-nak tartotta a *Lister* eljárás körülményességeit, de követelte és gyakorolta az absolut tisztaságot *Semmelweis* hagyományában, persze a szónak csak polgári értelmében, de mégis olyan jelentékeny sikerrel a multak sebészeihez arányítva, hogy nem érezte szükségét a *Lister*-féle nehézkes eljárásoknak. Ugy volt vele, mint *Spencer Wells*, mint *Köberle* és

Keath, kik nem csináltak ugynevezett antisepsist, de a végsőkig menő pedáns módon keresztülvitt tisztaság útján azelőtt hallatlan eredményeket értek el a hasüri műtétek terén. A másik *Semmelweis* szellemében sebészünk *Lumniczer Sándor* volt. Ez egész valójában európai ember, élénk összeköttetést tartott fenn a nyugati sebészvilág haladásával, az akkori szokásokat messze túlhaladó liberalitással, tudniillik az ifjú orvosi generatio révén, kik külföldi tanulmányutjokról hazatérve, osztályán szívesen látott belfogadatul fogadtattak és módjukban volt átplántálni a künn észlelt és elsajátított legújabb haladásokat. Így nyert osztályán foglalkozást a korán elhalt nagytehetségű *Antal Géza* (előbb *Kovács József* segédje), *Puki Akos*, ki *Lister*-től visszatérve, amugy melegebben hozta magával az angol sebész úttörő útjait, *Haberern J. Pál*, mint a hallei híres sebész *Volkmann* segédje, ki ott a *Lister*-sebkezelés legelső meglepő nagy eredményeit észlelhette, és több mások között én magam is. Mindnyáján hálával emlékezünk *Lumniczer Sándor*-ra, ki az új haladások iránt való nagy érdeklődése mellett oly önzetlen készséggel támogatta érvényesülésünket és nem kis mértékben úttörője volt annak a már általánossá vált gyakorlatnak, hogy fiatal szakembereink külföldi útjukról hazatérve, itthon az e célból szervezett állásokban gyakornoki, tanársegédi, adjunktusi és magántanári stb. minőségben érvényesíthetik szakismereteiket. Ma már természetesnek tartja mindenki, hogy ily állások elég nagy számmal állanak az ifjúságnak rendelkezésére, kik alig is sejtik, hogy mily nagy küzdelmek árán jutottak viszonyaink odáig, ahol azok ma állanak, s hogy elődeik és ezek között *Lumniczer Sándor* mennyi kitartással, szívóssággal, egyéni tekintélyük és befolyásuk latbavetésével és az ifjú tag iránti meleg szeretettel fáradoztak a viszonyoknak ily átalakulásán, míg végre odajutottunk, hogy ma minden tehetség, ha egy kis szerencséje is van, megtalálhatja hivatási körét és érvényesülését.

Nálunk sincs különben, mint minden más körben, tudniillik, hogy a világ hihetetlen gyorsan felejt. Nagy igazságtalanságot követnénk el magunk is, ha e helyen nem hangoztatnánk, hogy kik voltak azok a férfiak, a kiknek körében *Semmelweis* nagy küzdelmeinek idejében élt: *Balassa*, *Markusovszky*, *Hirschler*, *Bókay*, *Jendrassik* állottak hozzá legközelebb, de mindezen felsorolt legjobbainknál is többet, sokkal többet tett *Semmelweis* szellemének ébrentartására és őses orvostudományunk viszonyainak átalakítása és modernizálása érdekében az a férfiú, ki facultásunknak jó szelleme volt a nemzet újraébredése idején: . . . ez a férfiú, uraim, orvos-egyesületünk tiszteletbeli tagja, *Markusovszky Lajos* volt.

A szobrász, amikor művében egy nagy szellemet az utókor elé állítva, annak egyéni nagyságát értékelni akarja, allegorice körébe állítja azokat a kortársakat, a kiknek jellemzően kívánja a hatást, melyet az illető szellemóriás kortársaira, nemzetének sorsára és történetére gyakorolt.

Az Erzsébet-téri emlék nemes férfialakja, könyvvel hóna alatt, önmagában, egy tudós férfi gondolatát keltené a szemlélőben, ki nagy hatással lehetett korára; de azt a gondolatot, hogy az anya a világ végezetéig — addig míg a nő szülni fog — mindig hálával kell, hogy *Semmelweis* szelleméhez feltekintsen, a művész saját imádott feleségében, csecsemőjével karján, fejezte ki és a szemlélő ez alakban érti meg *Semmelweis* tanításának azt a részletét, mely minden embernek szívéhez szól. Ha a művész azt is ki akarta volna fejezni, hogy ki volt *Semmelweis* szellemének leghatékonyabb támasza, világgraszáló küzdelmében kardhordozója, sokszor csüggedő lelkének megvigasztalója és már-már lankadó energiájának újraélesztője: úgy *Markusovszky Lajos*-t kellett volna a piedestálra állítsa, kinek vállain *Semmelweis*-nak jobb keze nyugszik. Igen uraim! ez így van; mert nagy kérdés, hogy *Markusovszky* morális hatása nélkül egyáltalán napvilágot látott volna-e *Semmelweis* epochális munkája 1861-ben, mert tudva van, hogy Bécsből való távozta után teljes 10 éven át apathiás hallgatásba merült, melyből csak környezetének — és különösen *Markusovszky*-nak reáhatása folytán lépett ki ismét.

Semmelweis előtt a szülő-intézet végső és rettegett menedékhelye volt a társadalom azon kitaszított leányainak, kik nehéz óráikban maguk és eljövendő gyermekük részére más hajlékot nem találtak. A halál angyala lesett ez intézetekben áldozataira; és a nép gyermeke tudta, ismerte a veszélyt, melynek elébe néz, a mikor a küszöböt átlépte. Szörnyű hát csak elgondolni is, hogy milyen lelkiállapotban kereste fel a szerencsétlen az egyetlen menedékhelyet, mely nehéz óráiban részére nyitva volt. Minő más az asszony lelkiállapota, ha óráját közeledni érzi, ma. Gondoljuk meg uraim, hogy ezen kézzel nem fogható, de lelkünkkel megérezhető áldás mit jelent az emberiségnek . . . Ezt a nagy átváltozást a lelkekben, ezt a minden anyai szívet eltöltő biztonságot, ezt a félelemnélküli hitet az anyaság szentségében és szépségében a világ minden asszonya ő neki, *Semmelweis*-nak köszöni. Hálával és tisztelettel hódolunk emlékednek te nagy férfiú és áldjuk a sorsot, hogy téged nemzetünknek: nekünk magyaroknak adott.

A physikai therapia túlzásairól.

Irta: *Mester Emil* dr., egyetemi klinikai tanársegéd.

(Vége.)

A vérnyomást állítólag megváltoztató physikai terapiás módszerek rengeteg számmal vannak. Ha ily kísérlet alkalomával megfigyeljük a beteg psychéjét, arra az eredményre jutunk, hogy majdnem minden beteg a bekövetkező kezelést feszülten figyeli; ez a figyelem bizonyos fokozásával a szív munkájának kapcsolatos, melynek eredménye a szaporább érverés és a nagyobb vérnyomás. A mikor a beteg látja, hogy a kezelés nem kellemetlen, vagy csak kevésbé az, megnyugszik és szív működése ismét rendes lesz, normalis lesz az érverés és a rendes fokra (az illetőn rendszerre) száll le a vérnyomás is. Ezt aztán tévesen a kezelésnek tulajdonítják. Ilyen eljárásokhoz tartoznak: az összes, rövid ideig tartó vízkurák, ha nem volt nagyon differens hőmérsékéről szó; minden szénsavas, oxygen- stb. fürdő; minden villamosfürdő 10 milliampère alatt; minden egyéb villamos kúra, nevezetesen a d'Arsonval-áramokkal; az úgynevezett szívmasszage, passiv mozgások, nevezetesen a gépekkel való kezelés első alkalmakor. Mindig tekintetbe kell vennünk, hogy még nagyobb intelligenciával bíró emberek is meglepődnek, ha először látnak ismeretlen gépet vagy szerszámot, a mihez nekik valami közük lesz és ez főképp a szív működésben válik nyilvánvalóvá. Csak gyakori használat után és megszokás révén tűnik el ez a reactio és ezért az egy és ugyanazon egyéni végzett érverésszámok és vérnyomás-mérések ceteris paribus egészen más eredményt mutatnak egy ilyen fent megnevezett kúra elején és például a 4. vagy 5. alkalommal. Csak oly egyének, a kik nagyon könnyen izgulnak vagy gyanakodnak, reagálnak a módszer kivitelének csekély változtatásai alkalmával az első alkalomhoz hasonlóan. Másrészt nem szabad elfelejteni azt sem, hogy a betegek többnyire gyalog jönnek a kezelés helyére; ilyenkor természetes, hogy szaporább az érverés és nagyobb a vérnyomás, mintha csendesen ültek volna; ez különösen vitium esetén fontos. A kezelés alatt, melyet passive tűrnek többnyire a betegek, magától leszál az érverés szaporasága és a vérnyomás. Vérnyomás-mérés és érverésszámolás alkalmával tehát mindig különösen ügyelni kellene egyenletes viszonyokra és körülményekre; a méréseket és a megfigyeléseket gyakran kell ellenőrizni. E tényezők elhanyagolásából erednek ama feltűnő különbségek, melyeket különböző vizsgálók eredményei közt találunk, de megmagyarázza egy és ugyanazon vizsgáló paradox eredményeit is. A táblákba mindig oly rovatot is kellene beleiktatni, a melyből a beteg psychés ingerlékenysége kitűnik. Ez aztán sokat megmagyarázna.

BELFÖLDI
OPIUM-KÉSZÍTMÉNY

DOMOPON

TARTALMAZZA TISZTA ÉS VIZBEN OLDHATÓ ÁLLAPOTBAN
AZ OPIUM-ÖSSZES ALKALOIDAIT

FORGALOMBAN:

DOMOPON-TABLETTÁK 0.01 g.

» » AMPULLÁK 0.02 »

» » OLDAT 2%

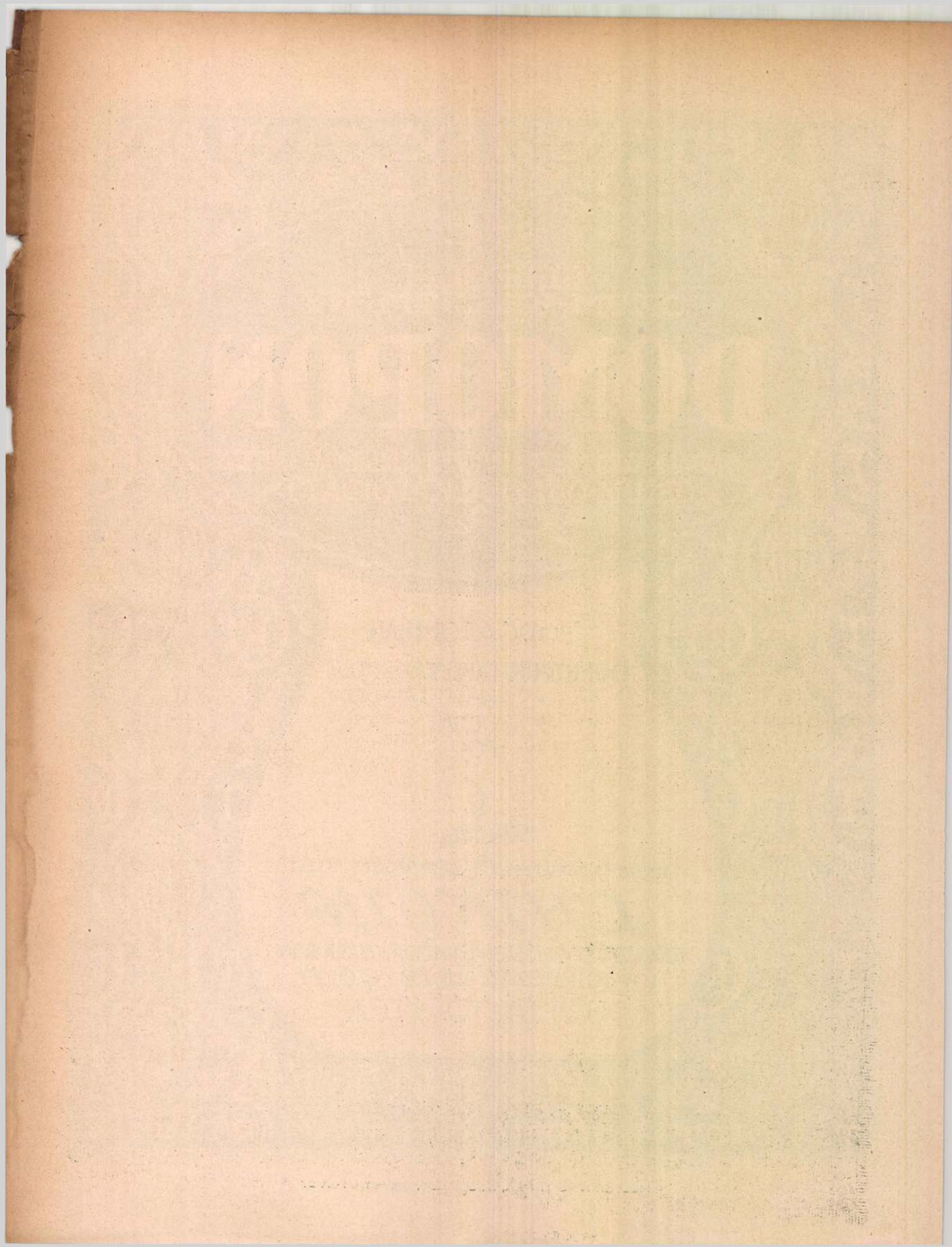
» » POR

MTINTÁT ÉS IRODALMAT KÉSZSÉGGEL KÜLD:

„CHINOIN”

GYÓGYSZER-ÉS-VEGYÉSZETI-TERMÉKEK-GYÁRA R-T
(DR. KERESZTY ÉS DR. WOLF)

UJPEST, TÓ-UTCA



Különben pedig ne tévesszük szem elől, hogy a physikai therapiás hatások kevés kivétellel csak nagyon rövid időre változtathatják meg a vérkeringést. Ez tehát a physikai therapiának oly fejezete, a hol nagyon erősen diskreditálhatnak, ha túloznak.

Gyakorlati szempontból csak azok az eljárások fontosak, melyeknek hatása legalább órákra kihat. Ezeknek többnyire külső, látható eredményük is van. Ide tartozik az erőlyes általános massage; azon módszerek, melyeknek segítségével a helyi és általános vérbőséget (az erek tágítását) elérhetjük, tehát magas hőmérsékű levegő, víz, iszap, homok; továbbá villamos kezelések relativ magas intenzitással (rekeszes fürdők, 30—50 milliampere, $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óra tartam), és végül gépekkel végzett hatások, a melyeket azonban pontosan adagolni kell. A Zander-, Herz- stb. gymnastikának csak egyes gépeknél van jelentékenyebb hatása a szívre. Nagyobb eredményt csak hosszú kezelés után látni, ha a beteg egészen kúrájának élt, de ezt többnyire nehezen lehet elérni. Kárt ritkán látni, kivéve, ha valaki súlyos stenosit vagy oly myocardiumot akart minden áron géppel kezelni, a mely tartalék-ereje határán tart. Egészen téves dolog az is, ha valaki éppen kompenzált szívet azonnal gymnastikával és géppel akar „gyakoroltatni”. Ne felejtjük el, hogy ily embereknek többet jelent a Zander-kezelésnél az, ha egyszer megjárják a szobát, és ha a beteg már sétálni tud, akkor sokkal jobb karban van a szíve és a periphéria is, mint a hogyan azt gépekkel valaha el lehetett volna érni. A vitiumos emberek euphoriája a Zander-kezelés után többnyire az általános massage hatása, a melylyel azt egybekötni szokták. Stenosisos vitiumos beteget el kellene tiltani az activ gépkezeléstől. Ezekre hat különben legjobban a massage is. A véráram sebességének szerepét sohasem szabad szem elől tévesztünk.

A *vérbőség* nagyon jelentékeny tényező ugyan a gyógyításakor, de óvakodni kell itt is a túlzástól. Például a *Bier-féle* passiv hyperaemia eredménye nagyon kétséges időszült arthritis eseteiben. Az arthritisnek utókezelésének alphája és omegája a manualis kezelés. A gép lehet akármilyen szellemesen és szakszerűen megépített mű, sohasem elég egyéni és ezért merev és kiméletlen. Gépeket csak nagy izületeken szabad alkalmazni, a hol nem elégséges az emberi erő. A massaget nem szabad elhanyagolni. A szükséges hyperaemiát legjobban iszappal érjük el. Igen fontos és kevésbé megfigyelt valóság, hogy odvas fogak, tonsillacsapok és időszült garatvarok nagy szerepet játszanak az időszült arthritisnek aetiologiájában. Gyakran megszűnnek nagyon makacs izületi bajok az említett látszólag accidentalis bajok eltávolítása után, míg a tisztán helyi arthritiskezelés eredménytelen marad.

E helyen a *radium-ról* és a *radioaktivitás-ról* is kell szólni. A fürdőket és különösen az iszapfürdőket annál hatásosabbnak tartják, mennél erősebb az emanatiójuk. Ebből az következne, hogy különösen makacs esetet radiummal (radiumsóval) simán és gyorsan lehetne meggyógyítani; például az arthritis deformans, vagy a spondylose rhizomelique-t. De ez nincs így. Sőt van gyenge emanatiós fürdő jó, és erős emanatiós fürdő rossz eredményekkel. Itt is tehát az *eset* a mértéket adó tényező. Mindazonáltal tart a reklám. Volt gyár, a mely emanatiót tartalmazó vizet árult azzal, hogy az tartós, holott köztudomású, hogy az egész dolog már 4 nap múlva nem más, mint állott víz. De vannak komoly vizsgálók is, a kik köszvény esetén kaptak jó eredményt. Sajnos, majdnem sohasem voltak ezek a kezelések monoterapiásak. Ama bajok, a melyekben az emanatio állítólag jól hat, többnyire megváltozott étrendre is javulnak és így még mindig nem döntötték el kifogástalan módon, mi tulajdonképpen a specifikus gyógyító momentum. Feltűnő, hogy állítólag csak időszült formák alkalmasak ilyen kezelésre, míg acut esetekben ez a therapia hatástalan. Önkéntelenül kell gondolni arra, hogy eme, különben is szeszélyes lefolyású bajok talán egészen más faktorokra változtak meg, mint az emanatióra. A csodás hatásokat már gyakran és

tetemesen kellett redukálni. Ez idő szerint az a nézet az uralkodó, hogy az emanatio színhelyére kell menni, ha azt akarjuk, hogy igazán nagy legyen a hatás; állandóan emanatióban kell élni. Mirevaló akkor a sok szép mérés Mache-egységekkel?

A *radiumsók* sugarainak közvetlen hatása sem felel meg a várakozásnak. A radium- és a thoriumtherapia eredményei ma még nem olyanok, hogy bizonyos gyógyíthatlan bajok kezelésére e különben is nehezen kapható szerek polgárjogot nyerhessenek. A hatásuk kezdetben ugyan meglepő, később azonban, kivált a nem kívánatos mellékhatások révén, óvatosság szükséges. Nagyon lelkiismeretesen végzett, individuumosan adagolt kezelés dacára észleltek javíthatlan károkat, melyeknek jelentősége sokkal nagyobb, mint analog esetekben másfajta gyógszernél. Tudjuk azt, hogy a radium nemcsak élettani hatásokat tud létrehozni, de azt is, hogy pontosan adagolt mennyiség gyakran necrosisos tüneteket okozott az életre fontos szerveken; azonkívül a recidiva kérdése sincs megoldva és kérdéses az euthanasia is.

Az utóbbi időben neves vizsgálók megegyeztek abban, hogy a *Röntgen-sugarak* bizonyos feltételek mellett ugyanolyan, sőt jobb eredményeket tudnak elérni, mint a radium sugara; ez különösen rosszindulatú daganatokra áll. Eme bajok óriási elterjedésénél, a disponibilis radium csekély mennyiségénél és exorbitans áránál fogva egyelőre gondolni sem lehet arra, hogy eme bajok ellen a szó socialis értelmében küzdeni lehessen radiummal. A Röntgen-sugarak relativ olcsósága kapcsolatban hatásuk egyenértékével a kérdés megoldását sokkal jobban közelíti meg.

Az *elektrotherapia* a physikai therapiának az a része, a melyet főképp hivatlanok polypragmasiája leginkább diskreditált.

A gyakorlatban alkalmazott villamosáram nem okoz néven nevezendő chemiai elváltozást az emberi testben és a mióta kimutatták azt, hogy nincs *kataphoresis*, hanem csak *iontophoresis*, azaz, hogy csak chemiai töredékeit lehet átvenni a bőrön az eredeti oldatnak villamos árammal, ezzel megszűnt a létjogosultsága ennek a különben sem kiadós és nagyon körülményes eljárásnak. Nem nélkülözötte a humort régebben ajánlott szóda-kataphoresis czukorhajosokon; per os való adagolást nagylelkűen megengedett a feltaláló.

A gyakorlati szempontból legfontosabb hatás az ideg-electrotonusra és az izom reakciójára való hatás. A *condensator-kisütés* csakis diagnostikai szempontból bir némi jelentőséggel. A *Tesla-d'Arsonval-áramok* ugyan egész bizonyosan birnak valami élettani hatással, nincs okunk azonban bizni olyan nagyszerű eredmények elérésében, a minőket egyes szerzők emlitenek. A *thermopenetratió*nak is, legalább a belső bajok terén, csak az arthritisnek kezelésében van valami csekély jelentősége. A *Bergonié-eljárást* már fentebb tárgyaltuk. Nem szabad elfelejteni, hogy nem a villamosság soványítana, hanem az izomcontractio (munka).

A *bénulások* kezelése alkalmával nincs nagyobb hiba, mint a distinctio teljes elhanyagolása. Sajnos, ezt a kezelést mint gyárszerű üzemet többnyire az ápolószemélyzetre bízzák, anélkül, hogy a legfontosabb utasításokat megadnák. Így például gyakran látni radialis-bénulás esetén, hogy farádozzák az egész végtagot, holott a béna izmok antagonistáit ki kellene hagyni. Aztán nagyon ritkán tesznek különbséget petyhüdt és spasmusos bénulás közt. Míg spasmusos bénulás esetén az izom mindenféle áramra reagál, addig petyhüdt bénulás esetén előbb meg kell állapítani, mily áramnemre reagál az izom legjobban, vagy egyáltalában reagál-e. Pusztá szánkázás a hengerelectroddal a béna testrészén másra nem jó, mint ut aliquid fieri videotur. Ha *polyneuritis* esetén egész nagy izomcsoportok bénák, akkor néha megengedhetjük magunknak a rekeszes fürdő luxusát. A villamozásnak ezt a módját azonban lustaságból általánosítani nem tartható megengedhetőnek.

A koponyának vagy a gerincoszlopnak villamozása a baj supponált fekvésének megfelelően teljesen czéltalan és eredménytelen még akkor is, ha nagy intenzitással villamoznak.

A rekeszes fürdő nagy electrodeokkal való villamozást jelent. Ezért galvanáram alkalmazásakor 30—50 milliampèret $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ órán át lehet adni, anélkül, hogy subjectiv vagy objectiv kellemetlenség jönne létre. Természetesen nagy hyperaemia támad, a mely soká tart. Ez a módszer többek közt jó arra, hogy a periphéria ereit tágítsa.

A villamos teljes fürdőknek semmi létjogosultságuk sincs.

A hysteriás tüneteknek Kaufmann szerint kezelésekor a túlérős árammal való túlhoszú villamozás néha nagy cyanosist és 180-as pulzust idézett elő. Óvakodjunk itt is a túlzástól és főképp a földzárástól.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Winter G.: Die Indicationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Urban u. Schwarzenberg, Berlin—Wien, 1918.

A terhesség mesterséges megszakításának rendkívül fontos kérdését igen alaposan tárgyalják e munkában Winter és munkatársai. Alapos felkészüléssel felöleli e könyv az összes megbetegedéseket, melyek kapcsán a művi koraszülés kérdése szóba jöhet. A tuberculosis (tüdő és gége) kérdését *Sachse*, a szív és a genitális tractus megbetegedéseit *Benthin*, a vesebajokat és velük kapcsolatos szembajokat *Sachs*, az idegrendszer és a vér betegségeit szintén *Sachs*, a pete megbetegedéseit *Kunckel*, a psychosisokat, továbbá az agy- és gerincvelő-betegségeket *Meyer*, a fül betegségeit *Blohmcke* tárgyalja, a mennyiben a művi abortussal kapcsolatban szóba jöhetnek.

Maga Winter bevezeteskép az indicatiókról általában szól, továbbá a terhességgel kapcsolatos „toxicosis“-okat, az anyagcserebántalmakat és a belső secretiók zavarait tárgyalja. Befejezésül „meg nem engedett indicatiók“ című fejezetben Winter oly kérdéseket tárgyal, melyek részben tisztázatlanok voltak, vagy tévedésekre adhattak alkalmat. A nem orvosi indicatiók fejezetében az ugynevezett socialis indicatiókat is taglalja, mint a mely utóbbi kérdésekkel gyakran zaklatják a szülésorvosokat. Fejtegeti még Winter az eugenetikai indicatiót, sőt a világháború alatt sajnosan keletkezett, ugynevezett erőszak elkövetése után kíváncsi, vagy követelt művi abortus kérdését is. Németország keleti részében az orosz invasio idején elég számos ilyen eset volt.

Az egész könyvön végigvonul az igazságos, de gyakran kérlelhetetlen szigor, hogy gátat vessen az e téren fellépett túlságos engedékenységeknek. Szinte túlzott itt-ott a rideg hang, melylyel az orvosokat a művi abortus indicatióinak felállításától óvja. Hézagpótló könyv, a mely vitás kérdésekben hasznos és tudományosan megokolt, szabatos tanácsokkal szolgálhat.

Sz. dr.

Lapszemle.

Sebészet.

A sérülésekkel kapcsolatban fejlődő zsiremboliáról és „shock“-ról értekezik *H. Siegmann*. A shock elnevezés aetiologice közelebből nem ismert, klinikailag nem egységes állapotok megjelölésére szolgál. *V. Monakow* 3 csoportba osztja a shockot. Megkülönböztet psychés, apoplexiás és traumás shockot. Az első lényege kevésbé ismeretes. Az apoplexiás shock alatt az agyat ért traumák után jelentkező vérkeringési, légzési zavarokkal, esetleg eszméletlenséggel járó elváltozásokat értjük. A tulajdonképpeni traumás shock alatt a szerző azt érti, amely súlyosabb lágyrész- vagy csontsérülés után fejlődik. Az ily shock nemcsak klinikailag, hanem aetiologiallag is egységes körképet nyújt. A mi a klinikai megjelenését illeti, különösen a vér-

keringés részéről jelentkeznek súlyos tünetek, mint vérnyomás-csökkenés, szopora szív működés, kicsiny pulsus. A légzés felületes, ezenkívül, kezdve az apathiától, a legsúlyosabb soporosus vagy comatosus állapotokhoz vezethet. A szerző a sérültek nagy részén a sectio alkalmával a tüdőben, agyban zsiremboliát talált nemcsak a kisebb hajszálerekben, hanem a középnagy arteriákban is. A capillarisokban gyakran a vörös vérsejteket teljesen kiszorította a zsír. Igen sok esetben a mellkas, hasüreg makroszkopice elváltozást nem mutatott a friss pangáson kívül és a histologiai vizsgálattal a szerző általános, súlyos zsiremboliát talált. Az agyban különösen a szürkeállomány vékony ereiben volt jelen, a fehérállomány erei csaknem teljesen mentesek voltak a zsiremboliától. A kisagyban, hidban és nyultagyban szintén szokott lenni, valamint a vesék glomerulusaiban. A szerző a shocknál fellépő cerebralis tüneteket, valamint a légzés és vérkeringés zavarait ezen pathologiai elváltozásokkal hozza összefüggésbe. (Münchener med. Wochenschrift, 1918, 39. sz.) Ifj. Háhn Dezső dr.

Hadsebészeti tapasztalatairól számol be *Busch*. Különösen a Dakin-oldat használhatóságáról és a gázphlegmone gyakoriságáról értekezik. A gránát-sérüléseknek minden fajtájánál, ha excindáltuk is a zúzott részeket és ha natr. hypochlorid-oldatokkal kezeltük, ha a beteg egyébként alkalmas a szállításra, legalább 2 napig figyeltessük meg, mert csak így győződhetünk meg arról, hogy gázphlegmone az esetleg napokig tartó szállítás alatt nem fejlődik ki. Már mutatkozó gázphlegmone esetén a megbetegedett rész excisiója a legbiztosabb módszer; a hol ez nem lehetséges, ott a seb széles feltárása, drainage, valamint a sebnek natrium-hypochlorid-oldattal való kezelése — pár eset kivételével — megakadályozza a gázphlegmonét. Az agy lövéses sérülései, a mely gyorsan csak lehetséges, sebészileg kezelendők. A mellkas sérüléseinek 4—6 nappal a sérülés után a haemothorax punctiója végzendő, ha súlyos tüdőszérülés nincs. A penetráló hassérülések csak konyhasó intravenosus adagolása mellett operálandók a shock elkerülése végett. A nagyobb izületek varrattal elzárandók, esetleg kámforphenollal megtöltendők. (Zentralblatt f. Chir., 1918, 24. sz.)

Ifj. Háhn Dezső dr.

Bőrgyógyászat.

A bőrbajoknak terpentinelajjal való kezeléséről ír *Fr. M. Meyer* (Berlin). Csaknem egy éve annak, hogy *Klingmüller* főként genyeddéssel járó bőr- és nemibajok ellenében a terpentinelajos befecskendezéseket ajánlotta. Az új eljárás elsősorban a szakállban előforduló mély genyes szőrtüszölöbök eseteiben volna ajánlatos, tekintve, hogy künn a harctéren e bántalom elég gyakori, Röntgen-kezelésre meg nincsen mindig alkalom. A szerző *Klingmüller* technikáját követte. Ez abból áll, hogy olajjal hígított 20%-os terpentinelajból emelkedő adagban 0.5—2 cm³-t kell intraglutaalis befecskendezni. Az injectiót 3—4 naponként lehet adni, de csak akkor, ha hőemelkedés nem áll be. *Meyer* 70 betegen próbálta ki az eljárást. A hőemelkedés nem függ az adag nagyságától, de egyébként sem állapítható meg bizonyosan, hogy mily körülmények között jön létre a hőemelkedés. Ez utóbbinak jelentkezése mindenestre nincsen hatással a gyógyulás menetére. Bizonyos azonban, hogy magasabb koncentrációjú terpentineladat (40%-os) jóformán kivétel nélkül lázat okoz. A 20%-os oldat általában nem szokott nagyobb lobos reactiót az injectio helyén okozni. A gyógyító hatás úgy látszik a terpentinhoz van kötve. Az injectiók *Meyer* szerint nem okoznak beteg területeken ugynevezett gócz-reactiót, a mint azt *Klingmüller* tapasztalta. A terpentines injectiók kísérletek folyamán helyi kezelés nem történt. Lehet, hogy *Meyer*-nek azért kellett többször (néha 12 injectio) a befecskendezést ismételni, míg a gyógyulás bekövetkezett. *Klingmüller* ugyanis legfeljebb 4 ízben alkalmazta egy-egy sikeres esetében a terpentín-injectiót. A szerző tapasztalása szerint legjobb és legbiztosabb az eredmény sycosis parasitaria esetei-

ben. A genyedés és beszűrődés az injectiók hatása alatt fokozatosan csökken, majd egészen elmúlik. Nem oly feltűnő, de még mindig igen jó a hatás furunculosis eseteiben. Különösen hatásos volt a kezelés egy 14 hónap óta fennálló fejbőr-furunculosis esetben. Négy terpentin-injectio három hét alatt meggyógyította a beteget. Más betegségek ellenében (lábszár-fekély, acné, lichen ruber stb.) az injectiók alkalmazása nem jár oly határozott eredménnyel. Aránylag jó hatás mutatkozott azonban kifehélyesedett fagyás-daganatok eseteiben.

Meyer az eljárástól különösen akkor vár kitűnő eredményt, ha majd egyéb gyógyítómódokkal, például sugaras kezeléssel kombinálják. (Berliner klin. Wochenschrift, 1918, 37. szám.)
Guszman.

Gyermekorvostan.

A gyermekkori appendicitis kórjelzéséről ír Drachter. Utal arra, hogy a gyermekkori appendicitisben sokkal nagyobb a halálozás, mint a felnőtteken s ennek okát abban látja, hogy a bajt rendszeren későn ismerik fel s így későn is operálnak. Hangsúlyozza azt a tényt, hogy a gyermekkori appendicitist majdnem mindig a kísérő hashártyagyulladás tüneteiből kórjelzik. Kivétel csupán azok az esetek, a melyekben a serosa lobosodása miatt hamarosan jön létre a szomszédcs belek letapadása és így jól érezhető perityphlitis tumor észlelhető, hashártyalob minden egyéb kísérő jelensége nélkül.

