

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.

Benczúr Gyula: A m. kir. Rókkantügyi Hivatal besztércebényai különleges gyógyintézetéből. Az orbáncz befolyásolása és a malaria gyógyítása optochinnal. 535. lap.

Galambos A. és Rocek J.: Közlemény egy cs. és kir. tartalék-mozgókórházból és egy cs. és kir. nagy mozgó járványlaboratóriumból. Wolhyniai láz a délnyugati hadszíntéren. 537. lap.

Haba Antal: Közlés a budapesti cs. és kir. XVII. számú helyőrségi kórháznak belorvosi osztályából. (Kórházparancsnok: Noél Jenő dr., cs. és kir. törzsorvos; tanácsadó orvos a belorvosi osztályon: Tornai József dr., egyetemi magántanár.) Adatok a szív funkció-vizsgálatához és néhány szó a háborús szívdzavarokról. 538. lap.

Leitner Fülöp: A laibachi cs. és kir. 5. számú tartalékkórházból. (Kórházparancsnok: Zörnlaib Sándor dr., ezredorvos.) Paralysis spinalis spastica három esetének ismertetése. 541. lap.

Tárca. Deutsch Ernő: A m. kir. 30. honvéd pótzászlóaljhoz beosztott lábadozó osztag keretében működő utókezelő-intézet berendezésének és működésének ismertetése. 542. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Felek Hugó: A húgycső betegségeinek urethroskopiai körjelzése és orvoslása. — *Lapszemle. Belorvostan. Determann:* Az uraemia kezelése. — *Sebészet. Müller:* A pangásos papilla gyógyítása. — *Kisebb közlések az orvostudományról. Pollack:* Narkophin. 543–544. lap.

Magyar orvosi irodalom. 544. lap.

Vegyes hírek. 544. lap.

Tudományos Társulatok. 545–546. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A m. kir. Rókkantügyi Hivatal besztércebényai különleges gyógyintézetéből.

Az orbáncz befolyásolása és a malaria gyógyítása optochinnal.

Irta: **Benczúr Gyula** dr., egyetemi tanársegéd, ezredorvos, vezető főorvos.

A *Morgenroth* által ajánlt optochin (sósavas aethylhydrocuprein) egyrészt bizonyos mikroorganizmusokra specifikusan ható gyógyszer, másrészt még veszélytelen kis adagokban is egyik legintenzívebb lázellenes szerünk. A pneumococcusra gyakorolt hatása ma már kétségtelen és igen nagyszámú orvos bizonyítja, hogy optochin-kezelés mellett a tüdőlob gyorsabban és enyhébben folyik le, mintha e szert mellőzzük. Természetes, hogy más bántalmakban is alkalmazták e gyógyszert. *Friedemann*¹ meningitis epidemica ellen adta intralumbalis befecskendezések alakjában. Alkalmazták a börgyógyászatban stb.

Tisztán kísérletképpen a kórházunkban előfordult néhány orbáncz-esetben használtam az optochint és minthogy úgy vettem észre, hogy a szer az orbáncz lefolyását gyorsította és különösen enyhítette, az eseteket röviden közlöm. Tudtommal erysipelas ellen eddig nem alkalmazták e gyógyszert, bár természetesen lehetséges, hogy ma, midőn otthonunktól távol tartózkodva, az irodalom nem áll egész terjedelmében rendelkezésünkre, valamely arra vonatkozó közlemény ki is kerülhetne figyelmemet.

1. eset. D. S., 30 éves katona. Catarrh. apicum pulm. 1916 ápr. 9.-én az orrból kiinduló erysipelasban betegedett meg, mely az egész arcra, hajas fejbőrre, tarkóra, utóbb a hátra is ráterjedt. Igen rossz közérzet. Láz 39–42° között. Therapia: borogatások, ápr. 14.-éig naponta 3×0.20 pyramidon. Ápr. 15, 16, 17 naponta 3×0.25 optoch. hydrochlor. 17.-én kritikus láziesés. A lob gyors visszafejlődése. Gyors gyógyulás.

2. eset. F. F., 43 éves katona. Catarrh. apic. pulmon. 1916 jún. 10.-én az orrból kiinduló erysipelas jelentkezik, mely csakhamar az egész arcra réterjed. 40° C hőemelkedés. Súlyos állapot. Therapia: ichthyolborogatások. Június 13.-án és 14.-én 3×0.30 optoch. hydrochlor. Június 14.-étől lyses láziesés. A lob visszafejlődése. Gyors javulás.

3. eset. K. S., 19 éves katona. Catarrh. apic. pulm. 1916 jún. 25.-én az orrból kiinduló orbáncz jelentkezik. Már másnap az egész arcra terjedt. Szemei teljesen összedagadtak. Súlyos állapot. Therapia: ich-

thyolborogatás és 27.-én d. u. 0.25, 28.-án 3×0.25, 29.-én és 30.-án 2×0.25 optoch. hydrochl. Erős lázcsökkenés. A lob gyors visszafejlődése. Júl. 2.-án láztalan.

4. eset. M. F., 40 éves katona. Catarrh. apic. pulm. 1916 jún. 27.-én a jobb fülből kiinduló erysipelasban betegedett meg, mely csakhamar az egész arcra és a másik fülkagylóra is ráterjed. Therapia: vizes borogatás. Jún. 29.-én 0.25, 30.-án és júl. 1.-én 3×0.25, 2.-án 1×0.25, 3.-án 2×0.25 optoch. hydrochlor. A lázak erősen intermittálóak. Júl. 7.-én teljesen láztalan. Feltűnő gyors visszafejlődése a lobnak. Gyógyulás.

5. eset. N. F., 28 éves katona. Catarrh. apic. pulm. 1916 júl. 1.-én az orrból kiinduló erysipelas jelentkezik, mely az egész arcra és a hajas fejbőrre is ráterjed. Júl. 2.-ától vizes borogatás. 3.-án 2×0.25, 4.-én 3×0.25, 5.-én 2×0.25, 6.-án 1×0.25 optoch. hydrochl. 8.-án láztalan. A lob feltűnő gyorsan javul.

Az optochinum hydrochloricumot, a mint a rövid kór-vázlatokból látszik, mindig csak kis dosisokban adtam. A napi adag 3×0.25 vagy 3×0.30, az összedagolás 2.5 grammot nem haladott túl. Ezek oly adagok, melyek mai ismereteink szerint veszedelmet (amaurosis stb.) még nem rejtenek magukban. Az eredmények természetesen nem bizonyítják az optochinnak az orbánczot előidéző coccusra gyakorolt specifikus hatását, de viszont bizonyos fokú ily hatás nem is zárható ki. Lehet, hogy intenzív antipyresis befolyás szerepel a hatás létrejöttében. Könnyebb orbánczok magukra hagyva is 8–10 nap alatt le szoktak zajlani. Az én eseteim azonban mind elég súlyosak voltak. Előzőleg ugyanitt több erysipelast kezeltem optochin nélkül. Ezekben antipyre-ticumnak pyramidont alkalmaztam, melynek hatását orbánczban újabban *Januschke*² dicsérte. Eme esetek mind hosszadalmasabb lefolyásúak voltak. Az optochinnal kezelt esetekben nem is annyira az időtartam megrövidülése, mint a lob enyhülése és a közérzet javulása feltűnő. Az 1. sz. esetben a beteg a bántalom 7. napján kapott optochint. A hátra is leterjedő lob gyors visszafejlődése feltűnő volt. A 3. és 4. számú esetben úgy a láz esése, mint a kiterjedt lob gyors javulása tűnt föl. Távol állok attól, hogy erysipelasban a belső kezelést följé helyezzem a helybeli kezelésnek. A szokásos helybeli borogatás, ichthyol-bekenés stb. mellett azonban, azt hiszem, az optochinnak óvatos adagokban való nyújtása a bántalmat minden más belsőleg adható szernél előnyösebben befolyásolja.

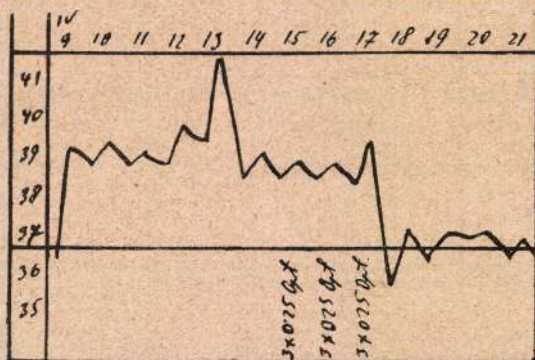
* * *

¹ *Friedemann:* Berliner klin. Wochenschrift, 1916, 16. sz.

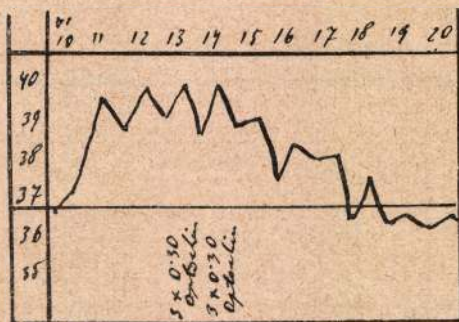
² *Januschke:* Wiener klin. Wochenschrift, 1915, 50. sz.

Hogy az optochin, épp úgy mint a chinin, a malaria specifikus gyógyszere, az közelfekvő. Hiszen a két szer vegyileg közel rokon. Bizonyára sokfelé történtek már kísérletek, hogy malariát optochinnal gyógyítsanak. Az irodalomban azonban csak elvétve találunk arra vonatkozó 1—2 följegyzést, talán épp azért, mert az esetleges gyógyered-

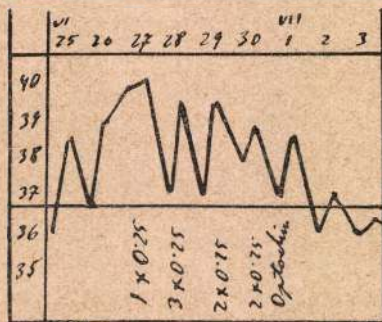
1. ábra. D. S. Erysipelas.



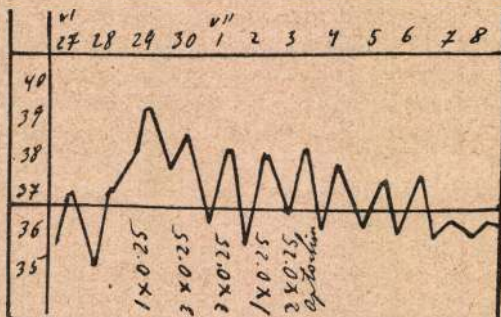
2. ábra. F. F. Erysipelas.



3. ábra. K. S. Erysipelas.



4. ábra. M. F. Erysipelas.



ményeket nem is találták érdemesnek a közlésre. Minthogy néhány esetben az optochin ártatlan dosisokban való adagolásával a malariát pontosan sikerült gyógyítanom, ezen eseteket is röviden közlöm.

1. eset Sz. Gy., 42 éves katona. Catarrh. apic. pulm. Állítólag 2 év előtt malariája volt, mely chininre teljesen meggyógyult. 1916 május 22.-én hidegrázás, 39° C fölé emelkedő láz, mely másnaponként

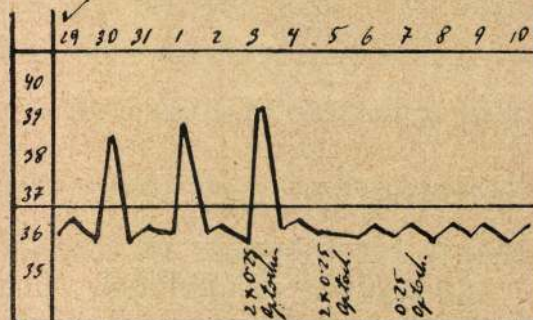
délelőtt 11 órakor ismétlődött. Léptumor. Jún. 1.-én vérben plasmod. malariaet mutattunk ki. 3.-án reggel 7 és 9 órakor 0.25 optoch. hydrochlor. A roham bekövetkezik. 5.-én újból 2x0.25 optochin. A roham elmaradt. 7.-én még 0.25 optochin. A roham már 5.-én elmaradt. Azóta nem ismétlődött.

2. eset. L. K., 20 éves katona. Catarrh. apic. 1916 jún. 9.-én hidegrázás, mely másnap délelőtt ismétlődik 40° C lázzal. Léptumor. A vérben malaria-plasmodium. A 15.-én ismét várható roham előtt két órai időközben 2x0.25 optochin. A roham teljesen elmaradt, többé

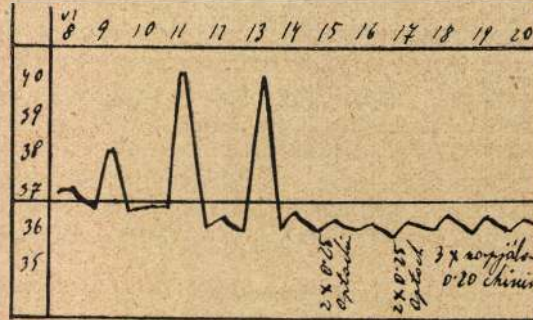
5. ábra. V. F. Erysipelas.



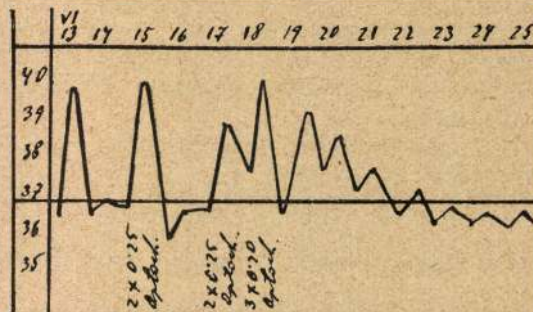
6. ábra. Sz. Gy. Malaria tert.



7. ábra. L. K. Malaria tert.



8. ábra. F. J. Malaria tert.



nem ismétlődött. 17.-én még 2x0.25 optochin, utána elővigyázatból néhány napig 3x0.20 chinin.

3. eset. T. J., 34 éves katona. Catarrh. apic. pulm. 1916 jún. 7.-én hidegrázás, 40° C láz. Kétnaponként délfelé a roham megismétlődik. Léptumor. Vérben malariaplasmodium. Jún. 15.-én 2x0.25 optoch. Roham jelentkezik. Jún. 17.-én a várható roham előtt ismét 2x0.25 optochin. A roham kisebbfokú, de este ismét hőemelkedés. Másnap újból 3x0.20 optochin. Rendetlen láz jún. 22.-éig. Ekkor láztalan. Gyógyult,

több roham nincs. Óvatosságból később még 3 napig 3×0.20 chinint adtunk.

Ezen, igaz, friss malaria-esetekben az optochinum hydrochloricum, mely úgy gyógy-, mint méreghatásaiban mintegy fokozott chininnek tekinthető, valóban veszélytelen adagokban a malariát kétszer pontosan, a harmadik esetben néhány nap alatt meggyógyította. Valóban értékesse akkor válnék a szer a malaria elleni küzdelemben, ha veszélytelen adagjaival oly malaria-eseteket is gyógyítana, melyek chininnel nem befolyásolhatók. Ezt megfelelő esetekben meg kell kísérelni.

Közlemény egy cs. és kir. tartalék-mozgókórházból és egy cs. kir. nagy mozgó járványlaboratóriumból.

Wolhyniai láz a délnyugati hadszíntéren.

Közlő: Galambos A. dr. tart. ezredorvos, kórházi osztályfőorvos és Rocek J. dr. főorvos, a laboratórium vezetője.

Klinikai rész (Galambos).

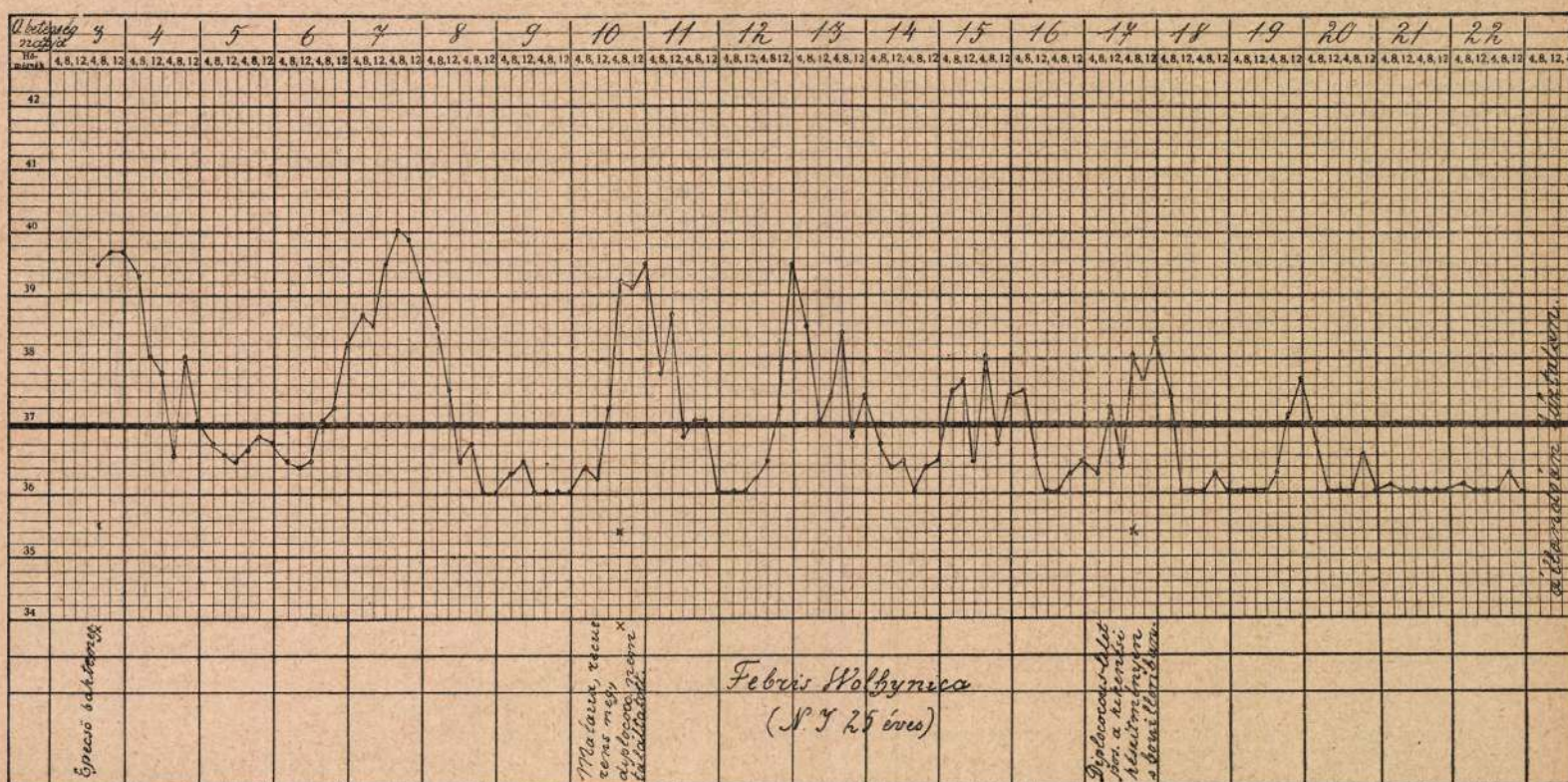
His (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 8. szám) ismertetése óta tudjuk, hogy Wolhyniában harcoló katonáink között egy eddig ismeretlen fertőző betegség jelentkezett, melyet ő — tekintettel arra, hogy eddig csakis Wol-

lábszárakban panaszai a betegeknél. Az arc élénkpiros, az alsó ajkán herpes, pulsus 39.5° mellett 105 , a nyelv nedves, alapján bevont, csúcsán s szélén élénkpiros, a lép kissé megnagyobbodott, éppen tapintható. A lábszárakon a csont, valamint az izomzat spontán és ütögetéskor, nyomáskor fájdalmas. Érzésvizsgálat alkalmával csaknem teljes anaesthesia, analgesia, thermanaesthesia állapítható meg a térd s a bokaizületek között. A lábfej érzésvizsgálatai rendesek. A vizelet normalis. Fehérje, diazo-reactio negativ. A vérben kifejezett leukocytosis.

Az ileocecalis fájdalomnak, a relativ bradycardiának, a diazo-reactiónak hiánya, továbbá herpes labialis, leukocytosis jelenléte alapján a typhus-gyanút elejtve: influenzára tettem a diagnózist. Az epecsőben felfogott vér bakteriologikailag negativ lelete, valamint a láznak a felvétel utáni második napon, a megbetegedés negyedik napján bekövetkezett criticolitikus esése megerősítette a felvétel jogosultságát. Két napi teljes láztalan szak után (az acme távolsága 4 nap) a hőmérsék újból criticolitikus módon emelkedett 40° -ig; ez azonban nem szolgált még influenza ellen (bileptikus influenza). A hőmérsék a láznak két napos fennállása után — szintén erős izzadás kíséretében — újból a normalisig süllyedt. Midőn két napos teljes láztalan szak után a harmadik relapsus következett, a másodikhoz teljesen hasonlóan, hidegrázás nélkül, elejtettem az influenza diagnózist.

Bár hasonló esetet sohasem észleltem s tudtommal hasonló megbetegedés eddig Wolhynián kívül nem fordult elő, febris Wolhynica-ra tettem a diagnózist s a Brasch által leírt diplococcus keresése céljából kient praeparatut készítettem. Az eredmény negativ volt.

A differentialis diagnostikai szempontból egyedül szóba jöhető malaria és recurrens könnyen kizárható volt nemcsak a vérvizsgálat negativ lelete alapján, hanem klinikailag is: a malariás hidegrázásnak hiánya a rohamok időbeli pontos beálltának hiánya mellett, a hőemel-



hyniában észleltetett — febris Wolhynica-nak nevezett el. Werner (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 11. szám) a láznak átlag ötnapos periodusban való visszatérésére való tekintettel „Fünftagfieber“-nek (febris quintana), „ötnapos láz“-nak nevezte el ezen első leírója után „His-féle betegség“-et. Brasch (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 23. szám) talált először ezen betegek vérének kient praeparatumban diplococcusokat. Azóta is már több casuistikai közlemény jelent meg a febris Wolhynica-ról (Hasenbelg: Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 23. sz., Th. Rumpf: Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 22. sz., Werner és Haenssler: Münchener med. Wochenschrift, 1916, 28. szám.)

A délnyugati hadszíntér egyik mozgó járványkórházában alkalom volt a His által leírt megbetegedés egy esetét észlelnem, melynek rövid ismertetése a következő:

N. J., 25 éves gyalogos. Felvétetett 1916 július 4.-én. Az először vizsgáló orvos typhus-gyanúval küldi felvételre kórházunkba. A megbetegedés akkor két napos volt. A hidegrázások kezdete után állandó láz, nagy főfájás, szédülés, hányásinger, hányás, szaggató fájdalmak a

kedés és súlyedés nem eléggé kritikus volta, a láz tartama nem órákra, hanem napokra terjedt, a gyógyulás spontán következett be. Recurrensben szintén rendszerint kritikusabb a relapsusok kezdete s vége; de az első lázas szakok tartama mindig hosszabb (6–7 napos continua), a lázmentes szakok is hosszabbra nyúlnak. A megbetegedés recurrensben átlag súlyosabb, a láz magasabb, a léptumor nagyobb. (Mintegy 10 hónap óta hadtestünk körzetében recurrens nem fordult elő.) A febris melitensist kizárni könnyű volt.

A klinikai diagnózist nem ejtettem el s a 6. lázas periodus alatt, 38° láz mellett megismételtem a vérvizsgálatot; ekkor nemcsak kient praeparatut készítettem, hanem bouillonban is felfogtam sterilen a vért. A vizsgálatot Rocek főorvos végezte. A kient praeparatumban a keresett diplococcusok — bár kis számmal — megtalálhatók voltak. E lelet közlése utáni napon készült el a bouillonban felfogott vér bakteriologiai vizsgálata. Nem nagyszámú, Gram-positív diplococcus tiszta tenyészetben volt nyerhető a bouillonban.

Ezen eset közlését indokoltnak tartom, mert:

1. Ez az első eset, melyben a wolhyniai láz nem Wolhyniában, sőt nem is a keleti, hanem a délnyugati hadszíntéren észleltetett.

2. A beteg soha Wolhyniában nem volt, több mint egy

éve a délnyugati hadszíntéren, a fronton tartózkodik, több mint 6 hónapja nem volt távol zászlóaljától. (Zászlóalja, valamint ennek pótló csapatai Csehországból jönnek.)

3. A megbetegedés — ma már 6 hete — teljesen izolált maradt. Más még csak gyanús megbetegedés sem fordult elő, noha a beteget nem izoláltam, typhus- és paratyphus-betegekkel egy barakkban tartottam.

4. A diagnosis helyességéhez kétség nem férhet. A typosus megbetegedés, az abszolút jellemző lázmenet kétségtelenül bizonyítja ezt. A pozitív bakteriologiai diplococcus-lelet szintén a diagnosis helyessége mellett bizonyít. Ez az első eset, melyben a diplococcusok tenyésztése sikerült.

* * *

A vér mikroskopi és bakteriologiai vizsgálata (Rocek).

A vérnek *Giemsa* szerint festett kikent készítményében a fehér véresejteknek jelentékeny megsaporodása tűnt fel. A fehér véresejszám a rendes értéknek körülbelül 3-szorosát tehetette ki. A fehér véresejtek felét lymphocyták alkották.

A készítmény alapos átvizsgálásakor kis számú, élénken kékre festődött diplococcus s néhány különálló coccus volt látható.

A tenyésztéshez közömbös bouillon használtatott. Ennek 10 cm³-éhez a venaepunctio útján sterilen vett vér 1 cm³-ét adtuk. 24 órai thermostatban időzés után a bouillon változatlanul átlátszó maradt. A leülepedett vörös véresejtek egyenletesen felkavartattak. 48 óra múltán rendkívül finom, alig észrevehető zavarodás volt megállapítható. Mikroskop alatt kis számú diplococcus volt látható. A bouillont lepipettáztam s alaposan centrifugáltam. A centrifugátumban a kikent készítményen látott diplococussal teljesen megegyező diplococcusnak tiszta tenyésztete volt látható. E diplococcus *Gram* szerint gyengén megfesthetőnek bizonyult.

E diplococcusok a *Brasch* által a vér kikent készítményében észlelt s leírt diplococcusoktól csak annyiban térnek el, hogy a mi esetünkben e diplococcusok tetrad alakban való jelentkezésre mutatnak hajlamot, a mi talán abból magyarázható, hogy esetünkben a készítményt bouillon-tenyésztetből nyertük. A *Jungmann* által leírt, gonococcus-hoz hasonló, diplobacilluszerű alakokkal (kikent készítmény) való összehasonlítás — e közlemény eredetiben nem lévén beszerezhető — nem volt lehetséges.

Ezen sajátos tenyészetnek beható vizsgálata, valamint a megbetegedéssel való aetiologiai összefüggés megállapítása e diplococcusok feletti hiányos növekedési hajlamanál fogva nem volt keresztülvihető. A vizsgálat megismétlése lehetetlen volt, mert a vérvizsgálat az utolsó lázas periódusban történt.

Közlés a budapesti cs. és kir. XVII. számú helyőrségi kórház belorvosi osztályából. (Kórházparancsnok: Noél Jenő dr., cs. és kir. törzssorvos. A belorvosi osztálynak vezető-orvosa: Tornai József dr., egyetemi magántanár.)

Adatok a szív functio-vizsgálatához és néhány szó a háborús szívzavarokról.

Irta: *Haba Antal* dr., jelenleg cs. és kir. tart. segédorvos.

Szinte napról-napra kerülnek szemeink elé a harctérről visszatértek között olyan katonák, a kiknek vizsgálásakor ahhoz a megállapodáshoz jutunk, hogy a talált kisebb-vagy nagyobb fokú szívélváltozást nagyrészt a háború izgalma idézhette elő. Ezek között sok esetben teljes joggal felvehetjük, hogy ha az illetőket a háborúba való indulásuk előtt szigorú orvosi kritikával bírálták volna meg, akkor talán ki sem engedték volna őket egészen a tűzvonalba. Ezen betegekkel való foglalkozás közben ugyanis többször jutunk arra a gondolatra, hogy az ilyen harcosok egyike-másika a talált bajra való hajlamosságot már magával vitte a harctérre. Természetes, hogy a háború komoly esélyei között senkinek a sorát meg nem jósolhatjuk, azonban azt, hogy az olyan egyének, a kiken a szív működésében bizonyos labilitást vagy

bizonyos fokú gyengeséget találunk, a háború izgalmaival természetesen sokkal kevésbé állják és tűrik, mint a teljesen egészséges szívű emberek, nem is kell külön indokolni. Kivánatos volna, hogy olyan, lehetőleg egyszerű eszközök, módszerek és eljárások felett rendelkezessünk, a melyeknek segítségével a szívnek és vérkeringésnek erőképességéről, tartalékerejéről hamarosan és legalább megközelítő pontossággal tudomást szerezhessünk.

A vérkeringésnek és szívnek functio-vizsgálatával sokan és sokat foglalkoztak és foglalkoznak ma is. Ez a körülmény is igazolja, hogy megbízható módszer e kérdés tisztázására még mai napig sincsen. Annál is inkább kívánatos volna ily functio-vizsgáló módszernek, illetőleg eljárásnak az ismerete, mert akárhányszor találtunk mi is kórházi beteganyagunk között olyan betegeket, a kiken a kifejezett és félre nem ismerhető szívzavarok a megfelelő kezelés, de főképpen kellő pihenés és nyugalom után minden nyom nélkül eltűntek.

Egyesek, mint *Hess Leó*, a vasomotoros idegrendszer izgatásával (adrenalin-injectiókkal) igyekeznek megállapítani a szív labilitását, illetőleg munkabírását. *Kleissel* azt bizonyítja, hogy a labilis szív már a nyugalomban is nagyobb vérnyomással dolgozik, mint a teljesen egészséges, és éppen ezért a vérnyomásnak és pulsus-számnak megállapítását tartja diagnostikai jelentőségűnek. Viszont *Stæhelin* azt állítja, hogy a szív functio-vizsgálatához a vérnyomásnak a meghatározása, adagolt munkával, nem ad pontos eredményt, mivel a vérnyomás nemcsak a szív munkabírásától, hanem az érrendszer állapotától és szerepétől is függ. Ő adagolt munka előtt és után a pulsus-számnak összehasonlítását tartja a szív functio-vizsgálatára a legjobb módszernek. *Madzen* egyesíti *Kleissel* és *Stæhelin* vizsgálmódszereit és a szív functio-képességének és tartalékerejének meghatározására szintén a vérnyomásnak és pulsus-számnak adagolt munka végzése után való ellenőrzését ajánlja a legjobb módszer gyanánt. *Kaufmann R.* digitalis-készítmények adagolásával végzett idevágó functio-vizsgálatokat. Vizsgálatai során megerősíti a régi tételt, hogy a digitalis és származékai: digalen, digifolin, digipuratum stb. egészséges szívű emberben kifejezetten a vasoconstrictorokra, még pedig izgatólag hatnak és ily úton okoznak vérnyomás-emelkedést. *Strusberg* és *Schmiedt* szintén a vérnyomásnak a mérését és a pulsus-számlálást ajánlja, adagolt testmunka végzése után. *Otis Edward* szintén a vérnyommérést használta ellenőrző módszer gyanánt és azon megállapodásra jutott, hogy míg egészséges szívűeken adagolt testmunka után a normalis nyugalmi viszonyok csakhamar helyreállanak, addig labilis, vagyis könnyen befolyásolható szíveken a nyugalmi állapot későbbben áll helyre, még pedig annál későbbben, minél könnyebben befolyásolható az illető szív az ő munkájában.

Mi a szív functio-képességének vizsgálására, ellenőrzésére többféle egyszerű módszert alkalmaztunk.

A szív functio-vizsgálására a digitalis-készítmények közül, szájon keresztül leginkább a digifolin-tablettát (0.10 pulv. fol. digit. titr.) és a digalent (10—15 cseppenként) adagoltuk. Intravenásan pedig a digifolin- és digipuratum-oldatot, egyenként 1—1 cm³-t, a mi szintén 0.10 gr. pulv. fol. digit. titr. hatásának felel meg.

Vizsgálataink végeredménye gyanánt kiemeljük, hogy azon kérdésnek eldöntésére, vajjon labilis, könnyen befolyásolható működésű szívvel van-e dolgunk vagy sem, a pulsus-számnak és vérnyomásnak az adagolt testmunka előtt és után való összehasonlítását tartjuk a legcélszerűbbnek. E mellett digifolin-oldatnak intravenásan, hasonló célból való alkalmazását, szintén elég megbízható eljárásnak mondhatjuk.

Általában azt tapasztaltuk, a mi különben a legtöbb szerzőnek adataival egyezik is, hogy ugyanazon kimért testmunka az egészséges szív munkáját kisebb mértékben változtatja, mint a labilis szívét. Betegeinkkel az ismert csuklógyakorlatokat (karlökést, guggolást) végeztettünk. De az összehasonlítás szempontjából legalkalmasabbnak a sík talajon való futást találtuk. Rendes mértékű 150 méteres síkfutást, kimért pályán, a szokásos tempóban végeztettünk.

Az ilyen futás egészséges egyénnek szívének alig okozott nagyobb változást. A szívtempus nagysága, helyzete, a szívcsúslökés helye és minősége semmit sem változott. A pulsus száma közvetlenül a futás után 10—12-vel emelkedett percenként és rhythmusos maradt; a lélekzés száma 2—4-gyel, a vérnyomás minimuma alig emelkedett, sőt néha néhány fokkal csökkent, a maximuma mindenkor, de csak alig 4—5^o-kal emelkedett.

A vérnyomásmérésre mi a *Riva-Rocci*-féle nyomásmérőt a *Recklinghausen*-féle karóvval alkalmaztuk. A legtöbb esetben az „auscultatiós” módszerrel végeztük méréseinket, a mely eljárás, mint az *Tornai*-nak¹ régi vizsgálataiból is kiténik, egyike a legmegbízhatóbbaknak.

Nagyon fontosnak tartjuk kiemelni, hogy egészséges embereinken a szívnek és vérkeringésnek nyugalmi, munka előtti állapota az említett testmunka után 1—1¹/₂ percz mulva már ismét teljesen helyreállott.

A digitalis-készítmények a szokásos adagokban az egészséges szívnek munkáján csak csekély változást okoznak, míg a labilis szíveken a digitalis készítményeinek adagolására határozott változást tapasztaltunk. A functionalis vizsgálat szempontjából is, mint említettük, leghatásosabbnak tartjuk a digifolint és ennek is az intravenásan való adagolását.

Labilis szívekre általában jellemzőnek mondhatjuk, hogy már aránylag csekély testmunka kizökkenti a szívet a nyugalmi állapotából. Így az említett 150 méteres síkfutásra általában a szívcsúslökés rendszerint kiterjedtebben volt tapintható, mint nyugalmi állapotban és sokszor az egész szív-tájon kiterjedt lüktetés volt látható; a pulsus száma jelentékenyen felszökött, sokszor a nyugalmi számnak akár a kétszeresére, a mellett néha kisebb irregularitást találtunk és a

pulsus minden esetben gyengébb volt, mint nyugalomban. A vérnyomásnak úgy a minimuma, mint a maximuma, az előbbeni kisebb mértékben (átlag 5^o-kal), az utóbbi nagyobb mértékben (átlag 25^o-kal) emelkedett. Épp úgy a lélekzés száma is akár 10—12-vel lett magasabb a subjectiv és objectiv dyspnoë jelenségével. És hangsúlyozzuk még, hogy az ily labilis szívnek előbbeni nyugalmi állapota már csak 4—5 percz mulva, néha pedig még később tért vissza.

Ilyen labilis szívek esetében 1 cm³-nyi (10 cgr.) digifolin-oldatnak intravenás adagolására 1¹/₂—1 óra mulva határozott pulszszámcsökkenést és kifejezett vérnyomásemelkedést, és pedig úgy a minimumnak, mint a maximumnak emelkedését tapasztaltuk. Érdemesnek tartom kiemelni, hogy a coffeinnak (0.20 gramm) intravenás adagolására úgy az egészséges, mint a labilis szívben egyformán a pulsus-számnak és a vérnyomásnak emelkedését tapasztaltuk. Éppen ezért a szív functio-vizsgálatára a coffeint nem használhatjuk fel. Az összehasonlítás kedvéért egy egészséges és egy labilis szívű egyénnel végzett functio-vizsgálataim eredményét adom az alábbi két táblázatban.

Felemlitem, hogy vizsgálatainkat általában, mint a dolog természetéből is folyik, átlag egyforma korú (26—32 éves), egyenlő súlyú, tápláltságú és egyforma izomzatú egyénekre végeztük, a kiket a vizsgálatra úgyszólván előkészítettünk oly módon, hogy napokig, esetleg hetekig végeztettük egy és ugyanazon egyénnel az illető testmunkát és adagoltuk a digifolint; ezen bevezető vizsgálat adatait nem használtuk fel, csak a későbbiekét, a mikor már teljes joggal feltehetjük, hogy az illetőkön psychés momentumok latba nem jöhetnek.