A diagnosis felállításának megkönnyítésére ajánlja, hogy elsősorban is pontosan tudakoljuk ki, hogy a gyermek az utolsó éjjel hogyan aludt, mert ha nyugtalan éjjelről hallunk, akkor ez az esetek többségében appendicitist tesz valószínűvé. A kezdeti szakban rendszeren székrekedés van s ritkák azok az esetek, hol hasmenés vezet be a folyamatot. Fontos a hőmérsék-emelkedés, mert a heveny időszakban mindig jelen van, csak a genyedéssel nem áll mindig arányban a láz magassága. Ha a gyermek ágyában könnyen ül fel, ez appendicitis ellen szól. A gyermek arcszínének megfigyelése is fontos; ha a gyermek arca kipirult a láz mellett, akkor nem valószínű a hasüri lobosodás. Ha a jobb alhas tájon korgást érzünk, vajmi kevés a valószínűsége az appendicitisnek; ellenben igen fontos szerepe van a reflexes hasfal-feszülésnek a tapintáskor. Ha jelen van, a laparotomia indiciója áll fenn. Ha a „resistance musculaire“-t keressük, mindig kiméletesen tapintsunk, mert a mélybe való erős tapintással hosszabb fájdalomérzést válthatunk ki és például pyelitis, dysenteria, esetleg tüdőlob esetén is, a fájdalom tartóssága folytán szinten előállhat a reflexes hasfal-feszülés.

A Blumberg-tünet peritonitis esetén mindig pozitív. A genitális tünetek, a rectum meteorismusa, a hasfal-reflex (Sicard), az elpirulás a hasfal megnyomásakor, nem megbízható jelenségek.

A narcosisban való vizsgálat egyes esetekben igen jó haszonnal járhat, azonban tudnunk kell, hogy a hasfal reflexes feszülése fennállt-e, mert a narcosis ezt a legfontosabb tünetet elvesztjük.

Sok esetben nagy fontossággal bírhat a hátulsó hasfal kitapintása, a mit vagy a beteg hasfekvésében, vagy rendes hátfekvésben, a hát alá csusztatott kézzel végezzük és ezzel keressük a reflexes hasfalfeszülést. (Münchener med. Wochenschrift, 1918, 38. sz.)
Bókay Zoltán dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Trypaflavin néven egy új antisepticum jött forgalomba (diaminomethylacridiniumchlorid). Állítólag bacteriumölő hatásával felülmul minden eddig ismert antisepticumot, a szervezetre pedig teljesen ártalmatlan. Neuschaefer kitűnő eredménnyel használta a sebészeti gyakorlatban, főleg 1^o/₁₀₀-s oldat alakjában. Az oldatok világosságon könnyen bomlanak s azért sötét üvegben tartandók. (Medizinische Klinik, 1918, 34. szám.)

Nátha ellen Güttich nagyon ajánlja a lenirenint, amely suprareninből, cocainból, alumin. hydr.-ból és lenicetből áll. A poralakú szert az orrba kell fújni. Heveny laryngitis eseteiben is jó eredménnyel használható. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, 1918, 17. füzet.)

A trypaflavin nevű új antisepticummal Flesch gáz-phlegmone néhány esetében ért el jó eredményt, Baer és Klein pedig mint antigonorrhoicumot ajánlja. Utóbbiak Janet-öblítés alakjában használták naponként kétszer az 1:4000—1:1000 oldatot kissé megmelegítve. (Münchener medizinische Wochenschrift, 1918, 35. sz.)

A köszvény gyógyításáról ír Steinitz. A mi a diatétát illeti, legjobb volna a tiszta tejdiéta, csak hogy ez hosszabb időn át nem igen használható. A purinmentes diétának nagyon kevés a hatása a vér húgysavtartalmára. Az alkohol okvetlenül kerülendő, már egyszeri excessus is nagyon káros lehet. Az alkális vizek, melyeket köszvény eseteiben használnak, főleg a nagy folyadékmennyiségekkel való átöblítés útján hatnak; ugyanazon alkáliáknak sok folyadék nélkül nincs hatásuk. Az atophan gyorsan és erősen csökkenti a vér húgysavtartalmát; hatása azonban gyorsan múló; ezért hónapokon át kell adni, még pedig diéta napokkal megszakítva (4 napig atophan, naponként 3—4 tabletta, utána 3 napig diéta stb.). Enyhe radium-ivókúrák is szóba jöhetnek: naponként egy palack brambachi Wettinforrás 1000 Mache-egységgel. (Zeitschrift f. phys. u. diät. Ther., 1918, 8. és 9. füzet.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 40. szám. Poppen: Kettős fénytörésű lipid-testek kísérleti úton való lerakódásáról a szemben. Faragó Kornél: Chronikus malaria által okozott meningismus.

Budapesti orvosi ujság, 1918, 41. szám. Nestlinger Miklós: A szemfenék öregkori változásának ritka esete. Szily Pál: A tejtherapiáról.

Vegyes hírek.

Az ú. n. „spanyol nátháról“ érdekes dolgozat érkezett lapunk zártakor Leitner Fülöp dr., kolozsvári egyetemi tanársegédétől, az Isonzo-hadsereg egyik tartalékkórházának osztályos főorvosától. A dolgozatot legközelebbi számunkban hozzuk, de a kérdés aktualitása miatt már most jelezzük röviden a gyógyításmódot, a melyet előzetes eredménytelen próbálgatások után a szerző nagyon jónak talált a súlyos, pneumoniai járt esetekben. Sublimatot ad intravenásan, még pedig első adagnak 2 milligrammot (két cm³ az 1^o/₁₀₀ oldatból), a további napokon naponként 3 milligrammot, szívgyengeség esetén 0.20 gramm coffeinum natrio-benzoicummal együtt. Vesegyulladásra valló tünetek mellett eddig nem merté használni ez eljárást, melylyel a 80%-os halálozást 20%-ra sikerült leszorítania.

Cholera Berlinben. A német birodalom fővárosában az utóbbi hetekben több choleraeset fordult elő; így a szeptember 29.-étől október 6.-áig terjedő héten 9 eset, a melyek közül 8 halálosan végződött. A fertőző csirákat nyilván Oroszországból hurczták be, a hol egyes elszórt esetek állandóan előfordulnak. Minthogy a megbetegedettek Berlint nem hagyták el s nem is érintkeztek Oroszországból jövőekkel, arra a lehetőségére gondoltak, hogy Oroszországból szállított élelmiszerek közvetítették a fertőzést.

Személyi hírek külföldről. Az erlangeni egyetem anatómiai tanszékére A. Hasselwander dr. müncheni rendk. tanárt nevezték ki. — A marburgi egyetem sebészeti tanszékét N. Guleke dr. strassburgi magántanárral töltötték be.

Meghalt. Lauschmann Gyula dr., Fehér vármegye tisztí főorvosa, október 8.-án 57 éves korában Székestehérvárott. — Szelke Béla dr. tartalékos ezredorvos, fővárosi nőorvos, október 6.-án 31 éves korában Budapesten. — Wohl László dr., népfőlkeli főorvos, 29 éves korában október 5.-én Sátorajauhelyen. — Szabó Richárd dr., erzsébetvárosi járásorvos, október hó 2.-án. — Schröder Gyula dr. Győrött. — Fodor Béla dr. nyugalmazott járásorvos, 72 éves korában szeptember 29.-én Rimaszombatan.

Lapunk mai számához a „Chinoín“ gyógyszer- és vegyészeti termékek gyára r.-t. (Dr. Kereszty és Dr. Wolf) Újpest Domopon szerére vonatkozó prospektus van mellékelve. A Domopon igen jó belföldi opium-készítmény és tartalmazza tiszta és vízben oldható állapotban az opium összes alkaloidait.

SZT.-GELLÉRT

gyógyfürdő és szálló, Budapest

A régi nagy hírű Sárosfürdő 47° C forrásai. Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Termalfürdők, iszap-, szén-savas fürdő, vizgyógyintézet.

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

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM

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

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

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

Fővárosi Fásor Sanatorium

Magán-gyógyintézet sebészeti, női és belgyógyászati betegek részére. Teljesen modern új szülészeti és sebészeti osztályokkal kibővíve.

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

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

Dr. GRÜNWALD SANATORIUMA

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

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

Dr. Batizfalvy-féle Bel-, ideg- és női betegek családias otthona. Vizgyógymód, villamos kezelések. Hízaló, soványító kúrák. Bejáróknak is.

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

Dr. Forbát bakteriologiai, serologiai és vegyi orvosi laboratoriuma VI., Teréz-körút 22. / Telefon 121-02.

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

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.

Sebészet :: Nőgyógyászat :: Urologia

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

Budapesti medicomechanikai ZANDER -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.

PÁLYÁZATOK.

7661/1918. ki. sz.

Csik vármegye gyergyószentmiklósi járásban gyergyóújfalvi székhelyvel Kilgenfalva, Vasláb és Tekerőpatak községekből álló közegészségügyi körben üresedésben levő **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. szakaszában előírt képesítésüket, eddigi alkalmasságukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **flyó évi október hó 24.-éig** annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom. A választás napját később fogom megállapítani.

Az állás javadalmazása évi 1600 korona törzsfizetés s megfelelő háborús segély, 200—200 korona korpótlék, természetbeni lakás, szabályrendelileg megállapított látogatási és rendelési díjak, halottkémelési és vágóbiztosi díjak.

Még megjegyzem, hogy a legtávolabbi község a kör székhelyétől 6-13 km. távolságra fekszik.

G y e r g y ó s z e n t m i k l ó s, 1918 szeptember 29.

Zakariás, főszolgabíró.

A Diószegi cukorgyárnál **orvosi állás** azonnal betöltendő, pályázatok a Diószegi cukorgyár igazgatósága címére, Magyar-diószeg, Pozsonymegye intézendők. Javadalmazás: kölcsönösen megállapítandó készpénzfizetés, lakás, fűtés, világítás és úri ellátás.

Diószegi gazdaság, cukor- és szeszgyár részvénytársaság.

1965/1918. szám.

A vezetésem alatt álló gyöngyösi alapítványi közkórháznál megüresedett **alorvosi állásra** — a kórházi bizottságnak határozata alapján — ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen alorvosi állás 2000 korona törzsfizetés és 540 korona lakbérjavadalmazással van egybekötve és a megválasztandó orvos a közkórháznál teljesítendő kötelezettség sérelme nélkül magángyakorlat folytatására jogosult.

A megválasztandó alorvos köteles állását a megválasztás után lehetőleg azonnal elfoglalni, mely célból a kórház igazgatójánál kellő időben jelentkezni tartozik. Állása a közkórházi alapszabály 76. §-a, illetve az 1912. évi LXV. t.-cz. alapelvei nyomán nyugdíjképes.

A betöltendő orvosi állást részletező szolgálati szabályzat a közkórház igazgatóságánál betekinthető.

Megjegyeztetik, hogy mivel a megválasztandó alorvos a női elmeosztály vezetésével lesz megbízva, pályázók az elmeorvóságtanban való jártasságukat okmányokkal igazolni.

Ezen állás elnyerése iránti kérvények, az egyetemes orvostudori oklevéllel, valamint egyéb, az eddigi foglalkozást tanúsító okmányokkal kellően felszerelve **1918. évi október hó 25. napjának délután 5 órájáig** Gyöngyös város polgármestere, kir. tan., mint a közkórházi bizottság elnökehez nyújtandók be.

Később érkező kérvények figyelembe vételni nem fognak.

G y ö n g y ö s, 1918 október 4.-én.

Frindt F. József dr., kórházi igazgató.

5611/1918. sz.

Bars vármegye garamszentkereszt-i járásához tartozó Geletnek község székhelyével rendszeresített, 15 községből álló geletneki közegészségügyi körben megüresedett **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

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

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

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

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérvényüket hatóságomhoz **flyó évi október hó 30. napjáig** adják be, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

A választás kifizetése iránt később intézkedem és megjegyzem, hogy a megválasztandó állását azonnal köteles elfoglalni, miért is hadmentes vagy rokkant katonasorvosokat előnyben részesítik.

G a r a m s z e n t k e r e s z t, 1918 szeptember 30.

Finka Sándor, főszolgabíró.

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 **flyó hó 15.-éig** alulirott igazgatóságnál nyújthatják be.

B u d a p e s t, 1918 október 1.

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

6645/1918. eln. sz.

Hódmező-Vásárhely th. város közönsége által fenntartott „Erzsébet“-közkórház szemészeti osztályán nyugdíjazás folytán megüresedett **osztályos főorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek.

Az állás kezdő javadalmazása (2600) kettőezerhatszáz korona évi fizetés és (600) hatszáz korona lakbér. Az állás nyugdíjjogosultsággal van egybekötve és a magángyakorlat meg van engedve.

A pályázók az orvosi oklevél megszerzésén kívül a teljes szemészeti klinikás gyakorlatukat, életkorukat, egészségi állapotukat, erkölcsi magaviseletüket és eddigi foglalkozásukat igazoló okmányaikat bemutatni tartoznak.

Felhívom a pályázni kívánókat, hogy pályázati kérelmeiket, a fentebb jelzett okmányokkal felszerelve, Hódmező-Vásárhely th. város polgármesteri hivatalához a **flyó 1918. évi október hó 21. napjának délutáni 5 órájáig** küldjék be.

H ó d m e z ő - V á s á r h e l y, 1918 október hó 5.-én.

Soós István dr., h. polgármester.

1233/1918. ikt. sz.

Békés vármegye közpörházában a **műtörorvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, ezen állás betöltésére pályázatot hirdetek.

Felhívom azon kartárs urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy erre vonatkozó kérvényeiket Békés vármegye főispánjához *Füzesséry Zoltán dr.*-hoz intézve, **hozzám folyó hó 28. napjáig** annyi-
val inkább beküldeni szíveskedjenek, mert a később érkező kérvények a pályázatban nem vehetnek részt.

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

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

Gyulán, 1918 október 4.-én.

Békés vármegye közpörházának igazgatója.

5612/1918. sz.

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

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

A körorvos köteles a körbeli trachoma-szembetegeket a trachoma-kezelési átalányért, a vagyontalanokat pedig díjtalanul gyógykezelni és köre községeit minden évben május 1.-től október végeig havonként egyszer, november 1.-től április végeig pedig kéthetenként egyszer be-
utazni.

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

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

Felhívom a pályázni óhajtókat, hogy szabályszerűen felszerelt kérelevelüket hatóságomhoz **folyó évi október hó 30.-áig** adják be, mert a később érkezőket figyelembe nem veszem.

A választás kitézése iránt külön fogok intézkedni.

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

Garamszentkereszt, 1918 szeptember 30.

Finka Sándor, főszolgabíró.

9872/1918. sz.

Sopron vármegye csornai járásához tartozó **szanyi körorvosi állásra** pályázatot hirdetek és felhívom a pályázni óhajtókat, hogy törvényes képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényeiket **folyó hó 14.-éig** hozzám adják be.

A körorvosi körhöz Szany székhelylél Szany, Sobor, Rábaszent-andrás, Vág és Rábasebes községek tartoznak közel 6000 lakossal.

A körorvos javadalmazása az 1908. évi 38. t.-cz.-ben megállapított 1600 korona készpénzfizetés, 600 korona lakpénz, 500 korona fuvarátalány; a körben két uradalom is fekszik.

A választást **folyó hó 15.-én délelőtt 9 órára** Szany községbe kitűzöm.

Csorna, 1918 október 4.-én.

A főszolgabíró.

204—1918. sz. ig.

A vezetésem alatt álló marosvásárhelyi m. kir. állami kórháznál Belügyminister urnak 113.656—1918. X. b. sz. rendelete alapján betöltendő, a VIII. fizetési osztálynak megfelelő évi 3600 kor. fizetés, 1040 kor. lakpénz, továbbá a szabályszerű pótlékok és segélyekkel javadalmazott **bőr- és bujakóros osztályos főorvosi állásra**, mellyel a fertőző osztály vezetése is össze van kötve, ezennel pályázatot hirdetek. A kinevezendő főorvos munkakörébe fog tartozni ezen kívül az igazgató-főorvos vezetése alatt álló sebészeti osztályhoz csatolt Röntgenlaboratorium egyelőre való ellátása is. A pályázni kívánók keresztlevéllel (születési bizonyítvány), elméleti és gyakorlati képzettségükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal szabályszerűen felszerelt folyamodványukat a nagyméltóságu Belügyminister urhoz czimezve legkésőbb **1918. évi október hó 23.-áig** annál is inkább nyujtsák be, mert később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Marosvásárhelyt, 1918. szeptember hó 27.

Hints Elek dr., igazgató.

6351/1918. ki. sz.

Jász-Nagy-Kun-Szolnok vármegye jászszági felső járásában a Jákó-halma-Jásztelek községekből álló egészségügyi kör (kb. 7300 l.) orvosi állása megüresedvén, ezen **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az állás javadalmazása: 1. 1600 korona évi fizetés és 4-szer 200 korona ötödéves korpótlék. 2. 500 korona lakbér. 3. Természetben való fuvar Jásztelek (3½ km.) hetenként kétszeri meglátogatására. 4. Körülbelül 1000 korona telepörvosi díj az állami gyermekek után. 5. 800 korona a jászberényi ker. munkásbiztosító pénztárnál. 6. A vármegyei szabályrendeletben megállapított beteglátogatási, rendelési, halottkémlelési, műtői, távolsági stb. díjak. 7. Az előbbeni körorvos a pusztamizsei Kohner-uradalomnak is orvosa volt.

Felkérem a pályázni kívánó orvos urakat, hogy kérvényüket s okmányaikat hozzám **folyó évi november hó 5.-éig** küldjék be.

Jászberény, 1918. október 1.-én.

Varga, főszolgabíró.

Nöhring B. IV

Tuberculosis elleni gyógyszer.

St. I: könnyebb eseteknek } Közlebbbit 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.

Dr. PÁPAY-féle Oltóanyag- és Szerum-intézet R.-T. Budapest, VI., Teréz-körut 31.

Biztos fogamazásu és enyhe reaktiójú

HIMLÖNYIROK

Magas titerű és gyógyító
SERUMOK:

tetanus, dysenteria, diphtheria, meningitis és streptococcus,
(skarlát) stb. fertőzések ellen.

Telefon: 20-19.

pontos szállítása, változatlan régi árban.

Fontos adagolású

VACCINÁK:

Praeventiv oltásra: Typhus, Cholera, vegyes Typhus-Cholera,
Curativ oltásra: (Wright szerint), Gonococcus Streptococcus,
Staphylococcus.

Sürgőnyezim: **PÁPAI OLTÓINTÉZET.**

Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning, Hoechst Majna m.

NIRVANOL

iznélküli
altatószer.

Megbízható, jól tűrt, ártalmatlan. Belsőleg:
1 tabletta à 0,3 gr., ill. 0,5 gr.

Eredeti csomagolás:
15 tabl. à 0,3 gr., ill. 10 à 0,5 gr.
10 amp. à 4 ccm.

OXAPHOR

ártalmatlan
antidyspnoikum.

Zirkulatorikus, respiratorikus és uraenikus
dyspnoë, asthma stb. ellen.

Adagolás:
2—3-szor napjában 2—3 gr. Oxaphor.
Oxaphor = 50% alkoholos oxykamphor-
oldat.

PYRAMIDON

legjobb
antipyretikum

Kiváló analgetikum, ártalmatlan anti-
pyretikum tuberkulosis és typhusnál.

Eredeti csomagolás:
20, ill. 100 tabl. à 0,1 g
10, ill. 20 tabl. à 0,3 g.

VALYLGYÖNGYÖK

(Valeriansavdiäthylamid)

Jól bevált

sedativum és nervinum.

Tulajdonságai:

Állandó, fokozott, tipikus baldrianhatás, sedativ, analeptikus. Vékonybélben oldódik, emésztési csatornában kellemetlenséget nem okoz.

Indikációk:

Neurasthenia, ideges szivbaj és álmatlanság.
Helybeli érzéstelenítés előtt mint psychikus nyugtató.
Menstruációs- és terhességi bántalmaknál.
Tengeri betegség, meniere-féle szédülés, fülzúgás.
Scotoma-scintilla, asthenopia stb.

Adagolás:

2—3-szor napjában 2—3 gyöngy à 0,125 gr.

Eredeti csomagolás:

25 gyöngy à 0,125 gr.

Irodalom és minták az orvos urak rendelkezésére állanak.

SABROMIN

íz nélküli
brómkészítmény.

Jól tűrik, igen jó hatású antispasmodikum
és sedativum.

Eredeti csomagolás:
20 tabletta à 0,5 g.
2—4-szer napjában 2 tabl.

ARGONIN

nem izgató
antigonorrhoeikum

Erősen bakterizid, mélyreható.
Heveny gonorrhoea, blenorrhoea, neonato-
rum stb.

Adagolás:
Urologia: 1—10% befecskendezésre.
Ophtalmologia: 3% becsöpögtetéshez.

ORTHOFORM

nehezen oldódó
helyi anaestheticum

Gyorsan jelentkező tartós hatás.
Sebanaestheticum, és gastralgiaáknál

Adagolás:
Belsőleg: 0,5—1 gr. mindig étkezés előtt.
Külsőleg: 5—50% és substanciában.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Pólya Jenő: Közlemény a székesfővárosi Szt. István-kórház III. és a Zita-kórház I. sebészeti osztályáról. A dohányzacskóvarrat néhány alkalmazásáról a köldöksérvek és bizonyos hasfali sérvek radikális zárása alkalmával. 547. lap.

Leitner Fülöp: Közlemény az Isonzo-hadsereg egyik tartalékkórházából. (Kórházparancsnok: Badacsonyi Mihály dr., főtörzsorvos.) Az úgynevezett „spanyol nátha” aetiologiája, tünettana és gyógykezelése. 549. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Julius Pikler: Sinnesphysiologische Untersuchungen. — **Lapszemle. Sebészet. L. Bornhaupt:** Agycystának operatio után gyógyult esete. — **E. L. Fieber:** Léprepedés esetén alkalmazott vértransfusio. — **H. Finsterer:** A tompa hassérülések diagnosisa. — **W. Keppler:** Gyuladással megbetegedések intravenosus kezelése. — **Gyermekorvostan. Rietschel:** A háborús enuresisről és annak vonatkozásairól a só- és szénhidratanyagcseréhez. 553—555. lap.

Magyar orvosi irodalom. 555. lap.

Vegyes hírek. 555. lap.

Tudományos Társulatok. 556—558. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi Szt. István-kórház III. és a Zita-kórház I. sebészeti osztályáról.

A dohányzacskóvarrat néhány alkalmazásáról a köldöksérvek és bizonyos hasfali sérvek radikális zárása alkalmával.

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

A dohányzacskóvarratot a köldöksérvkapu radikális zárására már 1905-ben ajánlottam.¹ Akkoriban a Mayo-féle gyökeres köldöksérvműtét híve voltam. Ez az eljárás, a mely tulajdonképpen maga is a Gersuny-féle eljárás egy modificatioja, abban áll, hogy a sérvtömlő kiirtása s a peritoneum elvarrása után hosszirányban egyesítjük előbb az elülső rectushüvelyekből készített két lebenyt, aztán magát a két rectust, az elülső rectushüvely sebét s végül a bőrt. Már most azt a tapasztalatot szereztem, hogy valamivel nagyobb sérvkapu, avagy nagyobb rectus-díastasis esetén az elülső rectushüvelyekből készült két lebenynek, még inkább azonban az izmoknak s az elülső rectushüvelyek sebszéleinek hosszirányban való egyesítése, ha egyáltalán, csak nagy feszüléssel sikerül; a varratok folyton szakadtak, átvágtak. A gallérszerűen felhajtott rectushüvelylebenyeknek dohányzacskóvarratral való összehúzása ezeket a nehézségeket egy csapással megszüntette s aránylag nagy, 3—4 harántujnyi átmérőjű lyukak esetében is nemcsak a rectushüvelylebenyek, de a dohányzacskóvarrat megcsomózása után maguk a rectusok is csodálatos könnyűséggel, minden feszülés nélkül összejöttek.

A következő években aztán divatba jött a Mayo-féle haránt hasfalduplázás s ezen igen egyszerű és emellett radikális zárást ígérő eljárást magam is elég sokszor s általában igen jó eredménnyel alkalmaztam. Elvértve azonban láttam recidivát is.

A recidivák Mayo-műtét után vagy a heg egyik végében, vagy valamelyik varrat helyén keletkeznek, ez utóbbiak úgy, hogy a varrat átvág és helyén kis lyuk keletkezik, mely a megduplázott hasfal mindkét lemezén áthatol (3—5. ábra). A heg végében beálló recidivák oka pedig nyilván az, hogy ehelyütt a duplázás alkalmával könnyen keletkezik egy kis hegyes csücskével előre kidudorodó tasak, különösen olyan-

kor, ha a defectus szögletei nem hegyesek, hanem többé-kevésbé lekerekítettek.

Azért már erre a recidivaformára való tekintettel is, de egyéb megfontolásokból kifolyólag is, hasfalduplázást — történjék az akár harántirányban, mint a Mayo-féle köldöksérvműtét alkalmával, akár hosszirányban, mint azt köldöksérvekre Sapiejkó és Piccoli, hasfali díastasisokra Hartmann, epigastriális herniákra Witzel és én ajánlottuk, s történjék az akár egysoros Lambert-szerű varratokkal (6. ábra), mint a Witzel²-féle epigastrium-sérvműtét alkalmával, akár kétsoros varratokkal (egy sor matrác-, egy sor letűző-varrat, 1. 1. és 2. ábra), mint a fennebb említett többi műtétmodor alkalmával — csak linearis vagy hegyes szögletekkel bíró ovalis (1. ábra) formájú vagy legalább is könnyen ilyen alakúvá formálható defectus elzárására érdemes használni, míg kerek defectusok elzárására a dohányzacskóvarratot sokkal alkalmasabbnak tartom.

Hogy miért, azt kifejtettem egy régebbi munkámban³ s az ott mondottakhoz ma sincs semmi hozzáfűzni valóm. Ha kör alakú defectust csomós varratokkal próbálunk összehúzni, ezzel a kört átmérője (lásd a 8. ábrán a matrácvarratot) vagy húrjai irányában igyekszünk összehúzni, így a feszülés csak egy irányban: a varratok irányában érvényesül. Viszont a dohányzacskóvarrat alkalmával, mely a nyílást concentrikusan szűkíti, a feszülés minden irányban egyenlően megszlik.

Azt sem szabad felednünk, hogy minden ilyen kerek sérvkapu a hasfal egy kis lyukának folytonos tágulása, tehát az eredeti lyukat környező szövetelemek excentrikus széttérése (7. ábra, kettős nyílak) folytán keletkezett s így a sérvkaput körülvevő szövetelemek ebben az irányban nyúltak volt meg. A lyuk megszüntetésének most már ebből folyólag legtermészetesebb módja a concentrikus irányban való szűkítés (7. ábra, egyszerű nyílak), a midőn mintegy visszafelé csináljuk meg a sérvkapu tágulása folytán végbement folyamatot s a tágulás folyamán széjjelment szöveteket eredeti helyzetükbe, egy pontba hozzuk vissza, míg az egyéb el-

² Volkmann's Samml. klinischer Vorträge, 10. új sorozat. Míg Witzel a linea alba, addig Sick az aponeurosisok varratára ajánlotta e varratot (Zentralblatt für Chirurgie, 1908). Igen jól használható eljárás, azért fedezik fel folyton újra; utoljára Hans Hans írta le (Zentralblatt für Chirurgie, 1917, 1003. oldal).

³ A hernia epigastrica kapujának gyökeres zárásáról. Orvosi Hetilap, 1908, 25. sz. és Pester medizinisch-chirurgische Presse, 1909, 5. szám).

¹ Budapesti Orvosi Ujság (Sebészet), 1905, 2. sz. és Zentralblatt für Chirurgie, 1905, 42. sz.

járások a körből egy harántul vagy hosszirányban futó vonalat igyekeznek készíteni.

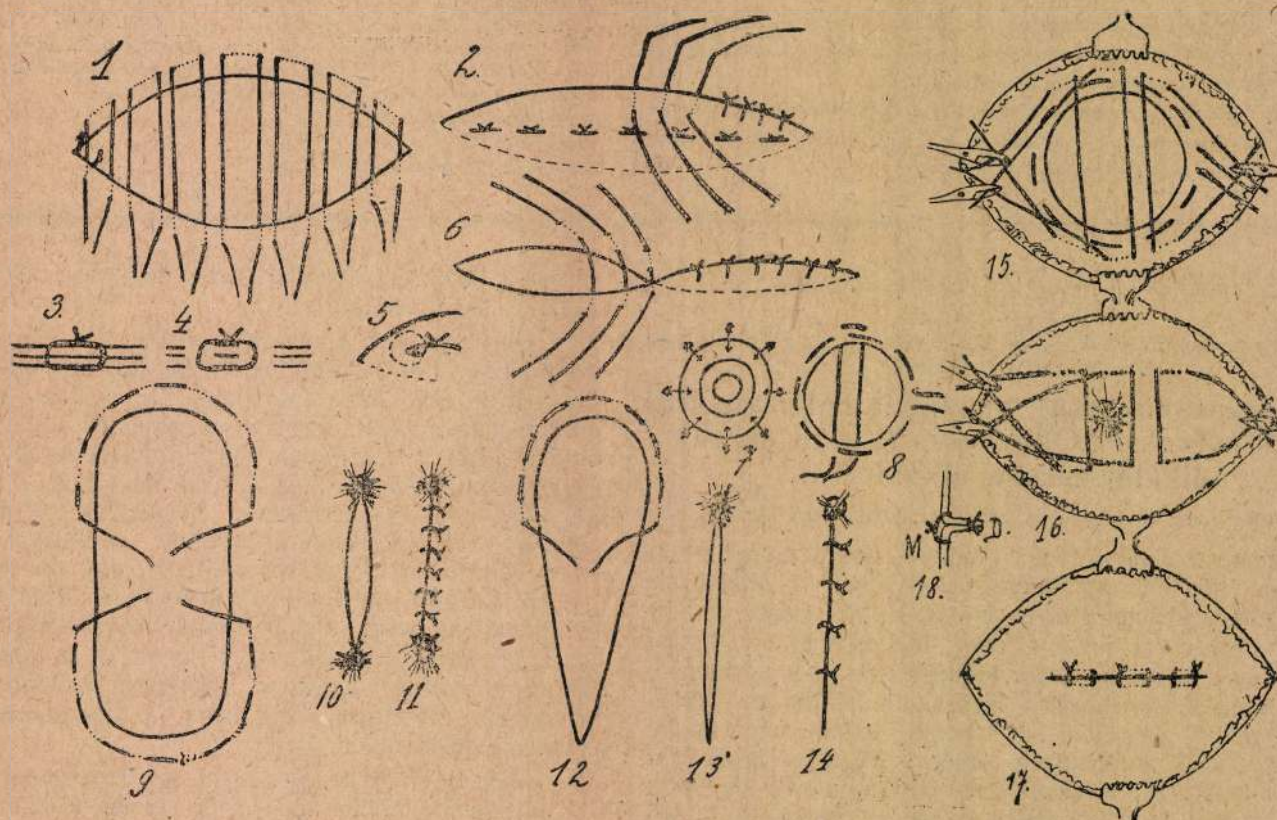
Azért a nagyjában kör alakú, kerek sérvkapuk összevarrásának legtermészetesebb és legjobban kínáló módja a dohányzacskóvarrat.

Más kérdés, hogy a Maydl-műtét, a melynek modificatiójaképpen ajánlottam a dohányzacskóvarrat alkalmazását, csakugyan a legjobb műteti principiumon épült-e fel.

A Maydl-műtét maga is, mint említém, tulajdonképpen a Gersuny-eljárás egyik modificatiója, mely utóbbinak lényege a rectushüvelyeknek felhasítása abból a célból, hogy a két rectusnak a középvonalban való egyesítése lehetővé váljék. Ugyanez történik jelentéktelen eltérésekkel az Ostermayer-, valamint a Karewski-eljárások alkalmával s a Maydl-, valamint a Nable-eljárás csak abban különbözik tőlük, hogy az elülső rectushüvelyből szélesebb lebenyt készít, mint amazok.

ratokkal Lucas Champonnière és az elülső rectushüvelyt többszörösen felszedő ránczó varratokkal (Raffnähte) Bier. A Bier-féle ránczó varratokat a köldökgűrű körül vitt dohányzacskóvarrattal kombinálja Lexer eljárása, melyet Ebner 1908-ban közölt.

Azonban kétségtelen, hogy a rectushüvelyeknek ilyen hosszirányú, a test középvonalával párhuzamos ránczolása csak meglehetősen feszüléssel történhetik. Már Kocher kiemeli, hogy a köldökgűrű összevarrása sokkal könnyebben sikerül harántirányban, mint hosszirányban. Ennek okát ő a Richet-féle fascia rostozatában látja. Ennél a vékony fascia-rétegnél azonban kétségtelenül lényegesen nagyobb szerep jut a leírt jelenség előidézésében annak a körülménynek, hogy úgy a köldökgűrűt körülvevő rosttömeg, mint az egész linea alba s a rectushüvelyek tulajdonképpen a haránt és ferde hasizomzat ínai által alkotottnak s minden hosszirányban való egyesítési kísérletnek ezen izmok összehúzódását kell legyőznie, míg



A Gersuny-eljárás egy másik irányú fejlesztésének tekintendő a Biondi, Busse, Menge által ajánlott műteti eljárás, melyben a rectushüvely felhasítása s a rétegek egyesítése oly módon történik, mint a Pfannenstiel-has metszés alkalmával, vagyis úgy, hogy a varratok egymásután következő rétegei ne párhuzamosan fussanak, hanem egymást keresztezzék. Még komplikáltabb modificatiói a Gersuny-eljárásnak azok, melyekben a rectusokból készített lebenyek (Dauriac, Diakonoff és Stankow), avagy maguk az in toto kihüvelyezett s egymással keresztezett rectusok zárják el a köldöksérv kapuját.

De a rectushüvelyek széleinek felkeresése (különösen, ha a diastasis nagyobb), felhasítása, felpraeparálása, az ennek kapcsán rendszerint beálló vérzés csillapítása már önmagában is komplikálja a műtétet s azért a Gersuny-csoportba tartozó összes műteti eljárások komplikáltabbak, vagy legalább is kevésbé egyszerűek, mint azok, melyekben a rectushüvelyek érintetlenek maradnak. S éppen ezen nagy egyszerűség az, melynek a Mayo-duplázás a köldöksérvek operálása alkalmával nagy elterjedtségét köszöni.

De nemcsak a rétegek megduplázásával, hanem az elülső rectushüvelyek lapszerinti egyesítésével s ily módon a linea alba kiszélesítésével (helyesebben mondva mélyítésével) is lehet megerősíteni a köldöksérv helyén a hasfalat. Ezt csinálja egymás fölött több sorban elhelyezett csomós var-

a harántirányú egyesítés nagyjában ezen izomrostok irányával párhuzamosan történik, nem is szólva arról, hogy maga a hasfal lazasága, mely köldöksérvs egyének, különösen nőknél, igen gyakori, ezt a harántirányú egyesítést nagyon megkönnyíti s hogy a Bumm-féle helyzettel s nevezetesen a törzs előrehajlításával, midőn a symphysis és proc. xiphoideus közeledik egymáshoz, ezt az ellazulást lényegesen fokozni, a defectus tágoságát jelentősen kisebbiteni s a harántirányú egyesítés feszülését nagy fokban csökkenteni bírjuk.

Eme anatómiai okoskodás alapján a hasfal harántirányú ránczolását lényegesen könnyebbnek, feszülésmentesebbnek s így tartósabb eredményt ígérőnek kell tartanunk, mint a hosszirányú ránczolást. S hogy ez az aprioristikus okoskodás a praxisban teljesen beválik, azt Rotter statisztikája³ igen meggyőzően bizonyítja. 39 köldöksérvműtét közül operált

11-szer réteges varrattal,	utánvizsgált	8-at,	recidivált	3
6-szor hosszirányú ránczolással,		9-et,		6
5-ször aponeurosis-plastikával,		17-et,		1
17-szer haránt ránczolással,				

Rotter úgy operál, hogy a sérvtömlőnek lehetőleg dohányzacskóvarrattal való elzárása után harántirányban összevarrja felette a felfrissített köldökgűrűt s efelett a varrat

³ Eschenbach: Archiv für klin. Chirurgie, 1908, 86. k., 140. l.

felett még egy sor varratot alkalmaz oly módon, hogy az aponeurosis 2 cm. szélességben harántirányban lapszerint érintkezzék az első varratsor felett.

Rotter ezen műtéti eljárásáról úgy a műtéttanokban, mint a köldöksérvoperálást tárgyaló specialis munkákban is egyáltalán nem, vagy csak oly homályosan történik említés, hogy a műtétnak éppen ezen legfontosabb momentuma, a hasfalnak harántirányú ránczolása nem tűnik ki s magam is csak akkor jöttem reá Eschenbach eredeti közleményéből, hogy Rotter ezt a ránczolást harántul csinálja, mikor a harántirányú ránczolásra magára a fenti okoskodás s az alább leírandó eljárás kapcsán már rég rájöttem s a mikor éppen ezen eljárás publikálása céljából a litteratura eredeti közleményeit átnéztem.

Rotter eljárásának azonban mindenesetre megvan az a hibája, melyre már cikkem elején reámutattam, hogy t. i. a köldökgyűrű harántirányú egyesítésével csak egy irányban — ha mindjárt a legkevesebb ellentállást nyújtó irányban is — igyekszik legyőzni a feszülést. Ezzel szemben, mint kifejtettem, helyesebbnek tartom, ha kerek defectusról van szó, a köldökgyűrűnek dohányzacskóvarrattal való összehúzását s e dohányzacskóvarrat megerősítéseképpen ránczolom aztán fellette harántul a hasfalat. Ez az eljárás tehát úgy viszonylik Rotter-éhez, mint a hogy a Lexer-féle viszonylik a Bier-éhez és Lucas Champonnière-éhez s míg Lexer a köldökgyűrű dohányzacskószerű elzárását a hasfal hosszirányú ránczolásával kombinálja, addig én a köldökgyűrűnek ezt a dohányzacskószerű elzárását az aponeurosis harántirányú ránczolásával kombinálom; a dohányzacskóvarrat elvét viszont egyszerűbben és gyorsabban kivihetőnek tartom így harántirányú ránczolással kombinálva, mint a Maydl-féle köldöksérvműtét keretébe beillesztve, a mint azt először 1905-ben ajánlottam.

A műtét különben igen egyszerű s következőképpen alakul. A sérvtömlőnek a fedőbőrrel együtt való kimetszése s a sérvtartalom ellátása után a köldökgyűrűt egy a peritoneumon is áthatoló dohányzacskóvarrattal körülöltjük (15. ábra), de ezt a varratot nem csomózzuk, hanem felette és alatta 1—2 cm.-rel (a középvonalban kissé közelebb, kétoldalt kissé távolabb) az aponeurosis és peritoneumot 3 matrácvarrattal öltjük fel, melyek végeit egy-egy Kocherrel rögzítjük. Mialatt ezen fonalakat a Kochernél fogva a segéd kissé megfeszíti, nehogy lazán belelógván a hasüregbe, esetleg valami beléjük csípődjék, megcsomózzuk először is a dohányzacskóvarratot (16. ábra) s miután ennek szarait rövidre levágtuk, megcsomózzuk a három matrácvarratot, miáltal a dohányzacskóvarratot a mélybe elsüllyesztettük (17. és 18. ábra). Úgy is lehet csinálni, hogy a dohányzacskó megcsomóztatása után öltjük fel három U-alakú varrattal az aponeurosis és dohányzacskóvarrat felett és alatt s ily módon süllyesztjük ezt el a mélybe.

Újból hangsúlyozom azonban, hogy ezen dohányzacskószerű elzárás csak akkor logikus, ha a defectus kerek; ha résszerű vagy hegyes szögletekkel bíró ovalis, a duplázás és specialisan a köldöksérvekre a Mayo-féle eljárás az inkább megfelelő. Találkozunk azonban hasfali sérvek operálása alkalmával olyan defectusokkal is, melyek a fennebb említett kerek és kihegyezett ovális kategóriák egyikébe sem tartoznak, a melyek ovalisak, de egyik vagy mindkét végük erősen lekerekített s így nagyjában falevél (12. ábra) vagy ellipsis (9. ábra) alakúak és lekerekített végük vagy végeik nem alakíthatók át egykönnyen hegyessé, akár a diastasis nagysága, akár egyéb körülmények folytán. Az ilyenforma defectusok két iskola-példáját volt alkalmam rövid egymásutánban észlelni. Mindkét esetben emberfejnnyi laterális hasfalsérvekről volt szó, melyek közül az egyik egy általam genyes epehólyaggyulladás miatt végzett cholecystectomy után keletkezett, a hol éppen a genyedés miatt szélesen kellett tamponálnom, a másik egy a harctéren lövés, sérülés miatt végzett laparotomia után. Mindkét esetben a sérv a jobb rectus rostjai között lépett át, a melyeket 4 harántujnál valamivel szélesebb területen távolított el egymástól, mindkettő a bordaív szomszédságától majdnem a Poupert-szalagig terjedt, a de-

fectus formája az első esetben elliptikus, a másikban falevélformájú volt.

A defectusok elzárása, mely első pillantásra igen nehéznek látszott, a legnagyobb könnyűséggel volt eszközölhető, midőn a defectusok kerek végeit, illetve kerek végét (mely ez esetben a bordaív felé esett) a peritoneumon és a hátulsó rectushüvelyen áthatoló dohányzacskóvarrattal összehúztam (9. és 12. ábra); a defectusok ezzel résszerűvé alakultak (10. és 13. ábra) és a duplázás elve szerint könnyen voltak elvarrhatók. A rectusokat is oly közel hozták ezek a dohányzacskóvarratok egymáshoz, hogy az egymástól messzire el távolodott rectusrostokat és elülső rectushüvelyeket a legnagyobb könnyűséggel sikerült egymással egyesíteni. Mindkét esetben síma, prima gyógyulás.

Az elliptikus és falevél-szerű defectusokat tehát kerek végüknek illetve végeiknek dohányzacskószerű összehúzásával tudjuk a legcélszerűbb módon linearissá átalakítani s ily módon a duplázásra alkalmassá tenni.

Nem fejezhetem be ezen a dohányzacskóvarratok használhatóságát demonstráló közlésemet anélkül, hogy reá ne utaljak arra az eljárásra, mely tudtommal tulajdonképpen először használta a dohányzacskóvarratot köldöksérvek elzárására. Ez Gangitano-é (1901), a ki a bal rectuson át végzett laparotomiával hatolt be a hasüregbe, belülről látta el a köldöksérv tartalmát s befelé túrva a sérvtömlőt, belülről alkalmazott dohányzacskóvarrattal zárta el a köldöksérvkaput. Az eljárás nem ment át a gyakorlatba, egyszerű köldöksérvek megoldására csakugyan nagyon is körülményes, azonban bizonyos esetekben, ha például cholelithiasis mellett egy kis reponibilis köldöksérv van jelen — a mi nem éppen ritka —, nagyon kínálkozik arra, hogy — természetesen a jobb rectuson áthatoló laparotomiás seben át — a betegnek az epekövön kívül ezt a baját is elláthassuk. Több esetben magam is megpróbáltam. Nagyon jól és könnyen megy s a cholelithiasis-műtétet alig nyújtja meg néhány perczczel.

Közlemény az Isonzo-hadsereg egyik cs. és kir. tartalékkórházából. (Kórházparancsnok: Badacsonyi Mihály dr., főtörzsorvos.)

Az úgynevezett „spanyol nátha“ aetiologiája, tünetana és gyógykezelése.*

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

Az általánosan „spanyol nátha“-nak nevezett járványos megbetegedés kórházunk belosztályán is nagyszámú esetben fordult elő. A betegség tulajdonképpen nem nálunk ütötte fel a fejét, hanem a frontról hozzánk került betegek (legtöbbjük maláriában szenvedett!) csoportjai hozták a járványt. A kezdeti „náthás fertőzés“ az osztály betegek között óriási számú tüdőgyuladást eredményezett. Ezek száma utóbb „házi fertőzések“ révén ijesztően felszaporodott, ami annál kétségbeejtőbb volt, mert az első csoport, a szokásos tüneti gyógykezelés leggondosabb alkalmazása s a legelkiismeretesebb ápolás dacára, sajnos, legnagyobb részében áldozatul esett a járványnak. A kórlefolyás hihetetlenül gyors, a halálozás elképzelhetetlenül nagy volt!

E körülmények ösztönöztek a járvány aetiologiája tanulmányozására, hogy ennek eredményei alapján igyekezzünk valamelyes gyógybeavatkozással a nagy halálozást csökkenteni. A bakteriologiai s kórboncolástani vizsgálatok sikerrel jártak, de különösen az ezen eredmények alapján bevezetett gyógy-eljárás olyan örvendetes, mondhatnám frappáns sikerrel járt, hogy indítatva érzem magamat az eredmények közlésére.

Július hó közepe óta osztályomon összesen 180 spanyol náthában szenvedő beteg gyógykezeltetett. Ezek közül 118 esetben voltak a tüdőgyulladás típusos tünetei megállapíthatók, vagyis az összes esetek 65%-ában.

Aetiologia: Már ez a magas százalékszám is utalt arra a körülményre, hogy eseteinkben valószínűleg nem a Pfeiffer-

* Előadta a cs. és kir. Isonzo-hadseregnek 1918 október 10.-én tartott ülésén.

influenzabacillus által előidézett influenza-tüdőgyuladással állunk szemben. *Leube* szerint az 1889–90. évi influenza-pandemia alkalmával az eseteknek csak mintegy 5–8%-ában fejlődött ki tüdőgyulladás, rendesen *bronchopneumonia* alakjában; ellenben betegeinkben csaknem minden esetben egész lebenyre, sőt rendesen nem is csak egy, hanem legalább két, de gyakrabban több lebenyre kiterjedő pneumoniát észleltünk. Viszont pneumococcus okozta pneumonia ellen szólt az a körülmény, hogy a kezdeti 1–2 napon az influenzára jellegzetes súlyos általános tüneteket észleltük, a hörgőknek csupán enyhe száraz hurutja mellett; hogy a köpet még a betegség tetőfokán sem volt a legtöbb esetben „rubiginosus”, de különösen fontos, hogy a rendszeresen vizsgált köpetekben nem találtunk pneumococcusokat, legföljebb elszórtan s más bakteriumok társaságában.

A rendszeren végzett bakteriologiai vizsgálatok meglepő eredménnyel jártak. Az esetek túlnyomó nagy többségében sikerült ugyanis egy coccusfajt elkülöníteni, mely kimutatható volt a betegek köpetében, garatnyálkájában, vérében, mellüri izzadmányában, valamint a bonczolt esetek szerveiben (tüdő, lép) stb. A coccus Gram szerint nem festődik, s részint mint diplococcus, részint mint rövid (3–5 tagból álló) streptococcus fordul elő. (*Gram-negatív diplostreptococcus*!)

A bakteriologiai vizsgálatokból csupán kivonatosan közlöm a következő eredményeket.

A bakteriologiai vizsgálatok eredményeiről részletesebben *Trawinski* dr. állatorvos, az 5. számú „Salubritätskommission”-hoz beosztott bakteriologus fog a Wiener klinische Wochenschrift-ben beszámolni.

I. 92 köpet szélesztési eredménye:

Gram-negatív diplostreptococcus ... 75%-ban,
pneumococcus (rendesen az előbbivel keverten) ... 9%-ban,
*influenza-bacillus*hoz hasonló Gram-negatív pálczikák
 legfőbb szőr az előbbieket valamelyikével vegyesen 23%-ban.

II. 50 garatnyálkából sikerült szélesíteni:

20 esetben = 40%-ban *Gram-negatív diplostreptococcus*,
 4 „ = 8%-ban *influenza-bacillus*hoz hasonló *Gram-negatív pálczikát*,
 10 „ = 20%-ban másfajta közönséges coccust és bacillust,
 16 „ = 32%-ban pedig semmiféle bakteriumot, steril volt.

Kiemelendőnek tartom, hogy egyik olyan betegünk véréből is sikerült a fentjelzett *Gram-negatív diplostreptococcus* szélesíteni betegsége első napjaiban, a kin csak diffúz hörgőhurut volt megállapítható s a kin később sem fejlődött ki tüdőgyulladás. Ugyane betegnek vére a fenti *Gram-negatív diplostreptococcus* magas titerű agglutinációt mutatott: 1:400 + (complett), 1:800 ± (incomplett); 12 nap múlva a beteg vére a következő agglutinációt adta: 1:50 ± (incomplett); 1:100 = sp (nyomokban).

Az agglutininek — úgy látszik — egyáltalában igen gyorsan eltűnnek a vérből; például az egyik esetben agglutinatio szeptember 22.-én 1:600 ± (incomplett), 6 nap múlva 1:50 ± (incomplett); más esetben:

Agglutinatio { 1:200 complet } 3 nap múlva { 1:50 complet }
 szept. 25.-én { 1:800 incomplett } va csak { 1:150 incomplett }.

Az aetiologit illetőleg az irodalomban igen ellentétes adatokra bukkanunk. A szerzők egy része, így *Kroner*,¹ *Brasch*,² *Oberndorfer*,³ *Mandelbaum*,⁴ *Hesse*,⁵ *Stettner*,⁶ *Schöppler*⁷ stb. nem talált (vagy legföljebb csekély számú esetben) influenza-bacillusokat, éppen úgy mint a spanyol orvosok közül: *Coca* és *Zapata* sem, és kétségbevonják az influenza-bacillusnak aetiologiai jelentőségét e járványban. Fenti szerzők a vér, köpet, de különösen a bonczolt szervekből, genyócókból stb. részint *Gram-positív streptococcus*okat, részint pedig (*Gram-festésre nem vizsgált!*) *diplostreptococcus*okat szélesztettek.

Mandelbaum-nak⁴ pontos vizsgálatai dacára sem sikerült sem a festett készítményekben, sem szélesztéssel influenza-bacillusokat kimutatnia. Ennek alapján a következő nézetet

vallja: „Aus diesem meinem Befunde kann man wohl mit aller Sicherheit den Schluss ziehen, dass der Pfeiffer'sche Bazillus bei der jetzigen Pandemie nicht als ursächliches Moment zu betrachten ist.“

*Bernhardt*⁸ csak *diplostreptococcus*okat (*Gram* szerinti festésről nem ír!) talált, ezeket tartja kórokozóknak és elnevezi „*diplococcus epidemicus*”-nak.

*Nestlinger*⁹ említést tesz *Gram-negatív diplostreptococcus*-ról, de a betegség okozójának mégis az influenza-bacillust tartja.

A szerzők más csoportja, így *Simmonds*,¹⁰ *Uhlenhut*,¹¹ *Gruber*,¹² *Dietrich*¹³ és *Stein* és *Weismann*¹⁴ influenza-bacillus mellett *streptococcus*okat is ki tudott mutatni. Előbbi tartja a járvány tulajdonképeni kórokozójának, a *streptococcus*okat ellenben a másodlagos fertőzés, s így a tüdőgyulladások előidézőinek.

Uhlenhut elég gyakran tudott influenza-bacillust kimutatni: 51 köpetből = 25%-ban, 47 betegből eredő 86 köpetből = 46%-ban.

Agglutinációs kísérletei ellenben a lábadozó betegek vérsavójával, úgyszintén állat-(majom)kísérlete negatív eredménnyel jártak.

Gruber 250 eset közül 14-szer, tehát esetei alig 6%-ában talált influenza-bacillust, az elhalt egyének tüdejéből ellenben *haemolysises diplostreptococcus*okat szélesztett.

Dietrich felfogása szerint a járvány kórokozójául a Pfeiffer-influenza-bacillus tekintendő, melynek helyi hatásához tartozik a felső légutak hurutos elváltozásán kívül még vérérsérülés (*Gefäßschädigung*!), a minek folytán részint savós exsudációt okoz, részint pedig stasist és vérzéseket eredményez. Ezzel azonban csak utat tör (rést üt) a szervezetben, amelyen a halálos végű, vagy legalább is igen súlyos jellegű másodlagos fertőzést okozó *diplostreptococcus*ok behatolhatnak.

Körülbelül hasonló nézetet nyilvánít *Stein* és *Weissmann* is, a kik azonban óriási jelentőséget tulajdonítanak a *diplostreptococcus*oknak, melyeket sikerült három, súlyos sepsis kórképében elhalt egyén vérében s belső szerveiben is kimutatniok: „Sie sind zweifellos die Erreger septischer Komplikationen, aber ihre aetiologische Bedeutung für die „klinisch“ als Grippe anzusprechenden Erkrankungen ist damit keineswegs erwiesen.“

Tünnett. A betegségre jellemző, hogy hirtelen kezdődik előzetes prodromális tünetek nélkül. A legjobb lét közepette s előző napokon fennállott teljes láztalanság mellett, hirtelen, úgyszólván egyik óráról a másikra (2 órai hőmérőzés mellett házi fertőzéses malariabetegeken végzett megfigyelés), fázás, borzongás, csak igen ritka esetben kifejezett hidegrázás kíséretében felszökik a beteg hőmérséke 39°–40°, sőt akár 41 fokra. E mellett kínzó fejfájás, derék- s végtagfájdalmak, garatszárasság, mely sokszor égő fájdalomhoz vezet, mellfájás, kellemetlen köhögés-inger hangos ugató köhögéssel, teljes étvágytalanság, agágéban csiklandás és égés érzése, ritka esetben rekedtség a legjellemzőbb subjectiv panaszok.

Az objectiv lelet szempontjából a betegségnek két főalakja különböztethető meg:

1. az enyhébb (hurutos) alak,
2. a súlyosabb (tüdőgyuladással) alak.

1. Az enyhébb (hurutos) formában objective a magas 39–40° láznak megfelelő szapora pulzust (100–110 percenként), olykor mérsékelt bradycardiát (90–100 pulzus-szám), belövelt, kissé duzzadt, de nem lepedékes orr-garat nyálkahártyát (nátha), középfokú kötőhártyalobot (rendesen kevés vagy semmi váladékkal) találunk az első vizsgálat alkalmával. A tüdők felett esetleg csak kissé erősebb légzést hallunk, vagy legföljebb még néhány száraz ropogó szörtyözéjt (száraz hörgőhurut). E mellett azonban feltűnő a beteg nagyfokú adynamiája, elesettsége, rögtön súlyos beteg benyomását teszi. Hangosan erőltetve köhög, ugató jelleggel, miközben azonban alig hoz fel valami csekély mennyiségű váladékot. Egyéb szervek részéről rendesen nem találunk feltűnőbb eltérést.

E jelenségek kedvező esetben 2–4–5 nap alatt a később

tárgyalandó kezelés mellett fokozatosan visszafejlődnek s a beteg 8—10 nap alatt teljesen összeszedi magát.

Észlelt eseteink túlnyomó nagy számában (65%) azonban — különösen az utóbb említendő therapia bevezetése előtt — az enyhe hurutos alak rendszeren már a 2—3. napon súlyosbodott, s úgyszólván szemünk előtt fejlődött ki, a

II. *legsúlyosabb kórkép, tüdőgyuladással, melyre jellemző 1. a rendkívül rapid jelentkezés, 2. a nagy terjedési (vándorlási!) hajlandóság, 3. a csekély gyógyulási, oldódási hajlam, 4. a complicatiókra való nagy hajlandóság, 5. az óriási contagiositas, 6. a feltűnő nagymértékű toxicitas.* Rendszeren több lebeny szűrődik be egymás után, olykor 3—4 órán belül is. Ennek megfelelően hirtelen nagy légszomj lepi meg a beteget, szederjessé válnak ajkai, orra hegye stb.; légzése szapora, felületes annyira, hogy sokszor már a 2—3. naptól kezdve a beteg a megfulladás ellen küzd. A tüdő gyors beszűrődésének megfelelőleg az előbb még t. é. n. d. kopogtatási hang gyorsan tompult dobossá, majd absolut tompává válik; hallgatódzaskor előbb számos finom hólyagú crepitatio, majd hangos hörghi légzés, erősbödött bronchophonia és pectoralfremitus állapítható meg. Ez utóbbiak pontos vizsgálása sokszor segít a pneumonia kórjelzése felállításában olyan korán, a mikor a kopogtatási hang tompult jellege még alig különböztethető meg s csak az első mély légvételnél hallható *nehány crepitatio*.

A legsúlyosabb esetekben, a milyenek, sajnos, első betegim legtöbbje volt, a fenti tünetek 1—2 nap alatt kifejlődhetnek, a tüdőbeszűrődés rohamosan terjed 3, sőt 4 lebenyre, a szíverő rohamosan hanyatlak, a légszomj valóságos lihegésig fokozódhatik, úgy, hogy a beteg átlag a 3—4. napon elpusztul súlyos sepsis kórképe mellett, rohamosan fokozódó és semmiféle cardiacummal nem javítható szívgyengeségi tünetek kíséretében.

Jellemző a betegek köpete, mely rendszeren a betegség elejétől végéig nem rozsdaszínű, mint a pneumococcusok okozta tüdőgyuladásban. A beteg nagy erőlködéssel köhög fel aránylag csekély mennyiségű, rendszeren kisebb-nagyobb gomolyagból álló, sárgás-zöldes színű, nyálkás-genyes köpetet, mely azonban sohasem oly szívós-nyúlós (mucinosus), mint a typosus pneumoniás köpet. Egyes esetekben (vegyes fertőzés) a köpet később kissé vöröses-rozsdás színt nyer.

A gyógyulás folyamán ismételten észleltük, hogy a beteg egyszerre igen nagy mennyiségű, csaknem kizárólag véralvadék-tömegekből álló köpetet ürít, naponta akár 1—2 köpöcsészényit (vérzés). Ez eltart 2—3 napig s aztán a köpet ismét visszanyeri előbbeni jellegét.

A tüdő mellett elsősorban a szív érdemel legtöbb figyelmet. Az állapot súlyosbodásával kapcsolatosan a szíverő hanyatlásának jelei már korán megállapíthatók. A pulsus szaporábbá válik 120—130—140-ig, e mellett puha, kicsiny s üres lesz. A szívhangok tompák, zöreje rendszeren nem hallható a szív felett. Ellenben olykor már a 3—4. napon, a szív-kifáradásnak jeleképpen, a szívtompulat megnagyobbodása kimutatható.

A magas láz rendszeren napokon át állandóan 39—40° közt ingadozik, febris continua jelleggel, s daczolva mindenféle antipyreticum nagy adagjaival is. Így kiemelendőnek tartom, hogy malariás betegek a tüdőgyuladás ideje alatt is szedték napi 1.5—2 gr. chininadagjukat (chininum muraticum), a nélkül, hogy ez hőmérsékükben nagyobb ingadozást s különösen pedig nagyobb csökkenést eredményezett volna. Épp így nem tudta 3—4×0.30 pyramidon, sem 1—1.5 gr. aspirin a tüdőgyuladás kórképe mellett fentálló 39—40 fokos hőmérséklet lecsökkenteni.

A bőr a súlyosabb, főleg elhúzódó esetekben kifejezett sárgás-zöldes árnyalatú.

A nyelv rendszeren szürkés-sárgás lepedékkel vastagon bevont.

Az orr-garat olyan, mint az enyhe alakban.

A mandulák rendszeren nagyok, tonsillitist egy esetben sem észleltem.

A lép tompulata megnagyobbodott, de még malariában is ritkán tapintható.

A máj tájéka olykor fájdalmas.

A belek részéről feltűnőbb eltérést nem észleltem.

A vizelet rendszeren sötétszínű, sűrű, lázas vizelet, 1018—1024 fajsúlylyal s bő urat-tartalommal. A fehérjetartalom szempontjából figyelmet érdemel a következő kis statisztika.

Eseteink 38%-ában volt lázas albuminuria (hasonló észlelésről ír Hesse⁵ is), a mikor csekély fehérjereactio mellett, a centrifugált vizeletüledékben elszórtan találtunk kevés leukocytát, esetleg néhány desquamált hámsejtet (vese-hámsejt, henger s vér nélkül).

Eseteink 6%-ában chron. nephritis-nek megfelelő fehérjelelet és csak az esetek 8%-ában volt kevés vörös vérsejt, néhány szemcsés és hyalin, esetleg hámsejthenger kimutatható (enyhébb subacut nephritis).

Kifejezett heveny glomerulo-nephritist oedemákkal stb., amilyenekről Dietrich megemlékezik, egyetlen egy esetben sem észleltem.

A kedvező lefolyású esetekben a gyógyulás rendkívül lassú, vontatott, miközben a beszűrődött tüdőlebenyek felett sokszor még 10—14 nappal a láztalanodás után is tompa kopogtatási hangot és hörghi légzést hallunk, minek oka a bonczolási leletek szerint, hogy a beszűrődött tüdőrészekben az oldódás helyett *carnificatio* fejlődik.

Prima gyógyulást úgyszólván sohasem látunk. A reconvalescentiát a legváltozatosabb complicatiók teszik kellemtelenné és veszélyessé.

Ebből érthető a 2-szer, sőt 3-szor is fel-fellobbanó hőemelkedés, mely mindenkor újabb szövődmény jele.

Az „in vivo” észlelhető complicatiók közül még a legenyhébbek közé tartozik a pleuritis és pericarditis sicca, minek megfelelően csaknem mindenik beteg heves oldalszűrásról panaszkodik, nem mer lélegzetet venni, s hallgatódzaskor számos hangos, érdes durva dörzszörejt hallunk a megfelelő tüdőlebeny, esetleg a szív fölött.

Feltűnően gyakori azonban az izzadmányos mellhártyagyulladás, a mely az esetek körülbelül egyharmadában fordul elő. Az izzadmány olykor savós, legtöbbször azonban genyeny, és sürgős művi beavatkozást igényel (pleuritis serosa és pleuritis purulenta, empyema).

Ritkábban előforduló szövődményként említhető az otitis media (körülbelül 2—3%-ban) bő genyes folyással és a parotitis alig 1—2%-ban.

Ellenben igen gyakori complicatiók voltak a többszörös tüdőtályogok (abscessus pulmonum), a tüdőszökök (gangraena pulmonis) és a heveny szívbélhártyalob (endocarditis acuta), a mely utóbbiak azonban a legtöbbször gyorsan (3—5 nap alatt) lezajló és súlyos sepsises kórlefolyás mellett in vivo csak igen ritkán voltak körjelezhetők.

Több esetben súlyos delirium, comatosus állapot, sőt meningitisnek megfelelő tünetek jelentkezése előzte meg a halált, a nélkül, hogy a bonczolásnál meningitis megállapítható lett volna. Ilyenekről Hesse⁵ is megemlékezik.

Kórbonczolástani. A halál elsősorban a fiatal, erőteljesebb egyének közül szedte áldozatait.

Bonczolt eseteink 70%-a 19—25 éves, 20%-a pedig 25—35 éves, tehát 90%-a 19—35 éves volt.

Ezen észlelésem megegyezik Oberndorfer³ és Schöppler¹-ével, akik szintén csupa fiatal, 17—25 év közötti egyént bonczoltak.

A kórbonczolástani képet ezek után csak röviden vázolom:

A tüdő rendszeren több, egész lebenyre kiterjedő haemorrhagiás pneumonia képét nyújtja, melyre jellemző, hogy rendkívül vérbő és nedvdús. Még az épebb tüdőlebenyekben is rendszeren elég nagyfokú oedema van jelen. Igen gyakran találunk a tüdőkben többszörös tüdőtályogot, olykor sárgás-genyes, máskor pedig szennyes-barna színű, rendkívül bűzös eves tartalommal. Ilyen esetekben rendszeren tályogok találtak a vesében és lépben is.

Gyakori volt a gangraena pulmonum is főleg amaz esetekben, melyek eleinte némi gyógyhajlamot mutattak.

A pleura legtöbbször fibrin-felrakódások miatt érdes,

egyenetlen felszínű, sokszor összenövéshez vezetett. Még gyakoribb volt a savós vagy genyes mellűri izzadmány.

A *szívburok* külső, olykor belső felszíne is érdes, fibrin-lepedékkel fedett, gyakoriak voltak a külső, aránylag ritkábbak a belső összenövések.

A *szívizom* rendszerint puha, petyhüdt, zsiros, törékeny. De sok esetben a szívizom általában épnek látszik, csupán a jobb szív van erősen kitágulva, olyan mint egy „puha zacskó.”

A *bíllentyűk*ön gyakori a friss verrucosus felrakódás, vagy teljes megvastagodás. Kifejezett chronikus szervi szív-bajt ellenben egyetlen egy esetben sem észleltünk. Az endocardiumban olykor vérzések.

A *máj* bérbő, duzzadt.

A *lép* rendesen nagyobb, de ez esetleg fennállott malaria daczára puha, petyhüdt.

A *vese* vérbő, olykor a zavaros duzzadás képét nyújtja.

A *bele*k, a vékonybele olykor erősen bővéredek, esetleg itt-ott pontszerű vérzésekkel.

A betegség *contagiositása* rendkívül nagy, ezt *Mandelbaum*⁴ is kiemeli és szomorú észleléseink adatai szerint *határozottan cseppinfectio révén terjed*, a kikökögött levegővel kilehelt váladékcseppecskékhez tapadt kórokozók által. Erre vonatkozólag csupán röviden jelzem a következőket:

Az első eseteket nem izoláltuk szigorúan (nem ismertük a betegség természetrajzát), úgy hogy igen szomorúan végződött házi fertőzés esetei fordultak elő. Például egy hatalmas testalkalú, jól táplált orosz hadifogoly scabies ellen gyógykezeltetett az osztályon és 3 napon át teljesen láztalan volt. A kibocsátásra kijelölt nap délelőttjén az orosz hirtelen lázassá vált; 2 napig tartó, de egyre súlyosbodó bronchitisből 2 nap alatt rohamosan 1—2—3 lehenyre kiterjedő tüdőgyulladás támadt s minden szív-stimulans stb. mellett az 5. napon meghalt. A fertőzést ebben az esetben egy a szomszéd ágyon feküdt és még csak hurutos stadiumban levő spanyol náthás beteg okozta.