Természetesen vizsgálatainkat először csak olyan egyénekre végeztük, a kiket felületes vizsgálatkor egészséges szívűeknek lehetne tartani és akik között egyesek csak a tüze-tesebb vizsgálat alkalmával adtak gyanút arra, hogy a szívüknek talán csökkent a munkabírása. Már kifejezett szívelvál-

¹ Orvosi Hetilap, 1909. évf., 44. sz. és Orvosi Hetilap, 1910. évf., 16.—17. sz.

I táblázat.

D. Á., 30 éves, egészséges szívű ember táblázata.

	A szívcsúslökés		A pulsus			A lélekzés száma	A vérnyomás		Megjegyzés
	helye	minősége	minősége	rhythm.	száma		mini-muma	maxi-muma	
Nyugalomban	5. bordaköz	Homályosan tapintható	Telt, feszes, jól tapintható, elég nehezen elnyomható	Rhythm.	80	24	75	95	—
15 karlökés után	5. bordaköz	Jól tapintható	Telt, feszes, elég nehezen elnyomható	Rhythm.	90	24	70	100	A nyugalmi állapot 1 ¹ / ₂ percz mulva visszatér
15 guggolás után	5. bordaköz	Jól tapintható	Telt, feszes	Rhythm.	90	26	75	100	Nyugalom 1 percz mulva áll be
150 m. futás után	5. bordaköz	Jól tapintható	Telt, feszes	Rhythm.	98	30	70	110	1 ¹ / ₂ percz mulva a nyugalmi állapot ismét visszatér
1 cm ³ digifolin intravenásan	5. bordaköz	Homályosan tapintható	Telt, feszes	Rhythm.	74	24	70	95	—
digifolin per os, 0.1 dig. titr.	5. bordaköz	Homályosan tapintható	Telt, feszes	Rhythm.	79	24	70	95	—
1 cm ³ coffein intravenásan	5. bordaköz	Jól tapintható	Szopora, telt, elég feszes	Rhythm.	104	26	72	105	—
Cymarin 0.6 mgr.	5. bordaköz	Jól tapintható	Telt, elég feszes	Rhythm.	82	28	70	100	—
1 cm ³ digipuratum	5. bordaköz	Jól tapintható	Telt, feszes	Rhythm.	70	26	75	105	—

A laibachi cs. és kir. 5. számú tartalékkórházból.
(Kórházparancsnok: Zörnlaib Sándor dr., ezredorvos.)

Paralysis spinalis spastica három esete.*

Közli: *Leitner Fülöp* dr., kolozsvári egyetemi tanársegéd, osztályvezető főorvos.

Az érdekes esetek halmozódásának sajátossága révén három hasonló, de aránylag ritkán előforduló betegségben szenvedő katonát van szerencsém ismertetni, a kik egyidőben — május 12.-én — vétettek fel a laibachi cs. és kir. tartalékkórházba. A betegek kórvázlatát röviden a következőkben ismertettem:

1. eset. N. J., 39 éves közkatona, 16 éve nő, öt gyermeke egészséges. Egy gyermeke sem halt meg, halva sem született. Anyja 54, apja 67 éves korában halt meg, mindkettő alkoholistá volt. Anyjának állítólag sem koraszülése, sem halott magzata nem volt. 3 fivére és 3 nővére közül öt állítólag genyedő nyak-daganatok következtében halt el. A beteg naponta átlag $\frac{1}{2}$ liter bort szokott inni, nemi infectiót tagad. Véreset sohasem köpött.

Állítólag 6—7 évvel ezelőtt hasonló bajban szenvedett, de akkor 6 hónapig tartó gyógykezelés után (gyógyszert szedett és kenőkrút folytatott) állapota javult. Családjában senki sem szenved, nem is szenvedett hasonló bajban.

Jelen bajára vonatkozólag előadja, hogy 1914 szeptember hava óta beteg. Akkor állítólag egy hideg esős napon meghűlt a lövészárokban s azóta állandóan ágyban fekszik, mert nem tud lábaira állni. Betegsége óta különböző kórházakban állandó gyógykezelés alatt áll, de állapota semmi javulást sem mutat. Legutóbb a Rudolfswert melletti Töplitz fürdőben kezelték meleg fürdővel és az alsó végtagizmok villamozásával.

A beteg megvizsgálásakor a következő eltéréseket találtam:

A jobb tüdőcsúcs felett érdes-sejtes be- és nyújtott érdes kilégzés, néhány ropogó szörtyzörej. Kórházi tartózkodása alatt egyszer evőkanálnyi vért köpött. Korábbi kórházi irata szerint a bal lábszáron koronányi nagyságú fekély, mely két hó óta változatlanul fennáll s a rendes sebkezelési eljárások mellett 2 hétig kórházunkban sem mutatott semmiféle gyógyhajlamot; kéneső-kenőcsös kezelésre 5 nap alatt teljesen meggyógyult.

A legfeltűnőbb eltérések azonban az alsó végtagokon észlelhetők. Mindkét alsó végtag merev (rigid), térdben nyújtott és bokaizületben planarflexált, e mellett kissé abduktált és kifelé rotált helyzetben van. A térdizületben a flexio, a bokaizületben pedig a láb dorsalflexiója lehetetlen az izmok feszülése, illetve fájdalmassága miatt. Az alsó végtagok ezen rigiditása nem enged meleg fürdőben, sőt még narcosisban sem szűnik meg. A beteg járni csak két mankóra támaszkodva tud valamelyest. Mindkét alsó végtag hajlítózomzata mérsékelten sorvadott. Járása apró lépésű spasmusos járás, melynél a két csonb abduktálva, a lábtalpak pedig plantarflexióban vannak, úgy hogy a lábujjak a talajt súrolják járáskor.

A felső végtagok izomzatán lényegesebb eltérés nem látható. A kéz apró izmai nem sorvadtak, de megemlítendőnek tartom, hogy mindkét kéz szorító ereje gyenge. (Állítása szerint sohasem volt erősebb.) A betegen beszédzavar, nyelési nehézségek nem észlelhetők. Tapintási, érintési fájdalom- és hőérzés mindkét alsó végtagon, nemkülönben a felső végtagokon és a törzsön rendes, csupán a felületes érintés érzése bizonytalan olykor mindkét lábszáron és a lábfejekben. A betegen lábclonus kiváltható. Patellaris reflexe (narcosisban is vizsgálva), erősen fokozódott. *Babinski*-reflex nem váltható ki. A *Strümpell*-féle tibialis tünet, valamint a *Marie*-féle keresztetett adductió tünet pozitív. Bőrreflex-, has- és cremaster-reflex igen élénk. Garatreflex nem váltható ki. A beteg egyéb szervei részéről — fenti eltéréseken kívül — egyéb kóros tünet nem állapítható meg. Hólyag- és végbélzavarai nincsenek, vizelet, székkürülés rendes. A vizelet sem fehérjét, sem cukrot nem tartalmaz.

Hangsúlyozni kívánom, hogy a betegnek az előbbi gyógykezelő intézettől magával hozott okmánya szerint két év óta állandóan változatlanul fennáll a baja minden gyógykezelés dacára.

2. eset. K. M., 29 éves, nőtlen katona, a ki 1916 jan. 1.-étől, tehát $\frac{1}{2}$ év óta szenved az előbbihez hasonló bajban. Járni ő is csak nagyon nehezen tud. Családjának csaknem minden tagja hasonló bajban szenved. Atyja és két fivére már évek óta nem tud járni, állandóan ágyban fekszenek. Három férfitestvérén ellenben enyhébb formájú a baj. Ezek mankóra támaszkodva, nehezen bár, de mégis tudnak valamennyire járni. A beteg nemi infectiót tagad, ellenben 10—12 éves kora óta mindig sok szeszest italt ivott, még pedig erős pálinkákat és bort.

A beteg megvizsgálásakor mellkasi és hasi szervei, felső végtagjai, nemkülönben érzékszervei részéről semmiféle szembeötlőbb eltérést nem találtunk, kóros jelenségek csupán az alsó végtagok részéről találtattak.

Mindkét alsó végtag izomzata merev, rigid, de nem sorvadott. A beteg járása az előbbihez hasonló spasmusos járás. Ő mankó nélkül is jár, de járása ingatag, bizonytalan, rövid léptű és lábait ő is maga után húzza, lábujjaival a talajt súrolja. Patellaris reflex erősen fokozott, lábclonus kiváltható, *Babinski* pozitív. *Marie-Oppenheim*-féle keresztetett

adductió tünet pozitív. Hasbőr-reflex, valamint cremaster-reflex mindkét oldalon pozitív. Garatreflex negatív. Érintési, tapintási fájdalom, hideg-, melegérzés mindenütt, mindkét alsó végtagon normalis. Trophiás vasomotoros zavarok nincsenek. Pupillák szabályosak, kerekék, fényre, alkalmazkodásra jól reagálnak. *Romberg*-tünet negatív. Vizelet, székkürülési zavarai nincsenek. Vizeletben sem fehérje, sem cukor nem található.

3. eset. C. J., 42 éves, nő katona, a kinek főpanasza szintén az, hogy 5 hónap óta nem tud lábára állni, nem tud járni. Atyja 80 éves, egészséges, anyja 50 éves korában tüdőbajban halt el. Felesége állítólag egészséges. Nyolcz gyermeke közül csak kettő él, két gyermeke halva született, négy pedig egészen fiatal korban halt el. Az utoljára született két gyermeke él és egészséges. Nemi infectióra a beteg nem emlékszik. Eddig sohasem volt beteg. Családjában senki sem szenved, nem is szenvedett hasonló bajban.

A beteg megvizsgálásakor a mellkasi, hasi szervek, valamint a felső végtagok általában normalisnak találtattak. A kóros jelenségek ezen esetben is az alsó végtagokra szorítkoznak. Mindkét alsó végtag merev, rigid, a beteg active sem lábát felemelni, sem térdben hajlítani vagy a passive behajlított térdét kinyújtani nem tudja. A beteg lábaira állni sem tud. Két mankóra támaszkodva, külön, erős támogatás mellett erőltetve néhány rövid lépésre kényszeríthető csupán, de e közben egész törzse előre hajlik és teste egészében remeg. 4—5 rövid lépés után kimerülten összeesik.

A beteg egyébként erőteljes, jó izomzatú ember. Patellaris reflexe erősen fokozott, lábclonus kiváltható. *Babinski*-, valamint *Marie-Oppenheim*-tünet kiváltható. Has-, cremaster- és garatreflex is pozitív. Felső végtagok csonthártyareflexe is pozitív. Trophiás vasomotoros zavarok nincsenek. Pupillák szabályosan kerekék, középtágak, fényre és alkalmazkodásra jól reagálnak. Tapintási, érintési fájdalom, hideg- és melegérzés a törzsön és a felső végtagon rendes, az alsó végtagon ellenben egészen a csípőizület magasságáig felfüggesztett. A szúrást sehol sem érzi az alsó végtagjain. Hólyag- és végbélzavarai nincsenek. Vizelete sem fehérjét, sem cukrot nem tartalmaz.

Mint látjuk, mindegyik esetben a motoros tünetek dominálnak. Mindegyik esetben jelen van az alsó végtagok spasmusos paraparesise a mély reflexek fokozódásával, de emellett lényegesebb érzés-, hólyag- és végbélzavarok nélkül.

Mielőtt a differentialis diagnózisra rátérnénk, előbb megállapítandó, vajjon organikus vagy functionális természetű-e a baj? Bár az első két esetben a garatreflex nem váltható ki, mégis a fokozott patellaris reflex, a lábclonus, a *Babinski*-, a *Marie*-féle keresztetett adductió tünet, s a *Strümpell*-féle tibialis tünet alapján a hystériát határozottan kizárhatjuk. A további kérdés, melyre másodsorban felelnünk kell, vajjon peripheriás vagy centralis a hűdés. De tudjuk, hogy peripheriás hűdéseknél a reflexek megszűnnek, az izomzat petyhüdt és elfajulásos sorvadásba megy át. Eseteinkben tehát centralis vagy supranuclearis hűdésről van szó.

A mi a differentialis diagnózisra illeti, spasmusos paraparesis jelen van a gerinczvelő-, sőt nagyagyvelő-megbetegedés mindazon eseteiben, a melyekben az elülső, valamint az oldalsó pyramispálya meg van támadva, anélkül, hogy a peripheriás neuronok (elülső szarvak) szenvedtek volna.

Szóba jöhet itt tehát: myelitis transversa, gerinczvelő-syphilis, syringomyelia, sclerosis multiplex, sclerosis lateralis amyotrophica, paralysis spinalis spastica.

Legkönnyebben kizárható a myelitis minden formája, mert hiszen itt hólyag- és végbélzavarok vannak jelen súlyos trophiás zavarok kíséretében, a melyek eseteinkben hiányzanak.

Syringomyelia kizárható a reá jellegzetes degeneratio, petyhüdt izomhűdés alapján, mely rendszeren a felső végtagokon szokott előbb jelentkezni — emellett itt az inreflexek hiányzanak —; a syringomyelia súlyos trophiás megérzési zavarokkal (analgesia és thermaesthesia) kapcsolatos, a mi eseteinkben nem található. A jellegzetes karomállás is fontos differentialis diagnostikai momentum, mely azonban eseteinkben szintén hiányzik.

Sclerosis multiplex kizárható a reá jellegzetes intentióss remegés, nystagmus, skandáló beszéd, kényszernevetés, kényszerírás hiánya alapján; ezenkívül itt is beáll később székelési és vizeleti zavar.

Tulajdonképpen ezek után már csak a sclerosis lateralis amyotrophica és paralysis spinalis spastica között kell még a differentialis diagnózis felállítani.

Sclerosis lateralis amyotrophica-ban a motoros tünetek mellett bulbaris jelenségek is vannak, súlyos beszéd-

* Bemutatta az 1916 június 7.-én tartott laibachi orvosgyűlésen.

zavar, s a még fontosabb nyelés-zavar formájában. Ezenkívül sclerosis lateralis amyotrophica-ban az izombénulások rendszeren a felső végtagokon szoktak kezdődni, még pedig a karokon és kezeken. Nem ritkán a kéz összes apró izmai elsorvadnak. Minthogy tehát eseteinkben az alsó végtagokra szorító motoros tünetsoport van jelen, trophiás és vasomotoros, valamint lényeges érzési, hólyag- és végbélzavarok nélkül, azt kell mondanunk, hogy betegeink paralysis spinalis spastica-ban szenvednek. Kórboncztanilag e bajt az oldalsó pyramis-pályák területén beálló primaer elfajulás jellemzi, emellett esetleg a kisagyi oldalkötegpályák, vagy a Goll-féle pályák egyes jelentéktelen kis területei is meg vannak támadva, ép marad ellenben a peripheriás mozgató neuronok területe.

A betegség kóroktanáról semmi bizonyosat sem tudunk. Gondolnak traumára, túleröltetésre, a pályák veleszületett csekély ellenállóképességére, luesre.

A betegségnek 3, illetve 4 formáját szokás megkülönböztetni:

1. A nem öröklődő alak; erre szolgáltat példát első esetünk, bár ez lábszárfekélye miatt syphilisre is gyanús.

2. Az öröklődő, illetőleg Strümpell-féle családi spasmusos paralysis spinalis. Kóroktani tekintetben ebben szokás felvenni a később megbetegedő pályák veleszületett praedispozícióját. Példa 2. esetünk.

3. Az Erb-féle paralysis spinalis spastica syphilitica. Mering szerint ezen formában érzés-zavarok is előfordulnak a spasmusos paraparesis mellett, a mit a példaként bemutatott 3. esetünkben is megtalálunk.

A gyógykezeléstől, sajnos, nem sokat várhatunk. Protrahált meleg fürdők enyhítik bár a spasmust, de magát a bajt alig tudjuk befolyásolni. Mering szerint még a lueses alapon fejlődő formában sem szabad az antilueses kezelés eredményességéhez vérmes reményeket fűznünk.

Mi betegeinknek jódkálit adagolunk 6 hét óta, naponkénti protrahált meleg fürdő mellett, ezenkívül első és harmadik esetünkben erélyes kénesökenőcsös kenőkúrárt végeztünk. Ezideig azonban semmiféle javulást sem észleltünk betegeinken.

Mindhárom beteget feltétlenül felülvizsgálatra bocsátandónak tartom, minthogy mindennemű katonai szolgálatra alkalmatlanok.

A m. kir. 30. honvéd pótzászlóaljhoz beosztott lábadozó osztag keretében működő utókezelő-intézet berendezésének és működésének ismertetése.

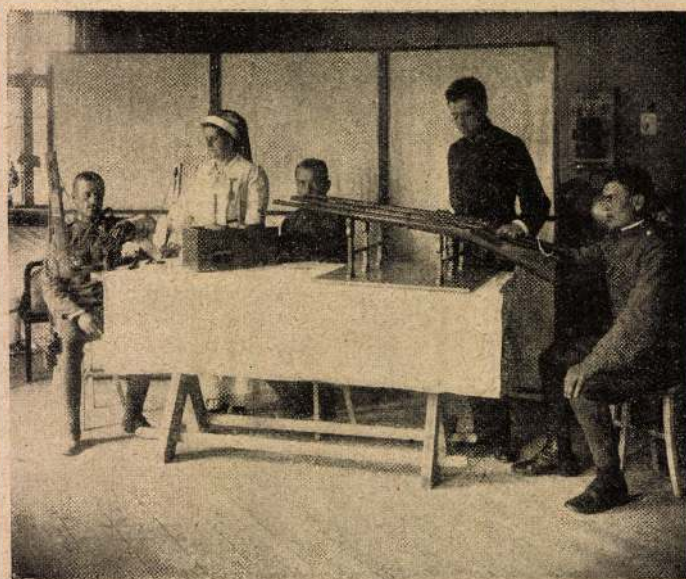
Irta: Deutsch Ernő dr., honvéd-ezredorvos, orvos-főnök.

(Vége.)

Jó eredményeket értem el meleg (45°) és hideg víznek váltakozó alkalmazásával oly módon, hogy az illető végtagot felváltva mártjuk meleg és hideg vízbe, vagy váltakozó zuhanyozásnak tesszük ki, mely eljárásokkal a legkülönbözőbb keletű beszűrődések felszívódását szorgalmazhatjuk; hasonló célzattal alkalmazom a forró zuhany alatti masszázst (Aix les bains-ben divó eljárás), melynél a masseur gummi keztyűvel végezze a kezelést. Régibb beszüremkedések felszívódását alkoholborításokkal is elősegítem. A közel jövőben felmelegített balatoni homokkal készített fürdőkkel is fogok kísérletezni.

A villamos kezelésre következő készülékek állnak rendelkezésre:

1. „Universo“ farados és galvános árammal („Asklepios“).
2. 1 drb „Elasto“ elektrod.
3. 1 „Franklin-gép (Reiniger, Gebbert és Schall).
4. 3 „farados-gép.
5. 1 „4-rekeszes villanyfürdő (Schnée).



23. ábra. Merev és béna kezek gyakorlása.

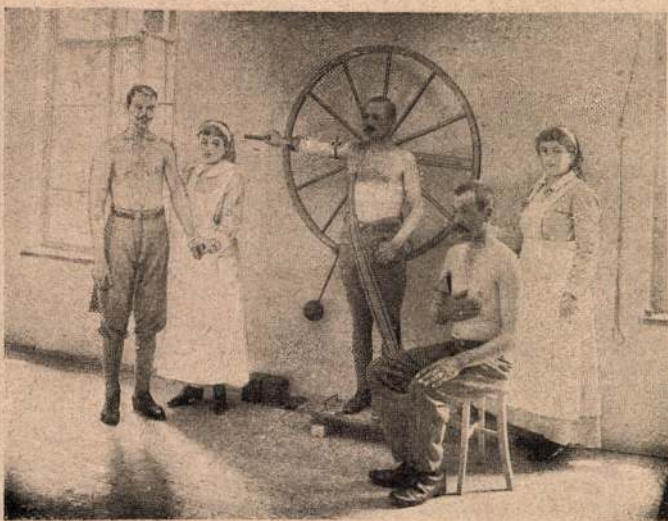


24. ábra. Merev és béna kezek gyakorlása.

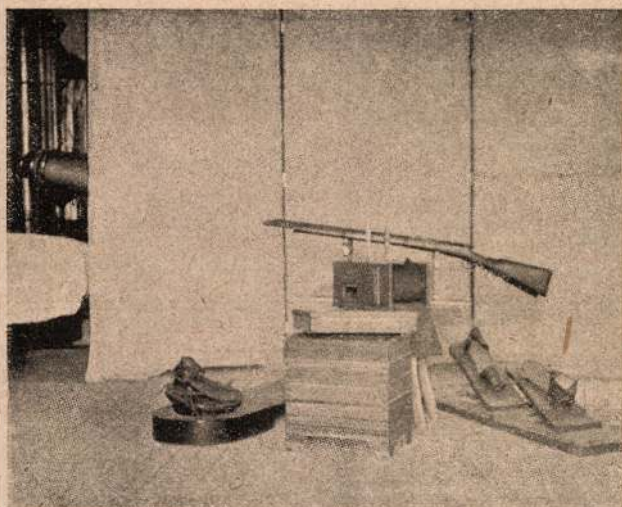


25. ábra. Merev és béna kezek gyakorlása.

Az elektrotherapia az idegrendszer belgyógyászati és sebészeti megbetegedéseiben, valamint csúszos bántalmakban kerül alkalmazásra.



26. ábra. Vállizület gyakorlása „Báron“-féle géppel, kézzel és „Gerő“-féle ékkel.



27. ábra. Házilag készített rögtönzések. (Stein, Plate és Deutsch Ernő.)



28. ábra. Kerti munka.

Az osztag keretében felállított zuhany-, medencze- és részfürdőkkel teszünk eleget a hydrotherapia követelményeinek. Ugy a kézzel, mint a géppel eszközölt mozgató és massage-t mindig meleg fürdő előzi meg.

A kézügyesség kiművelésére szolgáló készülékek a következők:

- 1 drb kézprés.
- 1 „ kézgyenesítő.
- 1 „ zongora.
- 1 „ készülék puskagyakorlatokra.
- 1 „ dynamometer.
- 1 „ markológyakorlatokra szolgáló asztal.
- 2 „ „Sandow” súlyzó.

E gyakorlatok követik a kézfürdőben eszközölt mozgató és a hőlég alkalmazása alatt vagy után keresztülvitt masszázst.

A lábadozó osztag keretében működő konyhakertészetben, a czéllövészetben és kuglizásban végzett munka, illetőleg szórakozás a szabó-, cipész- és könyvkötő-műhelyben történő alkalmazás értékes kiegészítői a kezelésnek.

A betegek javarésze szolgálatképesen vonult be csapat-testéhez, a hátralévő munkaképessége oly mértékben fokoztatik, hogy munkásosztagnak vagy saját földjeiket művelendő, szabadságolva dolgozhatnak és végeredményben nagyszázalékuk szolgálatképes lesz s elenyésző azok száma, kik mint rokkantak a hadseregből végleges elbocsátás végett hozatnak javaslatba.

Ez az eredmény az osztag összes tényezőinek, bajtársi együttműködésének köszönhető, miért is hálás köszönettel emlékszem meg *rosenfeldi Pawlovszky Ede* őrnagy, osztagparancsnokról s *Ángyán Béla* és *Gerő Gábor* főhadnagyokról, kik minden úton-módon hozzájárultak ezen munka keresztülvitelének lehetővé tételére.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Felek Hugó: A húgycső betegségeinek urethroszkopiai körjelzése és orvoslása. 78 ábrával és 5 színnyomással táblával. Az Universitas kiadása. 1916. Ára 9 korona.

E könyv szerzője régi ismert művelője az urethroszkopiai eljárásnak; ez irányú munkálkodásával maga is hozzájárult tudományos fejlesztéséhez és az orvosi gyakorlatban népszerűsítéséhez. A modern urethroszkopia megalkotója, *Grünfeld* hazánkfa oldala mellett kezdte meg működését. Ezóta — úgymond — a technika vívmányainak értékesítésével az urethroszkopiai eszköztárnak nem remélt tökéletesítése vált lehetségessé és ezzel párhuzamosan ezen módszer oly eredményeket tudott felmutatni, melyek minden szakemberben ezen eljárás szükségességének, sőt sokszor nélkülözhetetlen voltának a tudatát érezték meg. De a fejlődés folyamatával velejár az is, hogy a gyors egymásutánban készült újabb urethroskopok és az ajánlott más-más módszerek nagy sokaságával állunk szemben, a mi ugyancsak megnehezíti az e téren okulást kereső kezdőnek a kellő tájékozódást.

Az előttünk fekvő tankönyvvel azt célozza a szerző, hogy rendszeres útmutatást nyújtson a kezdőnek az urethroszkopiai eljárás elsajátítására, illetőleg a férfi-húgycső betegségeinek ily úton körjelzésére és orvoslására. A legapróbb részletességgel magyarázza és instructív ábrákkal demonstrálja az eljárás végrehajtásához szükséges előkészületeket, kézfogásokat és technikai műveleteket, valamint a körjelzés és helyi kezelés igényelte alapismereteket és gyakorlati módszereket.

A bevezető rész az e tárgy megértésére szükséges anatómiai és physiologiai adatok rövid vázolója után a használatos különböző urethroskopokat ismerteti és befejezésül rámutat arra, hogy minő készülékek szükségesek a mindennapi gyakorlatban, és mely eszközök azok, a melyek bizonyos specialis czélokat szolgálván vagy komplikáltabb voltuknál fogva csak a szakorvos eszköztárába valók.

A következő fejezetek a fényforrásul szolgáló készülékeket, az aseptist és antiseptist, továbbá a vizsgálat fogantatásának módját tárgyalják.

Az egészséges húgycső urethroskopiájának tüzetes tárgyalása után áttér a húgycső betegségeinek ismertetésére. Leírja az egyes kórfolyamatok eseteiben létrejövő szöveti elváltozásokat és az észlelhető tükröképek jellemző tulajdonságait. A tárgyalt betegségek a következők: A húgycső gonorrhoeás gyuladása. A nem gonorrhoeás húgycsőgyulladás különböző alakjai. Syphilis, lágyfekély, bőrbajok a húgycsőben. Húgycsőszűkület, húgycső-fistula. A húgycsőnek a prostata betegségeivel kapcsolatos kóros elváltozásai. Daganatok a húgycsőben. Húgycsőkö, idegen test a húgycsőben. Egyes fejlődési rendellenességek. A húgycső kóros elváltozásai a nemiszervek működés-zavarai eseteiben.

A könnyen áttekinthető módon ismertetett anyag megérthetőségét jelentékenyen elősegítik a szöveg között nagy számmal levő magyarázó ábrák, valamint a művészi kivitelű színnyomások táblák.

Az orvosi szakirodalom igen gyér az urethroskopia egész anyagát felkaroló munkákban — nyilván a mellőzhetlen illusztrációk nehezítik meg azok megjelenését —, úgy hogy ezen tankönyv hiányt pótol és bizonyára hivatást fog teljesíteni azon körökben, melyeknek a szerző szánta.

Az Universitas könyvkiadó-társaság, melyet elismerés illet meg azért, hogy már számos nagyértékű tankönyvet juttatott a könyvpiacra, e művet is az eddigiekhez hasonló, izlését dicsérő alakban jelentette meg.

r. r.

Lapszemle.

Belorvostan.

A uraemia kezeléséhez szolgáltat adatot Determann. Abból indul ki, hogy a vese hiányos működése miatt, úgy mint a bőr alatti kötőszövetben, meg a mell- és hasüregben, az agyvelő burkai között is transsudatum van; a fejfájás, hányás, érverés-meglassúbbodás, görcsök tehát hydrocephalus externus-ra vezethetők vissza. Egy esetében a boncolás is kimutatta, hogy nephritisben milyen nagyfokú lehet az ilyen hydrocephalus externus. A jelzett felvétel alapján tehát hét esetben spinalis punctiót végzett. Hat esetben gyógyulás következett be, egy beteg pedig meghalt, de ez utóbbi esetben is kedvező volt a spinalis punctio hatása s a halál pneumoniára és az agyvelőben beállott vérzésekre volt visszavezethető. Valamennyi esetben aránylag fiatal egyének (katonák) heveny nephritise forgott fenn. A szerző még megjegyzi, hogy uraemia eseteiben a vérnyomás csökkentésére és a vesék tehermentesítésére az érvágás (250–350 cm³ vér kibocsátása) is igénybe veendő. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1916, 37. sz.)

Sebészet.

A pangásos papilla gyógyítása céljából agydaganatok és oly megbetegedések esetén, a melyek a koponyatüri nyomás emelkedését hozzák létre, új műtétet: az opticus hüvelyének trepanatióját ajánlja Müller. A csontos orbita temporális falát Krönlein szerint feltárva és a nervus opticus szabad baddá téve, ennek hüvelyéből a bulbus mögötti részen egy körülbelül 3–4 mm. széles és 6 mm. hosszú darabot reszekál.

A szerző e műtétet az esetek többségében csak az egyik oldalon végezte és megállapította, hogy nemcsak az ezen oldali pangásos papilla, hanem az agynyomásból eredő többi tünet is megszűnt, a látás-élesség pedig kifogástalan maradt. Maga a műtét teljesen veszélytelen. (Münchener med. Wochenschrift, 1916, 32. sz.)

M.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A narkophint tüdőbetegségekben nagyon jó eredménnyel használja Pollack a morphiumpótlószere gyanánt. A szert vagy a bőr alá fecskendezi 3 cgr. mennyiségben, vagy pedig a szájon át ad a 3%-os oldatból 15–20 cseppet naponként 1–2-szer. Altató gyanánt nagyon jónak találta a következő összetételű port: Rp. Narkophini 0.015, Luminali 0.1, Adalini 0.25–0.5. (Deutsche mediz. Wochensch., 1916, 37. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 39. szám. Schein Mór: Az öszülés menetéről.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 39. szám. Felek Hugó: Egyes húgycsőbajok urethroskopiái körjelzése és orvoslása.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király Szana Sándor dr.-nak, a budapesti állami gyermekmenhely igazgatójának a gyermekvédelem terén buzgó és eredményes működésével szerzett érdemei elismerésül az udvari tanácsosi címet, Cholnoky Ferencz dr. vespriemi törvényszéki és fogházorvosnak a királyi tanácsosi címet, Wosinski István dr.-nak, a balfi fürdő tulajdonosának tolnai előnévvel a magyar nemességet, Báthori Béla dr. kisküküllői tiszti főorvosnak és Turcsányi Imre dr.-nak, a szegedi állami gyermekmenhely igazgató-főorvosának a királyi tanácsosi címet adományozta.

A magyar orvosi könyvkiadó társulat következő kiadványai készülnek el a legközelebbi napokban: Tauffer-Tóth: A nőgyógyászat kézikönyve. Két kötet. 1914. évi tagilletmény. — Bandeller-Roepeke: A gümőkór klinikája. 1915. évi illetmény. — Fejes: A fertőző betegségek keletkezése, terjedése és leküzdése. 1916. évi illetmény egy része. — Az eddig szokásban volt utánvétellel való küldést — tekintettel a rendkívüli viszonyokra — a társulat egyelőre mellőzni kénytelen; a jelzett munkákat csak azoknak küldi meg, a kik tagdíjaikat a jelzett évekre már befizették, illetve be fogják fizetni. — Az 1912. évvel kezdődött ciklusra új tagok korlátolt számmal még felvehetők; felvilágosítással szívesen szolgál a társulat első titkára (Székely Agoston dr., Budapest, IX., Knézi-ut. 15.).

Meghalt. J. Pollak, a fürösvostan rk. tanára a bécsi egyetemen, 67 éves korában. — G. Salomon, címz. rendk. tanár a berlini egyetemen, szeptember 11.-én 67 éves korában. Az elhunynak különösen a körvegytan terén (glycogen, xanthinbázisok) vannak érdemei.

Személyi hírek külföldről. Az új genti flamand egyetemen A. Martens dr.-t az általános kórtan és belorvostani klinika rk. tanárává, J. De Keersmaecker dr.-t az urologia prof. ord. honor.-ává nevezték ki. — Exner tanár, a bécsi egyetem kiváló physiologusa, betöltötte 70. évét. Az orvosi fakultás felterjesztést intézett a minisztériumhoz, hogy még egy évig („Ehrenjahr“) állásában maradhasson.

Hírek külföldről. A párisi Pasteur-intézet 10 millió franknyi alapítványhoz jutott. Heaume nevű földbirtokos ennyit kitevő egész vagyonát reá hagyta meghatározott irányú kutatások céljaira.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

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

Therapia sanatorium Budapest, VII., Városligeti fasor 11.

Telefon József 14–51.

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

Park-sanatorium VI., Aréna-út 84/b.

Külön szülészeti osztály.

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

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

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

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

Istvánúti sanatorium és vízgyógyintézet

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

Szabad orvosválasztás.

Dr. CZIRFUSZ DEZSŐ kir. tanácsos, igazgató-főorvos.

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

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

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XIII. rendes tudományos ülés 1916 május 27.-én.) 545. lap. — Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből. 545. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XIII. rendes tudományos ülés 1916 május 27.-én.)

Elnök: Grósz Emil.

Jegyző: Dollinger Béla.

(Folytatás.)

Úgynevezett „traumás oedema“ esetei.

Schulhof Vilmos: A háborús tapasztalatok egynémely, békében ritkábban észlelt bántalomnak halmozódó eseteivel gazdagították az orvosi casuistikát. Ilyen a „traumás oedema“ néven ismertetett körkép, melynek lényege, hogy kisebb-nagyobb, sokszor alig kimutatható nyomokat hagyó trauma után a kezeken, ritkábban a lábakon különös, kemény, proximalis irányban, főleg a kézhatáron sokszor élesen elhatárolt duzzanat jelenik meg, mely mindenféle gyógykísérletnek hónapokig ellenszegül. Említést érdemel az a tény, hogy az irodalom eseteinek többsége férfi kezére vonatkozik, többnyire oly egyénekre, kik balesettel kapcsolatos biztosításban érdekeltek voltak. Egyes esetekben különös körülmények között állott be gyógyulás, pl. a harmadfél évig tartott oedema a jobb kézen 8 nap alatt leapadt, mikor az egyén balkezét csonttöréses baleset érte. Ily eseteket igen komplikált módon igyekeztek megmagyarázni, de, hogy *mesterségesen felidézett oedema* is lehetett, 3 saját esetével bizonyítja a bemutató. Ezekben $\frac{3}{4}$, 1 és kb. $1\frac{1}{2}$ év óta kórházakban volt, traumás oedemának diagnosztált és „rokkant“ minősítéssel a Rokkantügyi Hivatal Császárfürdői Intézetébe került egyéneket in flagranti érték, midőn alvás közben beteg részük kötelékkel strangulálva volt. Az említett intézetben azóta több esetben, mikor a tünetek alapján strangulatio gyanúja forgott fenn, szigorú megfigyelés mellett fektetéssel, nem szorító, de külső behatástól óvó gipszkötéssel, újabban egyszerűen a betegnek négy-szemközt való kellő felvilágosításával elérték, hogy a heteken és hónapokon fennállott oedema 2–3 nap alatt teljesen eltűnt. Több ily esetet bemutat.

A szándékosságra gyanus eseteket jellemzi: a cyanosisos bőrszín, a duzzanat változó keménysége, az ujjbenyomatot jól megtartó volta, e helyen a bőr anaemiás lesz, de régi színe csakhamar visszatér élénkebb piros árnyalatban, a proximalis irányban körkörös éles határ, e helyen gyakran színeltérő, suffusiók nyoma (pigment), a szőrök kopása, bizonyos irány-elhajlás a szőrzet fekvésében, esetleg hámhorzsolások.

A nem artificialis esetek jellemző tünetei: az oedemának ujjnyomással nehezebben leküzdhető ellenállása, rugalmassága, nem vérpangásos, szürkés bőrszín, gyakran feltűnő (ichthyosis-szerű) pikkelyezettsége az epidermisnek (az ily esetekben a végtag térfogata nem változik és így kifejlődhetik a pikkelyezettség). A védőkötés, fektetés vagy felpolcolás hatása nem kifejezett, de terápiás beavatkozással lassú és fokozatos apadás érhető el.

Egyes szerzők gondoltak arra, hogy az oedema mesterségesen tartatik fenn, de strangulatio eseteket nem írnak le. A nem artificialis esetek aetiologiájában sokféle körülményt szerepeltettek, legtöbbször az ereket képzelik működésükben megváltozottaknak, vagy *trophoneurosis* vesznek fel. Utóbbi nézet mellett szólna az a körülmény is, hogy az esetek egy részében a Sudeck-Kienböck-féle csontatrophiához hasonló Röntgen-leletek voltak. A Rokkantügyi Hivatal Császárfürdői Intézetében azt tapasztalták, hogy csakugyan Sudeck-atrophiák találhatók a nem artificialis esetekben, míg strangulatio esetén csak inaktivitási sorvadás látható a csontokon. Az artificialis esetek biztosan ható *therapiája* az eset leleplezése. Igazi „traumás oedema“ eseteiben a hőkezelés homokfürdő alakjában és a passiv mozgás bizonyult legjobbnak. Megemlítendő, hogy újabban thiosinamin alkoholos oldatával való befecskendezéseket és a Kondolón-féle műtetet (a bőnye felhasítása és részleteinek az izomközbe való varrása) is megkísérelték váltakozó és kétes eredménnyel.

A nervus ischiadicus varrata.