Hasonló módon fertőződött tüdőgyulladásban szenvedő beteg tőszomszédságában feküdt több már gyógyult malariabeteg, akiket az előbbihez hasonló rapid körlefolyás mellett szintén elveszítettünk.

E véletlen szomorú esetek valóságos kísérleteket helyettesítenek. Ezekre támaszkodik fentebbi véleményünk s ugyan csak eme észleletek alapján mondhatjuk, hogy *a betegség lappangási ideje igen rövid, 1—3 nap!*

A *szigorú elkülönítés bevezetése óta egyetlen házi fertőzés esete sem fordult elő az osztályon.*

Eseteink legnagyobb része eredetileg malariában is szenvedett, még pedig tertianában. A járvány kezdetén csupán malariás betegek közt dühöngött a baj, úgy hogy a nagy halálozást a malaria okozta legyengüléssel, ellentállóképesség-csökkenéssel hoztuk összefüggésbe. Utóbb azonban elvesztettünk számos nem malariás beteget is, akik jóltápláltságuk daczára áldozatul estek a járványnak.

E súlyos veszteségek terelték éppen a figyelmet, egyéb klinikai jelek mellett, a betegség kórokozója *óriási toxicitására.*

A pneumonia-esetek *halálozása* óriási volt a járvány elején; az első 67 tüdőgyulladásos beteg közül meghalt 53 vagyis körülbelül 80% (az influenza rendes halálozása maximum 20%); ezek közt volt 4 olyan beteg, a ki a pneumonián kívül malariában és typhusban (2 eset paratyphus-B) is szenvedett.

Therapia. A járvány elején tehetetlenül állottunk a betegséggel szemben, minthogy a szokásos tüneti gyógykezelés teljesen hatástalannak bizonyult.

Az egybehangzó bakteriologiai leletek, valamint az unalmasságig egyező szomorú kórbonczolástani kép, különösen azonban a klinikailag súlyos sepsis körképében jelentkező foudroyans körlefolyás vezetett arra a gondolatra, hogy *sepsis-ellenes gyógykezeléssel* tegyünk kísérletet. Streptococcus-serummal végzett eredménytelen kísérletek után a

A *Bacelli-Bársony* által streptococcus-fertőzések, de főleg

gyermekági láz kezelésére ajánlott *intravénás sublimatkezelést* vezettük be a *spanyol náthás fertőzések ellen.*

E gyógyeljárás minden várakozást felülmúló, öröndetes, meglepően kedvező eredménnyel járt.

Már az első injectiókra 24 órán belül feltűnő javulás mutatkozott s a további 2—3 stb. injectio eredményeképpen észlelt javulás a következőkben foglalható össze: *A láz fokozatosan leszáll, a szívgyengeség tünetei engednek, sőt a szív-eros napról-napra annyira javul, hogy cardiacumra alig szorul a szív, a tüdőbeszűrődés nem terjed, a pneumonia elveszti „vándorló” jellegét s gyorsabban oldódik. Feltűnően lecsökken főleg a genyedéssel kapcsolatos súlyos complicatiók száma.* Legfőjebb pleuritis, pericarditis sicca észlelhető még, az is ritkábban, mint előbb.

A beteg közérzete rohamosan javul, étvágya visszatér.

A sublimatot minden alkalommal előzetes vizelet-vizsgálat után adagoltuk olyanformán, hogy (vese-alakelemek, vér, henger hiánya esetén) első adagnak 2 (kettő) mgr., második naptól kezdve pedig napi 3 (három) mgr. sublimatot fecskendeztünk a vena cubitalisba, szívgyengeség esetén rendesen egyidejűleg 0.20 gr. coffein. natr. benzoicummal együtt.

Nephritisre valló vizeletlelet mellett óvatosságból és megfelelő irodalmi adatok hiányában nem mertünk sublimatot adagolni még ilyen kis adagban sem, hanem 2%-os collargol-oldatból fecskendeztünk intravénásan napi 5 cm³-t, szívgyengeség esetén szintén egyidejűleg coffeinnel. A collargol azonban nem vált be! Eddig collargollal kezelt, részint subcut, részint chronikus nephritisben szenvedő 13 beteg közül meghalt 7 (hét), vagyis a halálozás 60%.

A kezelés első két hetében gondosan megválasztott, illetve korán sublimatkezelés alá vett 22 beteg közül nem halt meg egy sem, a kezdeti 80%-ról tehát lecsökkent a halálozás 0%-ra.

Ez a szép gyógyeredmény utóbb a kezelésnek külső akadályok miatt 2 napon át történt félbeszakítása, valamint súlyos, előrehaladott stadiumban levő betegek késői gyógykezelése révén rosszabbodott, úgy hogy végeredményképpen a sublimat-injectiókkal kezelt 50 (ötven) eset közül meghalt 10, vagyis a halálozás 20%.

Ezek után célszerűbbnek tartom minden esetben a sublimat-injectiókkal való korai, óvatos kezelést, a collargol mellőzésével.

Pneumonia esetén természetesen ezenkívül a szokásos tüneti kezeléssel támogatandó a kezelés. Köptetők és digitalis, mielőtt még szívgyengeségi tünet jelentkezne, hideg borogatások a mellre. Nagy légszomj esetén 20%-os kámforolaj subcutan.

Malaria esetén pedig a chinin adagolása folytatandó.

Szükségesnek tartom itt kiemelni, hogy a *digipuratum-készítményt* e kezelés folyamán, úgy subcutan, mint intravénásan, teljesen eredmény nélkül adagoltuk.

Végül tekintettel az orr-garat bakt. leletére, s a valószínűleg innen kiinduló fertőzésre, célszerűnek tapasztaltuk már a hurutos stadiumban az orr- és hátulsó garattal nyálkahártyáját a következő összetételű jod-jodkali-oldattal helyileg ecsetelgetni:

Rp. Jodi puri

Acidi carb. liquefact.

aa gr unum et semis (1.5)

Kalii jodati

grta tria (3.0)

Glycerini

grta quindecim (15.0)

Aquae dest.

grta centum et quinquaginta (150.0)

MDS. Külsőleg.

Összefoglalás:

1. A pontosan észlelt házi fertőzés néhány esete;
2. a korán (hurutos stadiumban) nyert positiv bact. vérelet;

3. a positiv agglutinációs eredmények;
4. Uhlenhut-nak negativ agglutinációs vizsgálatai influenza-bacillussal;
5. a rohamos körlefolyás mellett 2—3 nap alatt kifejlődő súlyos, egész lebenyekre kiterjedő pneumoniák;
6. a sepsisellenes sikeres gyógykezelés a bronchitis-esetekben és itt
7. a pneumonia kifejlődésének megakadályozása;
8. a mieinkkel egyező irodalmi adatok;
9. az igen nagy százalékban való keletkezése a pneumoniáknak;
10. az influenza megszokott halálozásánál jóval nagyobb halálozás

valószínűvé teszik a felvételt, hogy az általunk kimutatott Gram-negatív diplostreptococcus nemcsak a tüdőgyulladásoknak s egyéb complicatióknak, hanem magának a spanyol náthának is az okozója.

A betegség rendkívül fertőző, cseppinfeció útján terjed, gyakran (65%) vezet tüdőgyulladásra és igen nagy a halálozása: 80%.

A betegség ellen sikerrel küzdhetünk prophylactice szigorú elkülönítéssel, therapeutice pedig napi 3 mgr.-os intravenás sublimat-injectiókkal, cardiacumok stb. támogatásával, helybelileg pedig 1% jód-carbolsav, 2% jodkáli oldattal eszközözlendő orrgaratcsetelésekkel.

A fertőző csirák az orrgarat-nyálkahártyán tapadnak, lappangási idejük igen rövid, 1—3 nap s a betegség kiállása vagy esetelés után elpusztulnak.

Irodalom. ¹Kroner: Berl. klin. Wochenschrift, 1918, 27. szám. — ²Brasch: Münch. med. Wochenschrift, 1918, 30. sz. — ³Obernadorfer: Münch. med. Wochenschrift, 1918, 30. sz. — ⁴Mandelbaum: Münch. med. Wochenschrift, 1918, 30. sz. — ⁵Hesse: Münch. med. Wochenschrift, 1918, 30. sz. — ⁶Stettner: Münch. med. Wochenschrift, 32. sz. — ⁷Schöppler: Münch. med. Wochenschrift, 1918, 32. sz. — ⁸Bernhardt: Med. Klinik, Wien, 1918. — ⁹Nestlinger: Orvosi Hetilap, 1918, 28. sz. — ¹⁰Stimmonds: Münch. med. Wochenschrift, 1918, 32. sz. — ¹¹Uhlenhut: Med. Klinik, Wien, 1918, 32. sz. — ¹²Gruber és Schaedel: Münch. med. Wochenschrift, 1918, 33. sz. — ¹³Dietrich: Münch. med. Wochenschrift, 1918, 34. sz. — ¹⁴Stein és Weissmann: Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 36. sz. — ¹⁵Marcovici: Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 36. sz.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Julius Pikler: Sinnesphysiologische Untersuchungen.

A szerző maga vallja, helyesebb lett volna „Sinnespsychologie“-ről beszélni a czimben; innét van, hogy a munka áttanulása folytonos vita a physiologus és a psychologus, az orvos és a humanista között. Pikler elveti azt az álmelméletet, amely Strümpell-nek totalanaesthesiás betegen és Heubel-nek állatokon való megfigyelésein alapulva, az elalvást és vele együtt az érzéki észreévés folyamatát általában az izgalmi („Erregungs“-)theoriával magyarázza. Az inger (Reiz) izgalmat (Erregung) támaszt, ennek photographiája tudatunkban az érzés (Empfindung), az inger pedig nem más, mint változás a fennálló életfeltételekben (Verworn). Ezt tanítja a physiologia, fölébredünk, mert ingerek érnek. A psychologus Pikler szerint fölébredünk, mert mint az éhség-össztönnél az étvágy: akképpen van éberségösztön (Begierde nach Wachsein) s ezen belül egy spontan, periodikus tünet: a physiologiai functioéhség (Funktionsbedürfniss), az éberség (Wachrigkeit). Nehéz ilyen éles válaszfalat huzni a Pikler-től is idézett „überströmende Energie“ és a viszont Strümpell-től sem kizárt „belső inger“ között. Nehéz az orvosnak, hogy kizárólag psychológiának, ösztönnek tekintse az álmot, míg élettani substratumnak felismerésére van lehetőség, hisz Piéron 1913-ban ébrentartott kutya liquorjában álmotoxintokat talált és a Steinach sikerei előtti időkbeli fölfogásra gondolunk a nemi ösztönről.

Az éberségre való vágy, ha az unalomra gondolunk, az ébrenlétre is hypothetizálható vágy, hogy valami újat éljünk át s nemcsak a fölébresztő, de az összes ingerek ez activ folyamat elé tornyosuló, legyőzésre hivatott akadályok. Fölveszi tehát az elvetett izgalmi theoria helyett a lelki működések magyarázatára a psyche alkalmazkodási elméletét (Anpassungstheorie), mely szerint ösztöneink, így éberségünk is, az inger formájában elébe kerülő akadálylyal megbirkózik, ezekhez spontan és periodikusan, de kiváló alkalom esetén perioduson kívül is, így az öntudat folyamán állandóan alkalmazkodik. Ha volna izgalmi állapot, kellene legyen nyugalmi is; melyik ez, kérdezi Pikler. Nem gondol az anyagcserefolyamatok intenzitásának gradatim lehetőségeire, nem a neurotonusra, az idegterületek állandó coordinációjára. Csak az alkalmazkodási elmélet magyaráz meg mindent: az érzékelés a szervezet egyensúlyi állapotának önvédelmét célzó munkája, a mely kiegyenlítésben, hozzásimulásban áll, az éberség ellensúlyozza az inger physikalís hatását. Így megalapozott teoriáját végigkíséri a psychés jelenségek hosszabb során, mint egy német referaturn írt, diadalmenetben. Az érzékek negatívja, mint megjegyzi, visszatartott hallucinatio („itt most nincs vörös szín, nem hallok dalolni“), az első állomás, a másik a különbségészreévés. Az észreévést az ingerület és a hozzákapcsolódó intellectualis tevékenység complexumának mondja, az összehasonlítás: általánosítás (hasonlóság) és abstrahálás (különbözőség). Az általánosítás az önvédelmi állapot, az abstrahálás pedig az alkalmazkodás (Anpassung), mely által az előbbi lehetővé válik. Stroboskopos kísérletekkel igazolja, kár hogy a szemmozgások szerepét elhanyagolja, hogy a psyche működése különböző ingerek esetén az önvédelem céljának legmegfelelőbb alkalmazkodásban áll. E kísérletek különben is utánavizsgálásra csábítanak, főleg a suggestiv befolyások tekintetében, például a 13. kísérletben. A querdissparat mélységlátás, a binocularis, majd kinematographiás látás nyer ezután psychologiai értelmezést. A physiologusnak rokonszenvesebb Panum- és Ranschburg-féle fogalmazás helyett csak az alkalmazkodási teoriában lát menekvést Pikler. Johannes, Müller és Hering magyarázata helyett hasonló földolgozásban részesül az egy szemmel való és a binocularis stereoskopos látás, hasonlóképpen a Panum-phenomen (ha egymástól horizontalisan csekély távolságban a bal szem elé egy, a jobb szem elé két pontot teszünk, a stereoskopban bal szemünkkel látunk kettőt). Lassanként eljut így az életenergia eszméjéhez és a 321. oldalon ezzel lepi meg olvasóit: Az érzéki functiónak semmi köze a mechanikai és chemiai folyamatokhoz, ellenben nem más, mint az életenergia megnyilvánulása. Hogy a vitalismus ilyen föltámasztásával, egy természetudományi substratumot nélkülöző történés fölvételével Pikler milyen sajnálatosan messze ment, könnyen belátható. Az alkalmazkodási theoria activ jellege involválta ezt a consequentiát. Az egyszerűsítő és kettőző kinematographiás (stroboskopos) látásra, a szétválasztódó kinematographiás látásra, a geometriai optikai csalódásokra, a Ranschburg-tünetre (6 tételes számjegy 1/3 perczig exponálva heterolog és homolog sorokban) alkalmazza még teoriáját. Hogy ez a félig experimentumos, félig introspectiv psychologia milyen autosuggestiós befolyásoknak van kitéve, mi sem bizonyítja jobban, mint a kísérleti eredmények tetemes eltérése. Classikus, higgadt okfejtésével csodálatunkat vívja ki a Joh. Müller-nek szentelt, az időérzékről írott fejezet. A retina szerepének, mint felület-érzékünknek analogiája alapján kimutatja, hogy egy a tudat minden irányára való fölkészültség (gemeinsame Ausrüstung zu allem Bewusstsein) szerepel, mint az időérzékünk, successivitása segélyével.

A munka első címétől Umkehrung der Psychologie, Umzentrierung-ot szánta, írja a szerző a Nyugatban. Alap-gondolata volt, mondja, hogy az élet lényege a czélszerűségretörékvés, czéltudatosság (504. l.). Szervezetünk (szervező Erközpontunk, Énünk) okosan, rendszeresen, élettellejesen, állandóan szervezeten jár el (501. l.). Forradalmi gondolat volt, hogy az izgalmi theoria helyett megadta nekünk correctiós,

egyensúlyozó, alkalmazkodási teoriáját. Előfutárjának Le Dantec-et tekinti; e Sorbonne-docens már szintén egy activ folyamatban, a complementáló rythmusban látta a psychés esemény lényegét a passiv ingerfeldolgozás helyén; de Le Dantec sokkal közelebb áll a physiologiához, például az álommélység problémájában. Rokonfogalmak még talán Jung libidója és Claparède „Interesse“-e.

Pikler-nek az izgalmi teória passivitása elfogadhatatlan volt, forradalmilag helyettesíti az alkalmazkodási elmélettel, ennek activitásával. Más szóval egy erő tételével, a melyet mi orvosok nem ismerünk: a vitalismust. Innen az út mélységek felé vezet és Udránszky szavát vélem hallani: sohase távolodjanak el uraim a természettudományi alapról.

Az 500 oldalas munka Leipzigben, Barth-nál jelent meg; szépséghibája, hogy a Schulz-féle sorok idézésénél csak szóval jelzi a színsor tagjait, nehogy színnyomás legyen szükséges (423. l.). Kluge dr.

Sebészet.

Agycystának operatio után gyógyult esetéről ír L. Bornhaupt. Esete 46 éves egyénre vonatkozik, a ki hirtelen betegedett meg agyvérzéses tünetekkel. A hűdéses tünetek lassan visszafejlődtek, azonban pár hónap múlva a beteg állapota ismét rosszabbodni kezdett. Járása megromlott, somnolens, apathiás lett, kérdésekre csak nehezen tudott válaszolni. A szemfenék vizsgálata, mindkét oldali pangásos papillát állapított meg. Ugyanakkor a bal testfél hypaesthesia volt jelen, a nyelv bal felé deviált, a reflexek mindkét oldalt fokozottak voltak. A bal alsó és felső végtagon spasmos paresis. A szerző a pangásos papillából, a jobboldali mozgó centrumra utaló jelenségekből az agy területét szűkítő elváltozásra következtetett. A műtét körülbelül almányi cystát mutatott a jobb mozgó centrum táján, tartalma víztiszta folyadék volt. A tünetek a műtét után lassan-lassan visszafejlődtek s a beteg felső végtagjának mozgása annyira megjavult, hogy mint operaházi zenész működhetik. A betegség acut megjelenése úgy magyarázható, hogy a cysta hirtelen liquorral telt meg és a motoros centrumot nyomta. A folyadék lassú felszívódásával a tünetek visszafejlődtek. (Zentralblatt für Chirurgie, 1918, 24. sz.) Ifj. Háhn Dezső dr.

Léprepedés esetén alkalmazott vértransfusióról értekezik E. L. Fieber. 19 éves beteget gránátszilánktól a bal lumbalis tájon sebesült meg. A mikor sebesülése után csak 5 órával kezelés alá került, nemcsak a külső, hanem a belső vérzésnek is súlyos tünetei mutatkoztak. A diagnoszt lép-repedésre tették, miért is a lép kiirtását végezték. Műtét közben a lépből kiömlő vért steril edényben fogták fel és több réteg gaze-on keresztül filtrálva, a szabaddá tett vena saphenába fecskendezték. Körülbelül 1100 cm³ vért juttatott a szerző a beteg szervezetébe. Az első 1/2 liter vér befecskendezése után a pulsus jelentékenyen javult, a légzés mélyebbé vált, a szív működés erős, szabályos lett. A beteg — pleuropneumonia complicatióját leszámítva — teljesen simán gyógyult. Kétségtelen, hogy a hadisebészet általános tapasztalata azt mutatja, hogy a vértransfúziója sokkal jobb hatással van kivérzett betegekre, mint a konyhasóoldat vagy az excitansok alkalmazása. Különösen, a hol a vérvesztés több két liternél, ott az autotransfusio a legjobb eredményeket adja. A parenchymás szervek sérülései különösen alkalmasak arra, hogy az azokból nyert vért a szervezetnek visszaadjuk. A natrium citricum neutrale nagyon jó a vér megalvadásának megakadályozására. (Zentralblatt für Chirurgie, 1918, 25. sz.) Ifj. Háhn Dezső dr.

A tompa hassérülések diagnosisáról értekezik H. Finsterer. Legfontosabb tünetnek tartja a hasfal feszülését, amely mindig annak a jele, hogy a hasürben valamelyes idegen anyag (gyomorbél tartalom, vér) van. Legkönnyebben úgy észlelhetjük, ha a beteg figyelmét valamely módon eltereljük és közben az egészséges terület felől közeledünk a sérült terület felé. Nem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy egyszerű hasfalzúzódásnál is jelentkezhetik, a midőn

azonban csak körülírt és rendszerint vérömleny is látható, míg a has belső sérüléseinek a hasfal feszülése gyorsan terjed tova. Ez a tünet néha bordatörés, haematothorax esetén is megvan, rendszerint akkor, ha a m. rectus felső része megsérült. Retroperitonealis haematománál (veseruptura) ugyan csak észlelték a fennebb említett tünetet. Belső hasi sérüléseknél fontos tünet folyadéknak a hasürben való kimutatása. Ha a hasürben vércöagulomok vannak, a tompulat fekvésváltoztatáskor nem tűnik el. Extraperitonealis hólyagrepedésnél mindkét oldali csipőcsont körül mutatkozik el nem tűnő tompulat. A májtömpulat eltűnése különösen gyomor-bélperforációra jellegzetes, kivétel, ha a felfújt vastagbél a májat felfelé nyomja. Különös fontosságot kell tulajdonítanunk belső hassérüléseknél a pulsusnak; közvetlenül a sérülés után a pulsus kicsiny, szapora, de csak rövid időre; a pulsus jellegzetessége a továbbiakban a hassérülés minőségétől függ. Bélrepedésnél sokáig normalis marad. Majd a peritonitises szapora kicsiny pulussá változik. Belső vérzésnél ugyancsak kicsiny és szapora a pulsus, a máj sérülése azonban kivétel. Itt valószínűleg az epének a vérbe való jutása a pulsus lassubodását hozza létre. A bradycardia jelenléte nem szól belső vérzés ellen. A vizelet minden esetben megvizsgálandó, hólyagrepedésnél kevés, de igen véres a vizelet, vesesérülésnél a vizelet mennyisége normalis, a vér a vizeletben kevés. (Wiener med. Woch., 1918, 27. szám.) Ifj. Háhn Dezső dr.

Gyuladós megbetegedések intravenosus kezeléséről értekezik W. Keppler. A Morgenroth-féle chininkészítményeket három esetben próbálta ki vuzinnak (vuzinum hydrochlor 1,0 : 5000) gyűjtőérbe való fecskendezésével. A mi a befecskendezés technikáját illeti, Bier eljárását követte, a mely abból áll, hogy a végtagot magasra emelve, a genyedés felett jó magasan leszorító kötést alkalmazunk. A vuzin-oldathoz 1% novocaint adott a végtag érzéstelenítése céljából. A befecskendezett oldat mennyisége 150—200 cm³ között ingadozott. Az első esetben, a melyben a kéz négy ujjának súlyos inhüvelyphlegmoneja volt jelen, rögtön a befecskendezés után feltűnt, hogy a végtag vízenyőssé vált s éppen ezért a 2. esetben az injectiót előzetes kis incisiók után alkalmazta. A 3. esetben a láb zúzódásos, lepedékes, czafatos sebje esetében — a hol a lábtőizület is meg volt nyitva — a vena saphenába juttatta a folyadékot. Hogy a desiniciens minél hatékonyabb legyen, 1 1/2 óráig hagyta fenn a leszorító kötést. Mindhárom esetben táplálkozási zavarok jelentkeztek, a végtag kékes színű lett, hűvössé vált, felületes hólyagok keletkeztek. Ezen táplálkozási zavarok csak egy esetben fejlődtek vissza, a melyben a lábtőizület merev maradt. A 2. esetben az ujj elhalt, a 3.-ban pyaemia fejlődött ki és a beteg meghalt. Mérgezésszerű tüneteket a szerző ugyan nem észlelt, de ennek dacára az eljárást nem tartja veszélytelennek. (Zentralblatt f. Chir., 1918, 24. szám.) Ifj. Háhn Dezső dr.

Gyermekeorvostan.

A háborús enuresisről és annak vonatkozásairól a só- és szénhydratanyagcseréhez ír Rietschel (Würzburg). Kétségtelen, hogy az éjjeli ágybavizelés nemcsak a katonák, de a polgári egyének között is sokkal gyakoribb most, mint a béke éveiben. Okát ennek abban kell keresnünk, hogy a mostani étrend mellett, mely — a zsírral és fehérjével szemben — sokban és szénhidrátokban aránylag dúsabb, igen sok vizet halmoz fel a szervezet s a víz kiválasztása késleltetve lévén, rendszerint jóval később az étkezések után, tehát főleg éjjel történik a nagy vizeletelválasztás. Így a már békében ágybavizelők számát növelik most azok a szintén „gyenge hólyagu“ egyének, kik békeidőbeni étrend mellett nem szoktak ágyba vizelni, de most a túlbő szénhidrát és sódús táplálék mellett dispositiójuknál fogva szintén ágybavizelővé lesznek. Ezeken, ellentétben a szokványos ágybavizelőkkel, megfelelő diéta mellett javulást látunk. Az ágybavizeléssel eltekintve, gyakran hallunk panaszt a nycturiáról, azaz gyakoribb bő éjjeli vizelésről, mely oly egyénekben jelentkezik, a kiket az erős vizelési inger szerencsére felkelt

ugyan, de éjszakai nyugalma több ízben megzavarja. Az ok itt is ugyanaz, mint az ágybavizelőknél. A háború előtt ilyen panaszuk az illetőknek nem volt.

A szerző még felemlíti, hogy a mostanában gyakran leírt s a háborús táplálkozással összefüggő „oedemabetegség” klinice mennyire hasonlít azon körképhez, melyet hydraemiás tüneteivel a csecsemők ugynevezett lisztártalmánál szoktunk észlelni s a melynek kóroktanában kétségtelen szerepe van a zsir, fehérje és bizonyos sók hiányának, bőséges, egyoldalú liszttel való táplálás mellett. (Münchener med. Wochenschrift, 1918, 26. sz.)

Vas J. dr.

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 41. szám. Sztanojevits Lázár: Retroactiv amnesiaról forensis szempontból, három eset kapcsán.

Budapesti orvosi ujság, 1918, 49. szám. Tölggyi Elemér: A laryngotyphus egy súlyos esetéről. Torday Árpád: A Mikulicz-féle betegségről.

Vegyes hírek.

A m. kir. gyógyszerforgalmi kirendeltség a következőkre hívja fel az orvosok figyelmét: Gyógyszerkészletünk állandó fogyását az influenzajárvány és a betegségek halmozódása állandóan fokozza. Az illetékes tényezők ugyan mindent elkövetnek, hogy a készletek idejekorán pótolassanak, azonban a külföldi behozatal akadályozottsága, a nyersanyagok hiánya, s a hadsereg óriási gyógyszerfogyasztása annyira kimerítette készleteinket, hogy egyes gyógyszerek teljesen kifogytak, másokból pedig oly aránytalan kis mennyiségek állanak rendelkezésre, hogy csak a legnagyobb takarékoság mellett használhatók. A gyógyszereszek többé-kevésbé számoltak a vázolt körülményekkel, azonban az orvosok, különösen vidéken, még mindig nem tartják annyira fenyegetőnek a bajt, hogy észrevehető volna rendelkezéseiken az előrelátó takarékoság és a célszerűségi szempontok figyelembevétele. Az alábbiak szolgáljanak tájékozással addig is, míg a belügyminister a Köze geszségügyi Tanács javaslatai alapján körrendeletben hívja fel az orvosok figyelmét az egyes hiányzó szerek pótlására. A *radix ipecacuanhae* és *senegae* teljesen elfogyott, a *radix quillajae* szintén fogytán van, ezért *rad. saponariae*, *ammon. chloratum*, *acid. benzoicum*, *apomorphin* vagy más köptetőt kell rendelni. A *radix saponariae* igen jó köptető, ha négy-öt grammot rendelünk 150 vízre (erősebb főzetei émelygést okoznak), mentha-szörppel kell készíteni. A *saponariából* kellő mennyiségű készlet áll rendelkezésre. Az *apomorphin* jó köptető, ha hányató adagait tíz részre elosztva oldatban rendelik. Hasonlóképpen pótolhatók a *bismuthkészítmények* is, melyekből készlet egyáltalán nincs. A *bolus alba*, *carbo animalis* és más kipróbált (tannalbin és más csersav-készítmények) pótszer elég bőven áll rendelkezésünkre. A *bismuthsók* rendelkezését külső alkalmazás céljaira teljesen mellőzni kell. A húgyhajtók közül az *agurin*, *theocin* és *theophyllin* kifogytak, sőt a *theobromin* is fogytán van. Ezek hatását is elérhetjük akár a *coffeinkészítmények*, akár húgyhajtó teák, akár egyéb diureticumok alkalmazásával. Bórsav, *natrium boracicum*, *acid. citric.* jelenleg nem áll rendelkezésre és az *antipyreticum* is fogytán vannak. Az előbbieket könnyen nélkülözhetők, míg utóbbiak pótlása az *antipyrinnel* és az *acid. acetylosalicilic.*-mal a legmegfelelőbb mód. *Acid. acetilosalicylic.* egyelőre megfelelő mennyiségben áll rendelkezésre. Chininsókból is csak kisebb készletek vannak raktáron, ezért a chininum *hydrochloricum* és chininum *sulfuricum* is csak mérsékelt mennyiségben használható, külső alkalmazásuk pedig mindenképp kerülendő. *Chloralhydrat* egyelőre nincs. Más altatószer azonban van. A *hypophosphitsók* teljesen kifogytak. A m. kir. gyógyszerforgalmi kirendeltség mindent elkövet, hogy a gyógyszerkészletek kiegészítenek; az ország orvosait azonban ez uton is kéri, hogy a zavartalan gyógyszerellátás és a betegek érdekében a fenti figyelmeztetést tartsák szem előtt, mert ha olyan gyógyszert rendelnek, melylyel a gyógyszerárak nem rendelkeznek, hiábavaló módon terhelik önmagukat, a gyógyszerészt, a betegben pedig a csalódottság, esetleg reménytelenség érzetét kelthetik fel. Ezt pedig éppen a gyógyulás érdekében kerülni kell.

A Közkórházi Orvos-Társulat Igazgató-Tanácsa elhatározta, hogy az 1918. őszi első felében megindított s a háborúval kapcsolatos aktualis témákat felölelő sorozatos előadások rendezését folytatja. Az üléseket ezentúl a székesfőv. Tanács által átengedett régi képviselőház (VIII., Főherceg Sándor-utca 8. sz.) üléstermében tartják meg s az előadások mindenkor a délután 6 órakor kezdődő ülések második felében kerülnek sorra. Az előadások sorrendje a következő: 1918 október 30.-án Furka Sándor közkórházi főorvos: A kiütéses typhus epidemiológiája, klinikája és terapiája. November 13.-án Okolicsányi-Kuthy Dezső közkórházi főorvos: Háború és tuberculosis. November 27.-én Biró Ernő röntgenlaboratoriumi vezető: Háborús röntgenológiai tapasztalatok. December 11.-én ifj. Liebermann Léo közkórházi főorvos: Háborús szemészeti problémák. 1919 január 17.-én Hudovernig Károly közkórházi főorvos: A háború befolyása az elmebeli megbetegedésekre. Január 31.-én Buday Kálmán egyetemi ny. r. tanár: A háborús sebfertőzésekéről. Február 14.-én Szerb Zsigmond közkórházi főorvos: A háború befolyása az emésztési szervek betegségeire. Február 28.-án Hasenfeld Artur közkórházi főorvos: A háborús szívbajok.

Március 14.-én Basch Imre közkórházi igazgató-főorvos: Háború és nemibajok. Az üléseken az érdeklődő kartársakat — ha a társulatnak nem is tagjai — az Igazgató-Tanács szívesen látja.

Uj egyetemi tanárok. A király a debreczeni tudományegyetem orvostudományi karán a kórboncztan és kórszövettan, az általános kór- és gyógytan, valamint az élettan részére egy-egy rendes tanszék szervezését megengedte, egyszersmind a kórboncztan és kórszövettan tanszékére Orsós Ferencz dr., az általános kór- és gyógytan tanszékére Verzár Frigyes dr., az élettan tanszékére pedig Vészi Gyula dr. egyetemi magántanárokat egyetemi nyilvános rendes tanárokká kinevezte.

Kinevezés. Riffer Géza dr.-t Székesfehérvár városi tisztifőorvosává, Kende Zsigmond dr.-t a nyiregyházi „Erzsébet”-közkórház főorvosává, Tauszig Izidor dr.-t Torontál vármegyei tisztifőorvosává, Roszkopf Béla dr.-t Nagyváradon tisztifőorvossá, Szűsz Sándor dr. lékai körorvost tisztifőorvosi járásorvossá nevezték ki.

Választás. Máthé Ernő dr.-t kéméni körorvossá választották.

Meghalt. Schmidegg Zsigmond dr. kaposvári orvos 58 éves korában. — Gabrovitz Ervin dr. 28 éves korában Budapestben október 12.-én. — Gábor Ilona dr. 24 éves korában Budapestben október 13.-án. — O. Bergmeister, a szemészet nyug. rendk. tanára a bécsi egyetemen, október 3.-án 73 éves korában.

Személyi hírek külföldről. O. Seifert dr.-t, a rhino-laryngologia rk. tanárát Würzburgban rendes tanárrá léptették elő. — W. E. Ringer dr.-t Utrechtben a physiologiai chemia rendes tanárává, K. Weigner dr.-t a prágai cseh egyetemen az anatomia r. tanárává nevezték ki.

Mai számunkhoz Dr. Richard Nöhring „Nachtrag zur Behandlung der Tuberculose” című prospektusa van mellékelve.

Lapunk mai számához a „Chinoin” gyógyszer- és vegyészeti termékek gyára r.-t. Ujpest „Magnosterin” című prospektusa van mellékelve.

SZT.-GELLÉRT gyógyfürdő és szálló, Budapest

A régi nagyhirű Sárospárd 47° C forrása. Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Termalfürdők, iszap-, szén-savas fürdő, vízgöygyintézet.

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

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM

Budapest, I., Tétényi-út 12-16. Telefon: József 81-75. Újonnan átalakítva és kibővíve. Készenléti-fürdők és ivókúra. Szén-savas-, oxigén-fürdők, hő-kezelés és vízgöygyintézet. Villanyozás és massage. Hízókúrák. Vezető-főorvos: Dr. Czifrusz Dezső kir. tanácsos, a ki állandóan a telepen lakik. **Egész éven át nyitva.**

Dr. JUSTUS közházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

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

Fővárosi Fásor Sanatorium Radiológiai Intézete.

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

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.

Külön szülészeti osztály.

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

Az összes modern villamos gyógymódok. Röntgen-laboratórium. Almatlanság, neurosisok, neuralgiák, tabes dorsalis. — bennulások, rheumás bajok, arteriosclerosis stb. ellen.

Dr. SZÉGO-féle ORVOSI DOKUMENTÁCIÓ és ELHÉLYEZŐ INTÉZET.

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

Orvosi laboratórium

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

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

VII., Városligeti fásor 13-15. Telefon: József 52-29. — Sebészeti-, nőbeli-, szülészeti-kezelések. — Radium-kezelések. — Vegyi Röntgen-laboratórium.

Dr. Forbát bakteriológiai, serológiai és vegyi orvosi laboratóriuma

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

DOLLINGER BÉLA dr. Testegyenészeti intézete

VIII., Máriá-utca 34.

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete

Egész éven át nyitva.

Heliotherapia.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (X. rendes tudományos ülés 1918 április 13.-án.) — (IX. rendes tudományos ülés 1918. április 6.-án.) 556–558. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(X. rendes tudományos ülés 1918 április 13.-án.)

Elnök: Herczel Manó báró.

Jegyző: Csiky József.

(Folytatás.)

Klinikai tapasztalatok a dysenteriáról.

A mi e betegség klinikáját illeti, az előadó csak néhány érdekesebb complicatiót és utóbetegséget említ. Látott egy fogolytáborban jelentkező epidemia alkalmával súlyos szemkötőhártya-lobot az összes dysenteriásokon, egy másik alkalommal ugyanezen fogolytáborból sepsises vérzéseket a bőrön, nagyfokú elesettséget, nagy halálozási arányszámot és feltűnő hajlandóságot az időszült dysenteriába való átmenetre; 0.6%-ban rheumatoidokat, különösen a téli hónapokban; 86.4%-ban hypo-, illetve anaciditást a gyomorban; általános oedemákat, különösen az időszült dysenteriaesetekben, feltűnő bradycardiával, a mely tünetek mellett a vizelet kóros eltérést nem mutatott, a szív- és érrendszer klinikai elváltozása nem volt kimutatható és az oedemák daczoltak mindenféle cardiotonicumokkal és diureticumokkal. Észlelt 23 *Strong*-dysenteria esetet: általában könnyű lefolyásúak voltak 1 halálessettel. A dysenteria terapiájában fontosnak tartja a diaetotherapia mellett (celluloseszegény, szénhidratokban gazdag pépes diaeta), különösen friss dysenteriás megbetegedésekben, a glaubersós hashajtó nyújtását (esetleg mágusviz formájában) és a vaccino-therapiát polyvalens dysenteria-vaccinával, kezdve $\frac{1}{2}$ cm³-rel, folytatva $\frac{1}{2}$ cm³-es emelkedéssel subcutan a széklet mineműsége szerint 2 cm³-ig. A vaccinatio megrövidítette — különösen friss esetekben — a betegség tartamát, megjavította a halálozási százalékat és a tendentiát a chronikus dysenteriába átmenetre. A tenesmusok megszűnését elősegítette.

Spasmusos dysenteria eseteiben atropint adott jó eredménnyel subcutan $\frac{1}{2}$ milligrammtól 3 milligrammig successive. Ricinustól, calomeltól, 1 liter physiologiai konyhasó-oldatnak reggel éhgyomorra való itatásától (*Cohnheim*) nem látta a dysenteriás tünetek különösebb javulását. Hormonal intravenás adagolását nem ajánlja. A serotherapiát csak friss esetekben, főleg Shiga-typusú dysenteriákban és az adagolandó nagy adag miatt (80–100 cm³) csak sporadikus és nem nagytömegű megbetegedésekben tartja alkalmas kezelésmódnak. Nem friss eseteket, vagy a hol a diaeto- és vaccino-therapiás eljárás nem vezetett eredményre, belső gyógykezelést ajánl vagy bolus albával (háromszor naponta 3 evőkanállal forró fekete kávéban vagy teában), vagy állati szénnel, összekötve adstringens szerekekkel, és ott, a hol nem spasmusos dysenteriával van dolgunk, kombinálva opium-készítményekkel.

A halálozási százalék a belső gyógyszerekkel kezeltéken 20%, volt, a vaccináltakon 13%. A magas halálozási százalék okát abban keresi, hogy az elhaltak egy része rosszul táplált és korán elaggott volt (bosnyákok: 29 vaccinált közül 12, 46 belső szerekekkel kezelt elhalt beteg közül 16), másrészt harctéri fáradalmak folytán kimerült katonákra vonatkozott (29 vaccinált halálesset közül 14 volt a harctéren, 46 belső szerekekkel kezelt közül 30 volt a harctéren).

A vaccinával kezelték közül 4, a belső szerekekkel kezelték közül 7%-a megbetegedéseknek ment át időszült dysenteriába. Ugyanezen dysenteria-esetekben 86.4%-ban talált hypo-, illetve anaciditást a gyomorban és 46%-ban oedemák jelentkeztek mindig súlyos bradycardiától kísérve. Az anaciditást és az oedemákat toxikus eredetűnek tartja. Az időszült dysenteria gyógyítására a valerianát, coffeint, strychnint, sósavat és pep-sint ajánlja belső szerként és $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ % lapisbeöntéseket és 10%-os jodoform- (mucilago gummi arabicum) emulsióból 150–200 cm³-nek bélbeöntését helyi kezelésként.

Prophylaxisként epidemiák alkalmával a víz és tej felforralását, kiküszöbölését ama momentumoknak, melyek a

bél functionalis zavarait okozhatják és végül a praeventiv vaccinatiót polyvalens dysenteria-vaccinával ajánlja.

Összefoglalás: A dysenteria klinikai fogalom, melyet a betegség mellett a klinikai tünetekből magukból kell diagnoskálnunk. A betegnek és környezetének semmit sem fogunk ártani, ha a dysenteria klinikai képében megjelenő minden megbetegedést — függetlenül a bacteriologiai, illetve serologiai lelettől — ab ovo mint dysenteriát kezelünk és megtesszük az intézkedéseket a fertőzés tovaterjedésének megakadályozására.

A bacteriologiai, illetve serologiai vizsgálatnak epidemiákban inkább tudományos, mint czélszerű értéke van.

A bacteriologiának és serologiának a szerepe inkább a szórványosan jelentkező dysenteria-gyanus esetek diagnoskálásában, a bacillusgazdák kiválasztásában és adott esetben a sero-, illetve vaccino-therapia érdekében a fertőző dysenteriatörzs identifikálásában van.

A dysenteria eredményes terapiájának titka a dysenteria-esetek korai felismerése; azért mondta összefoglalása bevezető részében, hogy minden a dysenteria klinikai képében jelentkező megbetegedést — függetlenül a bacteriologiai, illetve serologiai vizsgálatától — dysenteriásként kezeljünk.

A friss dysenteria-esetekben a diaeto-balneotherapiás kezelés mellett a vaccino-therapiát ajánlja az előadó; régebbi esetekben vagy a hol a vaccino-therapia eredménye nem kielégítő, térjünk át a belső kezelésre a fentebbiekben elmondott módon.

Igy reméli az előadó a dysenteria-esetek gyors gyógyulását, a halálozási arányszám redukálását és kikerülését annak, hogy a heveny dysenteria az időszült dysenteria — quoad restitutionem ad integrum — oly reménytelen állapotba menjen át.

Bacteriologiai tapasztalatok a dysenteriáról.

Goldzieher Miksa: Nagy vizsgálati anyag alapján a dysenteria-bacillusok felosztásának kérdéséhez szól hozzá. Úgy a táptalajokon való viselkedést, mint az immunsavókkal való agglutinációt tekintetbe véve, nem fogadhatja el állandó, önálló bacteriumféleségnek az úgynevezett *Flexner*-, *ypsilon*- és *Strong*-bacillusokat, hanem mindezekben csak egy egységes bacteriumfaj változásra képes varietasait látja. A bacillaris dysenteria aetiologiájában ezek szerint csak kétféle kórokozót kell megkülönböztetni: a *Shiga-Kruse*-féle toxikus és a különböző válfajokban előforduló atoxikus dysenteria-bacillust.

A dysenteria-bacillus felismerését megnehezíti, hogy vannak a tenyészetben eltérő törzsek, például olyanok, a melyek a szőlőcukrot erjesztik, továbbá igen gyakoriak a rosszul vagy egyáltalában nem agglutináló törzsek is. Ezért, ha az agglutinációs kísérlet negatív, meg kell elégedni azzal, ha a székletből kitenyészünk egy nem mozgó, Gram-negatív pálcát, mely a Drigalski-agar kék színét nem változtatja s lakmus-savóban alkálit nem termel. Legfeljebb kipróbálhatjuk még a bacillus toxicitását fehér egéren, melyet *Shiga-Kruse*-bacillusnak $\frac{1}{100}$ kacsnyi, atoxikus dysenteria-bacillusnak 2–5 kacsnyi mennyisége 24 óra alatt megöl.

A dysenteria-bacillus csak heveny dysenteria-esetek ürülékeiből tenyészthető ki könnyen; a bántalom későbbi szakában mind ritkább lesz a positiv eredmény s átlagban a 10%-ot alig éri el. A dysenteria-bacillusnak a vérből való kitenyészése eddigelé nincs még kellően kipróbálva, de néhány accidentalisan talált positiv eredménye alapján biztatónak tartja e kérdés behatóbb tanulmányozását. Diagnosztikai célból a vérhasra gyanus beteg vérsavójának a Widal-reactio módjára való vizsgálatát ajánlja, a mely nagy átlagban 62%-ban, az egyhetesnél régebbi esetekben 72%-ban, ismételt vizsgálat esetén pedig 84.4%-ban ad positiv eredményt. A reactio, ha 1:50-nél nagyobb hígításban is beáll, specifikusnak tekintendő. Ajánlatos, hogy az agglutinatio

végzését különösen erősen agglutináló laboratoriumi törzsekkel végezzük, még pedig mindig külön egy *Shiga-Kruse* és külön egy atoxikus dysenteria-törzsszel.

Az idén előre várható dysenteria-járvány megelőzésére ajánlja a dysenteria-ellenes védőoltást, a melyet a katonaság már tervbe is vett. Az újabban készülő polyvalens dysenteria-oltóanyagok nem okoznak kellemetlen mellékhatást.

A dysenteria bacterio-therapiáját azon tapasztalata alapján ajánlotta, hogy különféle eredetű bélhurutokat, hasmenéseket cholera-vaccina injectiójára egy csapásra gyógyulni látott. Bár a bacterium-therapiában nem lát immunitási folyamatokat s egyszerűen a parenteralisan bevitt fehérje hatásáról van szó, mégis azt hiszi, hogy a homolog bacterium fehérje-hatása quantitative különbözik; a kedvező therapiás eredmények az elméleti feltevést igazolják.

Jankovich László: Az elhangzott előadás hullaanyagát, mely 180 boncolásra vonatkozik, kórboncztanilag dolgozta fel. Tapasztalatai közül kiemeli, hogy a *dysenteria nem kizárólagos vastagbél-bántalom*, hanem résztvesz benne gyakran a vékonybél alsó része is, sőt néha-nszor az ileum megbetegedése még a jejunumba is folytatódott. Ez az enteritis, a mely a vékonybél nyálkahártyájának diphtheriás és diffus homorrhagiás gyulladásában nyilatkozott meg, klinikailag recidivászzerűleg jelentkező hasmenésnek felelt meg. Ilyen vékonybél-elváltozásokat azonban az idősült súlyos esetekben is látott. A *Goldzieher* által említett dysenterias bakteremia támogatható kórboncztanai érvekkel is, a mennyiben a súlyos esetekben jelentkező zavaros duzzadás a parenchymás szervekben és a mindig megtalálható retroperitonealis mirigy-hyperplasia a bacteriumoknak a keringésbe való jutása mellett szól. A dysenteria bacillusának hullában való kimutatása igen kevés esetben járt pozitív eredménnyel, úgy, hogy a pozitív esetek száma jóval a 10% alatt maradt. A bécsi polyvalens vaccinával kezelt egyének hullájában a helyi javulás semminemű jeleit sem látta, a mi azonban nem használható fel érvül a vaccina-therapia ellen, mert a kezdet nehézségeivel küzdő gyógyeljárástól nem lehet kívánni, hogy a legsúlyosabb, halálos esetekben szemmel látható gyógyeredményt mutasson fel.

Fejes Lajos: A német búvárok könyvei nyomán általánosan elterjedt nézet: a Kruse-Shiga-törzs okozta „toxikus” dysenterias megbetegedés kedvezőtlen prognosisa (10–15% halálozás) s ezzel szemben a toxint nem termelő bacillustörzsek okozta megbetegedés enyhébb klinikai kórképe (0.5%-on aluli elhalálozás) a Németországban békében előfordult dysenteria-járványok tapasztalata. Már békében hangoztatták francia és angol szerzők, hogy a tropusi bacillusos dysenteria gyakran akkor is igen súlyos kórképben és nagy elhalálozással jelentkezik, ha kórokozójául toxint nem termelő törzset, főképp Flexner-törzset találtak.

Saját háborús tapasztalása alapján hangoztatja, hogy a toxint nem termelő törzs okozta megbetegedés klinikai kórképe igen súlyos, halálozása nagy lehet.

A klinikai kórkép általános tüneteiből bajos megállapítani, hogy melyek tekinthetők a kórokozó termelte toxin közvetlen hatása eredményének. Leginkább toxinhatásnak tekinthető az idegrendszer súlyos részvétele, a sensorium mély fátyolozottsága, az öntudat zavara, a beteg nagyfokú elesettsége, ha e tünetcsoport mindjárt a megbetegedés kezdetén, még a nagyobb fokú tenesmusos állapot kifejlődése előtt uralkodik a kórképen. Ily prodromás szakban azonban a beteg még alig került közvetlen a front mögötti kórházunkba sem. Később bajos az általános tünetekből kihámozni, hogy mi vonatkozatható a toxinhatás következményére. A súlyos tenesmusos hasmenéssel ugyanis a beteg hirtelen nagymennyiségű folyadékot veszít, a vér besűrűsödik, ennek következménye a cholera algid szakára emlékeztető súlyos általános állapot kifejlődése. Ezt az állapotot pedig a tenesmusos hasmenés fejlődésével idézi elő a toxint termelő és nem termelő törzs.

Újabban a német irodalomban az a nézet kezd lábra kapni, hogy tenesmusos, véres-nyálkás széklettel járó hasmenést csakis dysenteria-bacillussal történő fertőzés tud létrehozni, vagyis a tenesmusos-véres hasmenés klinikai tünetcsoportja egyenértékű a bacillusos dysenteria bakteriologiai diagnosissal. E rendkívül túlzó álláspontot a klinikus szempontjából határozottan vissza kell utasítanunk. A dysenteria klinikai gyűjtőfogalom, melynek létrehozásában sok egyéb factoron kívül az állandó táplálkozási ártalom is nagy jelentőséggel bír. Annál inkább, mivel a hosszas harczzintéri szolgálat és életmód folytán a katonák

nagy részének gyomra kevés savat választ el. A harczzintéri, oly rendkívül gyakori hypochlorhydriát, illetve anaciditást nem a dysenterias megbetegedés folyamán kifejlődött következményes állapotnak, hanem ellenkezően, a fertőzést előmozdító dispositio legfontosabb jelenségének tartja. Az anacid gyomrú ember gastrogen hurutban szenved, mely állapotban az állandó alimentumoxia súlyos vékony-vastagbélgyuladást, tenesmusos véres-nyálkás hasmenést hozhat létre.

Ángyán János: Sajnálatosul nélkülözte Szécsy előadásának klinikai részében azt a biztosabb alapot, a melyet a prognosist és therapiát számára csakis az általános pathologiai nézőpont adhat. A rendelkezésre álló idő rövidsége miatt csak röviden utalhat arra, hogy az idősült dysenterias betegek prognosistának felállítása előtt igyekeznünk kell az elsősorban megtámadott vastagbél működésképpességéről tájékozódni. A dysenteriaiban a vastagbél nyálkahártyájának egyik legfőbb functiója, a vízfelszívódás szenved és a prognosist mértékéül elsősorban a szervezet vízegyensúlyának meghatározása szolgálhat. Talán kevésbé a dysenteria bacteriumai és toxinjai, mint inkább a szervezet vizinantiója az, a mely valamennyi többi szerv működés-zavaráért és a bonczolástanon látható szervdegeneratióért okolható. Sajnos, nem tudunk módot a vastagbél teljes insufficienciájakor a szervezet életbentartására; ilyenkor infúzióval teljesen hiába próbáljuk a vízegyensúlyt helyreállítani.

A vaccina-therapiáról nincsenek tapasztalásai, de Szécsy táblázatos kimutatásában nélkülözi az olyan adatot, a melynek alapján a vaccina-hatás megítélhető volna. Saját tapasztalásából csak az antitoxicus serum hatását ismeri, de ezt sem tartja specifikusnak, hanem általános parenchymalis fehérjehatásnak. Ezt jó eredménnyel alkalmazta a dysenteria első, néha magasabb lázas hőemelkedéssel járó napjaiban. A jellemző hatás ilyenkor kezdeti hőemelkedés után a hőmérséklet krízises alászállása, a mely után a gyakori tenesmus is enyhül.

Laryngotypus esete.

Tóvölgyi Elemér: Kr. Mihály honvédet márczius 1.-én vették fel a dunakeszi hadikórházba typhus abdominalis diagnosissal. A felvétel után két hétre, már a reconvalescencia kezdetén, köhögéskor a fulladási rohamig fokozódó nehézlégzés lepte meg a beteget, a mi ez időtől kezdve tíz napon át, a morphiuminjecto és helyi melegborogatásra beálló múltó javulást leszámítva, változatlan fokban fennállott.

Az előadó márczius hó 25.-én látta első ízben a beteget és akkor a gégetükrözés a következő képet mutatta: Mindkét, de főleg a jobb oldali arytenoid. porcz igen nagy mértékben duzzadt, sötétvörös-lilás színezetű. Mérsékelt subglottikus duzzadás. A légzés igen stenosisos.

Két nap múlva felső tracheotomiát végezett a betegen, de azzal a szándékkal, hogy 8–10 nap múlva a laryngofissiót is meg fogja ejteni; ám a légszomyszás után ötödnapi a beteg szívgyengeség tünetei között meghalt.

A gége bonczlelete teljes mértékben igazolta az előadónak a laryngofissio megtételére irányuló szándékát. A jobb oldali aryporc alatt a proc. vocalishez közel babnyi mekkoraságú ulcus foglalt helyet, a melyen át szondával a tönkrement pajzsporczon keresztül egészen az oesophagus elülső faláig lehetett hatolni. Ezzel szemben az interarytáj teljesen normalis volt, és ez már maga is a mellett szólott, hogy a bántalom nem tuberculosus, hanem typhusfertőzés következménye. Ezt a feltevést a szövettani vizsgálat, melyet *Johan* tanársegéd volt szíves megejteni, meg is erősítette. A praeparatum, a melyen az ulcus már fel van metszve, a porcelhalásnak valóban ijesztő képét mutatja.

Az aryporc csaknem teljesen, a pajzsporc egész hosszában necrosisos. Az aryporc nagy része sequestrálódott a jobb oldalon.

Ez esettel kapcsolatban az előadó figyelmeztet arra, hogy a typhus abdominalishez csatlakozó gégecomplicatio jóval gyakoribb, mint azt a belgyógyászok hiszik. Egy 1888-tól 1910-ig terjedő statisztikában, hol 120 genyes gégeperichondritisről van szó, nem kevesebb mint 47 esetben typhusfertőzés volt a baj oka. Minden typhusbeteg ezért a felsőlégutak tekintetében is a betegség folyamán több ízben vizsgálandó, még ha nincsenek is ezirányú panaszok. További említésre méltó körülmény az, hogy hasonló esetekben rendszeren megelégszenek a tracheotomiával és azzal, hogy a vitalis indicatio.

nak eleget tettek, a további és csak a valóban most kezdődő műtéti eljárásokat, nevezetesen a laryngofissiót és a laryngostomiát teljesen elhanyagolják, holott csakis ez eljárásokkal akadályozhatjuk meg a nagymérvű heges stenosisokat. Ez utóbbi elváltozás viszont már nem mindig szüntethető meg, és a beteg kénytelen, mint egy annak idején elmulasztott műtét szomorú jelét, a kanült egész életén át hordani.

(IX. rendes tudományos ülés 1918 április 6.-án.)

Elnök: Buday Kálmán.

Jegyző: Molnár Béla.

A fény hatása a tuberculosis-allergiára. Kísérleti vizsgálatok.

Karczag László. Eredeti közléseink során egész terjedelmében hozzuk.

Elischer Gyula: Tüdőtuberculosisban a Röntgen-therapiás kísérletek már igen régi keletűek. Az első állatkísérletekkel megalapozott ilyen therapiás kísérleteket azonban csak 1913-ban közölte Küpferte és Bacmeister, kik a sugarak gyógyító hatását haematogen úton tuberculo-sissal fertőzött tengeri malaczkokon tanulmányozták. Kísérleteik a Röntgen-sugarak kétségtelenül kedvező befolyását mutatták. Azt találták, hogy Röntgen-sugarak behatására a proliferációs granulatiós szövet elpusztul és a sugarak ingerhatása alatt dús, fiatal kötőszövet fejlődése indul meg. Ilyenformán a Röntgen-sugarak gyógyhatása nem közvetlenül a kórokozóra érvényesül, hanem magát a betegségi processust befolyásolja, úgy, hogy hatásaként a természetes úton bekövetkező lassabb gyógyulási folyamattal megegyező gyorsabb gyógyulási processus indul meg. Embereken végzett ilyen irányú gyógykísérleteik állatkísérleteik eredményeit beigazolták, de figyelmeztetnek arra, hogy az esetek kiválasztásakor igen rigorosusan kell eljárunk, a mennyiben a sugarak hatására kellemetlen általános és helyi reakciók fejlődhetnek, a melyek a klinikai tünetek súlyosbodásában és a folyamat destructív haladásában nyilvánulnak. Általában azt lehet mondani, hogy a Turban-féle beosztás szerint az I. és II. stadiumba tartozó esetek a Röntgen-besugárzásra klinikailag és anatómice javultak, a III. stadiumba tartozók általában nem mutattak javulást. Technikájuk mély besugárzásból áll, 3–4 mm. aluminiumszűrő mellett és a besugárzás alkalmával 20 x-nél nagyobb dosis alkalmazását tartják czélszerűnek. Egy esetben több ülésben összesen 300–450 x-et adagolnak. Ezenkívül megjegyzik, hogy a III. stadiumba tartozó esetek a Röntgen-sugarakkal szemben fokozott mértékben érzékenyek.

Abban az időben, mikor az előadó allergiás kísérletei folytak, a III. belklinika tuberculosis-anyagából kiválasztott esetekben megkísérelte a Küpferte-féle therapiát. E kísérletek azonban, sajnos, kivétel nélkül kedvezőtlen eredménnyel jártak. Ez a körülmény vezette arra a gondolatra, hogy nem lehetne-e az allergiában, hogy úgy fejezze ki magát, indexet találni, melynek segítségével a Röntgen-sugarak therapiás alkalmazásának indicatiójára és módjára, illetőleg a sugaraknak az esetek után igazodó helyes adagolására directívát nyerhetnénk. Az állatkísérletekből, melyeket az előadóval végeztek, az derült ki, hogy a kis dosisok fokozták az allergiát és mérsékeltek az anatómiai folyamat kifejlődését, ezzel szemben a nagy dosisok a szervezet védekező energiáját csökkentették, a mivel párhuzamosan az anatómiai processzok súlyosabb kifejlődése jár. Ezen körülmények fedik Küpferte tapasztalatait, melyek szerint nagyobb dosisok alkalmazását nem ajánlja és melyek azt is mutatják, hogy a súlyosabb esetek a Röntgen-sugarakkal szemben különösen érzékenyek, sőt azok behatására a helyi folyamat is rosszabbodik.

Ezekből kiindulva, úgy gondolja, hogy helyesen fogunk eljárni, ha a Küpferte-féle kezelésre alkalmas esetek kiválasztásakor, valamint a sugármennyiség adagolásakor az allergiát fogjuk vezetőül venni, a mi talán jobb eredményekre vezet, mintha csak kizárólag a Küpferte által megadott anatómiai beosztásra és klinikai tünetekre támaszkodó directívát vesszük alapul. Ily módon talán sikerülne egyrészt a Röntgen-kezelésre alkalmas esetek helyesebb kiválasztása, másrészt az ártalmak kiküszöbölése, a mennyiben a kezelés folyamán mutatkozó allergiacsökkenés a czéltalan, sőt esetleg káros kezelés abbahagyására figyelmeztet.

Id. Liebermann Leó: Karczag rendkívül érdekes és alapvető fontosságú kísérleteit úgy véli megmagyarázhatónak, hogy minthogy felfogása szerint, melyet már közölt az orvosegyesülettel, az allergiához vezető processus nem egyéb, mint kémiai reactio, mely a vírussal valamikor beoltott sejtek és a reinfecio alkalmával újra a

szervezetbe jutott vírus között lefolyik, a kémiai reactiókat pedig a fény gyorsítja, még pedig gyorsítja leginkább azok a sugarak, melyek a spectrum kék része felé esnek: érthető, hogy a világosság fokozza az allergiát, a sötétség pedig csökkenti. Éppen úgy érthető, hogy Karczag kísérleteiben a kék fény mutatkozott leghatásosabbnak, a sárga leggyengébbnek. Hogy a vörös sugarak is hatottak bizonyos mértékben, azt talán a hőssugarakkal lehet magyarázni, mert hiszen a hőmérsék emelkedéséről tudjuk, hogy nagy mértékben gyorsítja a kémiai reactiókat. Talán a fehér és tarka állatok különböző viselkedését is meg lehet ilyen alapon érteni. A sötétszűrő állatok szőre sok fényt absorbeál, mely így nem fejtheti ki hatását a szervezet belsejére.

PÁLYÁZATOK.

7661/1918. ki. sz.

Csik vármegye gyergyószentmiklósi járásban gyergyóújfalvi székhelyűl Kilgenfalva, Vasláb és Tekerőpatak községekből álló közegészségügyi körben üresedésben levő **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-cz. 7. szakaszában előírt képesítésüket, eddigi alkalmazukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám **folyó évi október hó 24.-éig** annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom. A választás napját később fogom megállapítani.

Az állás javadalmazása évi 1600 korona törzsfizetés s megfelelő háborús segély, 200–200 korona korpótlék, természetbeni lakás, szabályrendelileg megállapított látogatási és rendelési díjak, halottkémelési és vágóbiztosi díjak.

Még megjegyzem, hogy a legtávolabbi község a kör székhelyétől 6–13 km. távolságra fekszik.

Gyergyószentmiklós, 1918 szeptember 29.

Zakariás, főszolgabíró.

A Diószegi czukorgyárnál **orvosi állás** azonnal betöltendő, pályázatok a Diószegi czukorgyár igazgatósága címére, Magyardiószeg, Pozsonymegye intézendők. Javadalmazás: kölcsönösen megállapítandó készpénzfizetés, lakás, fűtés, világítás és úri ellátás.

Diószegi gazdaság, czukor- és szeszgyár részvénytársaság.

1965/1918. szám.

A vezetésem alatt álló gyöngyösi alapítványi közkórháznál megüresedett **alorvosi állásra** — a kórházi bizottságnak határozata alapján — ezennel pályázatot hirdetek.

Ezen alorvosi állás 2000 korona törzsfizetés és 540 korona lakbérjavadalmazással van egybekötve és a megválasztandó orvos a közkórháznál teljesítendő kötelezettség sérelme nélkül magángyakorlat folytatására jogosult.

A megválasztandó alorvos köteles állását a megválasztás után lehetőleg azonnal elfoglalni, mely czélból a kórház igazgatójánál kellő időben jelentkezni tartozik. Állása a közkórházi alapszabály 76. §-a, illetve az 1912. évi LXV. t.-cz. alapelvei nyomán nyugdíjképes.

A betöltendő orvosi állást részletező szolgálati szabályzat a közkórház igazgatóságánál betekinthető.

Megjegyeztetik, hogy mivel a megválasztandó alorvos a női elmeosztály vezetésével lesz megbízva, pályázók az elmeorvószakban való jártasságukat okmányokkal igazolni.

Ezen állás elnyerése iránti kérvények, az egyetemes orvostudori oklevéllel, valamint egyéb, az eddigi foglalkozást tanúsító okmányokkal kellően felszerelve **1918. évi október hó 25. napjának délután 5 órájáig** Gyöngyös város polgármestere, kir. tan., mint a közkórházi bizottság elnökéhez nyújtandók be.

Később érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak.

Gyöngyös, 1918 október 4.-én.

Frindt F. József dr., kórházi igazgató.

204—1918. sz. ig.

A vezetésem alatt álló marosvásárhelyi m. kir. állami kórháznál Belügyminister urnak 113.656—1918. X. b. sz. rendelete alapján betöltendő, a VIII. fizetési osztálynak megfelelő évi 3600 kor. fizetés, 1040 kor. lakpénz, továbbá a szabályszerű pótlékok és segélyekkel javadalmazott **bőr- és bujakóros osztályos főorvosi állásra**, melyhez a fertőző osztály vezetése is össze van kötve, ezennel pályázatot hirdetek. A kinevezendő főorvos munkakörébe fog tartozni ezen kívül az igazgató-főorvos vezetése alatt álló sebészeti osztályhoz csatolt Röntgenlaboratorium egyelőre való ellátása is. A pályázni kívánók keresztlevéllel (születési bizonyítvány), elméleti és gyakorlati képzettségükről, valamint eddigi működésükről szóló okmányokkal szabályszerűen felszerelt folyamodványukat a nagyméltóságú Belügyminister urhoz czimezve legkésőbb **1918. évi október hó 23.-áig** annál is inkább nyújtásuk be, mert később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek.

Marosvásárhelyt, 1918. szeptember hó 27.

Hints Elek dr., igazgató.

1233/1918. ikt. sz.

Békés vármegye közpórházában a műtőorvosi állás lemondás folytán megüresedvén, ezen állás betöltésére pályázatot hirdetek.

Felhívom azon kartárs urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy erre vonatkozó kérvényeiket Békés vármegye főispánjához Füzeslőy Zoltán dr.-hoz intézve, **hozzám folyó hó 28. napjáig** annyi-
val inkább beküldeni sziveskedjenek, mert a később érkező kérvények a pályázatban nem vehetnek részt.

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

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

Gyulaán, 1918. október 4.-én.

Békés vármegye közpórházának igazgatója.

Dr. MOLNÁR JÁNOS kórházi főorvos

Családi otthona
A magy. kir. belügyminiszter által
672/10936. szám alatt engedélyezett
Sanatorium

kedély- és idegbetegek részére

☐☐ **Sátoraljaúj hely.** ☐☐

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

MATTONI-FÉLE
GIESSHÜBLER
természetes
égyvényes
SAVANYÚVIZ.

Eladó orvosi berendezés

műszerekkel együtt, teljes új állapotban. Cím meg tudható a „Petőfi”
irodalmi vállalatnál, Budapest, VII., Kertész-utca 16. sz. (Telefon:
József 106-47), vagy levélelileg, válaszbélyeg ellenében.

Vizsgázott

Röntgenkezelő

megfelelő állást vállal. Gohn, Szászváros, Főter 8.

Lilienfeld és Röntgen

berendezést szállít

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

Természetes gyógyfürdők házi használatra!

úgy mint: sós (Sole-)
szénasavas-
kén-
Abietin-Pinosal (a fenyőtűkivonat pótlására)

fürdők
fürdők
fürdők
fürdők

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

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

Dr. W. Sedlitzky, Hallein, Salzburg mellett.