Paulikovits Elemér helyett Takács István: Az illető 1915 jun. 9.-én este Horodenkánál sérült meg. Közvetlenül a sérülés után összeesett és bal alsó végtagját egyáltalán nem tudta mozgatni. Az első segélyt a sérülést követő napon délután két órakor kapta. Kolomeába került kórházba, hol kötést váltottak és Máramarosszigetre, majd Székesfehérvárra került, honnan 1915 júl. 2.-án genyeddő, sarjadzó sebbel, bénult bal alsó végtaggal került osztályukra.

Status praesens: Középtermetű, rosszul táplált, halvány, lesóványodott beteg. Tízfilléresnyi gyógyult bemenet a bal glutaalis redő belső harmadának megfelelőleg. A czomb hátulsó felszíne külső felének megfelelőleg, közvetlenül a glutaalis redő alatt tallérnyi mekkoraságú, szabálytalan, czafatos szélű, lepedékes, a felületen izomzatra is ráterjedő anyagihiány.

Sebe megfelelő kezelésre júl. 25.-én ötkoronás nagyságú, csillagalakú, sugaras alkotású, erősen behúzódtott tapadó heggel gyógyult.

Ideglelet 1915 aug. 2.-án. A bal láb plantaris flexióban. Lábát active felemelni nem tudja. Az egész láb bőre szederjes, hűvös, az ujjak karomállásban vannak, a körmök vastagok, erősen hosszcsikoltak. Az egész lábszár és czombizomzat térfogata erősen megfogyott. Typusos pontokon való izgatáskor az ideg felől, a glutaalis redőben történt izgatáskor csak a glutaalisokban prompt a rángás, míg a biceps, semitendinosus és semimembranosus, valamint az egész lábikra izomzata a legerősebb galvánáramra sem ad rángást. Ugy a tibialistól, mint a peroneustól ellátott izomcsoportokban csak erős galvánáramra kapnak az izom felől renyhe rángást.

Diagnosis: A nerv. ischiadicus a glutaalis redő magasságában vagy valamivel alatta sérült. Valószínűleg teljesen át van szakítva.

Műtét 1915 aug. 6.-án. A czomb hátulsó felszíne külső felének megfelelően a glutaalis redő alatt fekvő sugaras heg kimetszése után szabaddá teszik a biceps hosszú fejének felső részét, mely vaskos, kisalmányi, az ideggel összetapadt hegesedést mutat. Ennek óvatos felpraeparálása után kitűnik, hogy az ideg törzse a glutaalis redő alatt 2–3 harántujjnyira teljesen át van szakítva. Felső, bunkószerűen megvastagodott vége a lateralis oldal felé tolodott el, míg az alsó vége legyezőszerűen terült szét és a semitendinosus felső részével kapaszkodott össze. Az ideg csontjait a heges részletekből, illetve részben azokkal együtt felszabadítják, a térdet erősen behajlítják és az ideg ép részleteit megnyujtva, a centralis csontból mintegy 3 cm.-nyi vaskos hegesedésbe ágyazott részletet, a peripheriás csontból pedig a legyezőszerűen szétterült mintegy $2\frac{1}{2}$ cm.-nyi részletet reszekálják és az idegtörzseket összefektetve, erős, vastag catgut-fonállal és mintegy 7–8 perineuralis vékony selyemfonállal egyesítik. Utána a biceps hosszú fejéből vett nyeles izomlebenyt fordítanak a varratra, majd a biceps, illetve semimembranosus heges részleteit kimetszve, erősen behajlított térd mellett ezeket rekonstruálják és az egész műtési sebet rétegesen bevarrják. A végtagot erősen behajlított térd és kissé hajlított csípő mellett gyps-sínben fixálják.

A műtési seb középső részének kivételével, mely a varrat után igen erős feszülés alatt állott s így kissé szétment, jól gyógyult.

Az idegműködés első tüneteit a beteg 1916 jan. 10.-én jelezte. Ekkor kezdte a láb dorsalis flexióját.

(Folytatása következik.)

Szemelvények külföldi tudományos társulatok üléseiből.

A bél bacteriumflórájának megváltoztatására vonatkozó vizsgálódásairól számolt be Nissle a freiburgi orvosegyesület június 20.-án tartott ülésén. Tapasztalása szerint a bélben rendszeren tanyázó coli-bacillusoknak vannak

gyengébb és erősebb törzsei, oly értelemben, hogy a gyengébb törzsek nem tudják a bélben levő és esetleg káros hatást kifejtő egyéb bacteriumokat úgy túlbujánozni, mint az erősebb törzsek. Az előadó módszert is kidolgozott, melylyel a coli-bacillusok ezen úgynevezett „antagonista indexe” meghatározható. Bélbajosokban, valamint typhusbacillus-gazdáiban mindig ilyen gyenge coli-törzseket talált, s azért megkísérelte, hogy mesterségesen tenyésztett erős coli-törzseknek a szájon át gelodurat-capsulában bejuttatásával nem érhető-e el gyógyító hatás. Az eredmények feltűnően jók voltak, többek között egy typhusbacillusgazdát is sikerült 10 napos ilyen kezeléssel tartósan megszabadítani a typhus-bacillusaitól.

Képzett Röntgen-kezelő

ajánlkozik, vidékre is. Szíves értesítést „Pontos” alatt a „Petőfi” irod. vállalatához Budapest, VII., Kertész-utca 16.

PÁLYÁZATOK.

45/1916. ig. szám.

Beltügyminiszter úr önmagyméltóságának folyó évi 58.094. és 137.094. számú magas rendelete alapján a vezetésem alatt álló buda-pest-angyaliföldi m. kir. áll. elmegyógyintézetben megüresedett **másod-orvosi állásra**, a mely évi 1600 korona fizetéssel és, a mennyiben a kinevezés még folyó évi november 1.-je előtt történne, ezen naptól kezdődőleg egy évre 600 K háborús segélyvel, továbbá egy bútorozott szobából álló természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és I. oszt. étellemezéssel jár, pályázatot hirdetek.

Az állásra való kinevezés 2 évi időtartamra szól, de a szolgálati idő meghosszabbítható, ha a kinevezett orvos az állásra minden tekintetben alkalmasnak bizonyul.

Az 1 koronás bélyeggel ellátott s a m. kir. beltügyminiszter úr önmagyméltóságához címzett folyamodványok orvosdoktori oklevéllel, honossági bizonyítvánnyal és az esetleges eddigi működést igazoló okmányokkal felszerelten hozzám bezárólag folyó évi október hó 14.-éig nyújtandók be.

Budapest, 1916 szeptember 26.

Epstein László dr. s. k., egyetemi magántanár, igazgató.

Dormiol

Olcsó, megbízható altatószer.

Bevált az álmatlanság minden alakjánál, úgy egészséges, mint betegelműjeknél. A Dormiol szívbetegnek is jól türik. Status epilepticusnál belölyással.

Keresk. készítmény: { Dormiol solut. 1:1.
Dormiolcapsulák à 0,5 gr. Nr. VI. } (ered. csomagolás.)
Dormiolcapsulák à 0,5 gr. Nr. XXV. } Dormiol pur.-tól.

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

Tátra: fürdőhelyen október-november hónapokban 4-6 hétre fürdőorvos-helyettes

kerestetik. Erdélyből menekült orvosnak elsőbbsége van. Szíves ajánlatok „Petőfi” irodalmi vállalatához VII., Kertész-utca 16 „TÁTRA” jellegre kéretnek.

HIRDETMÉNY.

Szorgalmas, munkabíró

községi orvoshelyettes kerestetik

azonnalra, a ki a háború utáni választásnál előnyben részesülne. A környéken jelenleg legalább 10 községben nincs állandó orvos 20.000 korona biztos évi jövedelem, ha szorgalmas és kocsin a környékbéli falvakat is meglátogatja. Új kényelmes lakás. A községgel és szolgabíróssággal szívesen tárgyal és érdeklődőknek készséggel bővebb felvilágosítást ad

KUNGEL Károly, gyógyszerész
Ernőháza (Torontálmegye.)

Walthers' Elixir Condurango peptonat. „Immermann”.



Kiváló stomachicum.

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

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

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

Irodalom és próbatívek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre.

Egyedüli készítő

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

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

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

MATTONI-FÉLE
GISSHÜBLER
természetes
égyénys
SAVANYÚVIZ.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

EGGER EMULSIÓ
KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markosovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

LENHOSSÉK MIHÁLY
FŐSZERKESZTŐ.

EGYET. TANÁR ÉS

SZÉKELY ÁGOSTON
SZERKESZTŐ.

EGYET. TANÁR

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Ónodí A.: A bal bronchus ritka nagyfokú szűkülete. 547. lap.

Bodon Károly: Közlemény a magy. kir. honvédelmi ministerium műcsarnoki hadikórházából. A hadi mirigylob. 548. lap.

Berczeller László: A leMBERGI II. sz. tartalékkórház laboratóriumában készült dolgozat. (Kórházparancsnok: Krausz Zsigmond dr., főtörzsorvos.) Mikromethodus a Wassermann-reactio elvégzésére. 551. lap.

Berczeller László: A leMBERGI II. sz. tartalékkórház laboratóriumában készült dolgozat. (Kórházparancsnok: Krausz Zsigmond dr., főtörzsorvos.) A Wassermann-reactiónak egyszerűsítése. 552. lap.

Haba Antal: Közlés a budapesti cs. és kir. XVII. számú helyőrségi kórháznak belorvosi osztályából. (Kórházparancsnok: Noel Jenő dr., cs. és kir. törzsorvos; tanácsadó orvos a belorvosi osztályon: Tornai József dr., egyetemi magántanár.) Adatok a szív functio-vizsgálatához és néhány szó a háborús szívzavarokról. 552. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Kenézy Gyula: Háború és sebgyógyítás. — Lap-szemle. Belorvostan. Stejskal: A malaria kezelése. — Sebészet. Burchard: Gázphlegmonera gyanus sérülés. — Gyermekorvostan. Czerny: A Vitus-táncban szenvedők légzésgörcsei. — Venerás betegségek. Beron: A Maccedóniában álló bolgár csapatok között előforduló nemi bajok elterjedése. — Kisebb közlések az orvostudományról. Capelle: Erysipelas. — Liebmann: Alutan. — Strauss: Nephritis. 554—555. lap.

Magyar orvosi irodalom. 555. lap.

Vegyes hírek. 555. lap.

Tudományos Társulatok. 556—558. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A bal bronchus ritka nagyfokú szűkülete.

Irtta: Ónodí A. dr., egyetemi tanár, az orr- és gégegyógyászati klinika igazgatója.

A bal bronchus bujakóros eredetű majdnem teljes elzáródásáról van szó. A heges szövet közvetlenül a légcső bifurcatiója alatt olyan szokatlanul erősen szűkítette a bal bronchust, hogy csupán egy 2 mm.-nyi kerek nyílás tartotta fenn az összeköttetést a légcső és a bal tüdő között. A 38 éves beteg K. M. 6 évvel ezelőtt légzési-nehézséggel betegedett meg. Állítólag 1911-ben három hónapon át tágitó kezelésnek volt alávetve és állítása szerint két év után 3 hónapon át hasonló tágitó kezelésben részesült. 1915 szeptember havában katonai szolgálatra vonult be és légzés-nehézségei miatt klinikámra utalták. A vizsgálatkor a gégeében elváltozás nincs, a hangszalagok rendesen mozognak. A tracheoskopia mutatja, hogy a légcső alsó részlete szűkült, a jobb bronchus lumene rendes, a bal bronchus egy lencse negyedére szűkült. A bal tüdőben gümőkóros folyamatot állapítottak meg. 1915 december havában alsó légcső-metszés történt. A beteg állandóan lázas és ereje hanyatlik. 1916 márczius havában elhunyt.

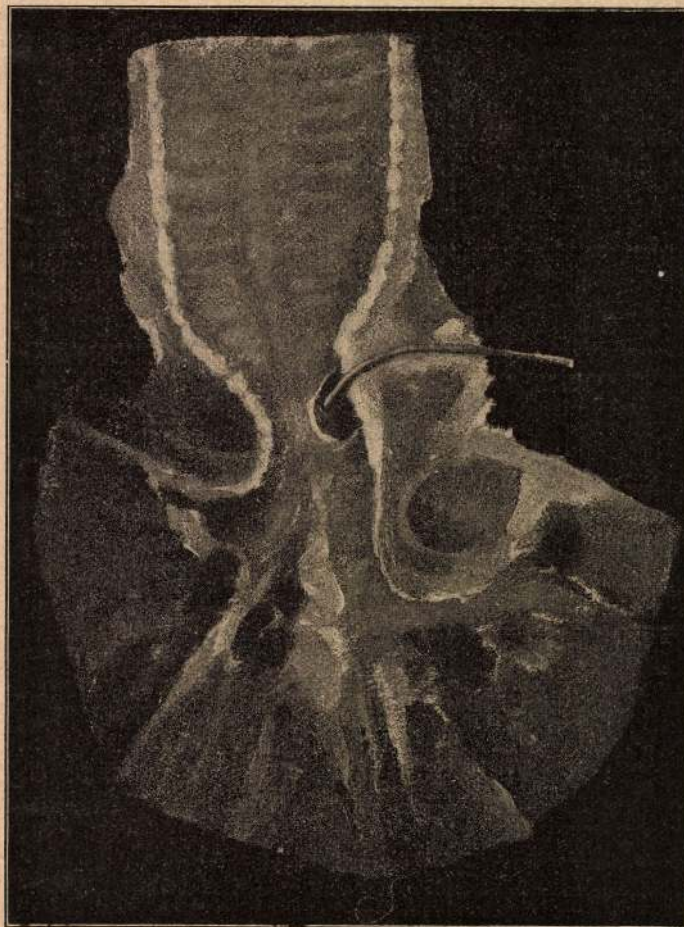
Az első ábra érzékíti a tracheoskopiai képet.



1. ábra.

A kórbonczatani lelet a következő: A légcső bifurcatiójának megfelelően tracheostenosis luetica van, mely a bal bronchust 2 mm.-ig szűkíti, kétoldalt kifejezett orchitis luetica, lingua glabra, a jobb tüdőben disseminált gümők, a bal tüdőben cavernás elváltozások, baloldali pleuritis adhaesiva, a bal mellékvese gümőkórja. A légcső átmérője a közepén 6 cm., a bifurcatio felé fokozatosan tölcészerűleg szűkül, a hol átmérője 2 1/2 cm. Ezen terület tulajdonképpen a jobb bronchus bemenete; a bronchus elágazásában nem mutat eltérést. A bal bronchusba való átmenet helyén csillag-

alakú heg látható, egy részlete a bal bronchus 2 mm.-es kerek nyílását határolja. A bal főbronchus a szűkület alatt rendes tágasságú. A 2. ábra a bal bronchus rendkívül nagyfokú szűkületét érzékíti.



2. ábra.

Klinikám bejáró betege közül 747 a felső légutak bujakóros bántalmában szenvedett, ezek közül 79 esetben gégesyphilis és a leírt esetben bujakóros bronchostenosis volt jelen.

Közlemény a magy. kir. honvédelmi ministerium műcsarnoki hadikórházából.

A hadi mirigylob.

Irta: Bodon Károly dr., kir. tanácsos, ezredorvos.

A nagy világegés kohójában nemcsak eszmék tisztulnak, fogalmak változnak, hanem általánosan elismert sarkigazságok is meginganak csak úgy, mint a hogy társadalmi rétegek eltolódnak. A kataklyma egy neme, mely mindent gyökerestül felforgat, eltemeti azt, a mi fénylett, felszínre hozza azt, a mi a mélységekben szunnyadozott és nemcsak jelen-, hanem távhatásában úgy a térben mint az időben kiszámíthatatlan.

A medicinában is már eddig valóságos forradalmat okozott a háború. Új kóralakokat hozott felszínre és ezeknek meg a régieknek új kezelési módszereit. Nemcsak sok sebészi, de sok belbántalom kezelésmódját is alaposan megváltoztatta és ha a háború után akad majd valaki, aki áttekinthető módon egymás mellé állítja a háború előtti és utáni diagnosztikát és therapiát, az eleinte maga fog legjobban csodálkozni a változásokon, melyeket rövid két esztendő idézett elő az események nagy tömegével és súlyával.

Legyen szabad e helyütt egy kóralakról beszámolnom, mely az idei év elején katonáinkon tömegesebben jelentkezett. A nyaki mirigylobok egy fajtájáról van szó, a melyről rövid három hónapon belül közel ötven esetet észlelhettem a Budapesti Műcsarnoki Hadikórház anyagán és melyet a többi mirigylobtól való megkülönböztetésül egyelőre „*hadi mirigylob*”-nak szeretnék nevezni. A bántalom jelentkezése és lefolyása módjának bemutatására közlök néhány kóresetet oly összeállításban, hogy a különféle decursus morbi látható legyen.

I. M. M., gyalogos népfelkelő, 37 éves földmives, magas növésű, erőteljes, sohasem volt beteg. Családjában tuberculosis nem fordult elő. Tavaly 1915 decemberben az olasz fronton egy hónapig állott tengervezes lövészárokban. A víz maszatoss volt. A levegő allandóan bűzös a sok temetetlen hulla és dög miatt. Jóformán az egész idő alatt náthás volt, az orra mindig folyt. Torokbaja nem volt. Száját nem ápolta. 1916 januárjában a jobb fejbiczentő izom felső része felett nyomásra és mozgásra fájdalmas mirigyduzzanata támadt, a mely fokozatosan nagyobbodott. Közben új mirigyduzzanatok is képződtek és később a bántalom a nyak baloldalán is jelentkezett.

Jelen állapot 1916 márczius végén: A nyak jobboldalán a fejbiczentő fölött, annak eredése helyétől a felső harmad alsó határáig és nagyrészt az izom mögé is terjedően tyúktójas-nagyságú nem mozgatható, nem fájdalmas, sima felületű, ép bőrrel fedett kemény mirigy. Tőle lefelé lelapított szőlőfürt (mazzolaszölőfürt)-szerű elrendeződésben számos lencsényi, sőt mandulányi nagyságú nyomásra érzékeny mirigy, főképp a fejbiczentő mögötti területen (regio colli lateralis és regio nuchae). A fejbiczentő előtt, a fossa carotica táján egy diónyi és két babnyi érzékeny mirigy. A kulcs feletti és alatti árok szabadok.

A baloldalon ugyancsak a fejbiczentő izom felső része felett nagyobb diónyi fájdalommal kemény mirigy, alatta hasonló elrendeződésben mint a jobboldalon lapos fűrtyszerű lencsényi-mandulányi érzékeny mirigyek. A trigonum omoclaviculare egészen szabad, a regio nuchae kulcsfeletti alsó részében majdnem a regio acromialisig terjedően számtalan apró mirigy. A kulcsontfeletti árok eme része szinte göröngyös tapintatú e sok kis mirigyű, élénk ellentétben a kulcsfeletti árok medialis részével; a regio infraclavicularis szabad. A bal állkapocsszöglet mögött a tuberositas masseteria magasságában szerencsedíoni érzékeny mirigy.

A beteg nem tudja, hogy a mirigydaganatok fejlődésekor lázas volt-e. Jelenleg láztalan. A fogazat jó, gondozott, a garatképletek egészségesek. Az orrban a jobboldali alsó kagyló túlbujázott, a jobb orrüreg szűkült, nyálkahártyája időszíten lobos. A bal orrüregben kisebbfokú, de azért kétségtelenül megállapítható időszíten hurut.

II. Cs. J., gyalogos őrvetető, 26 éves patkoló kovács. Erőteljes tagbaszakadt ember, a ki sohasem volt beteg. Családjában tuberculosis nem fordult elő. 1916 januárjában három hétig tartózkodott nedves lövészárokban az olasz fronton, a mikor is sokat szenvedett náthában. Állítása szerint orra mindig folyt. Torka nem fájt, száját, a mikor csak módja volt benne, gondozta. 1916 február 6-án érezte, hogy a bal csecsnyújtvány alatti mirigye megfájdult. A kötőhólyagon felvágta és saját kívánságára visszament vele a lövészárokba; minthogy azonban továbbra is voltak fájdalmai, a csapatorvos visszaküldte a mögöttes kórházba.

Jelen állapot 1916 április 5-én: A bal csecsnyújtvány alatt közvetlenül borsónyi érzékeny mirigy, alatta almanagyságú felpuhult mirigy régi, kissé duzzadt szélű 3 cm. hosszú incisióval, a melyből kis tágtítás után nyomásra igen sok geny ürül. Innen le és kifelé a regio colli lateralis felső részén át a kulcsont extrémis acromialis felé húzódó

területen számos lapos, egymás mellett és alatt fekvő, mandulanagyságú és számtalan lencsenagyságú érzékeny mirigy. A sternocleidomastoideus és a musc. splenius capitis közti terület is tele van hintve apró mirigybeszűrődésekkel. A kulcsont alatti tájék üres. A nyak jobboldalán mirigy nem tapintható. Az orrvizsgálat majdnem gyógyult, időszíten nyálkahártyahurut jelenségeit állapítja meg.

III. T. P., huszárkáplár, 26 éves géplakatos. Középmagas, karcsú testalkatú ember, családjában tuberculosis nem fordult elő, ő maga is mindig egészséges volt. 1915 augusztusában és szeptember elején a nagy esőzések folytán átmedvesedett lövészárokban állott az orosz harctéren. Náthára, garat- vagy torokfájdalmakra nem emlékszik. Szeptember 16-án bokalövést kapott. Sebláza lett, de a láza a seb megtisztulása után sem szűnt meg. A harctérről való távozása után négy héttel nyaka jobboldalán a fejbiczentő felső részének megfelelő helyen mirigydaganata támadt, melyet felvágta.

Jelen állapot kórházunkba érkezésekor 1916 január 3-án. Középmagas, karcsú testalkatú, sápadt bőré, nyálkahártyájú, középerős izomzatú. A jobb fejbiczentő felső harmada felett tyúktójas nagyságú, teljesen elgenyedt lobos mirigy, valamivel a közepe alatt 2 cm. hosszú régi bemetszéssel, melyből kevés geny szivárog. A biczentő mögött a tarkóig és kulcsontig terjedő számos kisebb-nagyobb, laposan elrendeződött kemény mirigy. A biczentő előtt a fossa retromandibularisban, a regio submaxillarisban és a fossa caroticaiban mirigynek semmi nyoma. Szintűgy szabad a jobb regio infraclavicularis. A bal oldalon a biczentő felső részén semmi, a középrésze mögött a tarkóig számos lencsényi-mandulányi mirigy, hol gyöngysorszerűen, hol pedig lapos fűrtyszerűen elrendeződve; számos ily képlet a kulcsont feletti árokban is. Kifejezett kétoldali csúcsurut. A beteg allandóan lázas, hónalj-hőmérséke naponta 37°–38° között ingadozik.

A bal orrüreg kis fokban időszíten hurutos, a jobb alig-alig. A fogazat ép, a száj gondozott, a garat-kepletek egészségesek.

IV. H. M., tirolai vadász, 21 éves kertész. Magas növésű, athleta-izomzatú férfi családi terheltség nélkül. Hat év előtt állítólag mellhártyagyulladásban feküdt rövid ideig. Azelőtt és azután is mindig egészséges volt. 1916 január és február havában az orosz mocsarakban tartózkodott. Náthára, torokfájdalmakra nem emlékszik. Száját, a mikor csak lehetett, gondozta, többnyire volt is reá módja.

Márczius elején bal füle alatt hirtelen fájdalomt érzett, mert a bal fejbiczentő felső része feletti mirigye megdagadt.

Jelen állapot 1916 április 10-én kórházunkba való érkezésekor: Kissé verszegény, de igen erőteljes, vállas férfi. A tüdők épek, jól leszálló alsó határokkal. Az állítólagos hat év előtti mellhártyalobnak semmi nyoma. A nyak elülső része teljesen deformálódott. Mindkét oldalon, bár jobboldalt valamivel kisebb mérvben, több galamb-tyúktójasnyi mirigy, melyek a fejbiczentő, az alsó állkapocs és a légső által határolt teret töltik ki. A mirigy tömegből a jobboldalon egy, a baloldalon kettő elfolyósodott. A kulcsont feletti és alatti árok azonban mindkét oldalon teljesen szabadok.

Orrtükre lelet: a bal orrüreg az orrsővény ferde állása folytán jelentékenyen szűkült, az ornyálkahártya kissé hurutos. A fogsorok gondozottak, épek. A tonsillák a közepesnél jóval nagyobbak.

V. I. V. gyalogos, 28 éves földmives. Atyja, testvérei egészségesek, anyja fiatal asszony korában közélebből meg nem határozott tüdőbajban halt meg. 1915 január és február havában a szerb harctéren sokat feküdt vizes talajon, gyakran rég temetetlen bűzös hullák közelében. Ez időtájt sokat szenvedett náthában. Szájgondozásról szó sem lehetett. 1915 márcziusában jobb nyak-mirigye a fejbiczentő felső harmada felett megdagadt és megfájdult.

Jelen állapot hozzánk való érkezésekor 1916 márczius havában, tehát egy évvel megbetegedése után: Szikár, erőteljes, jó arczszínű, széles mellkasú férfi, egészséges tüdőkkel. A jobb fejbiczentő felső része felett diónyi, kemény, nyomásra érzékeny, ép bőrrel fedett, könnyen egészében kihámozható mirigy. Másutt sehol sincs tapintható mirigye.

Az orrnyílások kissé szűkek, az ornyálkahártya, a száj- és garat-kepletek épek.

VI. K. Gy., 38 éves népfelkelő gyalogos, kőműves. Apja ismeretlen betegségben halt meg 65 éves korában, anyja, testvérei élnek és egészségesek. Tuberculosis nem fordult elő a családban. 5 egészséges gyermek apja. Venereus bajban nem szenvedett. Jelen baja 1916 január elején kezdődött, ezt megelőzőleg novemberben hetekig tartózkodott az Ikva mocsaraiban. Akkortájt gyakran náthás is volt, sokat prüszkolt és köhөcselt. Szájápolásra nem volt módja. Foglalkozásához képest fel-tűnő intelligenciájú. A beteg határozottan azt állítja, hogy legelőbb a jobb állcsúcstól kissé jobbra képződött mirigydaganata; csak egy héttel később duzzadt meg a jobb fejbiczentő felső része feletti mirigy és csak 7 hét múlva, február végén, jelentkezett hasonló elváltozás a bal fejbiczentő felső része táján.

Jelen állapot 1916 márczius 20-án: Erőteljes, napbarnított, üde arczkifejezésű ember, fiatalos bőrrel és bőralatti kötőszövetekkel. Jól formált mellkas, egészséges tüdők. Az állcsúcstól kissé jobbra, de még a fossa submentalisan diónyi, a jobb fejbiczentő felső része felett és mögött ugyanakkora tömött mirigy. A fejbiczentő és a tarkóizmok közötti terület mirigyekkel kitöltött, úgyisintén a kulcsont feletti árok lateralis $\frac{2}{3}$ része is. Ez utóbbiak közül egy-néhány már korábban elgenyedt, mint azt apró genyedő sipolyok jelzik. A bal fejbiczentő

mögött kis almányi kemény, kissé érzékeny mirigy. Egy hasonló nagyságú és jellegű mirigy a bal kulcscsont oldalsó részlete felett és számos apró kemény mirigyből az alsó állkapocs teste, a fejbiczzentő és a légcső által alkotott háromszögben. A száj- és orr-garatürege vizsgálata csupán az utóbbinak enyhe idősült hurutját deríti fel.

VII. M. J., 21 éves tűzér, földmíves. Egészséges szülők gyermeke. Sohasem volt beteg. 1916 március közepén a jobb csecsnuytvány és az alsó állkapocs ága közt mirigydagánata támadt. Ezt megelőzőleg 1915 novemberben 30 napig állott az olasz fronton vizes lövészárkokban. Körülöttük mindig sok temetetlen bűzös hulla és dög. Állandóan náthás volt, torka is fájt, azt hiszi, lázas is volt. Szájápolásra gondolni sem lehetett.

Jelen állapot 1916 április végén. Magas termetű, vállas, erőteljes, jó bőralatti kötőszövetű, egészséges tüdejű egyén. A fentebb említett mirigy kis almanagyságú, kezdődő felpuhulással. A jobb alsó állkapocs testének hátulsó harmada alatt szerezcsendiónyi kemény, nem érzékeny mirigy. A fossa carotica-ban igen sok malagafürtszerűen lelapított mirigy. A kulcs felett és alatt semmi, a fejbiczzentő mögött semmi. A baloldalon ugyanolyan lelet, mint a jobbon, a hol a bántalmazottság három héttel később jelentkezett, csak hogy itt több lencse-mandulanagyságú mirigy tapintható a fejbiczzentő mögött is. A kulcsfontfeletti árok laterális felében több laposdad fürtszerű elrendeződésű apró mirigy. Kulcs alatt semmi. Egyebütt sehol sincsenek mirigyei. Orr-tükrözés: A bal alsó orrkagyló erősen duzzadt, majdnem átjárhatatlanná teszi a bal középső orrjáratot. A jobb orrfélben alig van elváltozás. A garat idősült hurutot mutat (erős dohányos), a fogazat ép.

VIII. M. A., 20 éves gyalogos, szakaszvezető, földmíves. Szülei és testvérei élnek, egészségesek. Terheltség nem mutatható ki, ő maga sem volt sohasem beteg. Érdekesé teszi ez esetet, hogy csak három napig tartózkodott pocsolás vizű lövészárkokban az orosz fronton, a mitől erős náthát és hasmenést kapott; torka nem fájt; két héttel reá, 1915 október közepén fájdukt és dagadt meg bal csecsnuytvány alatti mirigye.

Jelen állapot 1916 március 23-án hozzánk való érkezésekor: Magas, vállas, erőteljes, üde arczsínű férfiú. A bal fejbiczzentő felső része felett és mögött lúdtőjásnyi, részben felpuhult mirigy. A regio colli laterális felső részében hat borsónyi és két diónyi, kissé érzékeny, laposdad, kemény mirigy. Egyebütt sehol semmi, a jobb oldal egészen szabad.

Orrvizsgálat: Mindkét alsó orrkagyló duzzadt, az ornyálkahártya mindkét oldalon erősen hurutos, a jobboldalon sokkal erősebben, szinte át nem járható. A garat kissé hurutos, a fogazat ép.

Miként már a bevezetésben említettem volt, az ide tartozó esetek ez év tavaszán jelentkeztek tömegesebben. Kórházunk 1914 szeptemberben nyílt meg. 1914 és 1915-ben alig volt egy-egy nyaki mirigylobunk, úgy hogy jóformán észre se vettük, míg 1916 március óta szinte tömegesen érkeztek. Legjobban kiviláglik ez abból, hogy kórházunk betegforgalma 1915 végéig 5299 beteg egy-egy szórványos esettel, míg 1916 január 1.-től május 30.-ig 1393 beteget vettünk fel közel 50 nyaki mirigylobbal, vagyis az anyag 3-5%-ával. E százalékszám még nagyobb lenne, ha a betegforgalmat csak 1916 márciusától vennők számításunk alapjául. Ez azonban lényegtelen, mert valamely betegség percentuatiója, „egy” kórházat véve alapul, tudományos szempontból semmit sem ér. A számokat csak azért hoztam fel, hogy megmutassam, miszerint e körkép az idei évben feltűnő gyakorisággal mutatkozott. Megerősíti ezt az is, hogy a betegek közül igen sokan arra a kérdésemre, hogy van-e tudomásuk róla, hogy csapattestükben mások is hasonló betegségbe estek, határozottan igenlő választ adtak. De meg más kórházakban szolgáló kollégáim is mondják, hogy az idén igen nagy számmal érkeznek nyaki mirigylobos betegek hozzájuk.

Megvallom, hogy a míg szórványosan jöttek ez esetek, az ember az amúgy is nagy kórházi elfoglaltság és számos, a figyelmet jobban lekötő másfajta eset miatt ezeket csak úgy sablonosan „nyaki mirigylob”-nak vette, tuberculosis, ill. skrofulás alapon; csakhamar azonban feltűntek a differentialis momentumok úgy az anamnesisben, mint a baj jelentkezése módjában, lefolyásában, localisatiójában.

Legelső sorban feltűnt a lobosan elváltozott mirigyek szokatlan localisatiója. Különösen skrofulás nyaki mirigyloboknál megszoktuk, hogy a duzzadt mirigyeket főképp a nyak elülső részén találjuk a regio submaxillaris hátulsó részében és a fossa carotica-ban. Itt pedig az esetek túlnyomó nagy számában a bántalom első localisatiója a fejbiczzentő izom felső részén van, közvetlenül a processus mastoideus alatt. A mirigyduzzanat szinte fedi az izom felső részét,

közte és a bőr között foglalván helyet. Eleinte kicsiny, majd megnő tyúktőjás-nagyságúra, sőt asszonyökölnyre is, miközben az izom alatti mirigyek is vele összetapadnak, úgy hogy szinte egy közös lobos mirigyet alkotnak. Azalatt számos kisebb-nagyobb gömbölyű, többnyire azonban laposdad lencse-mandulaalakú és nagyságú mirigyduzzanat lép fel lapos, malagaszőlőfürtszerű elrendeződésben a nyak felső oldalsó részén a bőralatti kötőszövetben, a fejbiczzentő mögött, a regio colli laterális felső és a regio nuchae elülső részének megfelelően. Tehát túlnyomóan az úgynevezett cervicalis nyirokmirigyek betegszenek meg, a melyek a csuklyás izom elülső szélé előtt fekszenek. Így van ez az egyik oldalon. Többnyire azután a baja másik oldalon is megjelenik de egybehangzó bemondások szerint jóformán sohasem egyszerre a nyak mindkét oldalán. Az egyik és másik oldal megbetegedése közt rendszerint 1—7 heti idő szokott eltelni, bár előfordul kivételesen, hogy csak az egyik oldal bántalmazott (lásd II. esetünket). Itt is felmerülhet azonban ama kérdés, hogy később nem fog-e mégis a másik oldal is megbetegedni?

Az imént leírt típusos jelentkezés-módtól azonban elég gyakoriak az eltérések is. A bántalom a további lefolyásban áterjedhet a submaxillaris mirigyekre, továbbá a jugularis mirigyekre, melyek a sternocleidomastoideus szélén fekszenek. Ezek közül is leggyakrabban előbb a fossa retromandibularis mirigyei vonatnak a bántalom körébe, de megbetegedhetik az egész mirigypamat is, mely az alsó állkapocs, a fejbiczzentő elülső része és a légcső által alkotott háromszögben fekszik, úgy hogy ez az egész terület megtelik kisebb-nagyobb mirigyduzzanatokkal. (Egy esetemben a mirigyek itt oly nagyok voltak, hogy a légcsövet oldalt tölték és komprimálták annyira, hogy a légzés szabadabbá tétele már egymagában is indikálta a műtétet.)

A supraclavicularis mirigyek elég gyakran betegszenek meg, bár közülük is inkább azok, melyek a kulcsfont laterális fele fölött foglalnak helyet, melyeket tehát inkább a cervicalis mirigyekhez lehetne számítani. A kulcsfontfeletti árok medialis felében már ritkábban vannak mirigynagyobbodások, de azért még előfordulnak; ellenben a kulcsfont alatti árok mirigyei sohasem tapinthatók. Ez utóbbi területet egyszer sem találtam a bántalom körébe vonva.

Igaz ugyan, hogy VI. számú esetünkben az intelligens beteg határozottan állítja, hogy előbb az állcsúcsalatti mirigy betegedett meg és csak egy hét múlva a fejbiczzentő feletti, de ha ez nem lenne is jóhiszemű téves állítás, akkor is az egyetlen ily eset volna, úgy hogy ennek dacára állítható az idetartozó mirigymegbetegedés jelentkezése módjára nézve, miszerint: mindig az egyik oldali fejbiczzentő mastoidális része feletti mirigy betegszik meg először, azután a cervicalis mirigyek a regio colli laterális felső részén. Később a másik oldalon jelentkezik hasonló sorrendben a mirigyek bántalmazottsága. A jugularis mirigyek, az elülső supraclavicularis és a submaxillaris mirigyek bántalmazottsága vagy csak később mutatkozik, vagy elmarad. Minden egyes esetben átvizsgáltuk a többi tájékat is, hol bőralatti kötőszöveti mirigyek tapinthatóvá szoktak válni, nevezetesen: a fossa infraclavicularis, a fossa axillaris, a sulcus bicipitalis internus, a regio cubitalis, a fossa inguinalis, a fossa poplitea és a nagyobb erek táját, de mindig negatív eredménnyel.

A mi a fájdalomasságot illeti, az nem igen jön számba. A míg a mirigyek kicsinyek, lencsényiek, mandulányiak, vagyis a bántalom első stadiumában, addig néha már spontán is, többnyire azonban csak nyomásra érzékenyek. A szerezcsendiónyinál nagyobb mirigyek már sohasem fájnak, még nyomásra sem, a második stadium tehát teljesen fájdalommentes. A harmadik stadiumban, mikor a mirigy elgenyed és felette a bőr meglobosodik, ismét jelentkezik a fájdalom.

A három stadiumon való áthaladás hol hosszabb, hol rövidebb időt vesz igénybe. Van eset, hol a mirigy már az első hetekben elgenyed, és van olyan (lásd az V. számú kóresetet), a hol még egy év után sem jelentkezett genyedés. Általában az a benyomásom, hogy oly esetekben, a hol a

bántalom nagyobb intenzitással és terjedelemben jelentkezett, ott rövidebb idő alatt genyedtek el egyes mirigyek, míg a kisebb terjedelmű mirigylobok lefolyása inkább a torpid jelleget viseli magán.