Epileptikusok

gyógy- és nevelő-intézete
BALF gyógyfürdőben,
Sopron mellett. A nm. m.
kir. belügyminiszterium
121.038/IV. a. sz. magas rendeletével jóváhagyva. Ellátmányösszeg egy napra (havon-
ként előre fizetendő) I. oszt. 12 korona; a II. oszt. 8 korona; a III. oszt. 6 korona.
Teljesen vagyontalanok a nm. m. kir. belügyminiszteriumnak 1903. évi 9721/IV. a.
számú rendeletére az országos betegápolási alap terhére vehetők fel. A felvételi
engedélyért a nm. belügyminiszteriumhoz kell folyamodni. Prospektusokkal szolgál
Balf gyógyfürdő igazgatósága vagy a gyógyfürdő tulajdonosa:
tolnai Wosinski István dr., ö. r. gróf. (Vasut-, posta- és telefon-állomás.)

Argentocoll

— Név törv. védve. —

Colloid-ezüst steril ampullákban à 2 cm³ 5 pro mille Ag-tar-
talommal, *mindoly esetekben, ahol colloid-ezüst javálva 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 oldatá 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 óhajtának.
Az injectiók intramuscularisan adandók, fájdalommentesek,
mellékhatást és localis izgató tüneteket nem idéznek elő.

PROVIDOFORM Prof. BECHHOLD szerint.

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

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

sokkal jobb és olcsóbb a jodnál.

— Irodalom rendelkezésre. —

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

DOMOPON

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

Eredeti csomagolások.

Domopon-tabletták	2% Domopon-oldat	Domopon-injekciók
1 cső 20 tabl., 1 tabl.=0.01	10 g-os csepegtető üvegben	1 dobozban 6 ampulla, 1 amp.=
Ára: K 5.20	Ára: K 5.50	1 ccm.=0.02 Ára: K 6.—

Rendelhető továbbá bármely más gyógyszerrel összetéve.

NOVATROPIN

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

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

ARSOTONIN

A monomethyldinatriumarsenat isotoniás oldata steril ampullákban, subcutan injekciókhoz.

1 amp.=0.05 g monomethyldinatriumarsenat.

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 Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY

EGYET. TANÁR ÉS

FŐSZERKESZTŐ.

SZÉKELY ÁGOSTON

EGYET. TANÁR

SZERKESZTŐ.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

- Hutya Ferencz:** Az influenza oktanáról. 559. lap.
Süssmann Frigyes: Közlemény a nagyszombi m. kir. bábaképző-intézetből. Influenza és gyermekági láz. 561. lap.
Longauer Kálmán: A spanyol nátha. 563. lap.
Sonnenfeld Jenő: Közlemény az Országos Hadigondozó Hivatal besztércezbányai különleges gyógyintézetéből. (Vezető orvos: Beficzur Gyula dr., egyet. tanár.) Indítvány a kreosotnak alkalmazására az influenza-fertőzés megakadályozására. 564. lap.
Keller Kálmán: Az adrenalinus élettani konyhasóoldat infúziójának hatása pneumoniában. 564. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. J. v. Ertl: Die Chirurgie der Gesichts- und Kieferdefekte. Anhang. L. Gadány: Zahnärztliche Schienensysteme. — Új könyvek. — **Lap-szemle. Belorvostan. Beckmann:** A járványos influenza után beálló bélvérzések. — **Sebészet. H. Heidler:** Paratyphus következtében fejlődött perforatív peritonitis esete. — **H. Dressmann:** Gyomorékelet miatt végzett gastrotomia. — **V. Baeyer:** Súlyos ikraizom-sérülések. — **Albrecht:** A gázúszók korai diagnózis. — **J. Geringer:** Mellékeselváltozás gázúszók eseteiben. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. E. Meyer:** Calcibram. — **Staehelein:** Pavon. 565—566. lap.
Magyar orvosi irodalom, 566. lap.
Vegyes hírek. 566. lap.
Tudományos Társulatok. 567—569. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Az influenza oktanáról.

Irtá: *Hutya Ferencz dr.*

A mióta az influenza — ezúttal mint „spanyol betegség” nyugatról kelet felé — rohamosan terjeszkedik és az esetek számottevő részében súlyos lefolyásával szerte a kontinensen komoly egészségi aggodalmakat kelt, a klinikusok és a bacteriologusok szorgos kutatásokkal iparkodnak a betegség oktanát felderíteni. Az epidemiológiai és a klinikai hasonlatosság folytán is a három évtized előtti járvánnyal — akkor „orosz nátha” volt a népies neve, mert kelet felől indult az útjára — mintegy önmagától adódott a feltevés, hogy a két járvány azonos s minthogy a közfelfogás az akkori járvány okozójául a Pfeiffer-től 1892-ben felfedezett *influenza-bacillust* tekintette, serényen keresni kezdték ezt a bacillust a betegek kóros váladékaiban és vérében, valamint a meghaltak kórosan elváltozott belső szerveiben, így elsősorban a gyuladt tüdők szövetében. Az ez irányban kutatók meglepetésére a vizsgálatok általában nem vezettek az eleve várt eredményre. Egyesek (*Dietrich, Simonds, Bergmann*) beszámoltak ugyan pozitív leletekről, de ezek is az eseteknek csak egy kis százalékában, mások (*Schürmann, Uhlenhuth, Hirschburg*, maga Pfeiffer is) óvatosan csak az influenza-bacillushoz hasonló leletekről szólnak, a legtöbbben azonban (*Brasch, Mandelbaum, Hesse, Goldschmid, Selter, Schmorl, Friedmann*) bevallják, hogy kutatásuk eredménytelen volt. Nyilvánvaló lett már eddig is, hogy a szóban levő bacillusnak nem lehet lényeges szerepe a mostani járványban, még pedig a halálosan végződő esetekben sem s ebből egyik-másik szerző, ellentétben a *Bergmann* és más klinikusok felfogásával, azt a következtetést vonta le, hogy a három évtized előtti, helyi-közzel-azóta is jelentkezett járvány és a mostani járvány nem azonos.

Nézetem szerint a *Pfeiffer-bacillus jelenléte vagy hiánya a test nedveiben és szöveteiben teljesen közömbös a két járvány azonosságának vagy különbözőségének elbírálása szempontjából*, egyszerűen abból az okból, mert semmi sem igazolja, hogy valóban ez a bacillus okozta a három évtized előtti járványt.

Pfeiffer s utána a bacteriologusok, nyomukban pedig a klinikusok is, tudvalevőleg azért vallották ezt a bacillust az influenza okozójának, mert ha nem mindig, de mindenestre sokszor, sőt itt-ott rendszerint is megtalálták a betegek

kóros terményeiben. Ezt leszámítva azonban egyetlen más bizonyíték sem szolgált neki tulajdonított szerep mellett; nevezetesen a kísérleti állatokra általában kevésbé pathogen bacillus tenyésztési még a majmok légutaiiba fecskendezve sem váltottak ki az influenzához csak valamennyire is hasonló kórképet.

Valamely bacterium gyakori vagy akár állandó jelenléte kóros szövetekben és terményekben legjobb esetben csak azt bizonyítja, hogy az illető kóros szervi elváltozásnak, például valamely szövet gyuladásának, elhalásának stb. közvetlen okozója, de nem egyúttal azt is, hogy az illető bacterium indította meg eredetileg a betegséget. A vegyes fertőzések megismerése már jó ideje tájékoztatott abban az irányban, hogy betegségek folyamán facultative pathogen bacteriumok különböző szövődményeket okozhatnak, melyek az alapbetegség jellegét igen lényegesen módosíthatják, s hogy az ilyen másodlagosan érvényesülésre jutott bacteriumok esetleg az egyedüli pozitív bacteriológiai leletet szolgáltatják, anélkül, hogy ez a lelet szoros okozati összefüggésben állna magával az alapbetegséggel. A streptococcusok okozta sepsis a vörheny folyamán, a Felix-Weil-féle bacillus diagnostikai jelentősége kiütéses typhus esetén tanulságos példák erre vonatkozóan.

A vegyes fertőzések közül és a sokféle szövődményekből levonható tanulságok mintha nem részesültek volna figyelemben az influenza oktanának értelmezésekor. Egyes szerzők, így *Schmorl, Hueppe, Hirschburg* s különösen *Mandelbaum*, újabban tartózkodással nyilatkoznak ugyan a Pfeiffer-féle influenza-bacillus oktanai szerepéről, nagy általánosságban azonban ezt a bacillust legalább a járványos influenza valódi okozójának szokás tekinteni, olyannyira, hogy az influenza vera biztos körjelzését e bacillus kimutatásától teszik függővé. Pedig a valóság az, hogy a három évtized előtti influenzajárvány lezajlásával nem tűnt el egyúttal az influenza-bacillus is, hanem a várakozás ellenére azóta is gyakran jelentkezik a bacteriologus szeme előtt, még pedig olyan kóros folyamatok kapcsán, melyeknek semmi közük sincsen az influenzához. Így gyakran található számárhurutos gyermekek hörgőváladékában s általában nem ritka gyermekek broncho-pneumoniás gócaiban, de alkalmilag előfordul a mandolák lepedékében és phthisikusok tüdőcavernáiban, a középfül genyes gyuladása esetén stb.

Az úgynevezett influenza-bacillusnak ez a gyakori előfordulása influenzától mentes időben és nagyon változatos kóros folyamatok kapcsán már egymagában nagyon alapos kétséget támaszt annak a felfogásnak helyességével szemben,

mely ezt a bacteriumot tekinti a járványos influenza elsőleges és valódi okozójának. Minden amellett szól, hogy a természetben mindenfelé él — nem tudni ugyan még, vajjon csak az emberi testen belül vagy azon kívül is — s ha nem akarunk ahhoz a mérész feltevéshez folyamodni, hogy ez a facultative pathogen bacterium időről-időre heves virulentiára téve szert, önálló járványt indíthat meg, úgy pathogen szerepét bizonyára helyesebben akképpen kell értelmeznünk, hogy csak alkalmilag, más okból előzetesen megbetegedett szervezetben jut érvényesülésre, ebben a szerepében azonban esetről-esetre veszedelmes szövődményeket, például bronchitiseket s talán tüdőgyulladásokat is okozhat.

Nagyon valószínűnek tartom, a mint ezt már Kruse is több év előtt sejtésképpen jelezte, hogy influenza esetén is csak ilyen — alkalmi és másodlagos — a pathogen szerepe. Vagyis úgy gondolom, hogy a járványos influenzát eddig teljesen ismeretlen, specifikus ragály okozza; ennek hatása alatt fejlődik ki az általános fertőzés jelül a lázas állapot és az egyszerű, szövődmények nélküli esetekben a betegség csak ennek az állapotnak tünetei s esetleg általános hurutos vagy intoxiciós jelenségek között folyik le. Az esetek egy részében azonban a lázas állapot folytán természetes ellenállásában legyöngült szervezetben facultative pathogen bacteriumok alkalmas talajra találva, benne elszaporodnak és sajátlagos pathogen hatásuknak megfelelő kóros szervi elváltozásokat idéznek elő, melyek azután mint többé-kevésbé súlyos szövődmények (tüdőgyulladás, agyvelőburokgyulladás, bélgyulladás stb.) módosítják a betegségnek szokásos, az elsőleges specifikus virusnak megfelelő lefolyását. Az utolsó-előtti járvány alkalmával, úgy látszik, főképpen a Pfeiffer-bacillus ilyen hatására voltak kedvezők a viszonyok s talán ezzel függött össze az akkori járványnak sokszor hurutos jellege, ezúttal viszont inkább streptococcusok és pneumococcusok érvényesítik veszedelmes befolyásukat s ennek megfelelően gyakoribbak a tüdő-mellhártyagyulladások és a genyes folyamatok.

Azt, hogy mi tehát a járványos influenza valódi okozója, ismereteink mai állása mellett nem tudjuk, de legalább sejtethetjük, ha figyelembe vesszük azokat a tudományos vizsgálati eredményeket, melyek több járványos állati betegség s újabban egy-két emberi betegség oktatának felderítésére vezettek. Egyes szerzők, nyilván az azonos elnevezés nyomán, valamelyes rokonságra gondolnak a lovak influenzájával és Hirschburg bizonyos hasonlatosságot lát az emberek és lovak influenzás pneumoniájának anatómiai képében. A valóságban ez a hasonlatosság nem nagy, feltűnő azonban a megegyezés olyan értelemben, hogy a lovak influenzája is általános fertőzés okozta lázas állapot tüneteiben nyilvánul s hogy az esetek egy részében e lázas állapot folyamán mint szövődmény tüdő- vagy tüdő-mellhártyagyulladás fejlődik, a mikor a beteg tüdőszövetben különféle facultative pathogen bacteriumok, úgymint a bac. equisepticus, streptococcus equi, bac. necroseos, bac. pyocyaneus stb. mutathatók ki. Itt is az történt, hogy egy ideig, Schütz nyomán, a streptococcus equi-t tartották a betegség okozójának azon az alapon, mert majd mindig ott van a kóros szövetben és a légutak váladékában, míg ki nem derült, hogy csak másodlagos szerepe van annyiban, hogy többé-kevésbé súlyos szövődményeket létesíthet, hasonlóan mint a többi, sokszor vele együtt található bacteriumoknak. Néhány év előtt azután Poels, Lührs és Basset szabatos kísérletes vizsgálatokkal megállapították, hogy a betegségnek egyik alakja, az úgynevezett influenza catarrhalis (Pferdestaupe) különböző szövetnedvek, nevezetesen vér és sperma agyagszűrleteinek a vérbe vagy a bőr alá fecskendezésével mesterségesen átoltható egészséges lovakra, míg influenza pectoralis esetén hasonló kísérletek eredménytelenek maradtak s ennek a kóralaknak eredeti okozójáról még most is legfeljebb annyit tudunk, hogy benne van a betegség kezdetén a finom hörgők váladékában és a környező szövet gyuladással savójában.

Az influenzán kívül azonban van egész sora az állati betegségeknek, melyeknek közös tulajdonsága az emberi

influenzával, hogy rendkívül ragályos, rövid érintkezés útján rohamosan terjeszkedik az állatállományokban és melyek a szövődmények nélküli, tiszta esetekben szintén csak hirtelen támadó láz általános tüneteiben, valamint a nyálkahártyák hurutjában és vérzésekben nyilvánulnak, a minő tünetek az emberi influenza typusos és súlyosabb hevenyészeteiben is észlelhetők (a vérzéses jeleget a mostani járványban főképpen Oberndorfer hangsúlyozza). Ilyen állati betegségek nevezetesen a sertéspestis, a délafrikai lópestis, a tyúkpestis, a baromfi-diphtheria s hozzájuk csatlakozik bizonyos tekintetben a ragadós száj- és körömfájás, mely időről-időre szintén nagy földterületeken szokott végigvonulni (néhány járvány alkalmával szintén elég sokszor szívbénulás hirtelen halált okoz).

Mindezekre a betegségekre vonatkozólag szabatos kísérletekkel megállapított tény, hogy a specifikus virus a lázas állapot kezdetétől fogva — és kiváltképpen ekkor — benne van a betegek vérében, mert ennek fölötté kis mennyisége a fogékony állatok bőrére áta vagy vérebe fecskendezve biztosan előidézi a betegséget. Minthogy pedig az agyagszűrőn átvezetett, bacteriumoktól mentes vérnek vagy más szövetnedvnek hasonló a hatása, azért az idetartozó ragályokat az úgynevezett *filtrálható virusok* (chlamydozoonok, strongyloplasmák vagy aphanozoonok) közé szokás sorolni. Ezeknek közelebbi mivolta még nem ismeretes ugyan, mert a kimutatásukra irányuló mikroszkopos vizsgálatok még nem vezettek egészen meggyőző eredményre, kétségtelen azonban, hogy fölötté kicsiny elemek képviselik s talán ezek rendkívüli kicsinyisége értelmezi a ragály szállékony voltát és a betegség könnyű és gyors terjedését (a tyúkpestis virusából például már egy cm^3 -nek egy milliárdnyi része elegendő a sikeres fertőzésre).¹

Az emberi betegségek közül a himlő ragályát szokás idesorolni, melyet szintén jellemez az erős ragályozás és a gyors terjedés, nagyon valószínű azonban, hogy több más betegség, így nevezetesen a kanyaró, a számarhurut és az influenza is ebbe a kategóriába tartozik. Ezekben a betegségekben is esetről-esetre bizonyos bacteriologiai leleteknek különös aetiologiai fontosságot tulajdonítanak, de ezekről a felfedezésekről eddig mindig kiderült, hogy az illető bacteriumoknak vagy semmi, vagy legfeljebb másodlagos szerepük van az illető betegség oktatában, hasonlóan mint például a pyogen coccusoknak, a melyek mindig megtalálhatók a himlőhólyagok belsejében.²

Hogy ezen a téren mennyire szükséges a bacteriologiai leleteknek elfogulatlan és óvatos elbírálása, azt különösen meggyőző módon a sertéspestis példája mutatja. Ez a betegség szövődmények nélküli, tiszta esetekben typusos septicæmia, magas lázzal, a nyálkahártyák hurutjával és sokszor vérzésekkel. A könnyű esetek pár nap alatt gyógyulnak, a nagyon súlyosak rövid idő alatt elhullásra vezetnek, e két szélsőség között azonban vannak igen nagy számmal esetek, a midőn az általános vérfertőzéshez egyrészt fekélyesedő bélgyulladás, másrészt croupus jellegű tüdőgyulladás, avagy mindkét kóros folyamat csatlakozik. Ezek az esetek végződnének legtöbbször halálosan s ezért ezek szolgáltatják leginkább a bacteriologiai vizsgálatok anyagát. Minthogy pedig e vizsgálatok szerint a paratyphus-bacillusok egy félésege, a bacillus suipestifer (hogcholera-bacillus) rendszerint megtalálható a kóros szövetekben, sőt sokszor a vérben is, azért egy időben ezt a bacillust mondtuk a sertéspestis okozójának. Ez a felfogás annál jogosultabbnak látszott, mert a nevezett bacillus tiszta tenyészetének megetetésével sikerül sertésekben a betegségre jellemző bélbeli elváltozásokat létesíteni, s ez a felfogás mégis tévesnek bizonyult. Kiderült ugyanis, hogy az említett módon mesterségesen

¹ Erről a kérdésről részletesebben szoltam Balassa-előadásomban; l. Orvosi Hetilap, 1915. évf.

² A poliomyelitis acuta, a veszettség, a sárgaláz, a pappataci-láz s talán a kiütéses typhus virusa szintén átmege az agyagszűrőn, ezek a betegségek azonban, az utóbbi négy már a fertőzés eltérő módja miatt is, más beszámítás alá esnek.

megbetegített állatok nem fertőznek egészségeseket s gyógyulásuk esetén nem immunisak a természetes fertőzéssel szemben. Midőn azután *Dorset, Mc. Bryde* és *Bolton* megállapította, hogy a betegek filtrált vére a bőr alá vagy a vérbe fecskendezve előidézi a betegség heveny, vérömléses alakját, folytatólagosan pedig kimutattuk, hogy a vér vagy szövethedvek szűrletével megbetegített állatokban épp úgy fejlődhetnek a bélbeli és tüdőbeli szövödmények, mint a természetes fertőzés után, ezzel egészen tisztázódott a betegség oktana és a mai felfogás helyességét igazolják az e felfogáson alapuló védőoltások kitűnő gyakorlati eredményei (a specifikus vírus elleni immunizálás a szövödmények ellen is véd!).

Hasonló elfogulatlanság és óvatosság az influenzára vonatkozó bakteriologiai leletek elbírálásakor is helyénvaló. A legújabb időben mind sűrűbben jelennek meg közlések, még pedig nemcsak orvosi folyóiratokban, hanem politikai napilapokban is, melyek hírül adják, hogy sikerült felfedezni a mostani influenza okozóját valamely bacterium alakjában és egyik-másik szerző mindjárt messzire menő therapiiai következtetéseket is fűz a felfedezéséhez. A bacteriumok keresése a kóros anyagokban bizonyára értékes abból a szempontból, hogy tájékoztathat a szövödmények mivoltáról s talán azok fejlődésének és megelőzésének feltételeiről is; az alapbetegségnek, vagyis magának az influenzának oktatáson azonban aligha fog sikerülni ezen az úton tisztázni. A járványok epidemiologiai, valamint klinikai és anatómiai jellege ugyanis alig egyeztethető össze azzal a feltevessel, hogy a betegséget valamely bacterium okozza, hanem sokkal inkább filtrálható vírus ilyen szerepére utal.

Az oktani kutatásnak tehát különösképpen az ilyen vírus kimutatására kellene irányulnia és ebben a tekintetben az eddigénél nagyobb figyelmet érdemelnének a kutatók részéről az állati pathológiában elért eredmények, melyek a múltban is többször irányítólag hatottak a vizsgálódásra (lépfene, texasi láz). Minthogy a filtrálható vírusok az eddigi tapasztalatok szerint sokszor szorosan fajhoz kötöttek, az ezirányú kutatásoknak előreláthatólag nagy nehézségekkel kell megküzdeniük, de a sárgaláz és a pappataci-láz példája mutatja, hogy a cél mégis elérhető. Az első lépések különben már itt is megtörténtek, mert *Selter* influenzás betegek filtrált torokváladékának belehelése után önmagán és női segédjén az enyhe influenzához hasonló rosszulletet észlelt. Hasonló kísérletek, főleg a betegség kezdetén vett vérrel, embereken és talán majmokon is, talán még inkább meggyőző eredményekre fognak vezetni, az oktatás tisztázása pedig a betegség elleni védekezés s talán a therapia számára is új utakat fognak megjelölni.

Közlemény a nagyszebeni m. kir. bábaképző-intézetből.

Influenza és gyermekági láz.

Irta: *Süssmann Frigyes* dr., igazgató-tanár.

Bel- és ragályos betegségek a női szervezetet a terhesség alatt és a gyermekági minden időben megtámadhatják és mint önálló pathológiás tünetcomplexumok a terhességi állapotnak és gyermekágnak többé-kevésbé jelentékeny komplikációját alkothatják. Az a nézet, hogy a terhesek bizonyos betegségekre, mint például azt a tüdőgyuladástól állították, különösen praedisponáltak, nem valószínű. Másrészt el kell fogadni, hogy a női ivarszerek és functionális tevékenységük a többi szerv vitalis állapotára és funkciójára tagadhatatlan befolyást gyakorolnak. Általában állíthatjuk, hogy ez a többi szervre való befolyás, ezek ellenálló képességének csökkenésén alapszik. Ennek okát abban kereshetjük, hogy a terhesség alatt a magzat növése és táplálására szolgáló ivarszervek a szervezetnek ama részeit alkotják, melyek legbővebben lesznek vérrel ellátva, ami természetesen bizonyos tekintetben a többi szervnek, az egész szervezetnek a rovására történik.

A szervezetnek csökkent ellenállóképessége alkalmassá

teszi a szervezetet kórokozók felvételére, különösen a heveny-fertőző betegségek kórokozóira. Az irodalomban sok eset ismeretes, hol a terhesség alatt és a gyermekágiban vörheny, kanyaró és himlő jelentkezett, s úgy a terhességnek, mint a gyermekágnak, különösen ez utóbbinak, mint veszedelmes complicatiói vannak feltüntetve. Az influenzáról kevés feljegyzés található.

Jaquemier és *Kiwisch* szerint a terhesség alatt beálló influenza nem volna káros hatással a terhesség lefolyására, míg *Biermer* és *Gottschalk* esetei ennek ellene szólnak. Ezek állítják, hogy ha az influenza a terhesség első hónapjaiban jelentkezik, könnyen abortust idézhet elő. Ennek okát az influenza-infectio folytán előidézett méhnyálkahártya, illetve decidua heveny gyulladásában találják. Szülőnőn genitális influenza-infectiótól okozott puerperalis láz-esetét *Thaler* docens és *Zuckermann* közöl, kiknek a hüvelyváladékban Pfeiffer-bacillust sikerült kimutatni, a mi annál is inkább figyelemreméltó, mert eddig a női genitáliákban az influenza localisatiója kimutatható nem volt, ámbar általánosan ismeretes, hogy az influenza-bacillusnak a központi idegrendszerre gyakorolt jellemző befolyása mellett, majdnem minden szervben gyuladást okozó sajátja lehet. A szövődmény kimutathatóságnak okát egy közlemény (*Monatschrift f. Geburtshilfe und Gynaekologie*, 1915, 5. füzet) abban találja, hogy a puerperalis secretumnak beható bakteriologiai tanulmányozása óta influenza-járvány nem fordult elő és állítja, hogy előforduló epidemia esetén gondolni kell a női genitális influenza-infectiójának eshetőségére, mint genitális okokból eredő lázas állapot valószínűségi okozójára, mely következményes gyuladást elváltozások előidézője lehet.

Hogy az influenza-bacillus genykeltő is lehet, erről *Weil* ír, aki azt állítja, hogy a heveny infectious betegségekkel kapcsolatban nem ritkán metastasisok keletkeznek különböző testrészekben, az influenzabacillus azonban e téren jellegzetes magatartást tanúsít, amennyiben ez után metastasis nem jelentkezik oly gyakran. Az influenza esetén keletkező metastasisok gyakrabban staphylo- vagy streptococcus vegyes infectiójának (*Mischinfectio*) következményei. Közöl esetet a csípőízület periarticularis genyedéséről, mely a Pfeiffer-féle influenza-bacillustól idéztetett elő, melynek culturáját a genyből ki tudta tenyészteni.

Influenzával kapcsolatban jelentkező sepsis nem ritka jelenség. Magam 3 esetben észleltem.

Popescu (Bukarest) influenza-phlebitis esetét közölte.

Kissalk pyosalpinx genyében mutatott ki influenza-bacillust.

Minthogy most háborús időben a szükséges irodalom megszerzése különös nehézséget okoz, a rendelkezésemre álló kevés irodalomra voltam kénytelen szorítkozni, azonban itt is találom, hogy az influenza járványos betegség, mely általános kóros symptomák mellett egyes szervekben localis gyuladást is előidézhethet.

A következőkben egy a gyermekágiban jelentkező láz-járványról óhajtók szólni, mely 1918 tavaszán a nagyszebeni bábaképző-intézetben fordult elő. Ennek okát egy influenza-járványban kell keresnem, mely akkoriban az egész városban elterjedt volt. Előre hangsúlyoznom kell, hogy bakteriologiai vizsgálatokat a háborús viszonyok miatt nem végezhettem. Hogy ennek dacára mi jogosít az influenza-infectio felvételére, azt a következőkkel vélem indokolni és igazolni.

A február végétől április közepéig terjedő időben 78 szülés esetében 17-szer jelentkezett láz, hol minden esetet beleszámítottam, melyben napi kétszeri hőmérés mellett a hőemelkedés 37.5°C s ennél magasabb volt. E 17 esetből egy haláleset volt súlyos sepsisben, 4 esetben parametritis, 3 esetben bronchitis és 1 esetben angina volt megállapítva, míg a többi 8 esetben kimutatható klinikai elváltozás nem volt megállapítható.

Az esetek helyes megítéléséhez szükséges, hogy a vezetésem alatt álló klinikán szokásos eljárásokat ismertessem. Elvileg szülőnőn belső vizsgálatot nem végezzünk, hanem mindent külső vizsgálat útján állapítunk meg. Sok nő, ki ezen

eljárásunkat ismeri, 2—3 héttel szülési terminusa előtt jelentkezik, mely alkalommal belső vizsgálat útján minden szükségességet megállapítok és előjegyzek. De minthogy a klinika tanintézet, így ezen eljárás csak azon időben alkalmazható, mikor bábánövendékek nincsenek jelen (július és augusztus hónap), és abban az időben, mikor a növendékek a belső vizsgálatához szükséges ismeretekkel nem rendelkeznek kellőleg (a bábaképző-kurzus első 1½ hónapjában, amely szeptember 1.-étől október 15.-éig és február 1.-étől márczius 15.-éig tart). Az észlelt tömegesen jelentkező lázas esetek épp arra az időre esnek, mikor belső vizsgálatokat nem végeztek és márczius 15.-e után is épp a lázas esetek miatt magam továbbra is megtiltottam a belső vizsgálatokat, úgy hogy a 17 eset közül egyetlen egy sem lett belsőleg vizsgálva. Eme valóságot igazolhatom azzal, hogy a legtöbb szülés esetén magam voltam jelen és a magam által vezetett szigorú vizsgálatkor mindenkit személyesen megkérdeztem, hogy nem végeztek-e a hátam mögött, tudomom kívül belső vizsgálatot, amire úgy a szülők, mint a személyzet egyhangzó tagadó választ adtak. A nemi szerveknek a gyermekágyi folyástól való megtisztítása nem történik a bábainstrukciónak megfelelőleg kézzel, hanem tisztán leöblítéssel, mert ugyanaz a nővér, kire részben ez a feladat is hárul, nekem műtétkor is instrumentál, miért is a nővér kezét minden lehető tisztátalanságtól óvni akarom. Természetesen ez az eljárás csak arra az időre érvényes, míg a szülők anyaga nem tanító célra lesz fordítva. Szüléskor és ezen lázepidémia miatt a betegágy tartama alatt csakis steril fehérnemű használtatott.

Minthogy február havában és márczius elején a gyermekágyban hirtelenül egymásután 5 lázas-eset fordult elő, természetesen azt vettem fel, hogy az előirt tisztasági rendszabályok alkalmazásával mulasztás történt, a mi bár lehetségesnek, de mégis hihetetlennek tűnt fel, mert évek óta képzett és valóban rendkívül megbízható személyzettel rendelkezem. A nem is szándékosságból vagy hanyagságból becsúszott hibának az eshetőségét abban találtam, hogy a klinika állandóan túlszűfolt volt betegekkel és az éjjel-nappali szolgálat rendkívül nagy követelményeket rótt reám és személyzetemre. Igyekeztem e hibát azonnal kiküszöbölni és a szülőosztályt azonnal desinficiáltattam. A falak, padlók és ágyak mindenhol lysoformoldattal mosattak le, az ágynemű sterilisatorban lett desinficiálva, az ágytálak forró vízben és desinficiáló folyadékokban lettek tisztítva. Az irrigatorokat kifőzték, épp úgy a korsókat, melyeket a gyermekágyasnál a nemiszervek leöblítésére használtak. A bél-, hüvelycsővek és katheterek eo ipso naponként frissen lettek kifőzve. A desinficiálási eljárás a legszigorúbb ellenőrzés mellett történt, mivel a gépészi munkát egy román fogoly látta el, és feltehető volt, hogy ez a hadifogoly — bár már egy esztendeje kifogástalanul végzi a gépészi teendőket — a sterilizáláshoz talán igen kis feszültségű gőzt használt. Azután a személyzet és növendékek vizsgáltattak genyes sebre — negatív eredménnyel. Az intézet összes fehérneműje sterilizáltatott mosás után, hogy a mosóban a felületes főzéskor netalán visszamaradt csírák elpusztuljanak. Magától értetődően a gátvédelemnél különös figyelem fordított a kezek fertőtlenítésére. A személyzet figyelméztetve lett arra, hogy a gátvédelemkor és a placenta eltávolításakor lehetőleg elkerüljék azt, hogy a kezek a nemiszervek sebeivel érintkezésbe kerüljenek, a mit én az esetek legtöbbszörében személyesen ellenőriztem. Eme óvintézkedések dacára, melyek némely tekintetben túlzottaknak mondhatók, a láz a szülőknél a legkülönbözőbb formában és napokon ismételtelen jelentkezett, úgy hogy nem tudtam már másképp segíteni magamon, mint ezeket a szigorú tisztasági rendszabályokat újból keresztülhajtani, azzal a szándékkal, ha netalán ez is negatív eredménnyel járna, a szülők felvételét egy időre beszüntetem. E második alapos takarítás után még 2 láz eset fordult elő, s azóta egy sem.

Gyermekágyban lázat előidézhettek:

1. Leggyakrabban pathogen csírák, melyek az orvos vagy a baba keze útján jutnak a nemiszervekbe.

2. A csíráknak tisztátlan instrumentumok által való átvitele.

3. Visszamaradott, rothadó lepényrészek.

4. Öninfectio.