A mi a bántalom okát illeti, a leghatározottabban állítom, hogy semmi köze sincs a tuberculosishoz meg a scrophulosishoz. (Vannak szerzők, kik élesen tagadják, hogy a scrophulosis azonos volna a mirigy-tuberculosis-sal.) A bántalomba esett katonák majdnem mind erőteljes, tagbaszakadt emberek voltak ép tüdővel, családi terheltség nélkül. Sem gyermek-, sem serdülőkorukban nyak-mirigyeik sohasem voltak. Sőt úgy látom, mintha a bántalom inkább az erős embereket támadná meg. Alig emlékszem, hogy gyengébb constitutiójú emberen észleltem volna. Tuberculosis emberen meg éppen csak egy esetben láttam, melyet ezért közöltem is (I. a III. számú kóresetet). Itt lázas, kétoldali tüdőcsúcshurutban szenvedő embert támadott meg a bántalom. A mirigylob localisatioja azonban ez esetben is oly klasszikusan typosos, hogy semmiképp sem tekinthető gümőkórosnak, illetve scrophulának. A kiírtott mirigyek és azok genyje sem viselte magán a tuberculosis mirigyhyperplasia jellegét.

A mikroszkop hadi mirigylob eseteiben a rendes mirigyszöveten kívül plasmasejteket és fibroblastokat, valamint óriás sejteket mutat. A geny sok szövetcszfaton kívül a széteső fehér vérsejtek különféle necrobiosisos stadiumait tünteti fel.¹

Bacteriologice többnyire streptococcus pyogenes albus és luteus, valamint igen sok staphylococcus, továbbá gyakran a coli-csoporthoz tartozó bacteriumok voltak találhatók. Koch-féle tuberculosis-bacillust egyszer sem találtam.

Hasonlóképp nem lehet szó lymphadenitőről, vagyis a mirigyrendszernek mint egybetartozó szervnek megbetegedéséről. Ki van zárva a leukaemia és a pseudoleukaemia, már a bántalom regionarius jelentkezése miatt is. Léptumor sohasem volt jelen. Úgyszintén biztosan kizárható a Kundrat-féle nyirokmirigysarcoma, nemcsak a tömeges jelentkezés miatt, hanem mert műtétekkor sohasem találtam, hogy a lymphatikuss elemek keresztültörve a mirigy tokján, beletörttek volna a szomszédos szövetekbe. Úgyszintén minden egyes esetben ki lehetett zárni a luest is.

De igenis mint causa morbi minden egyes esetben, kivétel nélkül kimutatható a nedves lövészárokban, a mocsárban, pocsolyában való hosszabb-rövidebb tartózkodás. A betegek valamennyien azt adják elő, hogy hetekig, sőt 1–2 hónapig nedves lövészárokban, néha erősen hullabűzös légkörben tartózkodtak és reá néhány héttel jelentkezett a mirigylob. Egy esetben (lásd a VIII. számú kóresetünket) már háromnapos tartózkodás a vizes lövészárokban elegendő volt arra, hogy reá két hétre a mirigy-tumor jelentkezzen. Ezzel szemben a VII. számú kóresetben a bántalom csak négy hónappal a vizes lövészárokban való egyhónapos tartózkodás után mutatkozott először.

Alig egy-két kivétellel az összes betegek határozottan emlékeznek arra, hogy a vízben való tartózkodásuk idején sokáig tartó vagy ismételt jelentkezett erős náthában szenvedtek. Soknak a torka is fájt, de ez az anamnesis adat már nem oly állandó, mint a náthára vonatkozó. A kórházban való vizsgálatkor is, tehát többnyire már hosszú idővel azután, hogy a betegség kezdődött, az ornyálkahártya kóros állapota kétséget kizáróan meg volt állapítható. A torok- és garatképletek egyszer mutattak idősült hurutot, másszor meg nem. Ezeknek tehát aetiologice semmi szerepük nincs a mirigylobok előidézésében, vagy ha igen, csak nagyon alárendelt mértékben, de távolról sem oly fokban, mint a náthának, különösen ha fontolóra vesszük azt is, hogy dohányzókon e képletek idősült hurutja amúgy is gyakori jelenség.

Erős meggyőződése, hogy ezt a hadi mirigylobot az ornyálkahártya hurutos megbetegedése idézi elő oly módon, hogy a nedves lövészárokban vagy pocsolyás-mocsaras talajon való tartózkodáskor az orr mucosája megfertőződik és a fertőzőtség lassan, fokozatosan a nyirokpályák útján redterjed a mirigyekre.

Emellett szól az az elég gyakori észleletem is, a mely alól azonban kivételek is vannak (lásd a VIII. számú kóresetet), hogy a mirigy-affectio sokszor azon az oldalon erősebb, a mely oldalon az orr bántalmazottsága is nagyobb. Továbbá és főképp azonban a mirigybeszűrődés localisatioja.

A scrophulás lymphadenitisnél ugyanis többnyire az állkapocs alatti tájék mirigyei betegszenek meg, mert itt úgy látszik a fertőzés a torokképletek, a tonsillák felől történik, ellenben a hadi mirigylobnál a fejbicczentő felső része és a regio colli lateralis mirigyei, a cervicalis mirigyek az első-sorban bántalmazottak, a miből visszamenőleg is arra lehetne következtetni, hogy e tájék mirigyei vannak közelebbi vonatkozásban az ornyálkahártya nyirokpályáival. Mi sem természetesebb azonban annál, hogy a nyirokutaknak egymással való össze-vissza sokszerű összefüggése folytán szomszéd területek mirigyei is bevonatnak a bántalom körébe, úgy hogy tájékszerinti nagyon éles elhatárolás a nyirokrendszer sajátosságos anatómiája mellett nem is lehetséges minden esetben.

A prophylaxist illetőleg nincs sok mondani való. A betegség náthából indul ki. A náthát bizony a fronton nem lehet kezelni. Nem marad tehát egyéb hátra, mint szárazzá tenni a nedves lövészárkokat, ezt pedig a hadvezetőség a lehetőséghez képest amúgy is szigorúan elrendelte.

A mi pedig a kezelést illeti, ki kell jelentenem, hogy belgyógyászati úton nem lehet boldogulni. Voltak köztük olyanok, kiket előjegyzési lapjuk tanúsága szerint már más kórházakban is kezelték belgyógyászati úton eredménytelenül. Az általam megkísérelt napkúra, a sapo viridissal való kenőkúra, a Priessnitz-ek, a kénes- és jódkenőcsök és a belsőleg adott arsenkészítmények nem váltak be. Legjobbnak és leggyorsabban célravezetőnek bizonyult a nagyobb mirigyek művi eltávolítása. A műtét veszélytelen és az esetek túlnyomó számában helyi érzéstelenítés mellett végezhető. Igaz ugyan, hogy voltak esetek, a melyekről némi túlzással el lehetett mondani, hogy a míg az egyik mirigyet kiírtom, azalatt a másik megnő, azonban ezek mégis csak kivételszámba mentek. A mandulányi és ennél kisebb mirigyeket, hacsak nem estek egész közel a nagyobb mirigy műtét körletéhez, rendszerint nem bántottam. Így elértem azt, hogy a beteg rövidebb idő múlva került vissza csapatjához és a műtét nem volt oly vérengző, mint az összes mirigyeknek, még a tapintható legapróbbaknak is úgynevezett radicalis eltávolításakor, a hogy azt egyes sebészek végzik. Utóvégre ez a radicalis eltávolítás sem garantálja a teljes és végleges gyógyulást, mert az összes regionarius mirigyek teljes eltávolítása amúgy is technikai lehetetlenség.

Hogy egyedül a művi eljárás a helyes, azt más szempontból is illusztrálja V. számú kóresetünk. E beteg belgyógyászati kezelés mellett egy évet töltött különböző kórházakban, míg az egyszerű műtét öt három héten belül harcztéri szolgálatra alkalmassá tette.

A mellett a betegnek a kórházban való tartózkodása egész idején keresztül, tehát úgy a műtét előtt, mint után is, gondot fordítottam az orr kezelésére. Rhinitis hypertrophica eseteiben naponta langyos physiologiai konyhasóoldattal mosattam ki a beteg orrát, rhinitis sicca eseteiben pedig gyenge jód-jodkali-glycerinnel ecseteltem az orr nyálkahártyáját.

Nézetem szerint kívánatos volna, ha e betegséggel az orrspecialisták is foglalkoznának behatóbban, mert nem lehetetlen, sőt az az impressióm, hogy az ornyálkahártya helyes kezelése e kóralakban épp oly fontos, mint tetanusban a primaer infectio helyének a kezelése, mert a betegség itt is, ott is az elsődleges fertőzés után csak bizonyos hosszabb idővel jelentkezik.

¹ Az idevonatkozó vizsgálatokat egy általam már régen ismertett módszer segítségével végeztem. Lásd Bodon Károly dr.: A necrobiotikus vérsejtek morphologikus és tinctorialis elváltozásai. Magy. Orv. Arch., IV. köt., 5. füzet és Virchow's Archiv, 173. köt.

A lebergi II. sz. tartalékkórház laboratóriumában készült dolgozat. (Kórházparancsnok: Krausz Zsigmond dr., főtörzsorvos.)

Mikromethodus a Wassermann-reactio elvégzésére.

Irta: *Berczeller László* dr., egyetemi tanársegéd.

A legutolsó években egész sorozata a kémiai mikromethodusoknak vált ismeretessé. Ezen módszereknek különösen az élettani fontossága igen nagy, mert az élőlények vizsgálatakor igen sok esetben tapasztaljuk, hogy már igen kicsi, a szokott kémiai módszerekkel alig meghatározható mennyiségbeni különbségek az életfolyamatok lefolyásában igen nagy különbségeket okoznak. De nemcsak ez a tudományos fontossága van a mikromethodusoknak, hanem igen nagy gyakorlati is. Sok esetben a quantitativ meghatározások nagyban való elvégzéséhez igen nagy mennyiségű anyagra, komplikált és drága laboratóriumi berendezésre van szükségünk, holott mindez a mikromethodusokhoz nem kell. Különösen áll ez olyan meghatározásokról, melyeket igen sokszor kell egyszerre elvégezni.

Ezek az okok állnak fenn a Wassermann-reactiónál is. Nem is szólva arról, hogy kevesebb vizsgálandó vért sokkal könnyebb nyerni, mint annyit, a mennyi most a reactio elvégzéséhez szükséges; a szükséges tengerimalacz-serum (complementum) különösen a háború teremtette viszonyok között nagyon nehezen szerezhető meg, sőt sokszor majdnem lehetetlen kapni. Sok helyütt óriási tömegben kell a reactiót elvégezni, úgy hogy néha több tengerimalaczt kell elvéreztetni. Ugyanígy sokkal előnyösebb a birka-vörösvérsejtek nyérése szempontjából is a mikromethodus. De talán a legfontosabb mind között, hogy tömegvizsgálatokhoz sokkal kisebb thermostatra és általában sokkal kevésbé költséges laboratóriumi berendezésre van szükségünk, mint a makromethodusnál. Azonkívül még az a nagy előnye van ennek a módszernek, hogy kis gyakorlattal sokkal gyorsabban is végezhető el, mint a nagyban való elvégzése a reactionnak.

Wright utasításai szerint *Fleming* dolgozott ki egy mikro-Wassermann-módszert. A továbbiakban leírt módszer részben ezen alapszik.

Wright és *Fleming* a Wassermann-reactio *Hecht*-féle módosítását használják, én az eredeti módszert használok (Az antigen normalis ember- vagy állatszív [marha, tengerimalacz] alkoholos kivonata volt.)

A reactiót kis kémlőcsövekben végzem, a mint azt *Wright* és *Fleming* is teszi. A használt éprouvették 3.5 cm. magasak és körülbelül 5 mm. a belső átmérőjük. Könnyen magunk készíthetjük őket a következő módszer szerint. Nem nagyon vastagfalú üvegcsőből akkora darabokat vágunk le, melyeknek hossza két kémcső hosszának felel meg. A cső két végét Bunsen-égőben beforsaszthatjuk. (Ez egyszerűen úgy történik, hogy az üvegcső beforsasztható végét folytonos forgatás közben a lángban tartjuk.) Miután kihültek, a csöveket kettétörjük (előzetes megreszelés után). Ezután a kémlőcsövek felső szélét lecsiszoljuk. A csiszolás azért fontos, hogy a kémlőcsöveket jól elzárhassuk. Az ily módon elkészített kémlőcsöveket plastillin segítségével két tárgylemez közé erősítjük (10—15 darabot két-két tárgylemez közé). A megerősítés úgy történik, hogy a tárgylemez keskeny oldalának $\frac{2}{3}$ -ában a hosszú széllel párhuzamosan vékony plastillin-csíkot erősítünk meg. Erre nyomjuk rá a kis kémlőcsöveket a keskeny széllel párhuzamosan. Ügyelnünk kell arra, hogy a kémlőcsövek nyílása pontosan egy vonalba essék. Miután a szükséges számú kémlőcsövet ráerősítettük a tárgylemezre, a kémlőcsövek másik oldalára vékony plastillin csíkot teszünk az előbbi plastillin-csíki magasságában és szintén tárgylemezre nyomunk rá. Három ilyen sorozat kap közös fedőt és közös talpat, mely úgy készül, hogy egy egy vastagabb tárgylemezt körülbelül 3 mm. vastag plastillin-réteggel vonunk be.

Ezeket az éprouvettákat helyettesíthetjük olyanokkal, melyek egy üvegtömbbe vannak fúrva; az üvegtömb azon oldala, hol az éprouvetták nyílása van, le van csiszolva és egy üveglap van rácsiszolva. Ha az üveglapot kevés

physiologiás konyhasóoldattal megnedvesítjük, akkor tökéletesen zár. Az eredmény leolvasása úgy történik, hogy a csiszolt üveglapon keresztül nézzük az éprouvetták tartalmát.

A kémlőcsöveken kívül még pipettákra van szükségünk. Még pedig 0.01 cm³-re, 0.1 cm³-re és 0.13 cm³-re osztott pipettákra. A század cm³-ekre osztott pipetták a savó leolvasásához kellenek. Ezek *Wright* módszere szerint készülnek.

Körülbelül 10 cm. hosszú és 5 mm. belső átmérőjű nem nagyon vastagfalú üvegcsöveket a Bunsen-égőben felmelegítve kihúzzuk, úgy hogy a kihúzott rész 20. 25 cm. hosszú legyen. Az így nyert csöveket közepén kettétörjük. Most egész kis lángban a pipetta capillaris végét hirtelen kihúzzuk és ott, hol erősebb ellentállást érzünk, letörjük. Ezáltal igen finom hegye lesz a pipettának. Ha nagyobb számú ilyen pipettát állítunk elő, akkor a kalibrálásukhoz fogunk. 0.136 gr. kénesót mérünk le. Ezt beöntjük a pipetta ezen capillaris végébe. A pipettát is gummisapkával (1—2 cm³-es) elzárjuk. A pipettát vízszintesen tartva, óvatosan összenyomjuk a gummisapkát, mire a kénesó a capillarisba megy. Ha a kénesó egyik vége éppen eléri a capillaris végét, akkor üvegíró tintával megjelöljük a másik végének állását. Ezt a műveletet ötször megismételjük minden pipettával. Kis gyakorlattal ez a kalibrálás igen gyorsan elvégezhető, csak arra kell ügyelni, hogy a kénesóból semmi el ne vesszen. Ezen hiba kizárására feltétlenül szükséges, hogy a pipetták kalibrálását ellenőrizzük oly módon, hogy többször mérjük le bennük a kénesófonál hosszát.

A 0.1 cm³-es és 0.13 cm³-es beosztású pipettát is magunk készíthetjük. 30 cm. hosszú körülbelül 1 mm. belső átmérőjű capillarisokat az egyik végükön vékonyan húzzuk ki. Lemérjük a szükséges mennyiségű kénesót (1.35_g, illetve 1.76_g gr.-ot) és a kalibrálást ugyanazon módon végezzük el, mint a század cm³-re osztott pipettán.

Ha a kémlőcsövek és pipetták kellő számmal készen vannak, akkor hozzáfoghatunk a Wassermann-reactio elvégzéséhez.

A serum előkészítése ugyanúgy történik, mint a makromethodusnál. Csak az a nagy különbség, hogy a mikromethodusnál mindössze 0.05 cm³ serumra van szükségünk.

A reactióhoz a serumkontrollal együtt 3 kémlőcsőre van szükségünk. Az első kémlőcsőbe 0.01, a másik kettőbe 0.02—0.02 cm³ serumot mérünk le. Azután az első két kémlőcsőbe 0.13 cm³-t teszünk egy antigen + complementum + phys. NaCl-keverékből, a harmadik kontroll-kémlőcsőbe 0.13 cm³ complementum-oldatot töltünk, azután épp úgy, mint az eredeti kísérletben, felállítjuk az ellenőrző kísérleteket (mindenütt $\frac{1}{10}$ -résznyi mennyiségeket véve a reagáló anyagokból). Ezután a keverékek egy óráig thermostaban maradnak, majd pedig mindegyikhez 0.1 cm³ amboceptor + vörös vérséj keveréket adunk. (Természetesen az ellenőrző kísérletek mindegyikébe nem jut amboceptor, épp úgy, mint a makromethodusnál.)

Az oldatok épp úgy készülnek, mint a makromethodusnál, ezek — épp úgy, mint másutt közölt kísérleteim a makromethodusra vonatkozólag kimutatták — előre keverve adhatók a serumhoz. Ezáltal a munkánkat csökkentjük, de egyúttal a pipettázást is sokkal pontosabban végezhetjük.

Ha a kémlőcsöveket a szükséges reagenssel megtöltöttük, rájuk tesszük a fedőt, gyenge nyomással rászorítjuk és a kémlőcsöveket 2—3-szor megforgatva, összekeverjük a folyadékokat. Mindig a fedőt kell először az éprouvettákra rátenni és nem a talpat, mert ezáltal tökéletesebben zár a fedő és a folyadékok nem folyhatnak ki.

Az eredmények leolvasásakor megfigyeljük, vajjon a kémlőcsövek alján vannak-e vörös vérséjtek. Ezen módszernél a leolvasás érzékenysége még nagyobb, mint a makromethodusnál, mert a készítés folytán a kémlőcsövek kis csúcsban végződnek és ebben nagyon érzékenyen állapítható meg, hogy leülepedtek-e vörös vérséjtek, vagy nem.

A mikromethodussal való dolgozás nem sokkal nehezebb, mint az eredeti módszerrel való; kis gyakorlattal gyorsabban ugyanazon pontossággal lehet dolgozni, mint az eredeti módszerrel.

Nagyobb számú párhuzamosan végzett kísérleteinkben a makromethodus és mikromethodus eredményei teljesen megegyeztek.

Végül köszönetet kell mondanom ezen a helyen is *Stenker* és *Breisach* egészségügyi kadettoknak, kik kísérleteim elvégzésében mindig a legnagyobb készséggel segítségemre voltak.

A lemergi II. tartalékkórház laboratóriumában készült dolgozat.
(Kórházparancsnok: Krausz Zsigmond dr., főorvosorvos.)

A Wassermann-reactiónak egyszerűsítése.

Írta: *Berczeller László* dr., népfelkelő-ségédorvos, egyetemi tanár-segéd.

Egy évtizede, hogy a Wassermann-reactio ismeretes és azóta egész sorozata keletkezett a módosításainak. A legtöbb módosításban a reactióban szereplő anyagok vannak másképp megválasztva, mint a hogy az az eredeti módszerben elő van írva. De igen kevés kísérlet történt arra, hogy a reactiót technikailag tökéletesítsék, a minek pedig különösen most volna nagy fontossága, minthogy a háborúban a Wassermann-reactiót is sokkal több esetben kell elvégezni, mint béke idején. Ezért arra kell igyekeznünk, hogy a reactiót lehető gyorsan végezzük el. Míg *Bruck* a syphilis serodiagnosisáról írt monographiájában azt kívánja meg, hogy csak olyan laboratóriumokban végezzenek Wassermann-vizsgálatokat, a hol egyszerre legalább 20 serum kerül megvizsgálásra, addig ma a monarchiában egész sora van az olyan laboratóriumoknak, a hol körülbelül 100 serum kerül hetenként többször vizsgálat alá. Az ilyen tömegmunkához érdemes a módszert technikailag tökéletesíteni. Ezt azon a módon lehet a legegyszerűbben elérni, hogy a pipettázások számát a lehető minimumra szorítjuk. Egy Wassermann-reactio elvégzéséhez (csak egy csőben) ugyanis a következő pipettázások szükségesek:

1. serum lemérése,
2. physiologiai konyhasó lemérése,
3. antigen lemérése,
4. complementum lemérése,
5. haemolytikus amboceptor lemérése,
6. véresejsuspensio lemérése.

Ha három eprouvetteban végezzük a kísérletet, akkor tehát egy vizsgálathoz 17 mérést kell végeznünk. Vagyis 100 serum vizsgálatához 1700-at. Ezért igen érdemes azt a kérdést felvetnünk, hogy szükséges-e mindezeket a méréseket külön-külön végezni.

A haemolytikus amboceptor és vörösvérsejt-suspensio lemérésére vonatkozólag tudjuk, hogy nem fontos, hogy külön-külön vagy együtt adjuk hozzá a kettőt. (Sőt egyes vizsgálok úgy találták, hogy még célszerűbb a vörös véresejteket a haemolytikus amboceptorral digerálni.) Már ez maga nagy egyszerűsítése a reactiónak.

Ugyanezen kísérletet végeztem el az antigenre és complementumra vonatkozólag. Egészen közömbös a reactio lefolyására, hogy az antigen és complementumot külön-külön vagy pedig együtt adjuk a serumhoz. Kísérleteimet úgy végeztem, hogy elkészítettem az antigen és complementum kellő hígítását. Ezekkel mindenekelőtt is felállítottam a közös ellenőrző kísérleteket. Majd egyenlő arányban kevertem őket és a keverék minden köbcentiméterére számítva 0.3 cm³ physiologiai konyhasóoldatot adtam a keverékhez. (A reactio kivételére teljesen közömbös, hogy a kétféle mennyiségben használt serumot rendszeren egyenlő térfogatra töltik fel.) Az így nyert keverékből 0.1, illetve 0.2 cm³ serumhoz 1.3 cm³-t adtam. A harmadik kémlecsőbe pedig 1.3 cm³-t adtam egy olyan keverékből, mely a complementum hígításának 0.5 cm³-ét és 0.8 cm³ physiologiai konyhasóoldatot tartalmazott. Miután a kémlecsővek egy óráig álltak a thermostatban, 1—1 cm³ vörösvérsejt + haemolytikus amboceptor keverékét adtam mindegyik kémlecsőbe.

Körülbelül 200 esetben hasonlítottam össze ezen módszert azzal, mikor külön-külön adjuk a physiologiai konyhasóoldatot, külön az antigen, a complementumot a serumhoz és azt találtam, hogy az eredmények megegyezők. Másrészt még érzékenyebb módon úgy győződtem meg a módszer jóságáról, hogy megvizsgáltam, hogy

1. van-e hatása annak a complementumra, hogyha az szobahőmérsékleten $\frac{1}{2}$ —1 óráig áll az antigennel;
2. van-e hatása ennek az antigennek a lueses vagy nem lueses serummal szemben való viselkedésére.

Hogy a complementum hatásossága nem változik antigen-nel való állás közben, azt úgy bizonyítottam be, hogy ha antigennel együtt hagytam szobahőmérsékleten állni a complementumot, vagy pedig külön-külön a kettőt, a complementum mindkét esetben ugyanolyan mennyiségben oldotta a vörösvérsejteket, ha azután egyenlő mennyiségű vörösvérsejtet és haemolytikus amboceptorot adtam hozzá.

Az antigen hatásosságának megmaradásáról pedig úgy győződtem meg, hogy több pozitív és negatív serumon megállapítottam a még, illetve a már gátló mennyiséget. Ez a mennyiség állandó volt, akár előre kevert és szobahőmérsékleten $\frac{1}{2}$ —1 óráig állott, akár pedig csak a serummal együtt kevert complementum- és antigenoldatot használtam.

Ezen kísérletek alapján minden egyes Wassermann-reactio elvégzéséhez elegendő 9 pipettázás 17 helyett, a mi tömeges munkánál igen nagy időmegtakarítást jelent. Együtt az oldatokat is pontosabban mérjük le, mert kevesebb pipettázásnál kevesebbszer követjük el ugyanazt a hibát. Célszerű a keverékek leméréséhez direct 1.3 cm³-es pipetákat használni, melyeket legcélszerűbben maga készíthet az ember tizedekre beosztott 2 cm³-es pipetta segítségével az *Ostwald* módszere szerint való kalibrálással.

Közlés a budapesti cs. és kir. XVII. számú helyőrségi kórház belorvosi osztályából. (Kórházparancsnok: Noel Jenő dr., cs. és kir. törzssorvos. A belorvosi osztálynak vezető-orvosa: Tornai József dr., egyetemi magántanár.)

Adatok a szív functio-vizsgálatához és néhány szó a háborús szívzavarokról.

Írta: *Haba Antal* dr., jelenleg cs. és kir. tart. segédorvos.

(Vége.)

Azt is gyakrabban tapasztalhattuk, s minden járatosabb orvos működéskörében előfordulhatott, hogy ép és erős, egészséges szívű egyénekben, alkalmilag, bizonyos okokra, átmenetileg feltűnő szívzavarok állanak elő. Nekünk is volt több esetünk, a melyben néha csak egy-két napig tartó, aránylag jelentéktelen alapon álló lázas állapotban, feltűnő extrasystolés arrhythmia állott be. Ez a rendellenesség a láz elmúltával, ha nem is mindjárt, de aránylag rövid idő múlva ismét nyomtalanul eltűnt és a szív megint épp oly rendszeren végezte munkáját, mint azelőtt. Az ilyen egyéneket mi magunk is kétség kívül feltétlenül egészséges szívűeknek tartanók, ha nem mi magunk észleltük volna az említett incidenst. Így azonban nem lehet nyugodt lelkiismerettel kimondani, hogy az említett zavarokon átesett szív ugyanolyan teljesítőképességgel bír, mint az átlagemberé. Szemünk előtt lebeg ilyenkor, hogy a szívizomban, vagy annak vezető apparatusában okvetlen kell valamely mikroszkopos elváltozásnak lenni, a mi alapul szolgálhat arra, hogy újabb adandó alkalommal esetleg súlyosabb szívzavarok álljanak elő. Az említett szívzavarok előfordultak egyébként olyanokon is, kiknek esetében semmiféle időszűlt ártalom (nicotin, alkohol) nem szerepel és a hol a szívzavarokat, egyszerű hevenyész gyomorrontás vagy mandulagyulladás alapján, egy-két napos lázas állapot váltotta ki. Arról ne is szóljunk, hogy egy kiállott pericarditis későbbi időben már esetleg semmi tünetet sem árul el.

Mindnyájunk előtt ismeretes dolog a hangulat változásának befolyása a szív functiójára. Az is bizonyos, hogy sehol annyi ok és alkalom a kedély hullámlására nincsen, mint a háborúban. Az ilyen folytonosan változó kedélyhangulat, lelkiizgalmak inzultusa, ha sokáig tartó, akkor nyomot és esetleg állandót hagyhat még az olyan szíven is, melyet békés viszonyok között egészségesnek tartottunk. Azoknak esetében bír ez különösen fontossággal, a kik különben is ingerlékenyek és változó kedélyűek és ennek kapcsán szívdobogásra, „szív-szorulásra” hajlók voltak. Viszont hasonló módon értelmezhetjük az olyanoknak esetét, a kik valóságos szívhibájuk mellett nyugodt, higgadt kedélyhangulattal a háborúnak ezer veszélyét és izalmát, szinte a csodával határos módon kiállották. Az elmondottak alapján tehát nem tartjuk mi sem

kivételnek azokat az eseteket, a mikor az önkéntesen harczban álló egyének aránylag gyenge szívverő mellett, sőt kifejezett billentyű-hajjal is, a legnagyobb ütközetekben mindvégig kitartottak. Hiszen éppen az önkéntes jelentkezés adja biztosítékát a lelki egyensúlynak és a nyugalomnak. Ilyenkor csakugyan a testi erő fogyatékoságát a lelki erő bizonyos fokig compenzálja, viszont pedig akármilyen nagy szív-, vagy izomerő sem elegendő, ha az illetőknek nincsen meg hozzá a lelki bátorságuk.

Kisebbszerű szívvelváltozás, kisfokú hypertrophia egyedül természetesen még nem zárja ki akár a teljes harczképességet sem, különösen ha hozzá a megfelelő lelki erő is társul. Nem szabad ugyanis izoláltan csak a szívet, illetve a vérkeringés funkcióképességét vizsgálni. Ha például kisfokú hypertrophia mellett fiatal, életerős szervezet, jól fejlett és jól gondozott rugalmas izomzattal párosultan áll előttünk, és ha az illetőnek eddigi polgári élete, foglalkozása és szokásai meglehetősen nagy munkafeladatnak teljesítését kívánták a szívtől, akkor az ilyen egyént teljes megnyugvással sorolhatjuk „a frontra”-menők közé.

Ezen szabályt azonban a világért sem szabad általánosítani. Az individualizálásnak nagyon fontos szerep jut ezen a téren. Éppen ezért nem osztjuk egyeseknek, mint például Romberg-nek azon nézetét, hogy az ilyen kisebb szívvelváltozással válogatás nélkül és nyugodtan küldhetünk bárkit is a harczterre, mert az ilyen szíveknek nagy része még sem rendelkezik a frontra szükséges tartalékokkal. Elég talán, ha ennek az illusztrálására mi egy esetünkről számolunk be.

Egyik katonánk: K. M., 32. gyal.-ezredbeli gyalogos 1915 ápr. havában jelentkezett nálunk vizsgálatra, a mikor is jegyzőkönyvünk adatai szerint kisebbfokú, csekély jelentőségűnek látszó balszív-hypertrophia-t találtunk, ékelt, de tiszta második hanggal az aortán. Ennek az alapján könnyebb szolgálatra ajánlottuk. Az illető gyalogos mégis a frontra került. Június hó végén ugyanez az ember újból hozzánk került, még pedig már az *aorta-insufficiencia jellemző típusos tünetével*. Ki kell, hogy emeljük: időközben semminemű lázas, fertőző baja nem volt, luesf nem szerzett sohasem. Az aorta-insufficienciát a háborúban kiállott emberfeletti izgalomokkal, testi megerőltetésekkel vagyunk kénytelenek oki összefüggésbe hozni, vagyis valósággal traumás eredésűnek kell azt tekinteni.

Többször került azután olyan eset a szemünk elé a harczteréről visszatérő katonák közül, a kiken acut módon támadt dilatációt kellett felvenni a subjectiv panasz alapján. Az ilyeneken az objectiv vizsgálattal, rendszeren, jól látható, kihelyezett, de azért kifejezetten körülírt szívcsúslökést találtunk. E mellett a jobbszív dilatációja jelölül sokszor az epigastrium táján is volt lüktetés. Tapintáskor is a szívcsúslökést, ellentétben a fekvő betegeken lassan, fokozatosan fejlődő incompensatiós szívdilatációval, meglehetősen körülírtnak és, bárha gyors lefutásúnak, de rendszerint kissé emelőnek is találtuk. A szívcsúsnak ezen sajátos viselkedését abból magyarázhatjuk, hogy a megerőltetésnek bizonyos mértékéig még csak megfelelt valahogy a szív az eléje állított követelményeknek. A míg ezen követelmények erejét túl nem haladták, erejében esetleg gyarapodhatott is. A túlzott követelmények folyamányaként idővel beáll a szívizom-insufficiencia és e miatt a szív kissé lefelé és kifelé megnyúlik. Ennek következtében a szívcsúcs intenzívebben odanyomul a mellkas elülső falához. A balkamra s főképpen annak csúcsi része a fokozott feladat ellenére, sőt talán éppen a munkatöbblet által sarkalva még mindig a régi energiával végzi azért a kötelességét.

Az ilyen háborús szívdilatációra jellemzőnek tartjuk tehát, hogy az elsősorban lassúbb tempóban áll be, nem úgy mint a betegség miatt elpetyhüdt szívizom esetében, a hol esetleg már napok alatt is beállhat a dilatatio, ezenkívül a háborús dilatatio nem is szokott nagyfokú lenni. A csúslökés is sokáig megtartja emelő jellegét, de éppen ellentétben ezen energikus szívcsúslökéssel egyáltalában nem találjuk az aorta második hangjának az ékeltségét. Továbbá a pulsus a resistens csúslökéshez viszonyítva feltűnően kicsiny és gyenge. A mi az

acut dilatationnak lefolyását illeti, a kilátás úgy „quoad vitam” mint „ad sanationem” jó. Kellő nyugalom, pihenés és izgalmak kerülése rendszeren elegendő minden egyéb gyógyszerelés nélkül is. A szív dilatációja ilyen kezelés mellett minden nyom nélkül vissza szokott fejlődni.

Az is általánosan ismert dolog, hogy a katonai szolgálat alól kibujni akarók egy része bizonyos előszeretettel „szívbjáról” panaszkodik. Egyes vidékeken a szívbjának mesterséges úton való felidézését a kuruzslók szinte rendszeresen üzik. Hosszadalmas volna elősorolni ama titkos és nem titkos szerek, eszközök, eljárások légióját, a melyeket ilyen bűnös célra felhasználni szoktak. Nekünk is volt alkalmunk ilyen „gyanús” szívbjával foglalkozni. Leleplezése bizonyos speciális jártasságot kíván. Az ilyen leleplezés már csak napokra kiterjedő szigorú izolálás és megfigyelés mellett eszközölhető.

Mindeme szempontok nagyon is szükségessé teszik, hogy a háborúba induló legénység a szív és vérkeringés szempontjából — már természetesen a mennyire lehetséges — alaposan átvizsgáltsék. Talán nincs is messze az az idő, mert nagyon óhajtható is volna, hogy tulajdonképpen a nagyobb feladatra szánt katonai legénység állapota a harczterre indulás előtt valóban alapos orvosi vizsgálat szűrőin jusson át. Ez azonban természetesen nem azt jelenti, hogy csak a tökéletesen makkegészségesek vegyenek részt a legnemesebb, de egyszersmind legönfeláldozóbb munkában, hanem igazságos beosztással a gyengébbek is az erejüknek és munkabírásuknak megfelelő beosztáshoz jussanak. Az orvosi tudomány mai állása azonban megköveteli, hogy a vizsgálat ne csak úgynevezett általános szempontokból, hanem specialis szakok szempontjából végeztessék. Azt ma már senki sem vonhatja kétségbe, hogy például a tüdő bajaival foglalkozó orvos a tüdő állapotát sokkal pontosabban tudja megítélni, mint a ki ebben nem specialista, stb.

Egyeseknek talán aggályai volnának, hogy az ilyen szakorvosi vizsgálat mellett a specialistának talán túlságos finom és pedáns mértéke esetleg olyanokat is kimentene a súlyosabb feladatokkal járó szolgálat alól, a kiket a gyakorló orvos harczterri szolgálatra különben alkalmasnak talál. Ezzel szembeállíthatjuk azonban azokat a talán nagyobb számban található eseteket, a melyekben viszont a vizsgáló orvosok nagy többsége jelentőség nélkül, kisebb accidentalis zörejeket vagy a vizsgálat izgalma kiváltotta szabálytalan szívrythmust, a szívhangok hasadtságát súlyosabb elbírálás alá eső elváltozás (billentyűhiba) gyanánt vesz fel. Akárhányszor találkozunk olyan katonával, a kit bemondása és az írott bizonyítékok tanúsága szerint szervi szívbjai, „billentyűhiba” címén több ízben ki is „superáltak”, holott mi a legjobb, vagy legrosszabb akarattal sem tudunk nála legcsekélyebb szívvelváltozást sem találni. Az átvizsgálás tulajdonképpen munkatöbbletet nem okoz; és a ki azután szakember véleménye alapján kerül ide vagy oda, annak szívbeli állapota igazságos elbírálásához kétség nem is férhet.

Irodalom. Romberg: Beobachtungen über Herz- und Gefässkrankheiten während der Kriegszeit. Münchn. med. Wochenschr. 1915. — Mann A.: Die Herzneurosen und ihre Bedeutung für den Militärdienst. Beilage zur Wiener med. Wochenschr. 1911, 45., 145., 155. l. — Kleissel R.: Ein Beitrag zur Bestimmung der Funktionstüchtigkeit des Herzens. Wiener med. Wochenschr. 1911, 61. sz. — Staehelin R.: Ueber Funktionsprüfung des Herzens. Zentralblatt für Herz- u. Gefässkrankheiten. 1914. — Madsen S.: Den Functionelle Diagnostik maál oy Midber, specielt med. hensyn til hyertets Function. Norsk Magazin for Lagewied 1910. — Albrecht: Die Atmungsreaktion des Herzens und ihre Verwendbarkeit bei der klinischen Prüfung der funktionellen Leistungsfähigkeit des Herzens. Jena, 1910. — Müller de la Fuente: Zur Diagnose und Behandlung der reinen Herzneurosen. Therapeutische Monatschrift. 1912. 26. szám, 490. lap. — Strusberg H. és Schmiedth H.: Ueber Blutdruckmessung nach Körperarbeit und ihre Bedeutung für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Münchn. med. Wochenschrift 1913, 60. szám, 174. lap. — Herzfeld: Zur funktionellen Herzdiagnostik. Med. Klinik, 1909, 539. szám. — Fantus és Stachelin: Das Verhalten des Blutdruckes beim Menschen bei der Erholung von Muskelarbeit. Zeitschrift für klin. Medizin, 70. kötet, 444. lap. — Otis Edw.: Physical exercise and blood pressure. Americ. Journal of the med. sciences. 1912, 268. lap.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Kenézy Gyula: Háború és sebgyógyítás. Csáthy Ferencz kiadása, Debreczen. Ára 1 kor. 50 fillér.

A 75 oldalra terjedő és 37 ábrával illusztrált füzetben a szerző személyes tapasztalatai alapján igen könnyen érthető módon tárgyalja a hadi sebészet egyik legfontosabb fejezetét: a sebgyógyítást. Ámbár a füzet — a debreczeni egyetem népszerű főiskolai tanfolyamán tartott előadás lévén — első sorban laikusoknak íródott, de azért a szakember is talál benne értékes adatokat. Minden, a tárgyalást megnyújtó irodalmi adat mellőzésevel, tisztán csak egyéni tapasztalatai alapján körvonalozza a háborús lágyrész- és csont-sérülések azon kezelésmódját, a melyet leginkább célravezetőnek talált. Ezen gyógyításmódok és elvek ismertetése kapcsán megemlékezik a modern lö- és szálfejek hatásmódjáról és a sebgyógyulásról általában.

A sebfertőzés ismertetésekor megemlíti azon tapasztalatait, a melyeket sepsis eseteiben destillált víz intravenás befecskendezésével ért el; serczegő üszök és merevgörscs eseteiben ezen kezelésmód hatástalannak bizonyult.

A fertőzött sebek kezelésében a hidrogensuperoxid és alkohol egyenlő mennyiségével készült elegynek ad előnyt.

A füzetet mindazok, a kik sebesültek kezelésével foglalkoznak, orvosnövendékek, sőt fiatalabb kartársak is élvezettel és haszonnal olvashatják.

Borszéky.

Lapszemle.

Belorvostan.

A malaria kezeléséről intravenás chinin-befecskendezésekkel ír *Stejskal* tanár. Régóta húzódozó, chinin belső adagolására nem gyógyult tertiana nagyszámú esetében, valamint tropusi malaria néhány esetében is nagyon jó eredménnyel használta a chinint intravenásan. Legjobb-nak bizonyult a chininum bihydrochloricum (10 gr. 40 gr. vízre), mert nem okoz bőrnecrosist, a mely chininum bisulfuricum használata után nem egyszer észlelhető. A jelzett oldatból eleinte 2—3, később esetleg 4—5 cm³-t is fecskendez be lassan egy megduzzasztott könyökgyűjtőbe. A mi a befecskendezés idejét illeti, legjobb a láz beálltakor, illetve a hőmérsék emelkedésének idejében adni. A befecskendezést szinte közvetlenül, többnyire csak rövid ideig tartó általános izgalom, rosszul hallás, keserű szájíz és fülzúgás kíséri; ritkán hányás is észlelhető. Újabb befecskendezés mindig csak akkor végzendő, a mikor újból láz köszönt be. Ugyanazon helyen több befecskendezés is adható. A szerző azt hiszi, hogy friss esetekben még kedvezőbbek lennének az eredmények. (Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 37. sz.)

Sebészet.

Gázphlegmonera gyanus sérülés eseteiben *Bier* tanár javaslatára azonnal Röntgen-vizsgálatot végez *Burchard* nemcsak diagnosztikai célból, hanem főleg a gyógykezelés helyes irányítása végett is. A Röntgen-felvétel ugyanis jelzi, hogy a folyamat lokalizálódott-e, felületes-e, avagy mélyen fekszik, mennyire terjedt centralis irányban s mily mértékben van megbetegedve az izomzat. Ez utóbbi különösen a végtag eltávolítása helyének meghatározása szempontjából bír fontossággal. A Röntgen-kép alapján háromféle elváltozást lehet világosan elhatárolni:

1. **Gáztályog:** a szövetek közt ülő idegen test körül kisebb-nagyobb sötét (positív képen világos) udvar van, melynek szélei többnyire simák s csak akkor egyenetlenek, ha az izomzat erősen zúzott.

2. **Gázphlegmone:** az előbbieket mellett, vagy ezek nélkül a löveg bemeneti nyílásától kiinduló sötét foltok és csíkok láthatók (a melyek az izom-septomoknak és az egyes izom-

rétegeknek felelnek meg) nemcsak centrifugalis, de centripetális irányban is.

3. **Gázgangraena:** a végtagnak többnyire valamennyi izmán minden egyes izomrost lefutása irányában láthatók a gáznak megfelelő sötét csíkok, úgy hogy e kép valósággal az izomzat strukturaképét adja. Ha netalán valamelyik izom nincs megtámadva, ennek árnyéka egynemű.

A differentialdiagnózis és a therapia szempontjából a Röntgen-felvétel tehát nagy jelentőségű. (Medizinische Klinik, 1916, 28. sz.)

M.

Gyermekeorvostan.

A **Vitus-tánczban szenvedők légzésgörbéit** tette tanulmány tárgyává *Czerny*, abból indulva ki, hogy minden testmozgás befolyással van a légzésre. A következő rendelkezést észlelte: arra a felszólításra, hogy a betegek mélyen lélegezzenek, belégzéskor a diaphragma nem mozog lefelé és a has nem domborodik elő, hanem ellenkezőleg a diaphragma a tüdő felé szívatik s a has behúzdik. Tehát olyan légzés-typus mutatkozik, mint phrenicus-hűdéskor. Legszembetűnőbb ez a tünet fekvő choreás gyermekeken és egyike a legkorábban jelentkező symptomáknak, de egyúttal előbb is marad el, mint a mozgás-zavar a végtagokon. Hogy vajon halálos végű esetekben nem ezen diaphragma- működés- zavar bír-e fontossággal, a szerző nem tudja biztosan állítani, mert az utóbbi években, mikor e tünetre figyelmessé lett, malignus choreát nem észlelt. (Monatschrift für Kinderheilkunde, 1916, 13. kötet, 1. füzet.)

Vas J. dr.

Venereás betegségek.

A **Macedóniában álló bolgár csapatok között előforduló nemi bajok elterjedéséről és a meghódított területek prostitutiójáról** ír *B. Beron* (Szófia). A beérkezett jelentés szerint a katonasorvosok az I. és II. hadsereg 125.595 katonáját vizsgálták meg. Ezek közül syphilitikus volt 102, kankós 181, ulcus molle-s 43. A nemi bajok előfordulása e szerint tehát feltűnően csekély. Maga *Beron* 13.695 katonát vizsgált meg s mindössze 6 nemibajos embert talált. 1916 január 15.-én az összes kórházakban (tábori-, hadtápi-, reserve- s egyéb kórházak), számszerint 25 gyógyintézetben 55 syphilitikus, 21 ulcus molle-ben s 10 kankóban szenvedő katonát ápoltak. A szerző azt is vizsgálta, hogy hol és mikor fertőzték magukat a katonák. Az adatok nem lehetnek megbízhatók, mert a katonai büntetőtörvények szerint a nemi betegség alatti időt nem számítják be a szolgálati időbe. Nem csoda ezért, ha a betegek nagy többsége fertőzését a mozgósítás előtti időre vezette vissza. Azonban a városokban (Skopje, Bytoliá, Veles), melyeket *Beron* vizsgált, a prostitutio ellenőrzés alatt áll. Skopje városában a török és a későbbi szerb uralom alatt igen nagyarányú volt a prostitutio. A törökök idejében körülbelül 15 bordélyház állott fenn. A bolgárok bevonulása idején azonban már csak kettő volt s ez a kettő is hamar megszűnt. A titkos prostitutio annál jobban virul. A prostituált nőket hetenkint kétszer vizsgálja egy városi orvos. A vizsgálat elég tökéletes. A betegnek talált nőket a török uralom alatt Salonikibe küldték kórházba, most a községi kórházban kezelik. A legutóbbi időkig furcsa állapotok uralkodtak e kórházban. Jellemzésül felemlítjük, hogy a mikor *Beron* ott szemlét tartott, az egyik kórteremben 8 prostituált nőn kívül egy bubóban szenvedő rendőr is feküdt, továbbá egy 15 éves fiú és egy öreg gangraenás férfi! Skopjében a kávéházak egy jó részében prostituáltak tanyáznak. Az egész cigánynegyed is a prostitutiót szolgálja. Velesben talán valamivel jobbak a viszonyok. Bordélyház nincsen, de a rendőrség ellenőrzése alatt körülbelül 50 nő áll. Ezek magánházakban laknak. A szerb uralom idejében minden szálló kötelezve volt, hogy prostituált nőt tartson. A prostituáltakat, valamint a gyanus nőket hetenkint kétszer rendszeresen és ingyen vizsgálják. Hasonlók a viszonyok Bytoliában. Itt 17 nő van felügyelet alatt. A Macedonia polgári lakosságára vonatkozó adatok ezidőszerteljesen

ismeretlenek. A szerző benyomása az, hogy igen sok a nemibajos. Szerencse, hogy ma még feltűnő kevés a nemibajos beteg a macedonai bolgár csapatok között. Az ott fennálló igen rossz hygienés viszonyok szükségessé teszik azonban, hogy erélyes intézkedések történjenek, mert egyébként a nemi bajok hamarosan terjedni fognak. *Beron* ezért a következő intézkedéseket követeli: 1. A katonaságra vonatkozóan: a) rendszeres morbiditási statisztika vezetése; b) a katonák felvilágosítása; c) nemibaj esetén a büntetés eltörlése; d) a katonáknak időnként megvizsgálása; e) rendszeres kezelés. 2. A prostitúcióra vonatkozóan: a) a prostitúció csökkentése, megszorítása; b) a prostituáltak rendes vizsgálása és kezelése. 3. A lakosságnak szüksége van arra, hogy alkalmat találjon, ahol megvizsgálják és gyógyítják. (*Dermatologische Wochenschrift*, 1916, 32. sz.). *Guszman.*

Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.

Erysipelas eseteiben *Capelle* feltűnő jó eredménnyel használja a quarz lámpát; a kóros terület szélét naponként 10 percig sugarazzatja be. (*Zentralblatt für Chirurgie*, 1916, 32. sz.)

Alutan néven kerül forgalomba a Cloetta előállította colloidalis aluminiumhydroxyd, amely a gyomron változatlanul halad át és csak a bélben oldódik lassanként, adstringáló hatást fejtve ki. *Liebmann* jó eredménnyel használja hasmenés ellen lecsapolt evőkanálnyi mennyiségben naponként 2—3-szor. (*Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1916, 30. sz.)

Nephritisben a konyhasó pótlására *Strauss* a hangyasavas natriumot (2—4 gr. naponként) és a tejsavas natriumot (10 gr. naponként) ajánlja. (*Therapie der Gegenwart*, 1916, augusztus.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 40. szám. *Lobstein Leó*: Laparotomiák utókezeléséről. *Lövi József*: Laryngocele Virchow-i egy esetéről.

Budapesti orvosi újság, 1916, 40. szám. *Mátyás Mátyás*: A tüdőelvésekről, különös tekintettel azoknak korai (harcztéri) kezelésére.

Vegyes hírek.

Czimadományozás. A király *Gyergyai Árpád* dr. kolozsvári egyetemi magántanárnak a rendkívüli tanári címet adományozta.

Kinevezés. *Molitorisz Kálmán* dr. makói kórházi főorvost tiszteletbeli megyei főorvossá nevezték ki.

Erdély legidősebb orvosdoctora. *Mály István* dr., kolozsvári orvos ez évben töltötte be orvosi pályájának 60. évfordulóját, mely alkalomból többrendbeli ünnepség tárgya volt. Most tiszteletbeli összegyűjtötték a 60 éves pályafutására vonatkozó hírlapi cikkeket és azokat egy vaskos albumba foglalva átnyújtották emlékül a gyémánt-jubilánsnak, ki ezidőszent 86 éves és az erdélyi orvosok klasszikus műveltségű nestora.

A stethoskop 100 éves jubileuma. Éppen száz éve, hogy *Laënnec*, a párisi Necker-kórház főorvosa, feltalálta a stethoskopot. Egy szívbeteg megvizsgálása alkalmával támadt az a gondolata, hogy a helyett, hogy a fülét közvetlenül a mellkasra tenné, egy papírosból csavart csővön keresztül hallgatja a szívhangokat. Azonnal észrevette, hogy ez az ötlete milyen fontos vizsgálóeszköznek a birtokába juttatta. Azonnal közölte felfedezését, de annak csak akkor szerzett polgárjogot az orvostudományban, mikor 1819-ben a stethoskoppal nyert eredményeket rendszerbe foglalva bőven előadta „Traité de l'auscultation médiate” című alapvető művében.

Meghalt. *Stein Béla* dr. orvos hivatásának teljesítése közben 28 éves korában, az északi harcztéren július 17.-én hősi halált halt. Bajtársai ideiglenesen a stojanovi temetőben hantolták el. — *Szilágyi István* dr., Máramaros vármegyei tiszt főorvosa, kórházi igazgató, Máramaroszigeten okt. 3.-án, 63 éves korában. — *V. Czerny* a nagyvárú heidelbergi sebész 74 éves korában. *Czerny* osztrák születésű ember és *Billoth* tanítványa és segéde volt. 1871-ben Freiburgban, majd 1877-ben Heidelbergben a sebészet tanára lett. 1906-ban nyugalmába vonult ugyan, de haláláig igazgatója maradt az általa szervezett, jótékony alapítványokból létesült s az államtól évi 15.000 márkával subventionált rákkutató intézetnek („Samariterhaus”). *Czerny*-nek a modern sebészet kiépítése körül elévülhetlen érdemei vannak; a sebészet sok fejezetét gyarapította értékes munkáival.

A női termékenység meggátolására szolgáló szerek és készülékek forgalombahozatalának eltiltása tárgyában a belügyminiszter a következő rendeletet bocsátotta ki: A háború következtében a népesség értékes részében beállott veszteség szükségessé teszi, hogy egyrészt minden olyan tényező hatása, amely alkalmas e veszteség pótlására, előmozdítottassék, másrészt, hogy lehetőleg elhárítottassék mindez,

a mi a pótlást gátolja. A gátló tényezők között kihívja a figyelmet különösen az, hogy utóbbi időben bizonyos, a női termékenységet gátló szerek és készülékek használata jelentékenyen elterjedt. Hivatali elődöm 50.981/1901. B. M. szám alatt kelt körrendeletében már intézkedett az iránt, hogy a női termékenység meggátolására szolgáló szerek vagy készülékek forgalombahozatala meggátoltassék, illetőleg korlátoztassék. A közelmúltban szerzett tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy e rendelet rendelkezései csak ritkán fogantatást gátolnak. Egyes hazai czégek és ezeken kívül olyan külföldiek is, kiknek honában az ilyen hirdetés szigorúan el van tiltva és üldöztetik, újsághirdetéseikben, árjegyzékeikben, sőt csomagolópapírokon tolatkodó módon hívják fel a közönség figyelmét bizonyos, a női termékenységet meggátoló óvszerekre, anélkül, hogy ez által az illetékes hatóság figyelmét magukra vonnák; pedig e rendelet 2. pontja tilalom alá helyez bármely szert, készítményt és készüléket, ha azt a női termékenység megakadályozásának czélzatával hozzák ajánlatba. Felhívom ennélfogva Czimet, hogy az idézett körrendeletben foglalt rendelkezések betartása, pontos végrehajtása és ellenőrzése iránt haladéktalanul intézkedjék.

Személyi hírek külföldről. *Löffler* tanár utóda a berlini Robert Koch-intézet (Institut für Infektionskrankheiten) vezetői állásában *H. Kossel* tanár, a heidelbergi egyetem hygienikusa lesz. — *Justi* dr. hallei magántanár (kórbonczolástani) tanári címet kapott. — *Waldeyer* tanár, a kiváló berlini anatómus, a ki egyúttal főtátrka a berlini tudományos akademiának, október 6.-án töltötte be 80. évét.

Hírek külföldről. Kopenhágában társulat létesült a háború szocialis következményeinek a tanulmányozására. A társulat a háborúra vonatkozó könyvtart tart fenn, adatokat gyűjt, előadásos üléseket tart és közleményeket ad ki.

Az orvos urak

tisztelettel felkéretnek, hogy esetleges lakváltozás esetén új címüket az **Orvosi Évkönyv** 27. évfolyama számára nálunk mielőbb bejelenteni szíveskedjenek

Magyarország Orvosainak Évkönyve szerkesztősége

Budapest, VII., Kertész-utca 16.
Telefon 85—00.

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

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

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

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

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet Budapest, I., Városmajor-utca 64. Telefon 88-99.

Bel-, ideg- és nőbetegek részére. Hízaló és soványító gyógymódok. Vízgyógyászati és villamos kezelések bejárónak is. A betegek **Dr. báró Podmaniczky Tibor**, igazgató-főorvos állandó felügyelete alatt állanak.

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

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

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

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: Budapesti Kir. Orvosegyesület (XIII. rendes tudományos ülés 1916 május 27.-én.) 556. lap. — A 16. számú helyőrségi kórház tudományos értekezlete, 556. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(XIII. rendes tudományos ülés 1916 május 27.-én).

Elnök: Grósz Emil.

Jegyző: Dollinger Béla.

(Vége.)

A rokkantak végtagcsonkjainak gyógykezeléséről.

Dollinger Béla: Midőn a bemutató a *Timót-utcai utókezelő intézetnek* és az ebben levő 600 ágyas *csonkítottak osztályának* orvosi vezetését átvette, elsősorban azon czélt tűzte maga elé, hogy az *amputáltak csonkjait a művégtag használatára és viselésére alkalmassá tegye*. E feladatot sebészi és gyógymechanikai eljárással igyekezett megoldani. Mai bemutatójával kaocsolatban csak a gyógymechanikai kezelésről óhajt beszélni. Az amputáltak osztályára kerülő rokkantat a következő módon gyógykezelik. Mindenekelőtt a művégtag pontos elkészítése czéljából a csonkról gypsmintát készít. Ezután áttér a csonkkezelés gyógymechanikai részére. E kezelés feladata elsősorban a rendszerint sorvadott izomzatú csonk edzése. Ezt *massage*-zal éri el. A csonkkal szomszédos ízületek zsugorodását manualis *ellentállási gyakorlatokkal*, és a hol lehetséges, géptornával győzi le. E kezelés 3—4 hétig tart, ezalatt a rokkant munkavégző tagja elkészül. Ezután a művégtag viselésének és használatának begyakorlása a főczél. A bemutató a művégtag begyakorlására *járógyakorlatokat* végeztet. E járógyakorlatok folyamán a rokkantat megtanítják, hogy hogyan kell a legkülönbözőbb járásra kedvezőtlen talajokon járni. (Például felszántott terület, köves, buczkás utczarészlet.) Ezek után következik a bemutató által szerkesztett különböző *akadályok átlépése*, melyek alkalmával a művégtaggal ellátott csonk izomzata erősen működik és a prothesis hasznavehetősége is próbára van téve. Ezen járógyakorlatok és különböző akadályszerkezetek után azon *játékokat* ismertette, melyek a physikalís hatáson kívül az amputáltak pszichéjére is hatnak és a jó hangulatot emelik.

Az alsó végtag csonkkezelésén kívül természetesen a *félkarú rokkantak* csonkjainak gyógykezelésével is foglalkoztak és a felső művégtag begyakorlására külön tanfolyamot rendeztek. Erről a tárgyról más alkalommal fog értekezni.

A bemutató végül hangsúlyozza, hogy az *amputáltaknak egészen külön gyógykezelésre és begyakorlásra van szükségük, a mi legczélszerűbben külön osztályon, egységes vezetés mellett történik*. Ez már azért is czélszerű, mivel így a művégtagok is állandóan szemünk előtt vannak és így egyrészt azok hibáit is azonnal kijavíthatjuk és másrészt esetleges módosításokat végezhetünk rajtuk. Az *amputáltak osztályának legfőbb czélja azonban a végtagcsonkok edzése és a művégtag használatának begyakorlása, amivel főleg azt akarjuk elérni, hogy a midőn a csonkított a kórházat elhagyja, ezen új helyzete számára teljesen kiképezve és minden abból támadó nehézséggel szemben felvértezve lépjen az életbe*.

A 6. sz. tartalékkórházban végzett állkapocsműtétek eredménye és statisztikája.

Ertl János: Az előadó az állkapocstörések kezelésének főbb problémáit óhajtja megvilágítani, úgy külföldi tapasztalatai, valamint a saját eredményei alapján.

Elsősorban is a késői pseudarthrosisokkal foglalkozik. Ezeknek nagy számát látta úgy Bécsben, valamint Németországban. Ezzel szemben neki aránylag kevés késői pseudarthrosis volt. Ennek okát részletesen kifejti. A pseudarthrosis bekövetkezését azzal tudta meggátolni, hogy a spontán gyógyulást nem mutató eseteket a 6.—8. héten megoperálta. Osteoperiostalis plastikát végzett. Ezen műtétet 126 esetben végezte és 9 kivételével mind meggyógyult. A nem gyógyultak közül 3 a corpuson, a többi a ramus horizontalison szenvedte a sérülést. Ezek azért nem gyógyultak, mert az idő-

pont volt elmulasztva, a periosteum pedig már atrophias stadiumba került.

A therapia második nehézsége a súlyos defectusos esetek megoldása volt. Az előadó ezeket, valamint a késői pseudarthrosisokat transplantációval gyógyítja meg. Hogy miként állott ezen kérdés Bécsben folyó év márczius havában, jól visszatükröződik az előadónak a bécsi orvosegyesületben tartott előadása és bemutatója utáni discussióban, mely részletesen megjelent a Wiener klin. Wochenschrift 12. számában. Majd *Schaeffer*, a hollandi missio orvosa személyében direct kapcsolatot kapott Németország legnagyobb „Kiefer-Station”-jával, hol eddig 11.500 beteget kezeltek. Meghívásra *Schaeffer*, *Posta* és az előadó felkereste Düsseldorfot, miközben áttanulmányozta Németország egyéb nevezetes „Kiefer-Station”-jait is. Berlinben *Schröder*, *Williger*, *Klapp*, *Axhausen* klinikáit, Hamburgban *Wiesinger* tanár s *Albers Schöenberg* tanár osztályát, Düsseldorfban *Brunn*, *Lindemann*, *Hauptmayer* eredményeit s eljárásait pontosan áttanulmányozta, Frankfurtban *Loos* osztályát.

A tapasztaltakat és saját eredményeit összehasonlítva, a következőket mondhatja:

A conservatív kezelés általában ugyanazon elvek szerint történik, azzal a különbséggel, hogy míg Bécsben és Németországban 6—8 hónapig is conservative kezelnek egy mandibula-törést, addig nálunk a 8 hét alatt conservative meg nem gyógyítható eseteket megoperálják, mert az ezen idő alatt be nem gyógyult löcsatornák pseudarthrosisba mennek át és minél hosszabb a conservatív kezelés, annál jobban propagál a defectus. Ebben látják az okát annak is, hogy Düsseldorfban számtalan 2 cm.-es transplantatiót végeztek.

A transplantációs eredményeikben feltűnő a késői s máskülönbben is gyenge consolidatio. 6 hónapot tartanak a consolidatio normalis időpontjának, de sok esetben egy éven túl is várákoznak rá.

Újabbán, hogy a mandibula görbületét megadhassák, a crista ilei-ből transplantálnak. Nagyobb defectusokat két ülésben pótolnak. Feltűnő, hogy a beteget igen sokszor operálják, saját bevallásuk szerint 15-ször is. Legnagyobb transplantatumuk 9 cm. volt. Ezzel szemben nálunk majd mindegyik transplantatio a 6. héten consolidált. Bármily nagy defectust egy ülésben pótolnak a nélkül, hogy az állkapocs görbületének megadásához crista ileit használnának fel. Reconstructiv plastikáikat 1—2 ülésben befejezik. Eddig számottevő reconstructiv plastikát 50 esetben végeztek. Transplantatiót 34 esetben. A transplantatum 4 és 13 cm. közt váltakozott.

Az operált betegek némelyike a 6. héten már főtt húst is tudott enni.

A 16. számú helyőrségi kórház tudományos értekezlete.

Elnök: Mohr Mihály.

Jegyző: Ifj. Háhn Dezső.

Schwarz Ede: Az egész jobb agyfélre kiterjedő agytályog operált és gyógyult esete.

L. J., 40 éves honvéd koponyáját 1915 jún. 16.-án puskalövés érte az északi harctéren. Horodenkán, Kolomeában és Debreczenben kezeltetett. A lövés után nem vesztette el eszméletét azonnal, még maga vetkőzött le és azután eszméletlen lett. Két nap múlva vette észre, hogy bal felső végtagját mozgatni és bal szemét lehunyni nem tudja.

Állapot júl. 24.-én: A jobb homlokodon a szemöldöktől 7 cm.-re egy 2 cm. hosszú, balról jobbra, fel- és hátrafelé haladó vonalszerű heg, mely körül félholdalakú bőrbeszűrődés látható. Hátra a jobbi dudor alatt borsónyi, kékesen elszínesedett lapos hegesezés. Bal felső végtagját csak mini-

malisan tudja mozgatni, alsó végtagjait járaskor húzza. Az uvula és nyelv deviált, a bal szájzúg lefelé áll. Ptyalismus. A beteg közérzete különben jó. Fejfájása nincsen. Hőmérséke délutánként 1—2 tized emelkedést mutat. A Röntgen-kép a be- és kimeneti nyílást, a körülöttük lévő repedéseket, valamint a két nyílást összekötő, zeg-zugos hosszú repedést jól mutatja. Pulsus 62.

Műtét aug. 6. án chloroform-aether-narcosisban. A homlokban a meglévő heg körül félholdalakú bőrmetszés, utána a heg leválasztása a duráról és a csontsebnak feltárása és tágitása mintegy ötkoronásnyi területen, hátul ugyancsak kb. ötkoronásnyi ovalis csontfolytonossághiány készítése. A kis bőrszövet egymással való összekötése vízszintes irányban a periosteum leválasztásával a zeg-zugos vízszintes összekötő repedés megtekintése céljából; utána e fölött a bőr összevarrása.

Az agytályog megnyitása a hátulsó nyíláson át, midőn csaknem 1 1/2 deci liquorral és itt ott szürkés anyaggal (posztófoszlányok) kevert sárga geny ürül ki, miközben az elülső nyíláson levő dura szinte az agyalapig süllyed le, a homloklebeny tályogjának kiürülése következtében. A durát itt is megnagyítva, az elülső és hátulsó nyílás az egész agyfélén áthaladó tályogürön át vízszintesen kommunikál. Jodoformgaze drain mindkét nyílás felől.

A beteg másnap láztalan, közérzete jó, a baloldali paresis szűnőben. A nyelvdeviatio megszűnt. 1915 okt. 31. A sebek begyógyultak, a bénulásos tünetek csaknem teljesen visszafejlődtek.

Schwarz Ede: A homloklebeny tyúktójsznyi tályogja. Műtét; gyógyulás.

V. J., 31 éves gyalogos 4 hét előtt sérült meg a galicziai harctérén srpnell által. Máramaroszigeten kezelték, a hol jobb halántékából egy lövegcszilánkot távolítottak el. A sérülés után mindkét szeme bedagadt, úgy hogy semmit sem látott. A duzzanat elmúltával bal szemére teljesen megvakult.

Állapot 1915 júl. 23. án. A bal szemöldök felett ferdén a homlok közepe felé húzódó, 4 cm. hosszú, 15 cm. széles, tátongó, lepedékes szélű, genytermelő sarjakkal kitöltött anyaghiány, melynek mélyén pulzálás látható, a bal felső szemhéj duzzadt, piros, közepén kis harántirányú heg. A jobb temporalis tájon 1 cm. széles, felületes, rendetlen hegesedés, a honnan a lövedécszilánkot távolították el.

Röntgen-lelet: A bal homlokban az orbitáig, valamint a fejtető felé húzódó és mindkét sinus frontálisra kiterjedő repedések. Jobboldalt anyaghiány. A jobb szem ép, a bal szemmen a szemfenék ép, opacitates in corp. vitr. Tárgylátása van.

A beteg közérzete a lehangoltságon kívül nem mutat eltérést. Fejfájások vagy más agytünetek nincsenek. Délután apróbb hőemelkedések. Július 28. Műtét chloroform aether narcosisban. A bal homlokban lévő sebész feltárása a meglévő sebész-vonalon és a szemöldökíven vezetett metszéssel, miáltal háromszög alakú lebenyt kapunk. A csontsebnél körüli csontszilánkok, a felső orbitaszél és a bal sinus frontális felének eltávolítása; a többi sinusterület megtartása. A dura ép. Az agyon rendellenesség nem látható. Az üreg teljes kitakarítása. Másnapra a beteg láztalan, azután ismét apróbb délutáni hőemelkedések, melyek arra indítanak, hogy a jobb halántékon lévő sérülés területét is feltárjuk. Szept. 18. Agytályogra való kutatás eredménytelen. A hőemelkedések elmaradnak.

Okt. 12. Néhány napja ismét apróbb hőemelkedések, a közérzet változatlan.

Okt. 21. Hirtelen hőemelkedés 39.2°-ig. Előző napon fejfájások meningealis tünetek nélkül. Műtét: A bal homloksebnél újból feltárása. A csontsebnél tágitása jó ötkoronásnyi területen. Az agy feszes, nyomásra ellentálló, pulzálás nélküli. 1 1/2 cm. mély, hosszirányú bemetszésre bőséges sárga geny ürül. Az üreg 6 cm. mély, tátongó. Jodoformgaze-tamponade.

Okt. 25. A beteg teljesen láztalan. A közérzet jó. Naponta kötés.

Márcz. 2. A hegesedés a homlokban teljes, rajta jól látható agylüktetés.

Mindkét eset ezidőszereint gyógyulnak tekinthető és bizonyos idő eltelte után a csonthiányok plasztikus úton való zárása következik.

Bíró Ernő: Vetített képeken demonstrálja az utolsó két háborús évre vonatkozó Röntgen-képeit.

Molnár Béla: A katonák auscultációs vizsgálatának egy hibajorrásáról és annak megszüntetéséről.

A kik bővíben vizsgálnak katonákat, bizonyára észrevették, hogy ezek nem éppen ritkán, részben öntudatlanul, részben azonban öntudatosan, az auscultációs vizsgálat alatt oly zörejekeket produkálnak, amelyek a tényleges légzés-zörejekeket nemcsak elfödik, hanem egyenesen káros zörejekeket keltik. Meggyőződött, hogy az ilyfajta zörejekek a garatban keletkeznek, még pedig oly módon, hogy a garatnyílás főleg a nyelv hát segítségével összeszoríttatik és az ott levő vagy talán éppen ezen célból ott gyűjtött és reszervált nyálkarészletek a be- és kilégzéskor rezgésbe hozatnak, a mi által szörcsölés jön létre. Az ily módon mesterségesen létrehozott légzési zörejekek esetenként a bronchitis chronica diffusa auscultációs leletéhez nagyon is hasonlíthatnak. Hogy e hibajorrást elkerüljük, azt ajánlja, hogy az ily katonák előző és közvetlen köhögés után laza fejtartás mellett maximalisan kinyitott szájjal és maximalisan kiöltött nyelvvel lélegezzenek az auscultációs vizsgálat alatt.

Ifj. Háhn Dezső: A húgycső prostata-részébe ékelődött kő operált esete.

J. M., 24 éves szerb fogoly előadja, hogy két hónappal felvétele előtt a fossa navicularisból kövecskét távolítottak el. Körülbelül 15 nap múlva egy másik követ is eltávolítottak, azonban a húgycső említett részének véres úton való tágitásával. Pár héttel ezen műtét után gátja táján keményedést vett észre, amely őt vizelésében annyiban zavarta, hogy csak a gát ide-odamozgatásával tudott nehezen vizelni. Ugy a szonda-, miként a Röntgen-vizsgálat a húgycső prostata-részében ülő követ állapított meg. A bemutató localanaesthesia alatt urethrotomiát végzett és kb. mogorónyi követ távolított el. Az urethrotomia sebének gyógyulása után cystoskopos vizsgálattal a hólyagban kő nem volt látható, ellenben a veséről készített Röntgen-képek azt mutatták, hogy mindkét vese tele van kövekkel. A bemutató a veseköveknek műtéttel való eltávolítását ajánlja.

Ifj. Háhn Dezső: A nervus medianus és nervus ulnaris resectiója és varrata.

B. N., 40 éves szerb infanterista, a belgrádi visszavonulásnál sebesült meg. Jobb alkarja kb. a közepén megsérült. A neurológiai vizsgálat alapján végzett műtét a nervus ulnaris és medianus sérülését mutatta, mely sérülés következtében a nervus ulnaris csontjai oldalt egymás mellé nőttek, a nervus medianus sérülésének megfelelőleg vaskos heg képződött, amelyben az idegrostok elpusztultnak látszottak. A bemutató a nervus medianusból 3 cm., a nervus ulnarisból 2 cm. hosszú darabot reszekált s az épnek látszó idegcsontokat összevarrta. A beteg a műtét utáni 8. héten kezdi mozgatni az ujjait. Az elektromos vezetésben azonban lényeges változás a műtét előtti állapothoz képest még nem mutatható ki.

Ifj. Háhn Dezső: Orrplastika.

M. S., 36 éves, orosz őrmester orrának legnagyobb része shrapnell-lövés következtében tönkrement, úgy hogy az orrnak csak alsó harmada maradt meg. Ezenkívül jobb szeme hiányzik s az orbita alsó szélének egy része. A bemutató a homloktájáról vett lebenynyel pótolta az orr hiányzó részét.

Keppich József: Penis-plastika lövés-sérülés miatt.

V. I., 32. gy.-ezredbeli közlegény 1915 március 24.-én sebesült meg a Kárpátokban. A golyó a végbélnél hatolt be s a symphysisnál jött ki. Vizeletbeszűrés miatt március

31.-én Lőcsén operálták és a teljesen szétroncsolt bal heréjét eltávolították. Május 15.-én került a 16-os számú kórház sebészeti osztályára a következő állapotban:

A bal here hiányzik, ennek helyére a penis van odanőve, a makk a scrotum gyökénél fekszik. A vizelet a gáton lévő húgycső-sipolyon keresztül ürül ki.

Penis-plastika többszörös műtéttel. 1915 június 24.-én a lenőtt penist felszabadítja, a bal czombhajlatból vett négyszögű lebenynek egyik szélét a penissel összevarrja.

November 17. A nyeles lebeny másik végét átvágja s vele a penist körkörösén beborítja.

Húgycsőplastika: A vizeletsipoly körülmetészése, két rétegben való megvarrása.

1916 február 11.-én gombostű nagyságú vizeletsipoly a gáton. Ennek műtete: körülmetészés, zárás, állandó kathéter.

1916 május 3. A vizeletsipoly teljesen meggyógyult, a penis bal oldalán lévő heg folytán a penis erectiókor erősen bal felé görbül.

A heg kimetszése lebeny-eltoltással, az elgörbülés ki egyenesítése.

A műtétek mind reactionmentesen gyógyultak, a betegnek jelenleg erectiókor semmi panasza sincs.

(Folytatása következik.)

PÁLYÁZATOK.

22.640/1916. sz.

Az elhalálozás folytán megüresedett somogy megyei **tiszti főorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Felhívom mindazon orvostudor urakat, kik eme állást elnyerni óhajtják, hogy 1 koronás bélyegjeggyel ellátott és Somogyvármegye főispánjához címzett pályázati kérvényüket az 1883. évi I. t.-czikk 9. §-ában előírt képesítésüket, életkorukat, végzett tanulmányaikat és eddigi alkalmaztatásukat okmányilag igazolva **legkésőbb folyó évi december hó 1.-éig** hivatalomhoz annál is inkább nyújtsák be, mert az elkésztett beérkezett pályázati kérvények figyelembe vételét nem fognak.

Az állás javadalmazása az 1904. évi X t.-czikk rendelkezéséhez képest a VIII. fizetési osztály III. fokozatának megfelelőleg 3600 korona kezdőfizetés, természetbeni lakás, melybe azonban az ujonnan ki-nevezendő tiszti főorvos csupán 1917. évi május hó 1.-én költözhetik be, addig a megfelelő 1040 korona lakbért élvezzi, 1400 korona uti-átalány, végül a természetbeni lakással járó erdei fajod.

K a p o s v á r, 1916 szeptember hó 28.-án.

Az alispán.

A m. kir. mezőhegyesi állami ménestézetnél a külső gazdasági majorokban ellátandó orvosi szolgálatra **azonnalra egy kisegítő orvos** lesz alkalmazva, mely állásra a lenti parancsnokság pályázatot hirdet.

Ezen orvos javadalmazása 20 (husz) korona napidíj és egy butorozott szobából álló lakás.

A folyamodványok megfelelő okmányokkal felszerelve **azonnal** az alant feltüntetett parancsnoksághoz nyújtandók be.

Gyakorlattal bíró orvosszigorúók is pályázhatnak.

Magyar királyi állami ménes katonai parancsnokság Mezőhegyesen.

HIRDETMEŒY.