5. Infekciós betegségek.

Ad 1. A mi pathogen csírának az orvos vagy szülésznő keze útján való átvitelét illeti, eseteimben e keletkezési módot a következő indokolással zárhatom ki. A leggyakrabban a csíra bevitele a méh szájánál történik a vizsgáló ujj útján, hol a csírák a megrepesztett nyálkahártyában tenyésztődnek. Minthogy a 17 asszony közül egy sem vizsgáltatott belsőleg, így az infekciónak ez a módja eslelik. Az infekciónak tehát egy útja marad, a gátvédelem és az esetleges gátrepedés alkalmával történt varráskor a kezek átvitele útján. A gátvédelemnél pathogen csírák útján történt infectio lehetősége elméletben elgondolható, ámbar az ez úton való fertőzés valószínűsége igen csekély és csak akkor volna felvehető, ha ezen módon 1—2 esetben, de nem 17 gyermekágyason jelentkezett volna. Ez a lehetőség a leghatározottabban kizárható, minthogy az említett első 5 eset után a gátvédelemkor különös elővigyázatosság alkalmaztatott. Továbbá a fertőzési mód esetén, mely éppen csak a hüvelybemenet zúzott nyálkahártyájából indulhatott volna ki, a behatolási helyeken puerperalis sebeknek kellett volna keletkezniük, a mi egy esetben sem volt észlelhető. Még a gátrepedés varrat útján történt infekcióját is kizártnak kell tekinteni, minthogy mind az 5 esetben, melyekben magam végeztem gátvarratot, a varratok per primam gyógyultak, a varrat ellenőrzése alkalmával puerperalis sebet, bevont sebszéleket vagy csak könnyű gyuladással jelenségeket sem lehetett észlelni, még azon egy esetben sem, mely sepsis folytán meghalt, hol a varrat ugyancsak szépen gyógyult volt. Természetesen nem akarom említés nélkül hagyni azt, hogy én és az osztályos nővér úgy a szülések alkalmával, mint a lázas betegágyasok mellett mindig együtt működünk, minthogy úgy a különbetegeken, mint a közös kórteremben oly tömegesen jelentkezett a lázas megbetegedés, hogy ezeknek izolálásáról és a hiányos személyzet miatt külön kezelésről szó sem lehetett. Ezt nyugodt lelkiismerettel türhettem, mert a betegágyasok nálunk divó kezelésekor gyermekágyi folyás folytán a kézinfectio ki volt zárva, a mit még abból is következtetni akarok, hogy én ugyanezen időben, márczius 1.-étől április 15.-éig 91 műtétet, köztük 27 esetben laparotomiát végeztem, melyeknél mindig ugyanazon, a szülőosztályon működő nővér gummikeztyű nélkül készített elő és instrumentált és hogy ezen műtétek közül csak 2 volt halálos kimenetelű, míg a többi gyógyultán hagyta el az intézetet. A két haláleset közül az egyikben erősen előrehaladott carcinoma volt infiltrációval, a melyt a fennálló diabetes dacára Wertheim eljárása szerint operáltam, ezt a műtét utáni 5. napon coma diabeticumban vesztettem el; a másikban multiplex fibroma és adnextumok voltak, sokáig vérzett, testén sok skrophulosusos heg látszott, ez műtét után 40 napra miliaris tuberculosisban halt meg. A leghatározottabb bizonyítékom arra, hogy nem az infectio volt az ok, az az esetem, a melyben a szülés, a magzat és placenta kitolása oly gyorsan ment végbe, hogy a nővér sem a gátvédelmet, sem a placenta eltávolítását nem tudta szabályszerűen ellátni és ez éppen olyan eset volt, melyben hosszasan tartó parametritis állott fenn.

És a mi ad 2. a tisztátlan instrumentumokkal való átvitelt illeti, úgy itt az asszonyok katheterezése alkalmával használt tisztátlan katheterek útján való átvitel eshetőségéről lehetne szó, mely alkalomkor ismét csak ügyetlen manipulálás lehetett volna az infectio forrása. Eme eshetőséget mindenestre kizártnak kell tekinteni, mert a kórtörténetek szerint a 17 betegágyas közül vizelés-zavar miatt egyet sem kellett katheterezni. A klysmához alkalmazott bélcső útján való infekciót szintén kizártnak tartom, minthogy évek óta képezett személyzettel rendelkezem, különben ez ellen az esetek száma szól. Hüvelyöblögetéseket nem végzünk, ha igen, akkor is csak olyan okból, mint például bűzös lochia, rosszul visszafejlődő méh, vérzés stb.; oly állapotokban tehát, melyek

a gyermekágy 5—6. napján jönnek számításba, a mikor az infectio veszélye már nagyon erősen lefokozott. Egyébként a katheterek, hüvely- és bélcsövek naponként kifőzetnek. Tehát ez úton infectio veszedelme nem fenyegethet.

Ad 3. Rothadásnak induló visszamaradt lepényrészek okozhatnak lázat. A 17. kórtörténet közül csak az utolsó lázesetben találtam, hogy kis magzatburokrészek maradtak vissza, bűzös lochiákról nincs feljegyzés. Így tehát ez a forrás is elesik.

A mi ad 4. az öninfectiót illeti, ez még mindig vitás kérdés. A bakteriologiai vizsgálatok azt mutatták, hogy a terhesek hüvelyváladékában igen magas százalékban streptococcus van jelen és ennek daczára a legtöbb gyermekágyason láztalan a lefolyás. Hogy mily befolyások szükségesek ahhoz, hogy a létező csirákat mint kórokozókat uralkodni hagyják, mai napig nincs megállapítva. Az infectio ezen útját az említett endemiában mint okot senki el nem ismerheti.

Ad 5. Marad az infectiónak még egy útja, az infectiosus betegségek útján, ez esetben tehát influenza útján. Miért vettem fel éppen az influenza-betegséget, mely az irodalmi adatok szerint ritkán jelentkezik a gyermekágyi láz okaként, hogy ezen endemiában mint kórok szerepeljen? Először per exclusionem eme diagnosis felvételére határoztam magam, és ebben az előbb említett bizonyítási törekvés mellett még különböző fontos momentumok támogatnak. Ugyanezen időben Nagyszebenben influenza-járvány uralkodott, mely majdnem minden házban 1—2 vagy több családtagot megtámadott. Magam is szenvedtem benne, de mint egyedüli orvos az intézetben, kénytelen voltam a szolgálatot ellátni. A mint a városban a járvány szünőben volt, a klinikán sem fordult elő többé egy sem. A lázendemiának a lefolyása és a láznak a gyermekágy különböző napjaiban való jelentkezése mutatja, hogy itt nem puerperalis lázzal van dolgunk. Az első hőemelkedéseket* megfigyeltük 8 esetben a szülés utáni 8—14. napon. A lázasokon megfigyelt symptomák csak 5 betegen utaltak puerperalis processusra, 4-en parametritisre és egyen sepsisre; ha az utóbbit tiszta puerperalis megbetegedésnek számítjuk is, 3-ban a tüdő részéről hurutos tünetek és 1 esetben mandulalob magyarázta meg a lázat. Ezzel szemben a többi 8 esetben általános tagfájdalmakon és forróságérzésen kívül más különös klinikai symptoma nem volt kimutatható, annál kevésbé a genitálék részéről, hol a leggondosabb megfigyelés daczára semmiféle beteges elváltozás nem volt megállapítható. Továbbá a láz nem volt tartós, hanem sok esetben egyszer jelentkezett, majd 2—3 napig szünetelt, azután újból ismétlődött. Egy esetben a klinikán való 13 napi megfigyelés alatt csupán 2 napon mutatott 37.3—37.8° esti hőemelkedést; máskor a hőmérsék mindig 37°-on alul volt, és ennek daczára az illetőnek egészségesen elbocsátása után otthonlété után a 18. napon magas láz jelentkezett; parametritis és exsudatum keletkezett, a mely 3 hónap múlva is naponkénti lázat okozott és a beteget ágyhoz kötötte. Hasonló megfigyelésem volt más 2 betegemen is, kiken az exsudatum sokkal később keletkezett a láztalan állapot után, a klinikáról való elbocsátás után. Ezek közül az egyik több napon át subfebrilis hőemelkedést mutatott. Ennek okát a genitálék részéről valami nyomásérzékenység vagy fájdalomérzés hiányában egy activálódó tüdőfolyamatban találtam, minthogy nevezett patientsnek terhességének első hónapjában haemoptoëja volt. Ez a megfigyelés is megerősítette ama nézetemet, hogy itt is influenzáról van szó, mivel Franke is kifejezetten az influenza-infectio sajátosságaként említi, hogy utóbetegségek gyakran hosszabb idővel a tulajdonképpeni influenza-infectio után jelentkeznek.

Az említett adatok és megfigyelések alapján állítottam tehát fel az influenza-diagnosisát, annak daczára, hogy az egyetlen biztos bizonyítékot, az influenzabacillust kimutatni nem tudtam. Egyébként Pick említi, hogy az epidemiákban

az influenza-bacillus gyakran nem mutatható ki, miért is egyedül ettől nem lehet függővé tenni a diagnosist.

A nagyszámú bacterium mellett, melyek a hüvelyben mindig találhatók, könnyen érthető, hogy az érzékeny Pfeiffer-influenza-bacillus könnyen elenyészővé válik és e miatt nehezen vagy egyáltalán nem mutatható ki; a mi mellett ki nem zárható, hogy vajjon nem-e épp a hüvelybe jutott Pfeiffer-bacillus az, a mely a hüvelyben levő avirulens csirákat virulenssé teszi és ezeknek kórokozó szerepet nyújt, minthogy most már bizonyos, hogy a streptococcusok a gyermekágyban haemolysises sajátsággal bírhatnak, a mivel a terhesség végén nem rendelkeznek.

Az infectio felvétele tehát azon úton is értelmezhető volna, hogy a hüvelyben levő ahaemolysises streptococcusok a lochiában levő influenza-bacillus útján haemolyzáló streptococcusokká válnak és az infectió jelenségeket ily módon idézik elő. Ezt mindenesetre csak nagyon kiterjedt és gyakori bakteriologiai vizsgálatok bizonyíthatják. Mig ezen bakteriologiai vizsgálatok némely feltevésnek tiszta bizonyítékát nem adják, addig a tapasztalt orvos klinikai szeme gyakran helyes ítéletet fog nyújtani olyan esetekben, hol a bakteriologia nem ad még tiszta képet, még ingadozik.

A spanyol nátha.

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

A jelenleg uralkodó ú. n. spanyol betegség kóroktanára vonatkozólag végzett nagyszámú bakteriologiai vizsgálatomról más alkalommal kívánok részletesen beszámolni. Ezúttal csak a betegség klinikai képéről és gyógyításáról számolok be röviden eddigi, sajnos, elég nagy tapasztalatom alapján.

A betegség első sajátsága a gyors, ugyszólván váratlan megjelenése, a mi legtöbbször az esti vagy a reggeli órákban játszódik le, legtöbbször torokhurut kíséretében.

Az illetők teljes egészségük közepette hirtelen lehanyagoltá válnak s rövid időre rá (10—20 perc) hányásinger vagy hányás vesz rajtuk erőt, amit néhány perczig tartó hidegrázás követ, melynek lezajlásával a hőmérsék gyorsan emelkedik 30°—40°—41°-ig.

A lázroham alatt először a fej válik nehézze, kábultta, a végtagokban feszítő fájások állanak be s ezekhez csakhamar a megsemmisülés érzéséhez hasonló pilledség társul, a mi miatt a betegek képtelenek mozogni. A látás ködössé lesz, az étvágy teljesen elvész. Sokszor deliriumok és hallucinációk tarkítják a képet.

Ez a kórkép, ha szövődmény nem társul hozzá, 3—4 napi fennállás után gyorsan lezajlik; még további 2—3 napig a beteg gyenge ugyan, de nem érzi magát már betegnek, végül még 3—4 napi reconvalescencia után teljes a felépülés.

Nagyon ritka esetben a láz csak 38°—38.5°-ot ér el; ilyenkor természetesen a restitutio ad integrum a leggyorsabb.

Igen nagy óvatosságra intenek azok az esetek, amelyekben a 39°—40°-os láz hirtelen normalis hőmérséknek ad helyet s a beteg már a meggyógyulás látszatát kelti. Ezek a legsúlyosabb alakok, mert rövid intervallum után (1—2 nap) a láz ismét hirtelen emelkedik s pneumonia vagy pleuritis (melyek legtöbbször kétoldaliak), vagy kétségbeejtő, dysenteria utánzó szövődmények súlyossá s a kimenetelben végzetessé teszik a kórképet.

Miután ezen megtévesztő játék ismertté kezd lenni, a gyógykezelésnek is e magatartásnak kell, hogy megfeleljen.

Itt meg kell jegyezni, hogy az az állítás, a mely a betegséget 24 óra alatt coupírozhatónak nyilvánítja, megfigyeléseimnek nem felel meg, az ilyen eseteket én spanyol náthának nem minősítem; különben a pathologiai leletek is a 24 órás tartam létjogosultságának ellene mondanak.

A vírus nagy ellenállóképességről nem tesz tanúságot, annál inkább azonban vehemens intenzitásról. Bármilyen

* A beküldött nagyszámú láztábla a háborús viszonyok okozta nehézségek miatt nem volt közzétehető. Szerk.

heves is a hatása, önmagában úgy látszik nem veszélyes, csak a szövödménye miatt az, amelyet azonban nem ő idéz elő, hanem a szervezetben amugy is állandóan elraktározott más pathogen mikroorganizmusok, amelyeknek a melegágyát ő készíti elő.

E szövödményekre vagy a már *eredetileg hereditásos* gyenge szervezetek reagálnak, vagy pedig a beálló legyengülés lesz az utóbajok okozójává.

Tekintve a lázroham alatt az egész idegrendszerre gyakorló feltűnő befolyását, elsőrendű *idegmérget* kell a kórokozóban sejteni, főleg a *vago-sympathicus* rendszerre.

Az idegtünetek állandóan alacsonyabb hőmérséknel is megnyilvánulnak (néha subnormálisnál is), a nagy láz rovására tehát nem írhatók, ha pedig halálos végű az eset, a vagus-hűdés tünetei mutatkoznak.

Immunitást e betegség nem ad.

A beteganyag az eddigiek szerint a *gyermek-, az ifjú- és a középkorra* vonatkozik, de a legrosszabb korhatár mégis csak a 16—30. év közötti, a melyben a legsúlyosabb alakokkal találkozunk, tudniillik e korban észlelhetők az említett utókövetkezmények, tüdő- és mellhártyalobok, agyvelőtünetek, cholera- és dysenteriaszerű hasmenések.

A női nemhez tartozók aránylag nagyobb affinitással bírnak a kórnehez iránt, különösen a *chlorosisban szenvedők* és a *terhesek*, de sajátságosan abortust vagy koraszülést nem igen okoz, illetve csak a legritkább esetben.

Ugylátszik azokat lepi meg hamarabb, a *kik szervezetének folyadékmenyisége megfogyott*, vagy a *kik nem elegendő folyadékot fogyasztanak*.

A mi már most az ellene való védekezést illeti, az *inkább személyi* mint általános és abból áll, hogy *lehetőleg óvjuk az organismust minden legyengítő befolyástól*, főleg a *gyors és huzamosabban ható lehűléstől*, fárasztó munkától és az *elég-telen táplálkozástól*.

A folyadék pótlására tanácsos, *mint praeventiv eljárás*, naponként egyszer, leginkább *este*, egy nagyobb csésze *jól megczukrozott meleg teát* elfogyasztani.

A megkísérlett gyógyeljárások között a következő bizonyult be megbízhatónak, ha *kezdetlől alkalmazzuk!* A betegek korukhoz mérten kapnak *urotropint* 3 óránként folyadékban, továbbá *pyramidont* kombinálva *chinin*, *muriat*-mal napjában kétszer (délelőtt 10 és délután 6 órakor), aztán *extr. thymi saccharatum* *cognac*-kal aa egy vagy két óránként, evő-vagy gyermekkanállal.

Szívbjai esetén a pyramidont kikapcsolom, s a szívet kevésbé megterhelő *aspirin* lép a helyébe; majd kis adagban *digitalis* vagy *oxykámfor*.

A vázolt eljárással *eddig* kezelt több száz esetem közül csak *egy* végződött halálosan (*chlorotica* kétoldali pleuropneumoniával).

Közlemény az Országos Hadigondozó Hivatal beszterczebányai különleges gyógyintézetéből. (Vezető-orvos: Benczur Gyula dr., egyetemi magántanár.)

Indítvány a kreosotnak alkalmazására az influenza-fertőzés megakadályozására.

Irta: *Sonnenfeld Jenő* dr., vegyész, a laboratórium vezetője.

Mint nem-szakember bátorkodom az orvosközönség figyelmét egy megfigyelésemre felhívni, mely talán az influenzajárvány elleni védekezésnek kiindulópontja lehet. E megfigyelésem ismertetésére annál is inkább merek vállalkozni, mert az alább közlendő jelenséget kórházunk vezető orvosa, *Benczur Gyula* dr. egyetemi magántanár tőlem függetlenül és egyidejűleg hasonlóképp vélte magyarázhatni.

Az Országos Hadigondozó Hivatal 2400 ágyas beszterczebányai tüdőgyógyintézetében az influenza-megbetegedések száma feltűnően csekély, dacára annak, hogy a városi lakosság között és a vidéken erősen dúl a járvány. Az intézet a külvilágtól semmiképp sincs elkülönítve, mert hiszen a könnyű betegeknek kimenőjük van a városba, szabadságolt katonák

szabadságidejük letelte után visszaérkeznek, mások újra szabadságoltatnak, az orvosi, gazdasági és ápolószemélyzet szabadon jár-kezel, gyógyult esetek távoznak és új betegek érkeznek. Még feltűnőbb, hogy a patienteket megkíméli a járvány, holott az orvosi és az ápolószemélyzet között a megbetegedés nem ritka. Az utóbbiak természetesen a rögtöni orvosi kezelés és gondos ápolás következtében nagyobbára könnyű lefolyásúak.

E jelenségnek exact magyarázatát adni nem tudom, de nem tartom valószínűtlennek, hogy tüdőbetegeink ezen „immunitása” az influenzával szemben a mindennapi kreosot-szedéssel áll okozati összefüggésben. E feltevést valószínűvé teszi az a körülmény is, hogy az influenza majdnem kizárólag a kreosottal nem kezelt könnyű betegek között jelentkezik, holott a kreosotot szedő súlyos betegeket megkíméli, az oda beosztott ápolószemélyzetet azonban nem.

A kreosot ezen esetleges hatását érhetővé teszi az a valóság, hogy ezen erősen antisepsises pyrokatechin-származéknak csak 20·48%-a glykuronsavhoz kötve és 33·04%-a kénsavhoz kötve hagyja el a szervezetet, a maradék azonban változatlanul távozik a légzőszerveken keresztül. A kreosottal kezelt betegek lehelete kreosotszagú és a tuberculosis hullák tüdejének kreosotszaga minden kórboncnak előtt ismeretes.

A kreosothatás a tüdőtuberculosis kezelésében semmi esetre sem specifikus. *Mandl Dezső*-nek egy eddig nem közölt kutatása szerint a phthisikusok állapotának subjectív és gyakran objective is észlelhető javulása a kreosotkezelés után a vérnek regenerációjára vezetendő vissza. Az a feltevés, hogy a kreosot a szervezeten belül a tuberculosis-bacillussokat előli, teljesen laikus; ellenben igen valószínű, hogy a másodlagos fertőzés okozta hurutos jelenségek javulása a kreosotexhalationnak tulajdonítandó.

Körülbelül így képzelem magamnak a kreosotnak mint óvószernak szerepét ez influenza-fertőzés ellen: a szája és orrba hatoló influenzabacilluskok kreosotgőzzárammal találják magukat szemben, még mielőtt alkalmuk volna a nyálkahártyán megfogamzani.¹

Hangsúlyozni kívánom, hogy a szóbanforgó czélnek csakis azok a kreosot- és guajacolpraeparatumok felelnek meg, melyekben a nevezett anyagok vagy változatlan alakban vannak jelen (tehát például a *pharmakopoea kreosot-pilulái*), vagy pedig olyan vegyületek, melyekből a szervezet kreosotot, illetve guajacolt regenerálni tud. A guajacolnak sulfosavas sói teljesen értéktelenek, mert változatlanul hagyják el a szervezetet; guajacol nem lesz belőlük lehasítva, tehát nem is távozhatik a légzőszerveken keresztül. Ezt az adatot különös nyomatékkal hangsúlyozom, mert még nem ment át az orvosi köztudatba. Könnyen hozzáférhetők és jók a szénsavas esterek, nevezetesen a *creosotum carbonicum* és a *guajacolum carbonicum*. Az előbbi a hatásosabb. A *creosotum carbonicum*-ból egyszeri adag gyanánt megfelel talán 15 csepp, napi adag gyanánt 45 csepp.

Kórházunkban a kreosottal két irányban folyik a kísérletezés: alkalmazzuk mint *prophylacticumot* és mint *therapeuticumot*. Bizonyító eredményekkel egyelőre természetesen nem szolgálhatunk. Ezeket másoknak egészséges anyagon végzendő kiterjedő vizsgálatai hozhatják csak meg. E körülmény, valamint az ügynek sürgős volta szolgáljon mentesül, hogy ennyire hiányos adatokkal mertünk a nyilvánosság elé lépni.

Az adrenalinós élettani konyhasóoldat infúsiójának hatása pneumoniában.

Irta: *Keller Kálmán* dr., népfőlkölő főorvos.

A gyulafehérvári tartalékkórház I. belgyógyászati osztályán, hová csakis súlyos és előhaladott állapotban levő pneumoniások kerülnek, az eljárás a következő:

¹ Nem érdektelen, hogy a dohányfüst is tartalmaz illó pyrokatechin-származékokat (Thoms „aetherisches Brenzöl”). Összefüggésbe hozható talán ezzel az a valóság, hogy az influenzában nagyobbára asszonyok, gyerekek és fiatalok egyének, tehát főleg nemdohányzók betegszenek meg.

A régi, jól bevált gyógyítási módok mellett (digitalis, coffein és kámfor stb.) szívgyengeség és csökkent vérnyomás esetén naponta 1000 cm³ physiologiás (0.9%-os) steril konyhasóoldatot fecskendezünk a bőr alá infúziós edényből egyidejűleg 3 tűn keresztül, 1 cm³ Richter-féle tonogennel kombinálva. A tonogent, mivel magas hőmérsékleten könnyen bomlik, csak akkor szabad a sterilizált konyhasóoldathoz hozzáadni, midőn annak hőmérséklete már körülbelül 40°C-ra leszállott. Az infúzió tartama alig 10–15 perc.

Ajánlatos az infúziókat a vérnyomás csökkenésének kezdetén alkalmazni, mert nem egyszer 12–24 órai várakozás esetén a vérnyomásnak meglepően rapid esését észlelhetjük.

Az infúzióval elért eredmények, bár az osztály beteganyaga rendkívül súlyos állapotban kerül kezelés alá, kielégítőnek mondhatók.

Venaesectióra alkalmas esetet kórházi beteganyagom alig szolgáltat.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

J. v. Ertl: Die Chirurgie der Gesichts- und Kieferdefekte. Anhang. L. Gadány: Zahnärztliche Schienen-systeme. Urban und Schwarzenberg, Berlin—Wien, 1918.

Igen érdekes és érdemes könyv, melyet már azért is nagy örömmel kell üdvözlőnk, mert magyar szerzőktől való és mert minden tekintetben alkalmas arra, hogy külföldön is növelje a magyar chirurgia tekintélyét. A szerzőknek nagy és változatos anyagon — az észlelt esetek száma az 1000-et meghaladja — volt alkalmuk tanulmányozni az állkapocs-sérülések legkülönbözőbb kórképeit s igazán nagy szorgalommal, sok szeretettel, élénk inventióval és igen szép sikerrel buzgalkodtak azon, hogy a kezeik közé került betegeken kozmetikai és functionalis szempontból lehetőleg tökéletes eredményeket érjenek el, s ahol az eddig használatos methodusok nem voltak kielégítőek, ott mindig segítettek magukon egy-egy javítással, modificatióval, mely aztán bevált. Különösen kiemelendők az állkapocsdefectusok pótlására szolgáló eljárások, melyeket Ertl igen finoman, az aprólékosáig menő részletekig kidolgozott, s melyek közül különösen az osteoperiostalis plastika s a hajlékony transplantatumok átültetése érdemli meg megkülönböztetett figyelmünket és elismerésünket. De egyébként is találunk a könyvben számos figyelemre-méltó megjegyzést, ügyes technikai fogást, és pedig nemcsak a sebészeti, de a rövid fogorvosi részben is. Nemi hiánya a könyvnek, hogy nem nyújt legalább statisztikai áttekintést az összes conservative és operative kezelt esetekben szerzett tapasztalatokról s az azokban elért eredményekről; a sok közül csak 24 transplantatióval operált beteg kórtörténetét közli. Ezek azonban igen érdekesek és tanulságosak, s jó és instructiv a szövegben s a táblákon, szereplő számos ábra és röntgenogramm is, melyek igen világosan demonstrálják úgy a követett eljárásokat, mint az elért igen szép műtéti eredményeket.

Pólya.

Új könyvek:

P. Hári: Kurzes Lehrbuch der physiologischen Chemie. Berlin, J. Springer. 12 m. — **Klopstock-Kowsky: Praktikum der klinischen, chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden.** Berlin—Wien, Urban und Schwarzenberg. 22.50 m. — **A. Aschoff: Über den Engpass des Magens (isthmus ventriculi). Ein Beitrag zum funktionell-anatomischen Aufbau des Magens.** Jena, G. Fischer. 4.50 m. — **L. Lichtwitz: Klinische Chemie.** Berlin, J. Springer. 14 m. — **D. de Vries-Reilingh: Die Blutdruckmessung, ihre Technik und praktische Verwendung.** München, Müller und Steinicke.

Lapszemle.

Belorvostan.

A járványos influenza után beálló bélvérzésekre hívja fel a figyelmet Beckmann, a melyek aránylag kisszámú

betegén feltűnően sokszor mutatkoztak. A betegséggel ez esetekben együttjárt egy könnyű proctitis, a mely azonban igen gyorsan meggyógyult. Azok a szerzők, a kiknek alkalmuk volt influenzásokat boncolni, megegyeznek abban, hogy ezek a betegek feltűnően hajlamosak vérzésekre. A tüdőben, szívben, vesében, agyban, bőrben, nyálkahártyákon, légutakban, savós hártályokon találtak vérzéseket. Oberndorfer szerint az acut esetekben előtérben áll a vérzés, a mely a kis capillarisknak toxikus befolyás okozta fokozott átjárhatóságán alapszik. Valószínűleg a capillariskok bántalma okozza a bélvérzéseket is, mert a rectoskopos vizsgálat sohasem mutatott fekélyeket, csak kis pontszerű vérző helyeket. Más esetekben haematuriót és orrvérzést látott a szerző egyébként negatív lelet mellett.

A bélvérzésnek az influenzával való közvetlen összefüggésére utal a vérzések alatt jelentkező hőemelkedés, más esetben a vérzést megelőzően teljesen negatív rectoskopos lelet, valamint az, hogy megelőzően egyik beteg sem szerepelt bélvérzés. A nyálkából nem sikerült az influenza-bacillust kitenyészteni. Jochmann szerint ritka esetekben a régebbi járványok alkalmával is észleltek véres székleteket véres bélhurut, hányás és véres hasmenés kíséretében. Ilyen súlyos tünetek most nem mutatkoztak. A bélvérzésekre való hajlamosság nem bizonyítja a kórokozónak a régebbi influenzajárványok kórokozójával való azonosságát. (Deutsche med. Wochenschrift, 1918. 40. sz.) Ifj. M. B. dr.

Sebészet.

Paratyphus következtében fejlődött perforatív peritonitis esetét közli H. Heidler. A paratyphus és has-typus tünetei sok esetben annyira hasonlóak egymáshoz, hogy csak a serologiai vagy bacteriologiai vizsgálattal különíthetjük el egymástól a kétféle megbetegedést. A szerzőnek typhus abdominalis diagnosissal osztályára szállított beteget volt alkalmá operálni, kin súlyos, általános tünetek mellett száraz nyelv, hasfájdalmak, diffus hasizomfeszülés, könnyen elnyomható pulsus, felbőgös, hányás volt jelen. Körülbelül 40 órával a perforatio után végzett laparotomia a hasüregben genyes-fibrinosus izzadmányt mutatott. Az appendix összenövésének közé volt ágyazva, a lép jelentékeny megnagyobbodása volt észlelhető. Az ileum alsó részében perforatio látszott, amelyen át bélgázok távoztak. A perforatio többszörös réteggel elzárattott. A Douglas draineztetett. A beteg a műtét után vérhas és genyes fültőmirigygyulladás fejlődött, míg végre meggyógyult. A végzett vizsgálatok alapján paratyphus volt a perforatio oka. (Wiener kl. Wochenschrift, 1918. 38. szám.) Ifj. Hahn Dezső dr.

Gyomorfekély miatt végzett gastrostomiáról értekezik H. Dressmann. A gyomorfekély sebészi gyógyításának általánosan elfogadott elve alapján ismeretes, hogy a pylorus táján talált ulcus esetén a gastroenterostomia, pylorus-kiiktatással vagy anélkül, a javalt műtét, míg ha az ulcus a cardia felé esik közelébb, inkább az excisio jön szóba, esetleg gastroenterostomiával kombinálva. A szerző egy esetében, a beteg leromlott állapotára való tekintettel, kénytelen volt gastrostomiával megelégedni. A műtét után a kis curvaturából kiinduló s a cardiaig hatoló callosus ulcus visszafejlődött. A kanült a műtét után 4 hónappal távolította el. A beteg meghízott s a gyomor részéről különösebb kellemetlenségeket nem érzett. A szerző az eredményt úgy magyarázza, hogy a gastrostomia következtében az ulcus nem irritáltatott. Oly esetekben, ahol a resectio vagy gastroenterostomia nem jöhet szóba (cardia közelében levő ulcusok), a szerző az említett eljárást hasznos beavatkozásnak tartja. (Zentralblatt f. Chir., 1918. 36. szám.) Ifj. Hahn Dezső dr.

Súlyos ikraizom-sérülésekről értekezik V. Baeyer. A szerző azt tapasztalta, hogy gyakran az ilyen természetű lágsérülések után lólábállás jön létre, amelyen segíteni sem redressement-nal, sem tenotomiával nem lehet, mert a seb táján történt lenövés ezét céltalanná teszik. Hogy az ilyen

szövődeményeket elkerüljük, a szerző a következő eljárást ajánlja: a sérült végtagot magasan helyezi el, miáltal a végtag táplálkozása kedvezőbbé válik. Ha csontsérülés nincs jelen, lehetőleg nyitott sebkezelést végez. Hosszú ideig a lábat dorsalflexiós állásban tartja. A térd nyújtott helyzetben való tartása is fontos, hogy contractura ne jöhessen létre. Úgy a lábfejjel, mint a térdrel mozgásokat kell végezni. (Zentralblatt f. Chir., 1918, 37. szám.) Ifj. Háhn Dezső dr.

A gázüszök korai diagnosizálásáról ír Albrecht. A sérülés után 12 órával a gázüszök tünetei még nem mutatkoznak. Egyes esetekben a körjelzést a roncsolt szövetrész mikroskopi vizsgálata megkönnyíti. Az általános korai tünetekhez tartoznak a nyugtalanság, a viaszszerű bőrszín, a cyanosisos ajkak, az égető sebfájdalom, a szapora pulsus. A hőmérséklet igen magas. Helyi tünetek: a seb erős reakciója, a váladék vöröses-barnás, néha gázhólyagokat tartalmaz, az izom száraz, főtthússzerű. Igen fontos a korai bűzös szaga a sebnek. Éppen erre való tekintettel a sebet desodoráló szerekkel ne kezeljük. (Wiener kl. Wochenschrift, 1918, 30. szám.) Ifj. Háhn Dezső dr.

Mellékveseelváltozást tapasztalt J. Geringer gázüszök-infectióval kapcsolatban 300 obdukált esetében. Rendszerint hosszú ideig tartó sepsises és toxikus megbetegedések esetén észlelhetjük, míg gázüszök esetén az igen gyorsan lefolyt esetekben is. Makroszkopice a mellékvese velőállománya szalonnaszerű, igen sok véreteret tartalmaz. A kéregállomány színe megváltozott. A gázüszök tünetei: szapora pulsus, a pulsus feszességének csökkent volta, halványság, különösen elesettség, a mellékvese funkciójának kieséséből magyarázhatók. A szívizom elváltozása egyáltalán nem magyarázza az említett tüneteket. A szerző gázüszök esetén adrenalin adagolását ajánlja. (Zentralblatt f. Chirurgie, 1918, 29. szám.) Ifj. Háhn Dezső dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A calcibram (a brencatechinmonoecetsav mész-sója) E. Meyer szerint a légzőutak lázzal járó hurutja, főleg influenza ellen jó eredménnyel használható; a 0.4 grammos tablettákból 6—8 veendő be naponként. A vesét és a gyomrot nem támadja meg; az aspirinnal szemben azért előnyösebb, mert az étvágyat nem rontja és sokszor olyan esetekben is hatásos, a mikor az aspirin használata eredménytelen. Polyarthritisekben hatástalannak bizonyult. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1918, 41. sz.)

Pavon néven egy új opium-készítmény jött forgalomba, a mely az opium összes ható alkotórészeit tartalmazza és a morphium-tartalma csak 23%. Úgy belsőleg, mint a bőr alól használható. *Staelin* tanár szerint hasmenés és a síma izomzat görccsével járó fájdalmak ellen nagyon jó hatású. Másféle fájdalmak ellen, valamint hypnotikus hatása tekintetében kisebb morphium-tartalmának megfelelően gyengébb hatású. (Schweiz. Korr. Bl., 1918, 35. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1918, 42. szám. *Büben László*: Ragadás avagy miasmatikus betegség-e az influenza. *Faragó Kornél*: Influenza utáni bronchopneumoniák.

Budapesti orvosi ujság, 1918, 43. szám. *Szily Jenő*: A női gonorrhoea kezelése teinjekciókkal.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. *Hüttl Hümér* dr., egyetemi cz. rk. tanárnak, köz-kórházi főorvosnak a király az egészségügyi főtanácsosi címet adományozta.

Nemzetközi Semmelweis-alapítvány céljaira *Tauffer Vilmos* tanár 50.000 koronát adott a budapesti kir. orvosgyógyászati intézetnek. Az alapítvány célja: 1. az, hogy *Semmelweis* magyar volta a világ tudatában (a még mindig megnyilvánuló elvitatással szemben) minden időben ébrentartassék; 2. az, hogy *Semmelweis* szellemének körükben való továbbélésétől, a tudományos világ színe előtt, időnként tanúságot tegyünk. E kettős célt egy az alapítvány kamataiból minden öt év elteltével megújuló 10.000 koronás nemzetközi jutalomdíj odaítélése

útján óhajtja az alapítványt tevő elérni, a nagyvilág annak a *szülész-nőorvosának* nyújtva a babért, a ki az utolsó 5 év alatt, különbeni tudományos érdemeit is tekintetbe véve, a jutalmazásra legméltóbbnak ítélte. A jutalomdíj adományozása ügyében (a magy. tud. Akadémia *Bolyai*-díja mintájára) egy négytagú nemzetközi bizottság (két magyar és két idegen) lenne hivatva ítélni.

Személyi hírek külföldről. *P. Hermann* rendk. tanárt Erlangenben a tájboncztan és szövettan. rendes tanárává nevezték ki. — A prágai cseh egyetem bőrkórtani tanszékére *Samberger* dr.-t nevezték ki rendes tanári minőségben. Ugyanazon egyetem *H. Matiegka* dr.-t, az anthropologia és demographia rendk. tanárát rendes tanárrá léptették elő. — A lemergi egyetem ismert anthropologusa, *J. Czekanowski* dr. rendk. tanár rendes tanári címet kapott.

Meghalt. *Tihanyi Mór* dr. székesfővárosi rendőrorvos 50 éves korában. — *Kurzbacher Ödön* dr. államvasúti gépgyári orvos 44 éves korában. — *Paczauer Mór* dr. nyugalmazott járásorvos 80 éves korában e hó 22-én Nagyváradon. — *Mirkov Lázár*, a lipótmizei állami elmeorvosintézet orvosgyakornoka 24 éves korában. — *M. Loewit* dr., az általános és kísérletes kórtan tanára az innsbrucker egyetemen, 67 éves korában. — *W. Anton* dr., az oto-rhinologia cz. rendk. tanára a prágai cseh egyetemen 53 éves korában. — *L. Gerlach*, az anatomia tanára az erlangeni egyetemen, 67 éves korában.

SZT.-GELLÉRT gyógyfürdő és szálló, Budapest
A régi nagy hírű Sárosfürdő 470 C forrása. Termális és fizikoterapiás gyógyintézet. Termalfürdők, iszap-, szén-savas fürdő, vízgyógyintézet.

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

ERZSÉBET SÓSFÜRDŐ és SZANATORIUM
Budapest, I., Tétényi-út 12—16. Telefon: József 81—75.

Újonnan átalakítva és kibővíve. Keserűs-fürdők és ivókúra. Szén-savas-, oxgyen-fürdők, hőleg-kezelés és vízgyógyintézet. Villanyozás és massage. Hízókúrák. Vezető-főorvos: Dr. Czifrusz Dezső kir. tanácsos, a ki állandóan a telepen lakik. Egész éven át nyitva.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete
Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légkezelések, frigidtherapia, fürdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA
VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, női-betetegek, 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. Jakab-féle LIGET-SANATORIUM, VI., Nagy János-u. 47.
Vízgyógyintézet, gyógymechanika, orthopédia, svédgymnastika, Inhalatorium. :: Bejáró betegeknek is.

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

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

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

RÖNTGEN. RADIUM-KEZELÉS.

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

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

Therapia sanatorium Budapest, VII., Városligeti fasor 11. Telefon József 14—51.
Belbetegek részére. — Vízgyógyintézet. — Laboratorium. — Röntgen. Dr. RAJNÍK PÁL. — Dr. KÓVÁCS ALADÁR.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.
UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.
1010 méter magasan a tenger felszíne felett. Röntgen-laboratorium.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Közkórházi Orvostársulat. (VI. bemutató szakülés 1918. márczius 27.-én.) — Budapesti Kir. Orvosegyesület. (XI. rendes tudományos ülés 1918 április 20.-án.) 567—569. lap.

Közkórházi Orvostársulat.

(VI. bemutató szakülés 1918 márczius 27.-án.)

Elnök: Eisler Hugó.

Jegyző: Szinnyei József.

Szűkmedenczés púpos szülés.

Heller Sándor: Mult év novemberében házi terhsként jelentkezett a Rókus-kórháznak szülészeti osztályán. Már akkor megállapították, hogy, mint a legtöbb kyphoticának, neki sem volt kyphotikus medenczéje, mert a 3. hátsigolyán kezdődő, jobbfelé hajló kyphoskoliosis már az ágyécsigolyákon kompenzáltatik s a medenczére befolyással nincs. De az a folyamat, mely a jobboldali 10. borda alatt, valamint mindkét csonttörés első felszínén régi genyvedések hegeit hagyta hátra, úgy látszik nem hagyta befolyás nélkül az egész szervezetet sem, rachitis okozója lett, melynek következményeképpen a betegnek általánosan szűk, lapos, rachitikus medenczéje keletkezett, 26 spina, 27 crista és 15 cm. conj. ext. méretekkkel, 10 $\frac{1}{4}$ conj. diag.-szal, melyből a verát 8 $\frac{3}{4}$ cm.-re számították. A kpf.-ben elhelyezkedő, még csak VII. hónapos magzat feje és a medencze között sem most, sem a terhesség későbbi idejében feltűnőbb térránytalanságot megállapítani nem lehetett, kétségtelen folyományaképp a törzs kyphotikus összeroppanásával járó nagyfokú lógóhasnak, mely a fejet a medenczéről eltérítette s így az összehasonlítást gátolta. Ezért, s mert előző szülés tapasztalása nem állott rendelkezésre, s mert a medenczeszűkület is olyan fokú volt, hogy spontán szülés lehetséges volt: a szülőtevékenység kivárását határozták.

A szüléskor 16 órás szülőtevékenység után eltűnt méhszáj mellett megreped a burok. További 4 órás erőteljes szülőtevékenység sem bírja áthajtani a fejet a bemeneten, hanem ez csak egy segmentumával illeszkedett be a bemenetre, kedvezőtlen Litzmann-féle obliquitasban, igen nagy fejdaganat mellett. Miután a nagy fejdaganat jelentékeny koponyanyomásra vallott s a magzati asphyxiát el akarták kerülni, a szülés befejezését határozták el. A narcosisban történt vizsgálat azonban nagyfokú térránytalanságot derített ki, tehát csak chirurgikus úton fejezhetők be a szülést. Miután gerincoszlopmegetedés volt jelen s primiparáról volt szó, csak sectio caesarea volt végezhető. Daczára a láztalan állapotnak s annak, hogy intézetén kívül nem történt belső vizsgálat, a classicus sectio caesarea végzésétől elállottak, mert utána 50% a műtét morbiditas. Maradt a cervicalis transperitonealis és az extraperitonealis császármetszés. Miután most gyűjtik a tapasztalatokat a transperitonealis cervicalis császármetszéshez, ezt választották, annál is inkább, mert *Jaschke* közlése szerint 314 eset műtét mortalitása 1.6% volt, tehát nem több, mint az extraperitonealis cervix-császármetszésnél, bár ők 30 esetükben egyetlen anyát és primaer módon egyetlen magzatot sem vesztek el. A műtétet *Scipiadés* tanár végezte 35 perc időtartammal s 36 cm. fejkörületű, 57 cm. hosszú, 3500 gr. súlyú érett fiúgyermeket hoztak világra. A műtét — szerintük — a fejnek a mélyből való kiemeléséhez, úgy látszik, kevesebb hozzáférést enged, mint az extraperitonealis császármetszés. S bár a hasat oldal-törölőkkel védték, a sebszéleket a hasfalhoz kampózták, a hasürt nem lehetett teljesen védeni a szennyezéstől, a mi szennyezett esetekben nem lehet közömbös, mert az oldaltörölők eltávolítása után bél és cseplesz tolokodtak a műtét területére. Ennek daczára a nő egyetlen hőemelkedés nélkül gyógyult.

Tejinjectióval kezelt női gonorrhoea-esetek.

Szili Jenő: 91 betegnek összesen 240 tejinjectiót adott: vízfürdőn sterilizett 10 cm³ tejet intraglutaecalisán. Külső okokból csak 57 esetben volt a kezelés befejezhető, ezek közül 30, vagyis 52.6% gyógyult minden egyéb therapia nélkül, annak daczára, hogy a legsúlyosabb eseteket válogatta ki.

27 esetben az eredmény nem volt tökéletes, ezeket localis kezelésre kellett fogni. A tejinjectiókra reagáló esetek zöme két, illetőleg három injectióra gyógyult, vagyis két héten belül gonococcus-, illetőleg folyásmentes volt. A többi, maximum négy injectióra nem gyógyult eset a localis kezelésre is csak igen hosszú idő múlva (6—8 hét) gyógyult. A gyógyulás gyorsasága az injectiót követő hőmérséklet magasságával nincs arányban. Némely eset injectiókra gyógyul hőemelkedés nélkül is. A tejinjectiók kétségtelenül haladást jelentenek a gonorrhoea terapiájában, részben egyedül alkalmazva, részben helyi kezeléssel kombinálva. Adnexum-gyuladásokra, exsudatumokra a tejinjectiók kevés hatással vannak.

Mansfeld Ottó: A gonorrhoeának forró (40°) fürdővel való kezelése, mely a beteg hőmérsékét a rendes hőmérsék fölé emeli, jól beválk azokban az esetekben, a melyekben a beteg a forró fürdőt jól tűri. A szülő azt hiszi, hogy a láz hat. Tejinjectiót egy esetben végzett. Fiatal nő urethritis gonorrhoeicával és Bartholinitis-szel jelentkezik. Hymene ép. Tejinjectiót kísért meg és a 4. injectio után 40°-os láz, rosszullét, anaphylaxiás shock áll be, a mire a gonococcus eltűnik, de pár hét múlva újra megjelenik. Kérdi, hogy a hetek múlva recidiváló gonorrhoea ellen adott tejinjectio nem rejte több anaphylaxiás veszélyt magában?

Goldzieher Miksa: Elméleti szempontból szól a kérdéshez. Egyik megjegyzése, hogy az ophthalmoblennorrhoea ellen atyja, néhai *Goldzieher Vilmos* ajánlotta a 45°-os gőzök alkalmazását. Már a 40°-os gőz is meggyengíti a gonococcust.

Másik megjegyzése az, hogy bizonyos colloid chemiai folyamat megy itt végbe a szövetekben. Más fertőzések ellen is megpróbálták a tejinjectiókat vagy a bacterium-testeket. Például cholera asiatica ellen. A fehérje a savóban elváltozást idéz elő, a vér nehezebben alvad meg. Jobb homolog fehérjét alkalmazni, mint heterologot, mert nagyobb a specifikus hatás. A szülő azt hiszi, hogy mivel nagyobb mennyiségű tejet fecskendezünk be, a tej sterilizése is komplikált, czélyszerűbb a vaccina-therapia, mint a tejkészítés.

Detre László: Szintén theoriás szempontból szól a kérdéshez. Első megjegyzése, hogy a tej összetétele nem egyenletes. Egyik betegnek okoz lázat, a másiknak nem. Ha a tej tiszta, bacteriummentes volna, akkor idegen fehérje hatását látnánk benne. De ez nem így van, mert az egyik tejben 5—600 bacterium van egy milligr. oesében, a másikban 100.000-ekre megy a számuk. Ha most ezt a tejet sterilizáljuk, a bacteriumhullak proteinjét hozzáadódik a tej hatásához. És hogy mit produkálhat például a colibacillus, azt könnyű elképzelni. Egyféle praeparatummal kellene dolgozni.

Nem hiszi, hogy a hőhatás volna a gyógyító, mert sok eset láz nélkül is meggyógyul. Azt hiszi, hogy nem immunitastani, hanem biológiai alapon kell megérteni a hatást oly módon, a mint azt szülő 5 év előtt kifejezte, hogy nem a positiv phasis gyógyít a vaccina-therapiában, hanem a negativ phasis, a reactio gyógyít. Ösztöje *Goldzieher Miksa* nézetét, hogy kisebb mennyiségű rokonfehérje intensívebben hat, míg az idegen fehérje activ gyuladást idéz elő és így hat gyógyítólaga.

Manninger Vilmos: Legfontosabb kérdés az anaphylaxia kérdése. Gonococcus és más fertőző bacteriumok okozta chronikus esetekről van szó, melyekben nagyobb időközökben későn adta a tejet, olyan időben, a mely már az anaphylaxia korába esik és nem látott anaphylaxiás shockot. Általában alig van ilyen eset közölve. A *Wenhardt* osztályáról közölt esetben azt hiszi, hogy inkább zsiremboliáról volt szó. Ezek az incidensek és accidensek revisióra szorulnak.

A szülő azt hiszi, hogy az anaphylaxiától nem kell félni. Magyar-
rázatát ezen eseteknek id. *Liebermann Leó* elmélete fogja adni.

Ifj. Liebermann Leó: Nem látja bebizonyítotttnak, hogy az anaphylaxiás shock-ként leírt esetek valóban anaphylaxiák voltak. E helyen említette már, hogy tejflocculus-emboliára is kell gyanakodni, továbbá érzékeny egyéneknek a befecskendés fájdalma által kiváltott fájdalom-shockra (ájulás, agy-anaemia), s csak e lehetőségek teljes kizárása után gondoljunk anaphylaxiára. Azonban ezt a lehetőséget sem zárva ki, elkerülésére ugyanaz ajánlatos, mint az embolia elkerülésére: hogy a tüvel ne jussunk venába. Az annyira érzékeny tengerimalacson is az anaphylaxiás shock kiváltása többnyire csak intravenás vagy intraperitonealis reinjectióval sikerül, subcután alig. Azért ismétli, hogy a subcután injectio (az oldal bőre alá) tanácsosabb, mint az intramuscularis. A fájdalomsságban nem látott különbséget, sőt betegek kevésbé panaszkodtak fájdalomról a subcután alkalmazás után; intramuscularis befecskendésre pedig tulajdonképpen nincs is ok, miután szövetnecrosist a tej nem okoz.

Szili eredményei jól egyeznek a szölőnek szemlennorrhoeában elért eredményeivel. Az esetek egy részében gyors és teljes gyógyulás, másik részében a megbetegedés jellegének olyan enyhülése, hogy az a veszélyességét elveszítette. A teljes eredménytelenség egészen ritka. Recidiva, helyesebben újra positiv gonococcuslelet előfordul, de ekkor

már a megbetegedés sohasem súlyos jellegű. A localis therapiát a szemem nem szeretné nélkülözni, mert teljesen biztos eredményt a tejinjectióktól nem szabad várni. A női gonorrhoea a localis kezelésnek rosszul lévén hozzáférhető, itt a tejtherapia különösen értékesnek látszik.

Szili Jenő: A bemutatott hörgőbék azt mutatják, hogy láz nélkül is bekövetkezik a gyógyulás. Anaphylaxiás esetet nem látott. Localis therapiát azért nem végzett, hogy a tej hatását tisztán lássa.

Sporotrichosis esete.

Manninger Vilmos: Amióta *de Beurmann* és *Gougerot* vizsgálatai megállapították a sporotrichosis kórképét és pontos kórhatározását, az egész világon végig mindenfelé évről évre terjedt e betegség felismerésének gyakorisága. Csak nálunk és Németországban feltűnően kevés az ismertetett esetek száma, aminek oka bizonyára az, hogy a betegség rendszeres diagnostikája még nem eléggé ismeretes, az orvosok nem gondolnak e betegségre. Ezért mutatja be egy betegét, akinek kezén és alkarján a sporotrichosisra jellemző elváltozások hívták fel a bemutató figyelmét a pontosabb bakteriologiai vizsgálatra. Moulage-on, szövettani és bakteriologiai készítményeken bemutatja a kórképet és a bakteriologiai egyszerű diagnostika eszközeit. A lues és tuberculosis proteus-szerű kórképe közé beékelődő betegség felismerésére a czukros agaron szobahőmérsékleten való tenyésztés a gombára jellemző telepeknak 6–8 napon belül való fejlődésével egy csapásra eldönti a kórhatározást. A kezelés jódos jodkáli-oldattal az egyébként nem vagy nehezen gyógyuló, egyre kiújuló betegséget néhány hét alatt meggyógyítja.

Spontan vesevérzések: haemophiliás haematuria és paroxysmusos haemoglobinuria egy-egy esete.

Szöllős Henrik: A bemutató felsorolja azon betegségeket, ahol a vesékből vér ürül, majd áttér esetének ismertetésére. Egy 43 éves hadimunkásnak 6 hónap óta sűrűn jelentkező és hosszantartó vesevérzése van. Rohammentes időben röntgenes és ismételt functionalis vizsgálatok a mindkétoldali vesét teljesen épnek mutatják. Roham alatt vér csupán a bal veséből ürül. Évekkel ezelőtt egy foghúzás kapcsán erős, alig csillapítható vérzése volt, ezért most is haemophiliás eredetű vesevérzésre gondolnak. E végből eláll a feltárástól s a beteget alig fűszerezett, száraz diéta fogja. Eleinte teljes ágynyugalom. A vérzések megszűnnek és most már hetek óta nem jelentkeztek. Ismerteti azon theoriákat, amelyeket *Senator*, *Klemperer*, *Israel* és mások ezen vesevérzések keletkezésének magyarázatára felállítottak.

Másik esete egy paroxysmusos haemoglobinuriás 38 éves katona, akin az-ugynevezett „*Marschhaemoglobinuria*” áll fenn. 15'-nyi járás, sőt 10'-nyi állás után is erősen vérfestékes vizeletet ürít, e rohamot hidegrázás, magas hőmérsék és fájdalom kíséri. Bemutatja a beteget a roham alatti állapotában. Oldódnak a tünetek, ahogy a vérfestékes vizelet megindul. *Donath* és *Landsteiner* kísérleteiből tudjuk, hogy a vérfestéka tubuli contorti és a Henle-kacsok ephitelijén át lép ki. A bántalom jó lefolyású, halálos kimenetelt nem észleltek. A therapia a kiváltó alkalmak távoltartásában áll.

A háborús koponyasérülésekről és azok kezeléséről.

Borszék Károly: A szálfegyverek okozta koponyasérülések mindegyikét meg kell operálni és pedig lehetőleg minél hamarabb a sérülés után, mert ezek mindegyikét súlyosan fertőzöttnek kell tekinteni. A lövési sérülések közül megoperálandók a tangentialis és segmentaris lövések; nem szükséges megoperálni a kis kaliberű projectilek által okozott áthatoló lövéseket; a koponyaüregbe behatoló, de kimeneti nyílással nem bíró lövések közül csak azokat kell megoperálni, amelyeknél a projectil a bemeneti nyílásban a csontban vagy a durában akadt meg vagy egyébként biztosan lokalizálható és könnyen eltávolítható. A műtét beavatkozása minden esetben a löcsatorna feltárással és kitisztításával, agysérüléseknél agytoilette-ben áll; a plastikai pótlások elvetendők. A *Bárany*-féle zárt kezelés célja a másodlagos fertőzés elkerülése; csak kivételesen alkalmazható friss esetek

ben akkor, ha a sérült állandó ellenőrzés alatt tartható. A koponyasérülések korai szövödményei a traumás encephalitis és meningitis, prolapsus, fertőzések esetében a genyes encephalitis, meningitis és agytályog. Az agytályogok megtalálásán kívül azoknak a főkéletes gyógyulásig való nyitvatartása okoz nagy nehézségeket; a tályogrecidiva és áttörés az oldalkamarába nem kellő gonddal végzett esetekben gyakori. A meningitisek kezelésében meg lehet kísérelni a lumbalpunktiót és a sublimatos mosásokat; legfontosabb a prophylaxis, különösen a sinus frontalist megnyitó lövés eseteiben.

Az agy-prolapsus a fokozott koponyaüregbeli nyomásnövekedésnek a tünete, tehát külön ellátást nem igényel; a nem pulzáló és növekedési tendenciával bíró előesések agytályogra gyanusak.

Késői szövödményei a koponyasérüléseknek a késői agytályog és a traumás epilepsia; az előbbinek a felismerése és a megtalálása sokszor igen nehéz; az utóbbinál feltétlenül javult a műtét, ha csontthorpadás vagy idegen test az epilepsia oka.

A sérülés sebének begyógyulása után visszamaradt csontthiányok pótlását csak pontos javallatok alapján szabad végezni akkor, ha minden lobos tünet már lezajlott és azoknak kiújulásától tartani nem kell; ezért minden eset ideggyógyászilag, szemészileg és Röntgennel előbb megvizsgálandó

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

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

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

Mikulicz-betegséget utánzó pseudoleukaemia esete.

Torday Árpád: Mikulicz-betegség alatt általában a nyálmirigyeknek (parotis, sublingualis, submaxillaris) és a köny-mirigyeknek symmetriás duzzadását értik. A folyamat ezen szerveknek lymphatikus részéből indul ki és ezért érthető, hogy miként a nyirokmirigyek duzzadásában általában, úgy itt is a Mikulicz-féle tünetcsoport létrehozásában a legkülönbözőbb aetiologiai és pathologiai tényezők működhetnek közre. Egy része tisztán localis megbetegedés gyanánt fogható fel, másik része pedig a lymphatikus rendszer megbetegedése. Utóbbi esetben különbséget kell tenni a gyuladós granuloma és a leukaemiás jellegű megbetegedések között. A Mikulicz-tünetcsoport tehát gyűjtőnév, a mely sajátos tüneteket foglal össze, de a melyhez tulajdonképpen a lymphatikus rendszernek különböző megbetegedései tartoznak. Különbséget kell tenni a tisztán izolált megbetegedés, a granuláló lymphatikus és a leukaemiás rendszer megbetegedése között.

A tisztán izolált Mikulicz-féle megbetegedésben rendszerint a könymirigyek és a nyálmirigyek betegednek meg (parotis, submaxillaris és sublingualis). Vannak olyan esetek, a melyekben csak a nyálmirigyek vesznek részt a folyamatban, a mikor *Fränkel* szerint forme frusteról szoktak beszélni.

A Mikulicz-bántalomban a közérzet nem zavart és a vér sem a piros, sem a fehér vérszettekkel illetőleg a normalistól eltérést nem mutat. A megnagyobbodott könymirigyek exophthalmust és könycsurgást, továbbá ptosis okozhatnak. Orrhurut, továbbá a tonsillák és az orrkagylók hypertrophiája is előfordulhat. Meg kell különböztetni ez eseteket az acut elhúzódó bántalmaktól, például a kétoldali parotitistól, a melyek a könymirigyek egyidejű gyuladásával járnak. Ez esetekben a gyuladást gonorrhoea, influenza és egyéb bacteriumos és toxikus behatások idézik elő.

Az izolált Mikulicz-bántalom aetiologiája bizonytalan. Úgylátszik, hogy bizonyos hereditarius dispositio szükséges hozzá. *Quinke* egy családot ismertet, amelyben az atyán, 8 gyereken és két unokán jelentkezett a parotis-duzzanat.

Egy bosnyák katonát mutat be, a kinek állítása szerint a parotis és sublingualis duzzanata már gyermekkorától fennáll. Azonfelül ismételt volt alkalmak észlelni hónapok óta fennálló parotis-duzzanatot különösen bosnyák katonákon. Az esetek egy részében fertőző betegség (typhus, dysenteria) folyt le, másokban azonban a cachexiás állapoton kívül semmi okot a duzzadás jelentkezésére nem talált. A betegek csak arról panaszkodtak, hogy szájukat a duzzadás miatt kellőleg

felnyitni nem tudják. Vajon itt a rossz táplálkozás és cachexiás állapot bizonyos összefüggésben van-e? Az bizonyos, hogy éppen ilyen cachexiás egyénekben jelentkezik a mirigyduzzanat. Egyébként a bántalom előidézésében a legkülönbözőbb kórokozók, különösen a tuberculosis és a lues jönnek szóba. Azonfelül nem organikus anyagok is toxikus vagy mechanikai izgalmi hatást fejthetnek ki.

A granulomás lymphatikus rendszer-megbetegedésekkel együtt járó Mikulicz-bántalomban kezdetben csak a jelzett mirigyek betegednek meg. Később azonban a többi nyirok-mirigy és a lép is, úgy, hogy a legkülönbözőbb átmenetek lehetnek a generalizált granulomás megbetegedésekhez. Ilyenkor jellegzetes szövetreactio található. A leggyakoribb a Hodgkin-féle lymphogranulomatosis, míg máskor tuberculosis vagy syphilitikus granulomás burjánzás található. Ilyenkor tehát a Mikulicz-betegség a generalizált rendszer-megbetegedés egyik részjelensége. A Mikulicz-bántalom esetleg lymphosarkomatosisal lehet kapcsolatban.

Heinemann és Jakobäus közölt ilyen eseteket. Az utóbbi által közölt esetben nyirokmirigyduzzanat, máj- és lépduzzanat állott fenn progrediáló cachexiával. Bonczoláskor a belek lymphatikus beszűrődését találták egészen a coecumba terjedőleg. A köny- és nyálmirigyek heveny leukaemiában is duzzadtak lehetnek. Különösen ennek egyik alfajában és chloromában teszi e mirigyek duzzanata a betegségnek egyik korai tünetét. Ilyenkor többnyire a lép és máj duzzanatán kívül nyirokmirigyduzzanatot találnak a koponyának és különösen az orbitának periostalis daganatával. A bántalmat, a mely kivált fiataloké betegség, a vérvizsgálat segítségével lehet felismerni. A chronikus leukaemiában szintén találnak olykor szemhéj-, köny- és nyálmirigy-duzzanatot, a lymphatikus sejtburjánzásnak megfelelő hyperplasiával. A hyperplasia ritkán nagyfokú. Naegeli és Stock jelentékeny hyperplasiát észleltek esetükben, míg Ceroni esete inkább rudimentaer lefolyó leukaemia volt. A chronikus myeloid leukaemiák a Mikulicz-tünetcsoporthoz sohasem utánozzák.

Esetei a következők: P. I. közlegény, 39 éves. Eddig állítólag sohasem volt beteg. Jelen baja hét hónap előtt kezdődött az olasz harctéren, állítólag meghűlés következtében. Kezdetben a nyirokcsomó az arcán csak kisebb mértékben duzzadt meg, később a nyakmirigyekre, majd a hónalj-alattiakra is rákerült a sor. A kórházban történt felvétele alkalmával még csak a parotis és a sublingualis körüli mirigyek voltak megduzzadva. A középtermű, elég jól fejlett és táplált betegen csak időnként észlelhető 37-40-ig terjedő hőemelkedés, egyébként a beteg lázalan. A parotis és az állkapocs alatti nyálmirigyek symmetriásan duzzadtak. Később a nyakmirigyekre, majd a hónalj-alattiakra is ráterjedt e folyamat, különösen a hónalj alatt egész kis gyermekfejnyi, nem fájdalmas mirigy-csomag tapintható. A lép alsó szélé homályosan érezhető. Szív, tüdő ép. Vérték: haemoglobin 90%, fehér vérsajt 6400, piros vérsajt 400.000. A qualitativ vérkép nem változott meg. A Wassermann-reactio negativ eredménnyel járt. A garatív és mindkét mandula tetemesen duzzadt és piros. Szövetlelet: sajtosodással járó lobos folyamat, legnagyobb valószínűséggel tuberculosis (Goldzieher). Minthogy a beteg egyébként semmi tuberculosis-tünet nincs, való-

színűleg a bacterium toxinja által előidézett specifikus állapottal állunk szemben.

Az idősült parotis-duzzanatot mutató egyén 41 éves és állítólag gyerekkora óta szenved e bántalomban. Egyébként az anaemiás és cachexiás beteg tüdőátgúulásban, hörgőhurutban és szívizomgyengeségben szenved. Állítólag a családban többen szenvednek hasonló bajban.

Manninger Vilmos: Bemutat egy beteget, a kin az ősszel a kórházba történt felvételekor typusos Mikulicz-betegséget talált. A beteg akkor szem elől vesztett és csak 8 nap előtt került észlelésbe. 8 nap előtt az áll alatti nyirokcsomók másodlagos fertőzése folytán streptococcus okozta lymphangoitis capillaris lepte el az egész arcot és a fejbőr nagy részét. Ez acut gyulladás folytán hirtelen kezd eltűnni a parotis duzzanata és most már a könymirigyek is kezdenek lapadni. Ez az eset is bizonyítja, hogy a Mikulicz-betegség neve igen különböző, kórtani szempontból teljesen eltérő betegségeket foglal össze. A bemutatott esetben a kóroktan szempontjából a tuberculosis áll az előtérben. Ezt bizonyítja a Deycke-Much-reactio eredménye, ezt a feltűnő relatív lymphocytosis a vérben (polynuclearisok viszonya a lymphocytákhoz 42% : 46%). Talán a tökéletlenül kifejlődött infantilismus is (akromegalooid typus sellaeváltozás nélkül) a belső secretiós mirigyek toxikus laesiójából magyarázható.

(Folytatása következik.)

Fogász-medikus, képezett fogtechnikus is, a budapesti tudomány-egyetemen nyert doktorátussal nagy gyakorlattal bíró tökéletes operatív munkatárs, fogorvosi rendelő önálló vezetését, állandó helyettesítést (fél- vagy egésznaposat) vállal. Ajánlatokat sürgősen „Doktor 26” jellegére a „Petőfi” irodalmi vállalatához, VII., Kertész-utca 16. kér.

Vizsgázott

Röntgenkezelő

megfelelő állást vállal. Gohn, Szászváros, Főter 8.

DENTAL-DEPOT. **FINGER FRIGYES** TELEFON 16-49.
Budapest, VI., Hajós-utca 41. szám.
Angol, amerikai műszerek és tömőanyagok nagy választékban. Fogorvosi és fogtechnikai műtermek és laboratóriumok berendezését, valamint e szakba vágó műszerek javítását elvállalom. — **Elektromedikai és mechanikai műhely.**

Epileptikusok gyógy- és nevelő-intézete **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.)



Natrarsen ERI

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

Rózsavölgyi Imre
gyógyszerész

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

Próbák ingyen és bérmentve.

Nem Jod, — hanem PROVIDOFORM-TINKTURA a legjobb!

Méregtelen, szín- és szagtalan, ekzemák, foltok stb. kizárva, legerősebb desinficiens.

Providoform Prof. Dr. Beechhold szerint (Kir. intézet kísérleti therapia számára, Frankfurt a. M.)

Tablettákban 10 drb à 1 gr. K 2.—

Nagyobb szükséglet és közvetlen szállítás esetén előnyárak.

Irodalom rendelkezésre.

T H. L I N D N E R, Wien, VIII., Hamerlingplatz 7.

A tuberculosis leküzdése



a mai kor követelménye.

Prof. Hagemann (Marburg), Prof. Vulpius (Heidelberg) és Prof. Jesionek (Giessen) kezelési alap-törvényeinek és tapasztalatai szerint,

**a kvarzlámpa által való teljes besugárzás ed-
dig elérhetetlen kedvező hatást eredményezett**

skrofulosis, tüdőbaj, gyanított tuber-
culosis és elerőtlenedésnél, nevezé-
tesen gyermekeknél és ifjaknál. —
Újdonságunk 1916-ról, a csarnoki
quarzlámpa Prof. Jesionek (Giessen)
szerint, új erősebb fényű quarzégők
által minden orvosnak lehetővé teszi,

**hogy besugárzásonként nagyon csekély költség-
gel ambulatoriumot (besugárzási csarnokot)**

számos beteg egyszerre való besu-
gárzására, Prof. Jesionek szerint
berendezzen. — Költségvetés és
irodalom díjmentesen.

Quarzlampenfabrik Linz a. D. Stammhaus Hanau.

BAYERLAX

egy modern enyhé biztos hashajtó
tablettaalakban.

BAYER gyógyszerár

Budapest, VI., Andrassy-út 84.

FŐHERCZEG UDVARI SZÁLLÍTÓ.

Orvos uraknak minta díjmentesen.

„SYMMETRIE“

Legtökéletesebb RÖNTGEN-KÉSZÜLÉK
„LILIENFELD“

„FÜRSTENAU-COOLIDGE“
GYORSANFORRÓ-MÜLLER-
VIZHÜTÉSES RÖNTGENCSŐVEL

mély therapiához ajánlja:

Odelga Magyar Gyógytechnikai Ipar R.-T.
Budapest, VI., Andrassy-út 28. Telefon: 68-16 és 37-04.

MÁTÉ MIHÁLY

orvosi műszerek, teljes kórházberendezések

IV., Mehmed szultán-út 31,

Nemzeti múzeummal szemben.

Telefon: József 103-74. Sürgőnczim: Mátészerezsz Budapest.

Letelepedő orvos uraknak költségvetéssel szívesen szolgálok.

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 cikkek gyára

BUDAPEST, VI., Révai-utca 12. szám.