Szorgalmas, munkabíró

községi orvo helyettes kerestetik

azonnalra, lehet szigorló orvos is, a ki a háború utáni választásnál előnyben részesülne. A környéken jelenleg legalább 10 községben nincs állandó orvos **20.000 korona biztos évi jövedelem**, ha szorgalmas és kocsin a környékbeli falvakat is meglátogatja. **Uj kényelmes lakás.** A községgel és szolgabíróssággal szívesen tárgyal és érdeklődőknek készséggel bővebb felvilágosítást ad

KUNDEL Károly, gyógyszerész
Ernőháza (Torontálmege.)

Embarin

Energikusan ható

antisypiliticum

intramuscularis és subcutan injectiók számára.

A kezelés kezdeténél azonnal a legtöbb syphilitikus jelenségek visszafejlődés tapasztalható.

A befecskendéseket jól tűrik és fájdalmat alig okoznak.

6 ccm-t tartalmazó üvegek, dobozok 10 ampullával à 1,3 ccm.

Collargol

Nemcsak legjobban bevált szer

általános fertőzéseknel,

sepsis, pneumonia, acut izületi csúsz stb.-nél, hanem ingermentes, veszélytelen, fölőtte hatásos

helyi antisepticum

fertőzött sebek, fekélyek, gonorrhoea, cystitis, pyelitis, endometritis, a szem, fül, orr és annak melléküregeinek fertőzései ellen.

Csövecskék 1 g collargollal.

Irodalom díjmentesen.

Chemische Fabrik von Heyden, Radebeul-Dresden.

Klimatikus gyógyhely egész éven át látogatva

1915 : 12.474 vendég 726.633 lakott nappal.

DAVOS

Schweiz, Graubünden, 1560 a t. sz. f.

Fő vasúti és postaállomások

Davos-Dorf és Davos-Platz.

Legjobb gyógysikerek idült-hurutos és infiltratív **tüdőaffectiók**, idült hörghurut, **pleuritis** és annak következményei, **asthma nervosum**, skrofulosis, chlorosis, neurasthenia, malaria, Basedow-betegség, reconvalescentiánál. Értesítések és prospektusokat díjmentesen küld a Verkehrsverein Davos.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bókay János: Balassa-előadás. A gyermekorvostan pirkadása a külföldön s hazánkban, a XIX. század gyermekorvostana s a mai paediatría. 560. lap.

Ifj. Molnár Béla: Közlemény a miskolci megfigyelő-állomásról. A paratyphus-A-reconvalescensek bakteriologiai vizsgálatáról. 569. lap.

Leitner Fülöp: A cs. és kir. laibachi 5. sz. tartalékkórházból. (Kórházparancsnok: Zörnlaib Sándor dr., ezredorvos.) Anaemia pernicioza esete. 570. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Landois: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. — Biedt: Innere Sekretion. — Lapszeme: Reorvostan. Theilhaber: A rák sugaras gyógyítása. — Traugott és Gnutschky: A szívbetegségek terhesége. — Sebészeti. Sehn: A gázphlegmone prophylaxisában és terapiájában a tartós pangással való korai kezelés. — Szülészet és nőorvostan. Walther: A placenta manuális leválasztása. — Gyermekorvostan. Ochsenius: A számarhurut gyógyítása. — Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra. Weinbrenner: Az acné necrotica és a dohányzás közötti összefüggése. — Gött: Rachitis. 571—572. lap.

Magyar orvosi irodalom. 573. lap.

Vegyes hírek. 573. lap.

BALASSA-ELŐADÁS.*

A gyermekorvostan pirkadása a külföldön s hazánkban, a XIX. század gyermekorvostana s a mai paediatría.

Előadta: Bókay János dr., egyetemi ny. r. tanár.

T. Hallgatóság!

1868 december 9.-én temették Balassát, a nagynevű magyar orvost, ki talán mindenkori rendünk legnagyobb orvosa fog maradni hazánkban — a híres Hebra nem túlzottan mondotta róla: „*Sein Name war gefeiert, wie der eines Dedé*“ —, mert tudományunk akkori fejlődési foka neki még megengedte, hogy fényes elméjében összesíthesse s mesterileg kezelhesse az egész orvostudományt s mert nagy befolyásával és fáradhatatlan munkásságával gondosan megalapozta a hazai orvostudomány egészséges fejlődését és szakmunkásságával ráterelte hazánkra a külföld figyelmét, s bár kísértésnek volt kitéve, hogy elhagyja hazáját s az akkori kiválóan híres bécsi egyetem sebészeti katedráját foglalja el, büszkén megmaradt magyar orvosnak, híven jelszavához: „*hungarus sum*“.

Midőn 1848-ban az első alkotmányos felelős ministerium megalakult s Eötvös József báró vette kezébe a közoktatási tárczát s Balassát nevezte ki az egyetem orvosi ügyeinek igazgatójává, Balassa mihamarabb hozzálátott az ügyek szervezéséhez; a bekövetkezett szabadságharc nagy eseményei azonban elhallgattattak minden más törekvést s az általa gondosan előkészített reformtervezet is félretételt. Ezen javaslat, egyéb fontos reformok mellett, már hangsúlyozza egy gyermekorvostani tanszék felállításának szükségességét a pesti egyetemen s ezzel Balassában már 1848-ban megnyilatkozik azon törekvés, hogy orvostudományunk intensivebb művelésének előmozdítására, a tanítás keretében

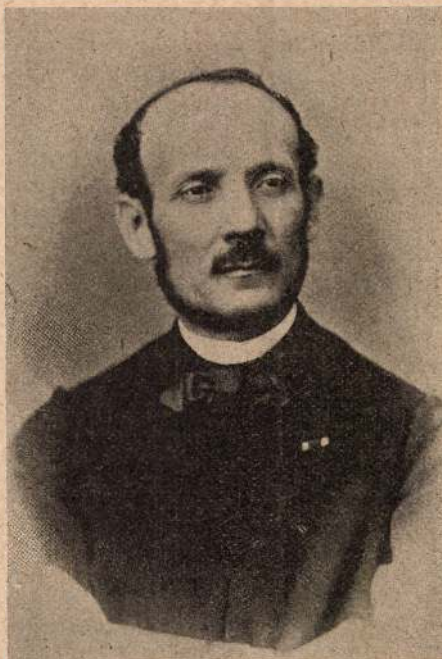
is szétoszszuk gyakorlati tudományunkat részleteire. S hogy Balassa a gyermekorvostant mint specialitást különösen hangsúlyozta oly korban, midőn a paediatría a külföldön is csak alig derengett, kétségtelenül abban leli magyarázatát, hogy ott látta maga körül oly eredményesen működni Schöpf-Merei-t, ezt a kiválóan nagy-műveltségű magyar orvost, ki hazánkban a tudományos paediatría első munkása volt s megvetette alapját a magyar paediatríkus iskolának.

Így ma, midőn Balassa emlékének hódolunk, hazafias kegyeletemnek, mint magyar orvos, ünnepi előadásomban legméltóbban olyképp vélek kifejezést adni, ha a gyermekorvostan fejlődését hazánkban vázoló, szembeállítva a külfölddel, azon szakma kibontakozását az összes orvostudományból, mely szakma Balassa szemében már elég fontosnak látszott arra, hogy az egyetemen mint különleges studium kultiváltassék.

* * *

Bár egyes gyermekbetegségekkel természetesen már a régi kor klasszikus orvosai is foglalkoztak irataikban, az első igazi gyermekorvoslási munkának a svéd Nil Rosen v. Rosenstein-nak „*De morbis infantum*“ címmel Upsala-ban 1752-ben megjelent terjedelmes művét tekinthetjük, mely, mint hallani fogjuk, 1794-ben magyar fordításban is megjelent. Rosen munkája harmincz évvel előzte meg a híres angol orvosnak, Underwood-nak Londonban megjelent „*Treatise on the diseases of children*“ című könyvét s Rosen mindenképp reászolgált arra, hogy a késő utókor őt tekintse a gyermekorvostan első komoly művelőjének.

De Rosen könyve előtt találunk sokkal korábbi időkből



BALASSA JÁNOS.

* Tartatott a Budapesti kir. Orvosegyesületben, 1916 október 14.-én.

is nyomtatott iratokat, melyek a gyermekbetegségeket s azok orvoslását már összefüggőleg tárgyalják, természetesen a régi kor naiv felfogásával, és érdek-s, hogy a legrégebb nyomtatvány, mely ide sorozható, egy fiemei orvostól: *Paulus Bagellardus a Flumine*-től származik 1472-ből „*Libellus de aegritudinibus infantium*” címmel, mely füzetke Paduában lett nyomva. Tekintve, hogy Fiume V. Ulászló alatt szintén hazánkhoz tartozott, *Bagellardus Libellus*-át magyar orvostudományunk legrégebb nyomtatott reliquiái közé kell soroznunk.

Nem tekintve *Bagellardus* különben jelentéktelen kis könyvét, az első, magyarul nyomtatásban megjelent gyermekorvostani munka *tagyosi Csapó József*-nek, Debreczen városa physikusának 1771-ben Nagykárolyban *Pap István*-nál nyomtatott munkácskája, mely „*Kis gyermekek isputálja*” címmel látott napvilágot. *Csapó* korában magyar ifjainknak az orvosi tanulmányok végzése még nehéz és költséges volt, hisz tudjuk, hogy csak 1770-ben alapították az első orvosi kart a nagyszombati egyetemen, ezen idő előtt a magyar ifjúság csak a külföldi egyetemeken szerezhette meg az orvosdoctori diplomát, s hogy a régi magyar tudományszomjas

nek *methodusa szerint* a saját munkáját „*rendezhette volna*”, nem forgatott. Száz betegséget ír le, röviden, helyenként igazán világos körképeket rajzolva s a könyvecske végén „*rövid oktatás*”-t nyújt arról: „*miképpen kelljék bálni a kisdedekkel mindgyárt születésük után, miként szoptassák kezdetben s miként a tselstől való elválasztás eránt*”. Különösen érdekesek a befejezésül nyújtott „*Hasznos regulák*”, melyeket „*kis gyermekek nevelése végett*” kívánt közleni, mely regulák a gyermekhygienét teljesen felölelik s itt-ott mai felfogásunk szerint is bámulatosan helyesen vannak megfogalmazva.

Körülbelül húsz évvel *Csapó* munkája után látott napvilágot a híres *Rosen* vaskos terjedelmű svéd gyermekorvos-tanának magyar fordítása. A fordító *G. Domby Sámuel*, tek. nemes Borsod vármegyének „*érdempénzt váró*” orvosa, s a munka Pesten nyomtatott 1794-ben *fűskuti Landerer Mihály* „*bötiivel és költségével*”. A fordítás a göttingai negyedik német kiadás szerint készült s nekünk magyaroknak kiválóan érdekessé teszi a munkát azon körülmény, hogy csillag alatt *Domby* több helyütt megteszi magyar vonatkozású érdekes, sokszor terjedelmes megjegyzéseit, melyek magukban véve is mutatják *Domby*-nak az akkori időkhöz mért magas orvosi

KIS GYERMEKEK ISPUTALJA.

MELLYBEN

Külömbféle Nevezetesebb Nyavalyái, és külső Hibái a' kis Gyermekeknek, 's ezek eránt lehető orvoslásnak módgyai hűségese meg-irattak.

CSAPO JOSEF

Medicinæ Doctor, és Nemes Szabad Királyi DEBRECZEN Várofsának Physikusá által.



N. KÁROLYBAN.

Sz. N. PÁP ISTVÁN Typograph. által
1771. Éfztendőben.



orvosnövendék a külföldön nem egyszer mily hosszú és keserves vándorlást vitt véghez a XVII. és XVIII. században, míg magát az orvostudományban kellőleg kiképezhetette, élvezetesen írta le tisztelt kartársunk *Kossa Gyula* s nem csodálkozunk azon, ha egyik diák, *vizaknai Bereczk (Briccius) György*, midőn 1693-ban Beszterczéről „*kimozdul*”, hogy „*idegen országokban bujdosson*”, naplójában a következőkép fohászkodik: „*Uram Jézus Krisztus, légy énnekem útaimban kalauzom, légy vezérő és igazgató útírdásam, hogy elvégezvén ezt az utat, hálaadó dicséretet mondhassak Felségednek*” s mindjárt útja elején a gondviseléshez intézi sóhajtozását: „*quem sequimur? quove ire jubet! ubi ponere sedes*”. Ily hosszú vándorutat tett meg *Csapó* is. Egyetemi tanulmányait Németországban és Svájcban végezte, diplomáját Baselben nyerte el, tanulmányok tétele céljából még Franciaországot is bejárta s egyike lehetett hazánk legképzettebb orvosainak a XVIII. század 70-es éveiben. A 119 oldalra terjedt kis munkában, miként mondja: „*hűségesen megirattak a kis gyermekeknek külömbféle nevezetesebb betegségei és külső hibái s ezek eránt lehető orvoslásnak módgyai*” s érdekes a „*kedves olvasó*” hoz intézett előszavának azon kijelentése, hogy „*kis gyermekek nyavalyáiról magyar nyelven írott könyvet soha nem látott, sőt más nyelveken is ily formán írottat, mely-*

intelligentiáját. A vaskos kötetet *ghimesi Forgách Ludmilla* grófnőnek, a császári és királyi udvar keresztes dámájának, *galánthai Esterházy István* gróf élete párjának, az ő „*kiváltképen való kegyes Patrona asszonyának*” ajánlja, „*kinek edelényi kastélya sok gyámoltalanságra jutott gyermekeknek, szüleiktől megfosztott árváknak befogadó szállása s a ki, ha betegségek történik, számokra orvost vitet, gyógyíttatja, sőt maga is körülöttük éjjel-nappal vagyon, fáradoz, nyughatatlankodik*”. Ki ne olvasná ki e sorokból a beteg és gyámoltalan gyermek iránti gondoskodás ébredését hazánkban s ki ne találna meg a *Domby* nemeslelkű nagyszomnyában azon lelkes magyar nőknek talán legelsejét, kik bár kis körben kifejtett lelkes működésükkel a maguk részéről is előkészítették a puericultura kifejlődését magyar hazánkban. S míg nálunk a puericultura még csak embryonalis szakát éli, Franciaországban a szerencsétlen végű *Marie Antoinette* királyné már országszerte szervezteti a *Société de charité maternelle* eket, melyekre hogy Franciaországban szükség volt már akkor (1786), kitűnik *J. J. Rousseau* reformáló munkájából, az „*Émile*”-ből, melyben a híres philosophus 1764-ben keserűen panaszkodik, hogy a francia anyák „*nem elég, hogy nem szoptatják gyermekeiket, már szűlni sem akarnak*”.

Hogy *Domby* mily lelkes szeretettel végezte a fordítás fáradságos munkáját, előljáró beszédének minden sorából kitetszik, s nem nagyzás, ha az előszó után *Domby* fia, a pataki tanuló a következő distichonokban apostrophálja lelkesen atyját:

„Rosen is így lészen magyaros köntösben egészen,
„Oh Ti Scitta kezek, néktek adódnak ezek.
„Ezt cselekedted Atyám, melyért megnyitattik a szám,
„Hogy Rosen magyarul szólhlata, minden örül.

Megemlítésre érdemes, hogy a pesti egyetem cseh születésű tanára, *Trnka Venczel*, ki *van Swieten*-nek volt a tanítványa, 1787-ben egy 340 oldalra terjedő munkát adott ki latinul az angolkórrol.

* * *

Ha a kórházak fejlődésének történetében a XVIII. század végére visszatekintünk, azt látjuk, hogy a kórházak ezen időben a legsiralmasabb viszonyokat mutatták, oly állapotokat, melyek ma mindannyiunkat megdöbbenének s a legnagyobb borzalommal töltenek el. Hogy azonban ezen szomorú állapotok már az akkori idők vezetőférfiait is élénken foglalkoztatták, mutatja, hogy XVI. Lajos megbízta a párisi akadémiát, hogy sürgősen dolgozzon ki emlékiratot a Hôtel Dieu átalakításáról s alaposan tanulmányozza *Poyet* idevonatkozó tervezetét. Az emlékiratot 1785-ben *Bailly* dolgozta ki azon bizottság tárgyalásai alapján, melyben a legkiválóbb orvostanárokon (*Tenon* stb.) kívül *Laplace* és *Lavoisier*, a két híres természettudós is résztvett. Hogy mily siralmasak voltak akkor az állapotok a Hôtel Dieu-ben, bizonyítja, hogy egy-egy kórteremben 100 beteg is feküdt együtt, szorosan egymás mellett, esetleg többen is egy nagy ágyban, felnöttek gyermekekkel, nem egyszer 8—9 gyermek egy nagy ágyban s a kanyaró-, himlő-, vérhas-betegek együtt feküdtek a nem ragályos betegekkel. Ezen állapotok indították *Lavoisier*-t arra, hogy a kórházi viszonyok gyökeres megjavítása érdekében a kórház salubritásának biztosítása céljából a következő, máig is teljes érvényű tetteket állítsa fel:

1. „Valamely kórház egészségtelen volta első fokon abban nyilvánlik meg, hogy késlelteti a betegek gyógyulását; utolsó fokon pedig, hogy betegségeikhez oly bajok társulnak, melyekkel addig nem bírtak.”

2. „Szükséges, hogy minden kórház, melyet ma, a mi felvilágosodott századunkban (XVIII. század vége!) építenek, mintegy eredménye legyen a megszerzett ismereteknek és egyessítse magában az összes segédeszközöket, melyeket a tökéletesedő tudomány a betegek állapotának enyhítésére nyújthat.”

A kiküldött bizottság által készített terjedelmes emlékiratnak két kardinális pontja volt: az egyik: hogy minden beteg külön ágyat kapjon, s a második: hogy a gyermekeket a beteg felnőttektől el kell különíteni.

Szomorúan érdekes, hogy a terror időszakában, 1794-ben, *Lavoisier*, kinek annyit köszönhetett hazája, szintén a guillotin alatt vérezett el.

A *Poyet*-féle emlékirat tehát már felvetette a gyermek-kórházak kreálásának a kérdését, mindazonáltal még évek multak el, míg az eszme a megvalósításra megérett s a párisi Hôpital des enfants malades, a legelső gyermek-kórház kapui megnyílhattak a szenvedő kisdedeknek.

1802-ig beteg gyermekekkel specialisan csakis itt-ott létesült rendelőintézetek foglalkoztak, melyeknek elseje 1776-ban Londonban alapított *A. Armstrong* által, két évi fennállás után azonban, *Armstrong* halálával, az intézet működését beszüntette. Ezt követte 1787-ben a nagytekintélyű osztrák orvos, *Mastalier* által társadalmi úton létrehozott bécsi rendelőintézet, mely mint Erstes öffentl. Kinder-Krankeninstitut ma is fennáll s így majdnem 130 éves multtal dicsekedhetik. Ausztria nagy alkotásokat felmutató „*tempus josephinicum*”-a, melynek 1784-ben a bécsi Allgem. Krankenhaus s a Gebäranstalt köszönheték létesülésüket, tette lehetővé ezen szép társadalmi intézmény létrejöttét. Ezen szerényke

kis intézet, a Wollzeile egy keskeny házának legfelső emeletén, volt az osztrák gyermekorvostan bölcsője s ezen mindinkább fejlődő rendelőintézetben fejtette ki működését a híres *Leopold Gölis*, a reichstadti herczeg udvari orvosa, *Löbisch*, később 1853-tól az aradi születésű *L. M. Politzer* s 1882-től ugyancsak hazánkfia, a pozsonyi származású *M. Kassowitz*.

Az első gyermek-kórház Európában, a párisi Hôpital des enfants malades 1802-ben létesült. a köztársaság X. évében, és pedig azáltal, hogy a conseil határozata alapján a rue de Sèvres-ben levő Maison de l'Enfant Jésus árvaház 300 ágyas kórházzá alakították át, 2—15 éves beteg gyermekek felvételére. „*Faire des hommes utiles à la patrie*” volt a conseil jelszava az alapításnál s ezen jelszó mellett nyíltak meg a kórház kapui a szenvedő beteg gyermek-seregnek s vette kezdetét a komoly tudományos munkálkodás szakunk megalapozására.

Ezen intézet, mely *Jadelot* igazgatása alatt indult meg, képezte ki sokáig egyedül az orvosokat a fejlődő gyermekorvostanból s *Gueisant* (1818—41), *Blache* (1845—63), *Trousseau* (1845—53), *Roger* (1853—74), *Bouchut* (1863—1883), *Archambault* (1867—83) stb., — ezek a kiválóan megfigyelő, éles szemű észlelők évről-évre nagyobb és nagyobb vonzóerőt gyakoroltak a külföldre is, úgy hogy a párisi Hôpital des enfants malades lett és maradt sokáig Mekkája mindazon kartársaknak, kik magukat a szakból alaposabban kiképezni óhajtották, s *Hutinel* tanár, a paediatra mai vezetője Franciaországban, 1909-ben megjelent nagy kézikönyvének előszavában büszkén írhatta, hogy „pendant plus que cinquante ans la pédiatrie française occupa glorieusement le premier rang.” Ezen kórház falai között gyűjtötték hangyaszorgalommal tapasztalataikat *Barthez* (*Ernest de . .*) s barátja és munkatársa, a genfi születésű *Fréd. Rilliet*, mely tapasztalatok szakszerű feldolgozása eredményezte a társszerzőknek 1843-ban megjelent háromkötetes „*Traité des maladies des enfants*”-ját, mely németre is lefordították. „*Ouvrage monumental*”-nak nevezi a genfi *d'Espine* egy ünnepi beszédében ezen munkát, és méltán, mert e könyv sokáig bibliája volt az orvosoknak s mindenkor forrásmunkája leend azoknak, kik a régibb kort szakszempontról tanulmányozni óhajtják.

Ez volt a gyermekorvostan tudományos fejlődésének igazi első időszaka, melyet *Hutinel* találóan „*la phase de l'observation pure*”-nak nevez; a nagy francia iskola a XIX. század kezdetén már kezdte a klinikai tüneteket összeegyeztetni a bonczoláskor talált kóros szervi elváltozásokkal s ezen törekvés első kifejezője a paediatricában nem is *Barthez* és *Rilliet*, hanem őket két évtizeddel megelőzve *Billard*, kinek pontos megfigyelései a betegágynál s kórbonczolási észlelései a párisi lelenczházban tették lehetővé, hogy 1811-ben közlétehesse az újszülöttek és csecsemők betegségeiről szóló alapvető munkáját.

Németországban a paediatrica tudományos fejlődésének kezdete 1830, — a berlini egyetem megalapítása után húsz évvel ugyanis a Charité épületében egy gyermekosztályt létesítettek, mely klinikai jelleggel lett felruházva. Ezen kis osztály első vezetője *Barez*, kinek irodalmi működése ugyan csekély, de mint tanító és klinikus oly kiváló minőségűekkel bírt, hogy az akkori idők orvosai őt mint didaktát *Schönlein* mellé állították. *Barez*-nek egyik nagy érdeme a *Journal für Kinderkrankheiten*-nek megalapítása, mely az egész világirodalomban az első gyermekorvostani szakfolyóirat, 1843-tól 1872-ig állott fenn s összesen 50 kötetet tesz ki. *Barez*-nek utóda a tanszéken *Ebert*, kinek működése azonban alig hagyott nyomot az irodalomban s őt követte 1872-ben *Henoch*, a kiváló klinikus, szakunknak valódi nagymestere.

A mult század közepéig Németországnak gyermek-kórháza még nincsen; a hamburgi, stuttgarti, berlini, frankfurti, müncheni stb. intézetek csak ezután létesülnek. S míg Németország a beteg kisdedek számára az önálló hajlékot még nélkülözi, Bécsben 1837-ben a győri születésű nagytekintélyű orvos, *Mauthner* buzgólkodása folytán megnyílik a Szt. Anna-

gyermekkorház, mely az osztrák paediatricának második bölcsője. 1858-ban *Mauthner* halálával *Mayr* lép a tanszékre. Az ő működése már a bécsi iskola fénykorára esik s didaktikai és irodalmi munkálkodása fényesen beilleszkedik a nagy iskola keretébe, úgy hogy a tanulni vágyó fiatal orvosok a külföldről már mind sűrűbben kezdik felkeresni *Mayr* intézetét is, mely fokról fokra bővül s évről-évre nagyobb és nagyobb beteganyagot koncentrál. *Mayr*-nak még ma is értékes semiotikája és munkálata a *lues congenita*-ról tanubizonyosságot tesznek, hogy ezen intézet falai között a betegészlelés mily pontossággal történt. *Mayr* kezdeményezésére indul meg 1858-ban szakunknak nagyjelentőségű s ma is legtekintélyesebb folyóirata, a *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, melynek szerkesztőségébe maga mellé vette *Politzer*-t és *M. Schuller*-t, a bécsi császári lelencház emeritált orvosát. Ezen folyóirat első kötete érdekességgel bír reánk magyarokra annyiból is, hogy ebben jelent meg 1858-ban *Bókay* sen. első cikke a garatmögötti tályogokról, melylyel a szerző nemcsak Ausztriában, de Németországban is feltűnést keltett.

Ausztriában tehát a paediatrica fejlődése eléggé korán megindult s a tudományos működés nemcsak a Szt. Anna-gyermekkorház s a fentebb méltatott Oeffentl. Kinder-Krankeninstitut falai között folyt, hanem résztvett abban a császári lelencház is, minek bizonyítéka azon vaskos kötet, mely *Alois Bednar* tollából az újszülöttek és csecsemők betegségeiről ezen időtájban megjelent, mely mű akkoron a francia *Billard* hasonló tartalmú könyve mellett az egyedüli volt e téren.

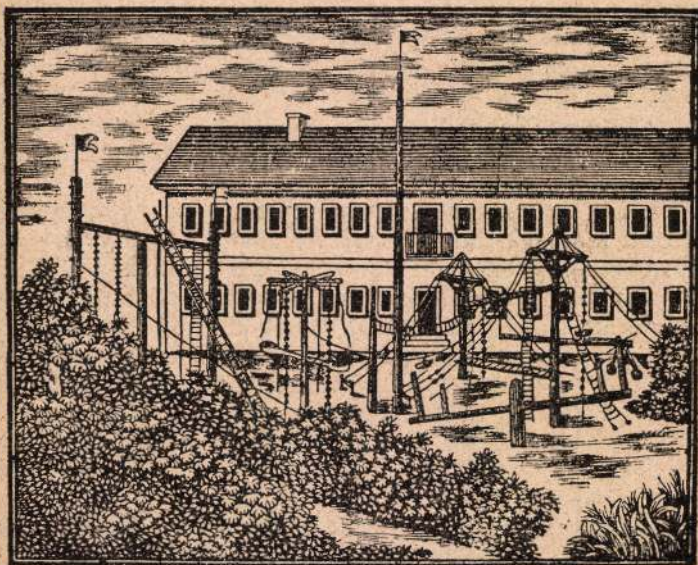
Hazánkban a XIX. század hajnalán a gyermekorvosi szakmunkálkodásnak úgyszólván csak nyomait találjuk. Az egyetemen a paediatrica a gynaekológiával előadatott ugyan már a harminczas években, az akkoron működött *Wekerle György* és *Bräuer József*-ről azonban semmi sem maradt reánk, ami tudományos munkálkodásukat igazolná. A magyar

paediai intézetet létesít a dohány-utcában, a mai izraelita templom táján s csak midőn az 1838.-i nagy Duna-vízár elrombolja szép alkotását, kezd foglalkozni egy gyermekkorház létesítésének gondolatával. S nagy összeköttetései s tekintélye révén az intézet megalapítása egyesületi úton neki csakhamar sikerül is, úgy hogy 1839-ben az akkori Öpacsirta-utca, a mai Esterházy-utca egyik bérházának emeletén 12 betegágygyal megnyílt a „*Pesti kisdéd-kórház*“, mely két évvel követte a bécsi Szt. Anna-kórház megalapítását s az egész világon sorrend szerint a *negyedik* gyermekkorház volt.

Schöpf már 1842-ben rövid vázolatját adja a kórház 3½ éves működésének, s hogy mennyire elismerésben részesült a szerény keretű intézet már ezen kezdeti években, bizonyítja, hogy Pestmegye 1844.-i közgyűlésén *Kossuth* indítványára azon határozatot hozták, hogy a megye-orvosi állások betöltésekor azok, kik a „*pesti gyermekgyógyintézetbeni orvosbeszézi rendeletekkel egybekapcsolt kór- és gyógytani előadásokról*... bizonyítványt mutatnak ki, különös tekintetbe vétessenek, s hogy e végzés országszerte a megyék figyelmébe ajánltassék.“

A kórház fokozatos fejlődése csakhamar szőnyegre hozta egy önálló hajlék létesítését is s miután a *Kossuth* és *Szentkirályi Móric* által kezdeményezett sorsjáték az akkori időkhöz mérten nagyobb összeghez juttatta az egyesületet, a választmány elhatározta, hogy „*szabad kir. Pest városában, nevezetesen a Rókus-kórház s a kir. egyetem között, az ötpacsirta-utcai intézethez lehetőleg közel intézeti kórház építtessék*.“ Így született meg az ősz-utcai pesti szegénygyermek-kórház, melynek zárókövét *Mária Dorottya nádorné* jelenlétében 1845 június hó 14.-én tették le. A kórház fokról-fokra emelkedő beteganyaga mind nagyobb tapasztalatok birtokába juttatta a lelkiismeretesen észlelő *Schöpf*-öt s ezen tapasztalatok összegezése kívánt lenni 1847-ben kiadott, 8700 kóresetre támaszkodó gyermekgyógyászati tankönyve, melyet három kötetre tervezett, melynek azonban, sajnos, csak első, 279 oldalra terjedő kötete jelenhetett meg. Ezen jeles munka mintegy folytatása volt azon folyóiratnak, melyet nagy anyagi áldozattal 1845-ben indított meg *Schöpf* „*Magyar orvosbeszézi évkönyvek a gyermekgyógyászat körében*“ címmel. Hogy *Schöpf*, kinek orvosi egyénisége *Autenrieth* és *Schönlein*, továbbá *Corvisart*, *Laennec*, *Barthez* és *Rilliet* s végül *Skoda* tanításaiból fejlődött ki, mily tudományos szellemben gondolkodott s munkálkodott, bizonyítja azon jelige, mely alatt a kérdéses folyóiratot megindította s melyet *Verulam* *Baco*-tól vett: „*non fingendum, aut excogitandum, sed inveniendum, quid natura ferat, vel faciat*.“ És *Schöpf* gyermekgyógyászatával és folyóiratával a fiatal, fejlődő orvosnemzedékben felébresztette a gyermekorvostan iránti érdeklődést, úgy hogy dicsekvéssel írhatta, hogy: „*a gyermekkorházi rendeletek s előadásoknál a hallgatók nagy és szép köre gyűl, kik szorgalommal odajárnak, s feszült figyelemmel ügyelnek mindenre; hol ugyan e sorok írója ily látvány által büszke és szerencsézett a vélek együtti tanulásra e fontos gyakorlat nemében, melyben még mindnyájan olly sokat nem tudunk s olly gyakran hibázunk*.“ A nagy tudományú férfiú a nemzeti ébredés hajnalán azonban nemcsak szaktudománya érvényesüléséért harcol fáradhatatlanul, hanem az általa kiadott évkönyvekben a nemzeti szellemet is ébreszteni igyekszik s küzd a magyarosításért, mert mint mondja: „*nincs Magyarhonban egy tudósrend sem, mely annyira távol állna még a magyarságtól, mint az orvosi*“, de néhány sorral alább már megnyugvással írja, hogy: „*az újabb nemzedék csakugyan Aesculap lobogója alatt is magyarosodik, és nehezen lehetne már a serdülő kapacitások között csak egyre is akadni, kinek emelkedésében és fejlődésében a nemzeti nyelvnek melegítő lángja ruganyként nem működne*.“

Az 1848—49. évi szabadságharc *Schöpf*-öt, ki a forradalom alatt a *Merei* nevet veszi fel, elvonja az intézettől. *Schöpf-Merei* mint jeles sebész lelkesedéssel a hadsereghez csatlakozik, a kórház falai közé azonban többé nem tér vissza, mert a szabadságharc leverése után *Kossuth Lajos*-sal



A' Pesti orthopaedi Privát-Intézet

a' Mirigykór 's Elgörbülések

gyógyítására,
az emberi testen 's tagokon.

(Alap. 's igazg. **Schoepf A.**, orv. seb. dr., rendk., k. orvos. prof., az orvosi kar' tagja, a' magy. tud. társ. lev. tagja 's gyakorló orvos Pesten.)

gyermekorvostan *Schöpf-Merei*-ben találja első igazi képviselőjét, ki nagy műveltségénél s kiváló orvosi képzettségénél fogva mintegy praedestinálva volt arra, hogy e szakot hazánkban szerencsés kézzel megalapozza. *Schöpf* a külföldi, különösen az olasz egyetemeken nyerte kiképezését; eredetileg sebész működést akar kifejezni s már 1837-ben egy ortho-

együtt Törökországba emigrál s onnan angol kartársai és barátai, *James Clark* és *Charles West* meghívására Londonba megy, majd végleg Manchesterben telepszik meg.

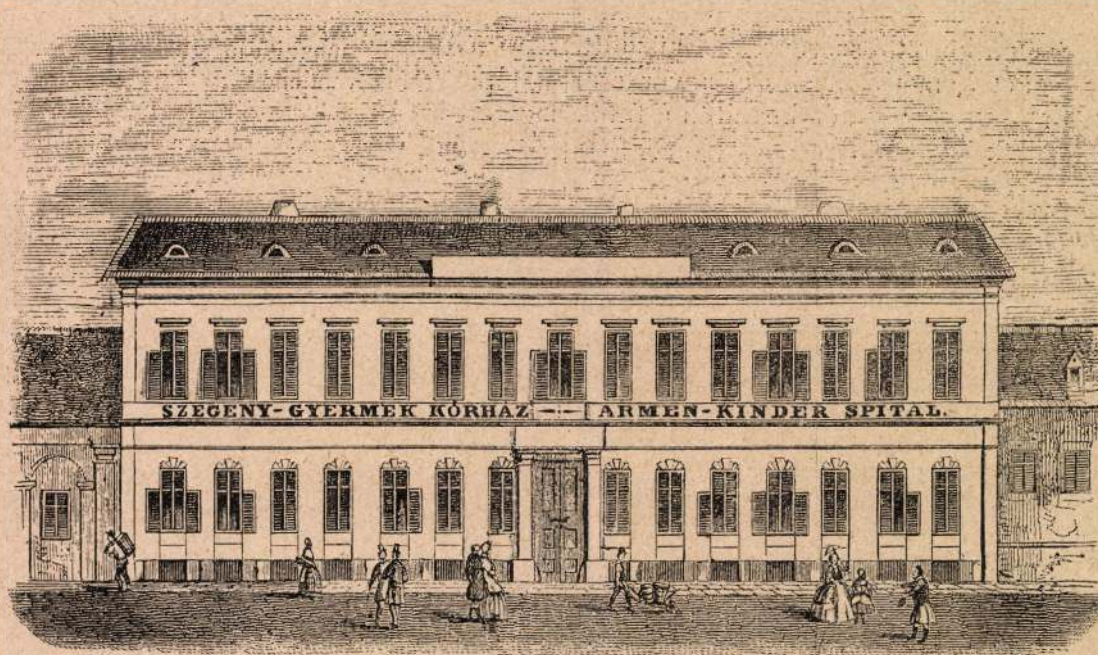
A XIX. század első évtizedeiben a forradalomig *Schöpf-Merei*-n kívül csak két szerzőt említhetünk, kik szakunk terén irodalmilag nyomatékossabban működtek. Az első *Haiszler György*, Veszprém vármegye érdemes főorvosa, kitől 1837-ben jelenik meg egy eléggé terjedelmes munka „*A gyermekkor és nőnem betegségeiről*“, mely mű tulajdonképp harmadik kötete 1800-ban megkezdett és 1802-ben folytatott kétkötetes orvosi munkájának, — a másik pedig *Katona Mihály*, ki 1842-ben a Borsod vármegye területén általa végzett tömeges kanyaró-átoltásokról értekezik. Ezen utóbbi értekezés, mely magyarul Miskolczon adatott ki, Bécsben a „*Medizin. Jahrbücher des österr. Staates*“ című előkelő folyóiratban is közöltetett. Míg *Haiszler* könyve nagyobb tudományos becsesé alig bír s inkább csak a derék vidéki kartárs lankadatlan szorgalmát dicséri, addig *Katona Mihály* nak értekezése nagy-jelentőségű, s két octav oldalra terjedő kivonatolt német közlése alapján a világirodalomba is átment, úgy hogy *Katona* neve a német gyűjtőmunkákban a kanyaró pathogenesisének tárgyalásakor ma is említetik.

Katona ezen kis cikkben röviden közli Borsodmegye-nek 26 községében 1122 egyénen végzett oltásainak eredményét. Az oltást épp úgy végezte, mint a himlőoltást. Az oltás anyagául vagy a kanyaróbeteg könye, vagy a kiütés vi-

végbél-polypusokról, mely munkálatok németül is megjelen-vén, a külföld előtt újból ismertté tették a Pesti gyermekkór-házat s *Bókay* ezáltal szorosabb összeköttetésbe lép az osztrák és német paediatrákkal. *Bókay* ezenkívül a nagynevű *Semmelweis*-szel együtt 1864-ben az Orvosi Hetilapnak egy „*Nő-és gyermekgyógyászat*“-i mellékletét szerkeszti, mely azon-ban *Semmelweis*-nak 1865-ben bekövetkezett halálával meg-szűnik.

* * *

A múlt század 60-as éveinek végén a gyermekorvostan fejlődése Németországban erősebb fellendülést nyer. A *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, melyet a bécsi *Mayr* szerkesztett, új vezetőt nyer a stettini kis gyermekkórház lelkes igaz-gatójának, *A. Steffen*-nek személyében, ki maga köré gyűjt-vén Németország, Ausztria és Svájc szakembereit (hazánk-ból *Bókay* sen.-t is meghívta a szerkesztő bizottságba), a *Jahrbuch*-ot havi folyóirattá változtatja át s a magvas, érté-kes szakközléseknek tárházává varázsolja. Ezen úgynevezett „*Neue Folge*“ I. kötetében „*Ueber Studium der Kinderkrank-heiten und über Kinderspitäler*“ című bevezető cikkében egész programját adja, hogy mily irányban kell, hogy fej-lesztessék a gyermekorvostan s a paediaatria exact tudomá-nyos fejlődésének előfeltétele gyanánt állítja oda *professurák*-nak és *klinikáknak* felállítását, hogy az egyetemi oktatásban a szak elfoglalhassa az *öt megillető helyet*: „*dass man dem-selben nicht mehr als nebensächlich und, ich möchte beinahe*



rágzásakor a kanyaró-kiütés vérrel kevert tartalma szolgált.

Különösen értékesnek mondhatjuk *Katona* ezen rövidke értekezését, mert addig a kanyaró pathogenesise s aetiolo-giája még teljesen homályba volt burkolva s *Fr. Home* edin-burgi orvosnak 1758-ban tett azon állítása, hogy a kanyaró vérrel átoltható, más oldalról sikeres oltással beigazolvva nem lett s oly tömeges oltásokat, mint *Katona*, mások azóta sem végeztek.

1848-ban *Schöpf-Merei* távozásával a Pesti gyermek-kórház vezetését *Bókay János* segédorvos, *Balassa* volt műtő-növendéke vette át s vezette a legnehezebb időkben. A mozgalmas idők s az ezzel járó nyomasztó pénzügyi helyzet nem egyszer teljes megszűnéssel fenyegették az intézetet. A kórház ezen válságos ideje 1852-ig tartott, midőn közle-tünk jelesei, így *Ürményi Ferencz*, *Csengery Antal* és *Jókai Mór*, az időközben igazgatóvá kinevezett *Bókay* val együtt helyre-állították az egyesület pénzügyi egyensúlyát s a kórházban újból megindulhatott a zavartalan tudományos működés. Ekkor láttak rövid egymásutánban napvilágot *Bókay János* cikkei a garatmögötti tályogokról, az adhaesio cellular. praeputii ad glandem-ről, az atresia cellularis vaginae-ről s a

sagen, nur als geduldetes ansieht, sondern dass man das Stu-dium der Physiologie und Pathologie des kindlichen Alters zu einem obligatorischen macht.“

S ez a mozgalom, melyet *Steffen* nagy tekintélyével és befolyásával erős kézzel megindított, hozzánk elég korán el-jutott. 1872 január 23.-án ugyanis a magyar országgyűlés állandó pénzügyi bizottsága *Csengery Antal* elnöklete alatt a gyermekorvostani tanszék rendszeresítését a budapesti egye-temen *elkerülhetetlenül szükségesnek* tartja s annak felállítá-sára a ministert utasítandónak véli. Érdemes felemlíteni, hogy a pénzügyi bizottság előadója a politikai pályája kezdetén álló *Széll Kálmán*, ki harmincz évvel később, politikai car-rière-jének zenithjén, megalkotja az 1901.-i VIII. és XXI. méltán híres törvénycikket, mely törvény az összes kultur-államokat megelőzve, teljes mérvben védelmébe fogadja ha-zánkban az elhagyott gyermekeket.

Fájdalom, a budapesti orvoskari tanártestület az or-szágyűlés pénzügyi bizottságának felfogását nem tette ma-gáévá, mert miként a kari bizottsági javaslat mondja: „*a gyermekgyógyászatnak rendszeresített tanszék általi kép-viseltetése tudományos alapon meg nem engedhető, midőn*

pedig az országos képviselőház ezen ügyben határozott a szakértő orvostani testület megkérdezése nélkül, vajjon beillik-e a rendszeresített gyermekgyógyászati tanszék a mai egyetemi tanítás és az orvosgyakorlati szakias felosztás keretébe, olyasmit rendelt el, mely ellenkezik az orvosi szak természetes és egyedül czélszerű felosztási elveivel s az egyetemi tanításba állami intézkedéssel erőlteti be a felületességet." A tanártestület ezen bizottsági előterjesztés kapcsán nem is volt hajlandó elismerni a gyermekorvostant önálló szaknak s midőn mindazonáltal Bókay János-t, ki akkor már címz. rendkívüli tanár volt, rendes tanárrá kinevezésre mégis ajánlatba hozta, azt csak Bókay személyéhez kötötte, tehát *ad personam* tette meg s így történt meg azután, hogy Bókay tanárnak 1884-ben történt elhalálozásával a budapesti orvosi egyetemen a gyermekorvostani oktatás is meghalt, — meghalt, hogy a jövőbeni idők kényszerítő hatása alatt feltámadjon úgy, hogy többé soha el ne tűnheszen az egyetemi oktatás keretéből.

A paediatría fejlődésének Németországban a 70 es évektől kezdve még nagyobb lendületet adtak azon évi ülések, melyek a német természetbúvárok és orvosok vándorgyűlésein a gyermekorvosi szakosztályban tartattak. Különösen fontos volt szakunkra a gráci vándorgyűlés, mert itt fogamzott meg azon eszme, hogy a Ziemssen-féle nagy „Handbuch“ mintájára egy gyermekorvostani gyűjtőmunkát kellene írni. Az eszme C. Gerhardt-tól, a nagynevű belklinikustól származott, ki pályája kezdetén Würzburgban a gyermekorvostannak intenzív munkása volt, s ki ezen a réven, még később is, berlini belklinikai tanároszkodása alatt, szoros és benső összeköttetést tartott fenn gyermekorvos társaival. A fehér asztal mellett érlelődött meg az eszme, s Gerhardt mellé Steffen állott a terhes vállalkozás élére s kettőjük lakadatlan munkájának gyümölcse az 1877-ben megkezdett hatalmas „Handbuch der Kinderkrankheiten“, mely mindenkor a legértékesebb forrásmunka lesz a paediatricai irodalomban s méltó társa a vele körülbelül egyidős Ziemssen-féle nagy műnek. A gyűjtőmunkában Bókay sen., ki Gerhardt-nak s a német, osztrák és svájci gyermekorvosoknak intim köréhez tartozott, a gyermekkori lithiasist, a fiú-ivarszervek s a végbél betegségeit írta meg széles alapon.

Ugyancsak nagy hatással volt szakunk továbbfejlődésére a „Gesellschaft für Kinderheilkunde“ megalapítása, mely 1883-ban Freiburgban (i. B.) inauguráltatott s melynek elnöke évek hosszú során át, 1900-ig, ugyancsak Steffen volt. S azon tekintély, melynek a nagy agilitású Steffen általánosán örvendett, eleve biztosította ezen tudományos társaság sikeres működését. A „Gesellschaft“ évi összejövetelei kedvencz találkozási helyei voltak a continens szakembereinek s ezen ülések szorgalmas látogatói közé tartoztak idegen országokból Hirschsprung, a nagynevű dán kartárs, a nagytekintélyű s nagytudású orosz gyermekorvos Rauchfuss s a norvég paediatrica kiváló képviselője Axel Johannessen, valamint a svájci kartársak s ezen üléseken nemcsak a zöld asztal mellett, hanem a „Frühschoppen“ söröskancsói s a fehér asztal mellett is folyt a tudományos eszmecsere s nem egy egészséges tudományos eszme érlelődött meg ezen alkalmakkor.

Még jól emlékszem a „Gesellschaft“ strassburgi összejövetelére a nyolczvanas évek derekán, hol a késő délig elhúzódtott ülések befejezte után az ódon Maison rouge-szálló külön éttermében, a hosszú fehér asztal körül, Hirschsprung pompás dán szivarjainak illatos füstje mellett folyt a fesz-telen szellemes és tartalmas vitatkozás egyes szakkérdések felett, mely társaságban együtt láthattam Hirschsprung-on kívül Steffen-t, Rauchfuss-t, Hagenbach-ot, Thomas-t, Heubner-t, Biedert-et, Soltmann-t, Kassowitz-ot, Unruh-t, továbbá Ranke és Kohts érdekes hatalmas alakját, szakunknak, fájdalom, már jórészt elhunyt jeleseit.

A „Gesellschaft“ több mint negyedszázados fennállása alatt, mint Soltmann tanárnak egy ünnepi beszéde oly plastikusan mutatja, a gyermekorvostannak úgyszólván összes fontos függő kérdéseit tárgyalás alá vette s azon vaskos kötetek, melyek Bergmann kiadásában az évi ülések anyagát

a discussiókkal együtt hozták, a gyermekorvostannak legértékesebb munkálatait tartalmazták. Csak röviden regisztrálom, hogy Ph. Biedert 1887-ben itt adta elő kutatásait a tehéntej és női tej különbségéről s az úgynevezett „schädlicher Nahrungsrest“-ről, s bár Biedert feltevése megdőlt s a mai modern német iskola a casein-ártalmat, mint a csecsemők táplálkozási zavarainak főelőidézőjét, a piedestálról ledöntötte, el kell ismernünk, hogy Biedert volt az, ki a modern csecsemőtáplálás elvének megállapításához a mai genialis német gyermekorvosi iskola számára a talajt előkészítette.

De Németországon kívül is az összes kulturállamokban bő aratása volt ezen korban a paediatricának s mindenfelé mintegy bőségszarúból ömlöttek az értékesebbnél értékesebb munkálatok.

Franciaországban ezen időben jelenik meg Parrot-nak nagy munkája az athrepsiáról s a syphilis congenitáról, továbbá H. Roger híres előadási sorozata s Bouchut hatalmas kötetet kitevő kézikönyve, melyet követ Cadet de Gassicourt-nak a prix Monthion-nal kitüntetett háromkötetes klinikai előadási sorozata, melyet bátran Trousseau élvezetes előadásai mellé sorozhatunk s mindezeknek betetőzéséül 1897-ben napvilágot lát a Grancher-Comby szerkesztésében megjelent ötkötetes s majdnem 5000 nyomtatott oldalt kitevő nagyértékű „Traité“, mely munka különösen a francia literaturát úgyszólván teljességében felöleli. Csak melleleg emlitem, hogy ezen munka keretében a gyermekkori lithiasis és garatmögötti tályog fejezetének megírására Grancher annakidején csekélységemet szolította fel.

Franciaországban ezen időben azonban a csecsemőkorra vonatkozó socialis hygiene is erős lendületet vesz s talán nem csalódom, ha úgyvélem, hogy ezen hatalmas fellendülésnek rúgója gyanánt azon súlyos véráldozatok szerepelhettek, melyekkel a francia nemzet adózni volt kénytelen a porosz-francia háború alatt. Th. Roussel törvényhozó orvos 1873 április 15.-én lép a párisi orvosi akadémia elé egy törvénytervezettel, melynek tárgya a francia csecsemővédelem a 1874 december 23.-án a parlament a törvényjavaslatot már megszavazza s a törvény 1875 január 8.-án kihirdetetik.

Ezen nagy socialis jelentőségű alkotás, mely „loi Roussel“ név alatt az egész művelt világon ismert, meghatározta azokat a módozatokat, melyek szerint a csecsemők dajkaságba adhatók s körülírta a dajkák kötelességeit, kik fizetségért csecsemőt gondozásra magukhoz vesznek, rendezte a dajkaközvetítést s megszervezte a kapcsolatot s dajka és a hatósági orvos között, miáltal a kiadott csecsemő egészségére felügyeletet rendszeresített. Különösen nagyfontosságú volt a törvény 8. §-a, mely imperative kimondta, hogy minden nő, ki szoptatódajka szolgálatot akar vállalni, köteles hatósági bizonyítványt felmutatni illetőségi helyéről, melyben igazoltatik, hogy szoptatott gyermeke a hetedik élethónapot már betöltötte, vagy ha még el nem érte ezen korhatárt, oly idegen nő szoptatja gyermekét, kinek csecsemője meghalt.

Bár ezen törvény óriási szolgálatot tett hazájának, a francziák maguk panaszkodtak, hogy szigorúan sohasem hajtották végre. Így több év előtt Henry Monod és Pinard tanár, a párisi facultás szülész egy hatósági megbizzottal sorra látogatták a nagy világáros dajkaszerző intézeteit s szomorúan konstataáltak, hogy a legidősebb dajka-gyermekek, kit láttak, három hónapos volt, de volt alig néhány hetes csecsemő is. Ez indította Monod-t 1894-ben arra, hogy felterjesztést intézzzen a kormányhoz, melyben követeli a 8. paragraphus szigorú betartását.

Hogy Franciaországban ezen időszakban az emberélet mennyire becses volt, mutatja, hogy a nyolczvanas évek elején innen indult meg nagy erélyvel azon törekvés, hogy a koraszülöttek halálózását a lehetőségig alászállítsák. Tarnier tanárnak s munkatársának, Auvar-d-nak az érdeme, hogy ezen törekvést teljes siker koronázta s a párisi „Maternité“, a Tarnier-Auvar-d-féle couveuse-ökkel, melyeket eredetileg, kezdetleges alakjukban a párisi Galanthe-czég állított elő, a két kilón alóli koraszülöttek halálózási százalékát felére

tudta alászállítani s tudományunknak kétségtelen diadala, hogy a mai modern melegítőszerkényekkel és melegítő fülkékkel nem egyszer az éretlen, alig 1 kiló testsúlyú újszülöttet is életben tudjuk tartani s felneveljük.

Az angolok, kik dicsekedhettek azzal, hogy szakunk legelső munkásai közé tartoztak — hisz hallottuk, hogy Nagy-Britanniában 1776-ban létesült az első dispensary, *Underwood* gyermekorvostana már a XIX. század legelején látott napvilágot s *Ch. West* híres előadásai, melyeket nem kisebb ember, mint *Henoch* ültetett át a német irodalomba, már az 50-es évek elején került a könyvpiaçra —, a XIX. század második felében mintha kissé lassúbb tempóban fejlesztették volna szakunkat, összehasonlítva a németeknek és francziáknak mondhatnám lázas tudományos munkálkodásával. Anglia első gyermekkorháza, a *Great Ormond-street hospital for sick children*, 1852-ben alapított, de csak 10 ágygyal s még 14 év után is csak 75 ágygyal rendelkezett; ezt a ma már nagy dimenziókat mutató s előkelő posíciót elfoglaló intézetet csak évek után követte az angol világváros második híres gyermekkorháza, az *Evelina hospital*. Érdekes feljegyeznünk, hogy a manchesteri *Clinical hospital and dispensary for children* intézetet 1854-ben *Whitehead* szü.ész az emigrált *Schöpf-Merei*-vel alapította s itt *Schöpf* 1858-ban bekövetkezett haláláig rendszeres klinikai előadásokat tartott és anyáknak s dajkáknak is adott oktatást a gyermeknevelés és ápolásból, mint arról az 1856-ban kiadott terjedelmes angol jelentés is tanúságot tesz. Megjegyezzük, hogy *Underwood* fentemlített munkája, melyet az angolok joggal „*standard work*”-nak jeleznek s melynek IX. kiadása *Marshal Hall* átdolgozásában jelent meg, 1848-ban német fordításban is napvilágot látott, a mi a munka kiválóságát csak megerősíti. A 80-as és 90-es években Angliában a paediatrák hosszú sora fejt ki kiváló irodalmi működést s *Ashby*, *Ballantyne*, *Th. Barlow*, *Fordyce*, *Finlayson*, *Owen*, *Fowler*, *Thomson*, *E. Smith*, *Still* stb. neve jól ismert a szakkörökben. Tudjuk, hogy *Barlow* az infantilis scorbut kórképének classikus meg-rajzolásával s lényegének felderítésével örökölte meg nevét az irodalomban s az edinburghi *Ballantyne* nagy s egyedül-álló munkája az antenatal pathologia s hygiene-ről mindenkoron a gyermekorvostani világirodalomnak remeke marad.

A nagy német, franczia és angol nemzettel a gyermek orvostan fejlesztésében a kérdéses időszakban lépést igyekeznek tartani Európa legtöbb kulturállama s mindenfelé látjuk az intenzív és eredményes munkálkodást.

Oroszországban, hol *Friedeburg* már 1834-ben megalapította az első orosz gyermekkorházat, a nemrég 80 éves korában elhunyt *Rauchfuss* volt szakunk első érdemes munkása. Ő létesítette 1867-ben a szentpétervári „*Prinz Peter v. Oldenburg*” gyermekkorházat, a mely jó ideig a művelt világ legnagyobb és legmodernebb gyermekkorháza volt, a melyben legelőször jutott érvényre a fertőző ragályos kórok legszigorúbb izolációja, elkülönítő pavilonokban. Ugyancsak ő készítette a moszkvai „*Szent Vladimir*” gyermekkorház építési programját, mely a budapesti „*Stefánia*” gyermekkorház létesítése alkalmával *Bókay* seniornak mintául szolgált. Ő szervezte általában egész Oroszországban a tudományos paediatricát s a tanári székek és vezető orvosi állások betöltése az ő nyomatókos véleményétől tétetett függővé. S hogy a gyermekorvostan Oroszországban magas színvonalra emelkedett s a tekintélyes szakférfiaknak impozáns sora fejlődött ki az utóbbi évtizedekben, az indirecte *Rauchfuss* érdeme volt, ki az általa megválogatott szaktársakkal élénk tudományos életet teremtett Oroszország mindkét centrumában: úgy Szentpétervárt, mint Moszkvában. *Rauchfuss*, *Filatow*, *Gundobin*, ezen szellemi triumviratus munkálkodása szaktudományunkban mindenkoron emlékezetes leend.

Felemlítjük, hogy Oroszországban már igen korán intenzív gondoskodás történt a lelenczgyermeknek védelméről is. Ennek kifejezője a szentpétervári nagy intézet, mely már 1770-ben nagy *Katalin* cárnő rendeletére létesült, s a moszkvai óriás méretű, majdnem ezer ágyas lelenczház, mely 1763-ban nyílt meg. A szentpétervári intézet bejáró kapuja felett két

alapon haut relief-ben, mint symbolum, egy pelikán van mintázva, a mint csőrével felvágja mellét s kicsinyeit saját vérével eteti. Vajjon érdemes volt-e az orosz pelikánnak ezen önfeláldozó munkája, midőn ma ugyanaz a pelikán saját fiainak vérével táplálkozik bőven.

Oroszországon kívül gyermekorvos-iskolák fejlődését látjuk Dániában, Svédországban s Norvégiában s ezen iskolák megalapítói és fejlesztői: *Hirschsprung*, *Abelin*, *Medin*, *Johannessen* mindenkoron szakunk legkiválóbb munkásai közé fog-nak soroztatni s nevük a megacolon congen., a csecsemőkori pylorusstenosis, a Heine-Medin-betegség révén stb. elörölhetetlenül van beírva irodalmunkba. Különösen hangsúlyozzuk, hogy Svédországnak, a XVIII. századbeli híres *Rosen v. Rosenstein* hazájának már 1845-ben volt gyermekorvostani klinikája s a hallgatóknak köteleességévé tétetett már akkor a klinikának négy hónapon át való látogatása. S ez azon boldog, irigyelni való ország, hol, épp úgy mint Norvégiában, a csecsemőhalálozás a 8%-ot alig haladja meg.

Svájcz, *Rilliet* és *J. J. Rousseau* hazája hasonlóképp derekasan kiveszi részét a tudományos versengésből s a zürichi Eleonora-Stiftung, a baseli és berni gyermekkorház, valamint a genfi intézet intenzív munkálkodást fejt ki s *Demme*, *Hagenbach*, *Wyss* és *d'Espine* neve mindannyiunk által méltányolt. Emlékszem jól a 80-as évekre, midőn a berni *Jenner*-gyermekkorháznak a jeles *Demme* által szerkesztett évkönyvei változatos tudományos tartalmuknál fogva a szakembereknek legtanulságosabb s igazán élvezetes olvasmányai közé tartoztak, s a genfi, franczia nyelven írt gyermekorvostani tankönyv, melyet *Picot*-val együtt *d'Espine* írt meg, német fordításban a német és osztrák egyetemek hallgatóinak keresett munkája volt.

Olaszországban szintén termékeny talajra talált szakunk s *Concetti*, *Mya* és *Fr. Fede*, a római, nápolyi s a florenzi egyetem paediatrái, ezen időszakban szakunknak elsőrendű képviselői voltak.

De nemcsak a vén Európa, hanem az újvilág, az Egyesült-Államok orvosai is jelentősegesen hozzájárultak a paediatrica tudományának kiépítéséhez, bár a XIX. század közepéig náluk számbavehetőbb tudományos gyermekorvostani működés még nem volt. 1848 után, a német forradalom alatt, midőn *Richard Wagner*, a zeneköltő is bujdosni kénytelen hazájából, *Abraham Jacobi*, a német egyetemek neveltje kíváncsrol Amerikába, New-Yorkban telepszik le s kiváló képzettségével, melyet a bonni egyetemen nyert és nagy szervező talentumával alapját veti meg az Egyesült Államok gyermekorvosi iskolájának, mely néhány évtized alatt a legelőkelőbb polczra emelkedik s oly szakembereket nevel, mint *L. Smith*, *E. Holt*, *Koplik*, *M. Rotch*, *Forchheimer*, kiknek neve, élükön *Jacobi*-val, az egész művelt világ szakemberei előtt ismert, s *Jacobi*, ki ma 86 éves, gyönyörködhetik titáni munkája eredményeiben. Mert a mi az Egyesült-Államokban a XIX. század második felében szakunk érdekében történik, mind úgy-szólván *Jacobi* műve. 1860-ban az első professura székét, mely a New-York medic. College-ben kreáltatik, ő foglalja el. 1890-ben hatalmas négykötetes gyermekorvostani „*Cyclopaedia*” jelenik meg *Keating* szerkesztésében, melynek megírásában ugyan kis részt angol szakemberek is részt vettek, de a munka zöme *Jacobi* s az amerikai paediatrák — jórészt tanítványai — tollából ered s oly magas niveau-jú dolgozatokból áll, hogy a *Cyclopaedia* méltó társa a *Gerhardt*-féle „*Handbuch*”-nak s a franczia *Grancher-Comby*-féle „*Traité*” nek. *Jacobi* 1880-ban megcsinálja az *Americ. medic. Assoc.* gyermekorvosi sectióját, 1885-ben szervezi a new-yorki *Academy of Medicine* gyermekorvosi szakosztályát s végül 1888-ban megalapítja az *American Pediatric Society*-t, mely szervezetére s tudományos működésére nézve hasonlít a *Gesellschaft für Kinderheilkunde*-hez. *Jacobi* e mellett szoros összeköttetést tart fenn európai kartársaival s ezen szoros kapocs eredményezi, hogy midőn honfitársai öt 70. születésnapja alkalmából nagyszabású „*Festschrift*”-tel tisztelik meg, a munkatársak között majdnem teljes számmal ott látjuk az egész világ gyermekorvos-iskoláinak képviselőit. Csak felemlitem, hogy ezen nagy keretekben

lefolyt ünnepély rendező-bizottságának „chairman“-je illusztris hazánkfi, *Gerster Árpád* volt, s hogy a „Festschrift“-ben az egyes nemzetek között tudományos dolgozattal a magyar iskola is szerepelt.

Lássuk mindezek után hazánk munkásságát a XIX. század második felében.

Az Ősz-utcai gyermekkórház 1883 szeptember 17.-én bezárul s folytatása gyanánt megnyílik a Gólya-utcai „*Stefánia*“-gyermekkórház. Nem az állam, vagy a főváros emelte e szép intézetet, mely szakkörökben az egész világon ismert, hanem a jótékonyág filléreiből épült fel e kórház s az egyeület, mely fenntartja s fejleszti, alkotására büszke lehet. Ezen kórház megnyitása új korszakot is jelentett a magyar gyermekorvostan fejlődésében, mert ezen intézet berendezésével s változatos nagy beteganyagával bőven nyújtott alkalmat tudományos buvárkodásra és mintegy praedestinálva látszott arra, hogy idővel klinika jellegével ruháztassék fel. 1884-ben azonban már gyász éri az új kórházat, mert létesítője, *Bókay sen.*, kinek energiája s fáradhatatlan buzgalma teremtette meg az intézetet, október 20.-án elhalálozott. Halála gyászba borítja az egész paediatricát, mert vele a gyermekorvostannak egyik régi klasszikus munkása dőlt ki s halálával hazánkban árvaságra jut a gyermekorvostan egyetemi oktatása is, s míg a szomszédos Ausztriában, Bécsben a híres *Widerhofer*, Prágában a jól ismert *Johann Steiner*, majd *Ganghofner* és *Epstein*, Krakkóban pedig *Jakubovszky* már tanszékekkel bír s a klinikai oktatás rendszeresítve van, nálunk az „ad personam“ létesített professura *Bókay* halálával megszűnik s jó ideig egyetlen egy docens képviseli a szakmát és magyar ifjaink gyermekorvostani oktatásukat egy jótékony egyesület kórházában nyerik, mely egyesületnek alapszabályai szerencsére kezdettől, tehát 1839-től köteletségévé tették a mindenkor igazgató-főorvosnak a szakma tanítását. De dacára ezen mostoha viszonyoknak, hazánkban a gyermekorvostan további kibontakozása nem akad meg. Kezdetben a szakembereknek csak kis, szerény csoportja dolgozik ugyan, igazán nehéz viszonyok között, de törekszik beleilleszkedni a világconcertbe s visszik munkálkodásunk eredményét a külföld elé s a lübecki, hallei s hamburgi német vándorgyűléseken, valamint a moszkvai s párisi nemzetközi congressuson érdemlegesen veszünk részt. Törekszünk fejleszteni külföldi összeköttetéseinket, lassan az egész művelt világ szakembereivel s gyermekorvos-iskoláival kapcsolatba lépünk s ezen kapocs évről-évre mind szorosabbra fűződik köztünk. Ezen kartársi összeköttetés eredményezi, hogy 1894-ben, midőn a Budapesten tartott emlékeztető nemzetközi közegészségi congressuson *Roux*, a párisi *Pasteur*-intézet és kórház kitűnő vezetője megtartja nagy feltűnést keltett előadását a diphtheria serum-terápiájáról, a „*Stefánia*“-gyermekkórház vezetője már alig néhány hét után megkezdheti gyógykísérleteit *Behring* tanár szíves előékenysége folytán s 1894 október 27.-én beszámolhat gyógyeredményeiről az Orvosegylet színe előtt, oly időben, midőn még csak Párisban, Berlinben, Lipcsében s Münchenben voltak alig egynéhányan abban a kiváltságos helyzetben, hogy gyógy-savóval, bár igen korlátolt mennyiségben, rendelkezhetek. Emlékeztető gyűlés volt ez e ház falai között, nemcsak azért, mert az előadási termet zsúfolásig megtöltötte az érdeklődők óriási száma, hanem azért is, mert a hallgatóság sorai között, tekintettel a kérdés nagy nemzetgazdasági fontosságára, helyet foglaltak köztünk, egész szokatlanul, politikai életünk jelesei is.

Az Egyesült Államokkal való szoros kartársi kapcsolat lehetővé tette továbbá a „*Stefánia*“-gyermekkórháznak, hogy *O'Dwyer* genialis eljárását gazdag diphtheriás anyagán hamarabb értékesíthesse s évekre szóló tudományos munkálkodása e téren s kétezeret meghaladó intubatio-statisztikája reedeménnyezte azt, hogy *O'Dwyer* elhunytá után az intubatio tanának letéteményese az Egyesült-Államok után Magyarország.

A „*Stefánia*“ kórházon kívül szakunknak lassan új műhelyei is keletkeznek, mindinkább nagyobb számmal lépnek fiatal fejlődő kartársaink a tudomány sorompói közé s

fejlődik a XX. század jeles fiatal gárdája. Szakunknak egy régi érdemes munkása, *Eröss*, ki *Bókay sen.* iskolájában nőtt fel, midőn külföldi tanulmányútjáról, az *Epstein* kiváló vezetése alatt álló prágai lelecnzházból 1885-ben hazatér, minden erejét és idejét az újszülöttek tanulmányozásának szenteli s ritka gondossággal figyeli meg néhai *Kézmárszky* klinikáján az újszülött anyagot; munkái, melyeket ezen időtájt közlétes az *Archiv für Kinderheilkunde*-ben és az *Archiv für Gynaecologie*-ban, a külföldön is méltán feltűnnek s azt eredményezik, hogy a szülőházak újszülött anyaga a gyermekorvos szakszerű megfigyelése alá kerül s ezen materialis, melyet addig majdnem kizárólag a szülészek uraltak, mind szorosabban a gyermekorvostan anyagához kapcsolódik. Midőn azonban *Eröss* ezen tudományos érdemét apostrophálom, kötelességem elismerni, hogy az újszülött anyagot szülőházakban addig is egyes helyeken kiváló szakszerű tanulmány tárgyává tették, minek egyik fényes bizonyossága *M. Runge* göttingai szülésztanárnak 1885-ben megjelent gyönyörű munkája az újszülöttek betegségeiről, mely munkához az anyagot a szerzőnek még berlini tanársegédi működése alatt a *Gusserow*-klinika pontos megfigyelései szolgáltatták.

Vége, ha szakbeli munkásságunkról ez időből megemlékezünk, lehetetlen említést nem tennünk a socialis hygiene egy derék, nemrég elhunyt magyar munkásáról, *Szalárdi-ról*, ki makacs kitartással mozgatta ezen időben a lelecnz-gyermekek ügyét, „*urbi et orbi*“ agitált s kilincselte érdekükben a miniszterek egész soránál és ezen agitatorius tevékenységével előkészítette a híres *Széll Kálmán*-féle törvény megalkotását. Mindnyájan tudjuk, hogy a *Szalárdi* által alapított szép társadalmi intézmény, a Tűzoltó-utcai *Fehérkereszt-intézet* volt az állami gyermekmenhely igazi bölcsője, s hogy az „*angyalcsindlók*“ fogalmát a mai fiatal nemzedék egész teljességében már alig tudja értelmezni, s hogy az „*angyalcsindlók*“ szégyenteljes kasztja honunkban kiveszendőben van, az letagadhatlanul *Szalárdi* érdeme.

A XIX. századot szakunk működésében — mely munkálkodás az orvostudomány összes haladásait felölelte — a fényesen sikerült 1900 évii párisi congressus zárta le egy kedves accorddal; *Grancher* ugyanis, midőn szakosztályi záróbeszédében búcsút vett a nagy számmal egybegyűlt külföldi kartársaktól, azon óhaját fejezte ki, hogy azon szívélyes collegialis kötelék, mely összefűzte a tagokat, a jövőben még szorosabbá váljék. Fájdalom, e köteléket a jelen véres eseményei szétszaggatták s kérdés, hogy ha e szálakat *majdan* a jövőben valahogy nagynehezen mégis összefonjuk, e szálak vezető-képessége helyre fog-e állani valaha teljes mérvben.

* * *

A XX. század a csecsemővédelem jegyében indul meg, mintegy balsejtelem által ösztökélve, s ma, midőn két éve mult annak, hogy vérben fürdünk s „a sors szövőszéke a gyász fátyolát szövi a nemzetek hosszú sorának“ s szinte úgy látszik, hogy kipusztul a föld hátáról az egész emberiség, a gondviselés által jól előkészített talajon a tudomány, államhatalom és társadalmi philanthropia mind szorgosabban munkálkodik az anyák és csecsemők megmentésén, mert mindenki érzi, hogy e véres világháború által ütött mély sebeket csak hazafias eredményes együttműködés reparálhatja. Mert nem phrasis, ha egy francia napilapban, hol *Humbert* szenátor tegnap még ágyút és municiót követelt hazájának, *Brieux*, az akademikus, ma anyákat és gyermekeket könyörög Franciaországnak, mert a világháborúba sodort összes nemzetekre áll, a mit *Brieux* hazája számára óhajta: „*megszülettetni azokat, kiket éltetni tudunk s éltetni mind-azokat, kiket megszülettetünk.*“

A modern csecsemőorvoslás kifejlődését valóban a megváltozott körülmények kényszerítették ki. A mesterséges táplálásnak mind nagyobb térfoglalása különösen nagy iparvárosokban, a csecsemőhalálozás aránylag nagy volta s ezzel szemben a születések számának fokozatos csökkenése a legtöbb kulturállamban mind oly körülmények voltak, melyek mind jobban és jobban serkentették a szakembereket a gyer-

mekorvostan ezen a multban kissé mostohán kezelt részének behatóbb tanulmányozására. Mert a mit *Widerhofer* 1879-ben mondott, egy évtized előtt teljes érvényben fennállott, hogy: „*Unsere ungenügende Kenntnisse in der Ernährungsfrage mögen wohl den schwerwiegendsten Erklärungsgrund liefern, weshalb eben das Studium der Erkrankungen des Ernährungstraktes nicht in derselben erfolgreichen Weise in unserer Zeit fortschreitet, wie das mancher anderer Organgruppe.*“

S megindult az ezirányú tudományos tevékenység, mely nemsokára *bő aratást* is eredményezett. A gyermekorvostani irodalmi munkálatok jórészt a csecsemők kór- és gyógytanával foglalkoznak s a laboratórium mind erősebben kapcsolódik a klinikai bűvárkodáshoz. S itt a vezérszerep elvitáztatlanul a német gyermekorvosoké volt s az a mai napig is; a berlini katedra nagyérdemű, immár nyugalomba vonult mestere *Heubner*, továbbá az *Epstein* jeles prágai intézetében fejlődött breslaui, majd strassburgi, ma pedig berlini tanár *Ad. Czerny* s a *Heubner* és *Baginsky* iskolájából kikerült *H. Finkelstein* nevéhez fűződnek elsősorban azon szép alkotások, melyek alapján exact tudományos alapon *Czerny*, valamint *Finkelstein* rendszert teremthettek a csecsemők táplálkozási zavarainak labirintusában. Mindezen nagyeredményű munkálatok kiindulási pontját pedig *Escherich* bakteriologiás vizsgálatait, s az alig néhány év előtt elhunyt érdemes német kartársnak, *Cammerer* sen.-nak, *Söldner* vegyész-szel együtt végezett anyagcsere-tanulmányai alkották, mely alapvető munkálatok a *Stiegel*-féle jutalomdíjjal lettek kitüntetve s 1894-ben jelentek meg.

S a haladás e téren alig egynéhány év alatt valóban óriási volt, úgy hogy az az orvos, ki az utolsó években a csecsemők táplálkozási zavaraira vonatkozó irodalmat jórészt figyelmen kívül hagyta s egy mai keletű szakmunkában az idevonatkozó fejezeteket végigolvassa, ismételt elolvasásra is alig érti meg és kétségbeesve teszi le a könyvet. A csak látszólagos bábeli zűrzavart új fogalmak, új elvek okozzák, melyek teljesen átalakították régi felfogásunkat s ezirányú ténykedésünket. Mindazok, kik e tant oly szépen kiépítették, bár olykor túlzásba estek s túlzásba esnek ma is még, kétségtelen, hogy azt a sűrű homályt, mely a csecsemők táplálkozási zavarainak pathogenesisét és aetiologiáját borította, szerencsés kézzel eloszlatták s a therapiát, háttérbe szorítva a gyógyszeres gyógyítást, az alimentaris kezelés előtérbe tolasával helyes alapokra fektették. Örömmel konstátálom, hogy a tan kiépítéséhez magyar fiatal gyermekorvos-kartársaim nem egy értékes követ szolgáltattak.

Szinte úgy látszott, legalább Németországban, mintha a gyermekorvostant csak a két éven alóli gyermekek kór- és gyógytana alkotná; ezt megerősíteni látszott a „*Kleinkinder-Klinik*“-ideának felvetése, s *Quincke*, akkora még kiel bel-orvos-professornak azon kijelentése, hogy a harmadik életéven túl „*sind die Krankheiten der Kinder die gleichen, wie die der Erwachsenen.*“ A gyermekorvostannak régen megalkotott definitiója tehát meginogni látszott s fennállott azon veszedelem, hogy a *Quincke*-féle felfogás értelmében a három éven felüli beteg gyermek újból visszavándorol a felnőttek kórházába, a fejlődésben egy lépést teszünk hátrafelé s visszaesünk a *XVI. Lajos* korabeli időbe. A veszély azonban csak látszólagos volt; a gyermekorvosi körök egyáltalában nem tették magukévá a fenti felfogást — talán csak az egy *Czerny*-t kivéve, ki legalább breslaui tanározkodása alatt a *Quincke*-féle álláspontra helyezkedett —, s mint azt szakunk egy régi illustris munkása, a berlini *Baginsky*, felelet gyanánt *Quincke* cik-kére, fényes, meggyőző érveléssel kifejtette, a paediatrica régi definitiója csorbítatlanul megmarad továbbra is s a tudományos gyermekorvostan, mint azt a *Pfaundler-Schlossmann*-féle nagy munka is demonstrálja, ma is magában kell hogy foglalja az újszülött kortól a serdülő korig terjedő összes kórfolyamatokat.

A csecsemő-diaetetikának s a csecsemők kór- és gyógytanának modern alapokra fektetése természetszerűleg maga után vonta a régi csecsemőkórházak és osztályok, valamint lelenczházak gyökeres hygienés átalakulását is s ennek he-

lyes megoldását nagyban elősegítette *Grancher*, ki az 1900.-i párisi nemzetközi orvoscongressuson a gyermekorvosi sectionban megvalósítását adta a kórházi fertőzések megszüntetésének, mely contact-fertőzések a régi keletű csecsemőkórházak, osztályok s lelenczházak működését a multban oly siralmasá tették, épp úgy, mint a hogy sokszor tartósan, hosszú időre megbénították nem egy kanyaró-, diphtheria- és vörheny-osztály sikeres munkálkodását.

Fertőzőbeteg-kórházakban és fertőzőbeteg-osztályokon ugyanis, még pedig nemcsak nagyforgalmú kórházakban, hanem kisebb anyag mellett is nem egyszer tették azt a sajnálatos tapasztalatot, hogy „*contact-fertőzések*“ jönnek létre. Különösen a kanyaró- és diphtheria-osztályok voltak ilyen fertőzéseknek kitéve s ezek a szomorú tapasztalatok indították a kiváló klinikust, *Grancher*-t arra, hogy ezen contact-infectio elleni küzdelmet alapos tanulmány tárgyává tegye. Ezen tanulmány nagyjelentőségű eredménye volt azon genialis berendezkedés, melyet *Grancher* a párisi „*Hôpital des enfants malades*“ kanyaró- és diphtheria-osztályán létesített, a mely berendezéssel *Grancher* az „*Isolement dans l'isolement*“ elvet érvényesítette, minden gyermek számára külön boxot létesítvén. S *Grancher* ezen berendezésével s az „*antisepsie médicale*“ minél szigorúbb érvényesítésével elérte azt, hogy például a kanyaró-osztályon, hol a mortalitás elődei, *Archambault* és *Parrot* működése alatt nem egyszer a 25%-ot is meghaladta, a halálozást 5–6%-ra tudta leszállítani, egyesegyedül a contact-fertőzések (orr-diphtheria, hurutos tüdőlob stb.) meggátlása által. S a *Grancher*-féle elv a párisi kitűnő tapasztalatok alapján fokról-fokra más, újabb keletű ragályos kórházakban és osztályokon is érvényesített, a külföldön is, s az úgynevezett „*demibox*“-berendezés ily osztályokon ma már általánosan ismert és méltányolt. S hogy ezen úgynevezett „*isolement cellulaire*“, a kitűnő eredmények alapján, mennyire merészsé tett egyes szakembereket, mutatja a párisi *Hôpital Herold*, melynek egyik pavillonjában *Lesage*, kiindulva azon suppositiójából, hogy a ragályozások mindig a *Flügge*-féle csepp-infectio folytán jönnek létre, bírt azzal a bátorsággal, hogy a pavillon két nagy körtermében, melyek ajtókkal ellátott s felül szabad demiboxok egész sorával vannak ellátva jobbról és balról, különleges szellőztetés mellett, melyre *Lesage* nagy súlyt helyez, úgy fekteti be ágyait válogatás nélkül ragályos és nem ragályos gyermek-betegekkel, mint a hôteller kiadja szobáit, válogatás nélkül, szálló-vendégeinek.

A *Lesage*-féle eljárás, a mely rövid kelete folytán a tudományos kritika retortáján még nem ment keresztül, semmi esetre sem követendő, szükséges azonban, hogy a *Grancher* által inaugurált „*box-rendszer*“, esetleg az úgynevezett „*paravent-box*“ alakjában, a ragályos betegek számára szolgáló osztályok, nemkülönben csecsemőkórházak létesítésekor is mindjobban és kiterjedtebben érvényesüljön.

Hogy a csecsemőkórházak és osztályok, valamint lelenczházak átformálására égetően szükség volt, kitűnik abból, hogy pl. 1896-ban még a berlini *Charité* beteg csecsemő-anyagában is a halálozás 70–80% között ingadozott és *Schlossmann*, szakunk jeles munkása, egy 1902-ben megjelent alapos szép tanulmányában: „*Ueber Errichtung und Einrichtung von Säuglingskrankenanstalten*“, ezen kórházak jellemzésére találóan idézi az aesopusi mesét, melyben mikor a beteg oroszán meghívja barlangjába az állatokat s azok az invitációnak meggondolatlanul engedelmeskednek és áldozatul esnek naiv hiszékenységüknek, a ravasz róka a barlang küszöbét nem lépi át, mert „*nulla vestigia retrorsum*“ (semmi nyom sem vezet kifelé).

A modern csecsemőosztályok és csecsemőkórházak az orvosi értelemben vett tisztaságnak minden irányban történő érvényesítésével alakultak át és fejtenek ki manapság — dacára, hogy a felvett beteg csecsemőknek zöme eléggé leromlott állapotban levő, mesterségesen táplált kisdud — oly eredményes működést, a milyenről alig néhány év előtt még alig mertünk álmodni. És ha valaki ma ily modern csecsemőkórházat vagy osztályt figyelmesen végigszemlél, és látja ott

a legnagyobb tisztaság mellett a *legpedánsabb rendet* a csecsemők ellátása körül, — különösen ha látja a fenkölt lelkű német császárné protectoratusa alatt működő és munificenciája által létesült, messze kimagasló, nagyszabású *charlottenburgi Augusta-Viktoria-Haus*-ot —, úgy mindenesetre jóleső érzéssel fogja konstatálni *tudományunk haladásának áldásos gyakorlati érvényesülését az életben.*

A gyermekorvosok által oly nagy sikerrel fejlesztett csecsemővédelem teljes organizatiót nyert az által, hogy a francia „*Gouttes de lait*”-congressusok folytatása gyanánt létrejött Berlinben 1912-ben a fényesen sikerült *III. internationalis csecsemővédő-congressus*, és én életem büszkeségének tartom, hogy kormányunk megbízásából magyar gyermekorvosaink nagy csoportját vezethettem ide s a német birodalmi képviselőházban a megnyitó-ülésen hazánk nevében üdvözölhettem a fényes gyülekezetet. Hogy itt a magyarság az őt megillető positiót foglalta el, bizonyítja, hogy a megnyitó plenaris ülésen hivatalos megbízás folytán a magyar socialis gyermekvédelem egyik legerősebb munkása, *Ruffy Pál* tartott előadást az állami csecsemővédelemről.

Ezen congressushoz kapcsolódik az üdvös socialis mozgalmaknak egész sora, nálunk a nemrég alakult *Stefánia-szövetség*, melyeknek kihatását a viszonyok megjavítására nem szabad lekicsinyelnünk, ha emlékeztetünkbe idézzük, hogy *Rousseau „Émile”*-jének hatása alatt a XVIII. század végén a francia anyákat valóságos „szoptatási düh” fogta el, s midőn néhány év előtt *Brieux* híres darabja, a „*Les remplacements*” megjelent, a szoptató-dajkák száma a párisi jómódú családokban rövid idő alatt nyolcz ezerről öt ezerre szállott alá s a párisi előkelő házakban az anya általi szoptatás egy ideig legalább divatos lett.

* * *

A natalitási arányszám fokozatos csökkenése a legtöbb kulturállamban s a depopulációtól való félelem természet-szerűleg maga után vonta mindenütt a fertőző kórok elleni küzdelemnek is minél intenzívebb érvényesítését. Hogy szaktudományunk e téren a tudományos erők összmunkálkodásával szintén nagy eredményű tevékenységet bírt kifejteni a XX. században, — hogy csak egy példát említsek, fényesen illusztrálja a gyermekhűdésnek széles alapon való tanulmányozása, melyre fájdalom, bőven nyílt alkalom majdnem mindenfelé.

A gyermekhűdésnek olykor csoportos megjelenése egyes vidékeken ugyan már évtizedek előtt feltűnt egyes orvosoknak (*Bergenholtz* 1868) s tudjuk, hogy 1876 óta a Skandináv-félszigeten, Svédországban és Norvégiában ismételtén észlelték kisebb-szerű járványokat (*Medin*), hogy azonban a megbetegedések tömegesen is jelentkezhetnek s hogy a szó szoros értelmében járvány alakjában is mutatkozhatnak a kór, ez csak a legutóbbi évek kiválóan érdekes tapasztalata.

Az 1905. évben Svédországban és Norvégiában kifejlődött nagy kiterjedésű s nagy megbetegedési számokat mutató járványok, melyek úgy látszik a két ország határán levő Götteborgból vehették kiindulásukat, költözték fel különösen a szakemberek figyelmét a Heine-Medin-kór iránt; a svéd és norvég kartársaknak mesteri tanulmányai ezen két epidemiáról (*Wickmann, Harbitz és Scheel* munkálatai) mindenfelé a legnagyobb feltűnést keltették és reáirányították a szakemberek figyelmét arra, hogy működésük területén nem jelenik-e meg szintén csoportosan, esetleg epidemiásan a gyermekhűdés.

Az Egyesült-Államok területén Newyork államban s magában Newyorkban 1907-ben megindult poliomyelitis-járvány, melyet csakhamar követett a Massachusetts-állam területén jelentkezett epidemia, már *megdőböntően nagy* megbetegedési számokat mutatott fel s még inkább reáirányította e kórra a figyelmet; az Egyesült-Államok orvosai vállvetett működéssel indították meg a statisztikai adatok beszerzését s az eseteknek minden irányban eszközölt komoly tanulmányozását a célból, hogy a gyermekhűdésnek ezen rejtélyes körülmények folytán létrejött nagyarányú epidemiás fellobbanásának ma-

gyarazatát megadhatassák. Hogy ezen úgynevezett poliomyelitis-járványok tanulmányozása *nem tisztán tudományos kérdés volt, hanem, tekintettel a poliomyelitis lefolyása után visszamaradó bénulásokra, nemzetgazdasági kérdés is*, kitűnik abból, hogy Norvégiában 1905-ben 918 volt a megbetegedések száma, Svédországban ugyancsak ebben az évben 1000-nél több, és Newyork-államban, még pedig Newyorkban magában s közvetlen környékén 1907-ben 2500 eset konstataltatott összesen s a következő években a megbetegedések száma még tovább szaporodott, olyannyira, hogy *1910-ben az Egyesült-Államok területén majdnem 9000 megbetegedés jutott a hatóságok tudomására, 13.75% halálozással s az állandósult bénulások óriási számával.*

S a svéd és norvég járványt követő németországi járványok (westfaliai, hessen-nassauai, hannoveri, sziléziai, pomeraniai járvány), továbbá az Ausztria területén mutatkozott járványok (Alsó-Ausztria, Styria), valamint a Párisban, de Franciaország más helyein is észlelt, bár kisebb terjedelmű epidemiák azon látszatot keltették mindnyájunkban, kik az utóbbi években a mindinkább növekvő s igazán gazdag klinikai és kórtani, valamint epidemiológiai adatokat tartalmazó irodalmat figyelemmel követjük, hogy a XX. századnak *somorúan érdekes sajátossága, hogy a gyermekhűdés*, melyet eddig, 1840 óta, tehát a nagy hírű stuttgarti orvos, *Jakob v. Heine* klasszikus munkálata óta csak *sporadikus* megjelenésben láttunk, *ismeretlen körülmények közrejátszása folytán mindenfelé többé-kevésbé kifejezetten járványosan kezd jelentkezni.*

Ezen járványok tanulmányozása jórészt a gyermekorvosok érdeme volt s én boldog vagyok, hogy ezen nemzetközi munkában résztvehettem az 1911. magyarországi járvány feldolgozásával s ezen munkálataimmal odahathattam, hogy belügyi kormányzatunk már 1912-ben elrendelte a magyarhoni gyermekhűdés-esetek kötelező bejelentését, mely kormányintézkedéssel a legtöbb kulturállamot megelőztük.

* * *

Tisztelt Hallgatóság!

Halvány, hézagos képét rajzoltam a gyermekorvostan fejlődésének s mai állásának hazánkban, szembeállítva a külfölddel, s ha a mérleg reánk nem éppen kedvezőtlen, ez a régmúlt idők nagy férfainak érdeme, kik nálunk gondos kezekkel megalapozták szakunkat s egészséges fejlődését honunkban a későbbi időkre biztosították. Nem rózsákkal behintett síma úton, sőt rögös nehéz pályán indult meg honunkban a paediatrica fejlődése s csak lassan, lépésről-lépésre haladhatott előre, de végre is eljutott oda, hogy ma már államhatalom s társadalom, karöltve a szakemberekkel, törekszik arra, hogy megmentse az életnek a jövő generációt, azt a nemzedéket, mely kulturánkat fogja továbbfejleszteni s ha a végzet úgy akarná, újból meg kell hogy védje hazánkat minden határon a betörő ellenségtől; s ha ma ki is hullott a kard a brassói Cenk-emlék turulmadarának csőréből, gondoskodjunk, hogy a remélhetőleg nemsokára visszahelyezett kardot a jövő nemzedék izmos karral megvédhesse s megátolja a „szent madár” újabb megcsufolását.

Hozzád térek vissza *Balassa!*

A *Te* aegised alatt kezdett hazánkban kibontakozni a mult század nehéz, mozgalmas időszakában egész tudományos orvostanunk s ma, mikor egy év lepergése után, szép szokásunkhoz híven újból a *Te* nagy szellemednek áldozunk, hálával adózunk emlékednek, mert működéseddel megtanítottál arra, hogy csak úgy haladhatunk igazán, ha mindenkoron meglátjuk hiányainkat s a külföldtől megtanuljuk mindazt, a mi jó és alkalmas arra, hogy hazánk földjébe átláthatassék. De hálások vagyunk, hogy megtanítottál arra is, hogy megbecsüljük azt, a mi nálunk jó s úgy működ-jünk tudományunk terén, hogy, úgy mint *Te*, mi is hazafias önérzettel s ne szégyenkezve mondhatassuk el magunkról, hogy „*hungari sumus*”.

Közlemény a miskolci megfigyelő-állomásról.

A paratyphus-A-reconvalescensek bakteriológiai vizsgálatáról.

Irta: *Iff. Molnár Béla* dr., népfelkelő-segédorvos.

A háború alatt jelentkezett járványok alkalmat adtak arra, hogy egyes, azelőtt ismeretlen vagy csak kevésbé és felületesen ismert betegségeket nagyobb anyagon tanulmányozhassunk. Ez utóbbiak közé tartozik a *paratyphus abdominalis*-A is. Míg a paratyphus-B-t a háború előtt is jól ismertük, addig a paratyphus-A, mely Afrika északi részeiben, Indiában, Japánban gyakori, Németországban és nálunk ritka előfordulása miatt kevés érdeklődésben részesült. *Jürgens* (1913-ban) még abban is kételkedett, hogy a paratyphus-A-bacillus a typhushoz hasonló megbetegedést idéz elő, és bár elismeri, hogy a bacillust váladékokban és a vérben is megtalálták, az eseteket mégsem tartja a typhushoz sorolandóknak, mert szerinte hiányzik a bizonyíték arra, hogy a paratyphus-A-bacillus okozta fertőzés valóban a typhus abdominalishoz hasonló megbetegedést okoz. *Jochmann* (1914-ben) már elismeri, hogy a paratyphus-A-bacillus a typhushoz hasonló körképet idéz elő, de ritka előfordulása miatt csekély szerepet tulajdonít neki.

A háború folyamán azonban csakhamar mindenfelől jelentettek kisebb paratyphus-A-járványokat és észlelők siettek tapasztalataikat közölni, hogy a paratyphus-A körképe járványtani, bakteriológiai, kórbonczani és klinikai szempontból pontosan megállapítható legyen. (L. az irodalmat.)

A miskolci megfigyelő-állomáson nekünk is volt alkalmunk paratyphus-A-eseteket tanulmányozni és az ezekben szerzett tapasztalatainkat óhajtom ismertetni, melyek különösen a paratyphus-A-reconvalescensek bakteriológiai vizsgálatára és a paratyphus-A-járványok terjedésmódjára vonatkoznak.¹

Kórházunkban összesen 26 paratyphus-A és 19 paratyphus-B beteget észleltünk. A megbetegedés tartama alatt csakis a vér bakteriológiai vizsgálatát végeztük (*Schmidt* módszerével) és ennek kitűnő eredményei mellett csak igen ritka esetben szorultunk rá a széklet és a vizelet bakteriológiai megvizsgálására. Éppen ezért — sajnos — egyáltalában nincs tapasztalatunk arra vonatkozólag, hogy a lázas időszak alatt milyenek a széklet és vizelet bakteriológiai vizsgálatának eredményei. Míg diagnostikai szempontból csak a vért vizsgáltuk, addig a lázas időszak elmúltával 5 napos időközökben addig vizsgáltuk a széklet és vizeletet, míg 3 egymásutáni vizsgálat negatív eredménnyel nem végződött. Volt főnökömnek, *Vérsi*-nek tanácsára nem elégedtünk meg az előírt 3 szék- és 1 vizeletvizsgálattal, hanem minden székvizsgálattal egyidejűleg vizeletvizsgálatot is végeztünk.²

Hangsúlyozni kívánjuk tehát, hogy az alanti táblázatban feltüntetett számok kizárólag reconvalescensek szék- és vizeletvizsgálataira vonatkoznak. Összehasonlításképp közöljük a paratyphus-B-re vonatkozó adatainkat is.

Statisztikai táblázatunkból kitűnik, hogy míg paratyphus-B-t kiállott betegeink közül a reconvalescencia ideje alatt minden negyediknek (26,2%) székleté tartalmazta a kórokozó bacillust, addig a 26 paratyphus-A-reconvalescens székvizsgálata csak egyetlen egy esetben (3,8%) végződött pozitív eredménnyel.

Feltűnő rosszak tehát a paratyphus-A-reconvalescens székvizsgálatok eredményei. Ezen rossz eredményekkel azonban nem állunk egyedül. Bár *Bieling* és *Klinger* nagyobb számban sikerült pozitív székvizsgálatokról referál, *Klose*-nak a vérből tenyésztett 35 törzs mellett csak két esetben

sikerült a székéből a paratyphus-A-bacillust kitenyésztenie, ezeket is csak többszöri hiábavaló kísérlet után. *Lehmann* szerint „rendkívüli jelentőségű, hogy a paratyphus-A-bacillusok gyakran csak nagyon nehezen és néha egyáltalában nem izolálhatók a székéből“.

	Vérből +	Székéből +	Vizeletből +
26 paratyphus-A betegünk közül	26 = 100%	1 = 3,8%	4 = 15,3%
	28-szor*	1-szer	11-szer
19 paratyphus-B betegünk közül	15 = 78,9%	5 = 26,2%	3 = 15,7%
	15-ször	5-ször	6-szor

* Két recidiva.

Lehmann a rossz eredményeket adó székvizsgálatokkal szemben felemlíti, hogy a vérből csaknem mindig sikerül a tenyésztés, azonban egyáltalában nem szól a bakteriológiai vizeletvizsgálat eredményeiről. A többi szerző is nagyon mostohán bánik a vizeletnek bakteriológiai megvizsgálásával. Némelyek meg sem említik, mások 1—2 vizeletvizsgálatról írnak, de rendszeres bakteriológiai vizeletvizsgálatokat — úgy látszik — sem a megbetegedés, sem a reconvalescencia tartama alatt nem végeztek. Nekünk pedig éppen ezekkel voltak igen jó eredményeink. Paratyphus-B-eseteink közül a reconvalescencia alatt 15,7%-nak, az A esetek közül 15,3%-nak volt pozitív a vizelet vizsgálata. Míg tehát a paratyphus-B-reconvalescenseknek a székleté többször (26,2%) tartalmazott kórokozókat, mint a vizelete, addig az A-reconvalescensek vizeletvizsgálata 4-szer olyan gyakran volt pozitív, mint a székletét-vizsgálat. Még feltűnőbb ez a különbség, ha tekintetbe vesszük azt, hogy úgy az A, mint a B székletetek mindig csak egyszer, a vizeletek pedig többször voltak pozitívek, így a 3 pozitív paratyphus-B-vizelet 6-szor, a 4 pozitív paratyphus-A-vizelet pedig 11-szer.

Megfigyelő-állomásunkon azonban nemcsak kezeltünk fertőző betegeket, hanem nagy számmal kaptunk typhus- és paratyphus-reconvalescenseket a galicziai kórházakból „a fertőzésmentesség megállapítása végett“. Természetesen ezeken is minden bakteriológiai székletvizsgálattal parallel vizeletvizsgálatot is végeztünk. Százalékokban itt nem beszélhetünk, mert hiszen csaknem kivétel nélkül „kiállott typhus“ diagnosissal jöttek, nem tudhatjuk tehát, hogy közülük hánynak volt valóban typhusa és hánynak paratyphus-A vagy B-je. Ha ezeknek pozitív eredménnyel járó vizsgálatait hozzáadjuk az előbbiekhöz, a következő számokat kapjuk:

Összes vizsgált egyén közül				
	székéből +		vizeletből +	
Paratyphus-A	1	1-szer	11	55-ször
Paratyphus-B	21	21-szer	11	14 szer

Ebből a táblázatból láthatjuk, hogy mily feltűnően jó a paratyphus-A-nál a vizeletvizsgálat eredménye a székletétével szemben. Egyetlen pozitív székvizsgálattal szemben 11, illetőleg az ismételt pozitív vizsgálatok révén 55 pozitív vizeletvizsgálat áll.

Érdekesnek tartjuk kiemelni azt is, hogy — míg a paratyphusos székletetek sohasem voltak ismételt pozitívek — a 11 paratyphus-B pozitív eredményű vizelet össze-

¹ Eseteinket klinikai szempontból *Korányi* segédorvos ismertette. (Orvosi Hetilap, 1916. 9. szám és Feldärztliche Blätter der k. u. k. 2. Armee, Nr. 10.)

² *Vérsi* közölte (Orvosi Hetilap, 1916. 7. szám és Feldärztliche Blätter der k. u. k. 2. Armee, Nr. 10.) 2429 székletének és ugyanannyi vizeletnek typhusra és paratyphusra történt megvizsgálásából származó eredményeinket, melyek szerint 4-szer annyi pozitív eredményt kaptunk vizeletekből, mint székletekből.

sen 14-szer, az ugyancsak 11 pozitív paratyphus-A-bacillus-kiválasztó vizelete pedig 55-ször volt pozitív s ezen utóbbi szám még növekedhetett volna, ha nem lettünk volna kénytelenek néhány chronikus bacilluskiválasztót a vizsgálatok befejezése (3 egymásutáni negatív vizsgálat) előtt más kórházba áthelyezni.

Felemlítünk itt két chronikus paratyphus-A-bacillus-kiválasztót, kiknek betegségét nem mi észleltük s hozzánk már mint reconvalescensek kerültek. Ezek egyike 7 hónappal a betegség lefolyása után még állandóan nagy mennyiségben ürítette vizeletével a bacillusokat s akkor is még mint pozitív kiválasztót helyeztük át más kórházba. A másik chronikus kiválasztónak betegsége — előadása szerint — nem emlékeztetett a paratyphus abdominalisra, sokkal inkább nephrolithiasisra vagy pyelonephritisre. Állítólag rendkívül heves vesetáji fájdalmai voltak, a melyek az ureterek mentén lefelé sugároztak ki, vizelete több ízben véres és állandóan genyes volt. Ez a beteg hat hónapig választott ki vizeletével paratyphus-A-bacillusokat, mely idő alatt vizelete nagy számmal tartalmazott genysejteket, vesemedencze-, ureter- és hólyaghámsejteket s ezen alakelemek még a bacilluskiválasztás megszűnése után is kimutathatók voltak az üledékben.

Minden reconvalescens, kinek vizelete typhusra vagy a paratyphusok valamelyikére pozitív volt, urotropint és salolt kapott; úgy látszik, hogy a paratyphus-A-bacillus ezen gyógyszerekkel szemben resistensebb, mert sem a typhusban, sem a paratyphus-B-ben nem észleltünk ily hosszú ideig tartó bacilluskiválasztást.

Bár a paratyphus-B-ben a bakteriologiai vizeletvizsgálat a székvizsgálatnál rosszabb eredményeket szolgáltatott, itt sem mellőzhetjük, mert tapasztalataink szerint úgy a B-nél, mint az A-nál a bacillust a vizelettel kiválasztók *sohasem* voltak azonosak a széklettel kiválasztókkal; a fertőzésmentesség igazi megállapíthatása végett tehát minden esetben el kell végezni mindkét váladék megvizsgálását. A typhusban hasonló eredményekről referált Vészi.

Ugyancsak Vészi emelte ki a vizelettel kiválasztók nagyobb fertőzőképességét is, tehát a járványok terjesztése szempontjából is fontosabbak az utóbbiak, mint a széklettel kiválasztók. Az infectio ezen forrását Svestka is a legveszedelmesebbek közé sorolja.

Jochmann 1914-ben a paratyphus-A-t még a bakteriumok okozta élelmiszermérgezések között tárgyalja s terjesztésében a tejnek és a víznek tulajdonít szerepet, ma pedig a szerzők — úgy látszik — megegyeznek abban, hogy a betegség *contact infectio* útján terjed s ebben különbözik a paratyphus-B-től is (Lehmann, Svestka, Oesterlin). A *contact infectio* terjesztésében természetesen a bacillusz-gazdák játszanak nagy szerepet, például a Lehmann ismertette ulmi kaszányajárványnál meg is találták a járvány terjesztőjét egy szakács személyében, a ki azelőtt az afrikai idegenlégióban szolgált s valószínűleg onnan hozta magával a paratyphus-A-bacillusokat, melyeket széklettel választott ki. Klose rendkívül nagyszámú vizsgálatot végzett csapatoknál, bacilluszgazdát azonban nem sikerült találnia. A vizeletvizsgálatokat nem említi, úgy látszik tehát, hogy csak a székleteket vizsgálta.

A mi kórházunkban két belső fertőzés történt paratyphus-A-val, egymástól teljesen függetlenül s körülbelül egy havi időközben. Mindkét esetben a kórház egy-egy alkalmazottja (egy kocsis és egy tisztiszolga) betegedett meg, de a fertőzés egyik esetben sem terjedt tovább, úgy hogy ezek is a *contact fertőzés* mellett bizonyítanak, mert ha élelmiszerezellel fertőzték volna magukat, az esetek izoláltak nem maradhattak volna.

A *contact infectio*ban nagy szerepük lévén a bacilluskiválasztóknak (gazdáknak), ezeknek felkutatására elsősorban is a vizelet bakteriologiai megvizsgálását ajánlhatjuk.

Összefoglalás.

1. A paratyphus-A-reconvalescensek vizsgálatakor a széklettelvizsgálat nagyon rossz eredményeket szolgáltat.

2. Jó eredménnyel járnak a bakteriologiai vizeletvizsgálatok, a melyek majdnem minden pozitív esetben ismételten pozitívek.

3. A vizeletvizsgálattal kutathatók ki a chronikus bacilluskiválasztók.

4. A paratyphus-A *contact-infectio* útján terjed.

Irodalom. Bieling: Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 18. sz. — Herxheimer: Berliner klin. Wochenschrift, 1916, 24. sz. — Jochmann: Lehrbuch der Infektionskrankheiten. — Jürgens, Kraus-Brugsch: Spez. Path. und Ther. inn. Krankh., II. kötet. — Klinger: Münchener med. Wochenschrift, 1915, 51. sz. — Klose: Münchener med. Wochenschrift, 1916, 14. sz. — Korczynski: Medizinische Klinik, 1916, 2.-3. sz. — Lehmann-Mäulen-Schricker: Zeitschrift für klin. Medizin, 82. kötet. — Lehmann: Münchener med. Wochenschrift, 1916, 3. sz. — Loewenthal: Medizinische Klinik, 1916, 20. sz. — Oesterlin: Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 9. sz. — Schmitz-Kirschner: Münchener med. Wochenschrift, 1916, 1. sz. — Svestka: Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 16. sz.

A cs. és kir. laibachi 5. sz. tartalékkórházból. (Kórházparancsnok: Zörnlaib Sándor dr., ezredorvos.)

Anaemia pernicioosa esete.*

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

Kórházunknak quarantine-állomás jellegénél fogva sűrűn változó, de igen nagy beteganyagából az utóbbi időben elég gyakran sikerül aránylag igen ritkán előforduló betegségben szenvedő katonákat kiválasztani. Helyőrségi orvosfőnökünknek, Geduldiger I. oszt. főtörzsorvos úr és kórházparancsnokom kiváló jóindulatának és a tudományos munkálkodást elősegítő törekvésének köszönhetem, hogy osztályomon aránylag hosszabb ideig figyelhetem, tanulmányozhatom az érdekesebb betegeket.

Az alábbiakban ismertetendő beteg egy 42 éves nőtlen honvéd, a ki június 13.-án vétetett fel osztályomra.

Körelőzményi adatok: Anyja tüdőbajban szenved, atyja és egy nővére tüdőtuberculosisban halt el, egy nővére él s állítólag egészséges. Komolyabb betegségekre nem emlékszik. Két év előtt kevés vért köpött. Vért nem hányt. Véres széke nem volt. Hidegrázással járó lázai sem voltak. Nemi betegségben nem szenvedett. 5-6 év előtt gyakran volt orrvérzése. Az utóbbi időben 9 kgr.-ot fogyott. Alkoholt keveset és ritkán szokott inni.

Jelen bajára nézve előadja, hogy már régebb idő óta gyenge, bágyadt, könnyen elfárad, hosszabb gyaloglás vagy hegymászás alkalmával pedig szívdobogása és légzési nehézsége van, fullad. Május 1.-e óta annyira gyenge, hogy szolgálatát sem tudta ellátni.

Status praesens: Június 13. Alacsony termetű, gracilis csontrendszerrel, gyenge, petyhüdt izomzattal bíró beteg; a bőr és a látható nyálkahártyák színe feltűnően halvány. Arcza és a fülkagylói viaszszárgák. Az arcz kifejezéstelen. A beteg psychés funkciói sem egészen normalisak. A hozzáintézett kérdéseket nehezen érti meg, gondolkozása rendkívül lassú, feleletei vontatottak, de elég értelmesek. Beszéde nehézkes. Egyébként meglehetősen közönyös, apathiás. A múlt eseményeire nehezen és homályosan tud visszaemlékezni. Sensoriuma tiszta, közérzetét csupán nagyfokú gyengesége és előbb említett panaszai zavarják.

A beteg izomereje igen csekély, kevés mozgás, néhány szabad gyakorlat után gyorsan elfárad. Érzékszervei épek. Tapintás-, érintés-, hő- és fájdalomérzése rendes. A pupillák középtágak, szabályos kerek, kissé renyhén reagálnak.

Patellaris reflexe, valamint a felső végtagok csontthártya-reflexe, has-, cremaster- és talpreflexe kissé fokozott. Garat-reflexe is kiváltható. Romberg-tünet: negatív. Trophiás zavarok nincsenek. Vasomotoros zavarként említhetem a mellkas bőrén észlelhető dermatographismust.

A beteg subfebrilis. Hőmérséke 37°, 37.6°, 38° közt

* Bemutatta a f. évi július-hó 12.-én megtartott laibachi orvosgyűlésen.

ingadozik. A hónaljában borsónyi-babnyi, fájdalomtalan mirigyek tapinthatók.

Mindkét oldalon a kulcsárcok mérsékelten besüppedtek. A mindkét oldalon rövidült tüdőcsúcs felett érdes sejtes be- és nyújtott igen érdes kilégzés hallható, egy-egy száraz szörty-zőrej kíséretében. Keveset köhög. Köpetet nem ürít. Szívcsúcslökés a rendes helyen, a szívtompulat rendes nagyságú. A szív és nagyerek hangjai tompák, gyengén hallhatók. Zőrej sehol sem hallható. Az érlökés percenként 80, kicsi, kissé puha, elég könnyen elnyomható. 6—7 szabadgyakorlat (mély térdhajlás) után szívműködése igen szaporává válik (pulsusa 80-ról 120-ra emelkedik) és légzése is szaporább (24). A szívhangok a mérsékelt izommunka után sem zörejesek.

Nyelv tiszta. Torok szabad. Étvágy elég jó. Has sehol sem érzékeny. Léptompulat kissé megnagyobbodott. (A 8. borda magasságában kezdődik és a 11. bordáig terjed.) Máj, lép nem tapintható.

Gyomorvizsgálat adatai próbareggeli után:

szabad sósav	23
összaciditás	30
tejsav	0

Üledékben sok emésztetlen keményítő-szemcse és izomrost található (pedig előzőleg 4 nappal nem evett húst).

Székeben — 3 napos tejkúra után a gyomorvizsgálat előtt — occult vérzés nem volt kimutatható. Széke rendes. Székében peték nem találtak.

Vizelete sem fehérjét, sem cukrot nem tartalmaz.

Vére a Wassermann-reactiót nem adja. (Sternthali Wassermann-állomás adata.)

A beteg végzett vérséjtvizsgálat adatai a következők:

Vörös vértetek száma 1 mm ³ vérben	1,536.000
Haemoglobín-tartalom (Sahli készülékével meghatározva)	45%
Festődési index	1.5
Fehér vérséjtek száma 1 mm ³ vérben	3.200

Az egyes fehér vérséjt-fajták eloszlása, a Pappenheim által módosított, kombinált May-Grünwald-Giemsa-féle módon festett készítményeken vizsgálva (4 készítményen és 500 fehér vérséjten megszámlálva), a következő:

Polynuclearis leukocyta	60%
Lymphocyta	31.3%
Mononuclearis leukocyta	2%
Eosinophil leukocyta	1.7%
Átmeneti alak	4%
Myelocyta	1%

A festett készítményben ezek mellett a vörös vérteteknek nagyfokú alak- és nagyság-, valamint festődésbeli eltérését, vagyis nagyfokú poikilocytosist és polychromatophilidat állapíthattam meg. A vörös vérséjtek véképe: A normalis alakú és nagyságú erythrocyták mellett számos egészen apró, úgynevezett mikrocycyta, a normalisnál nagyobb, úgynevezett makrocycyta, valamint igen feltűnő nagyságú gigantocycyta látható; a korong-alakon kívül pedig ovalis, ellipsises, félhold-, kifli-, csepp, körte-alak stb. látható.

Az 500 fehér vérséjt számlálása közben pedig 15 maggal bíró rendes nagyságú vörös vérséjten, úgynevezett normoblastot és 35 maggal bíró, de a rendesnél jóval nagyobb, úgynevezett megaloblastot számlálhattam meg. Ezenkívül a 4 készítményben 12 pontozott protoplasmával bíró vörös vértetet és 51 maggal és finoman szemcsézett protoplasmával bíró úgynevezett polychromatophil erythroblastot találtam, melyekben a szemcsék chrombarnaszínre festődtek. Valamennyi vörös vértet feltűnően intensive festődött.

Mindebből kitetszik egyelőre az, hogy betegünk súlyos fokú anaemiában, vérszegénységben szenved. Kérdés, elsődleges-e a betegség vagy másodlagosan jelentkezett?

Nagyfokú anaemiák másodlagosan jelentkezhetnek: súlyos és gyakran ismétlődő vérzések, vérvesztések után

(gyomorfekély, tüdővérzés stb.). nephritis, carcinoma ventriculi, syphilis, malaria, súlyos, kimerítő hasmenések, diabetes, tuberculosis, helminthiasis stb., valamint idősült ólom- és arzénmérgezés után. De betegünk anamnesisében nagyobb vérvesztésre vonatkozó adatok nincsenek. (Az 5—6 év előtti orrvérzések nem voltak nagyfokúak.)

A klinikai vizsgálatok rendén betegünk székében a szokásos kautelák mellett occult vérzést nem tudtunk kimutatni, másrészt a gyomorvizsgálat csupán kisfokú hypochlorhydria-t és hypaciditást eredményezett, de gyomorrákra valló egyéb jel (például tejsav, hosszú bacillusok) nem volt kimutatható.

A felsorolt klinikai vizsgálati adatok szerint minden további nélkül kizárható:

a nephritis, ulcus ventriculi, carcinoma ventriculi, diabetes, syphilis, súlyos enteritis, helminthiasis és az idősült ólom-, arzénmérgezés is, hiszen betegünk földmíves ember, a ki békeidőben sem kerül érintkezésbe ilyen fémekkel. A beteg anamnesise terhelő adatokat tartalmaz ugyan tuberculosisra, sőt kisfokú csúcsburutot is megállapíthatunk, de ez oly csekély fokú, hogy semmiesetre sem áll arányban a nagyfokú anaemiájával.

A nagyszámmal talált magvas vörös vérséjtek, valamint a nagyfokú poikilocytosis és polychromatophilia, de még inkább a magas festődési index, illetőleg az absolute csekély, de a vörös vértetek számához képest relative nagy haemoglobintartalom, főleg pedig a kifejezett relativ lymphocytosis alapján jogosnak tartom, hogy betegünkön a körjelzést Biermer-féle anaemia pernicioosa-ra tegyem.

*

A beteg állapota két hónapig tartó, gondos hygienés-dietás és gyógyszeres (vasarsen-pillulákat szedett) kezelés mellett lényegesen javult kórházunkban. Testsúlya 51 kg.-ról 57 kg.-ra emelkedett. Arcszíne halavány rózsássá vált, kedélye is élénkült. Izomereje gyarapodott.

A pontos vérvizsgálat két hó múlva a következő eredményre vezetett:

Haemoglobín-tart. 95% (előbb 45%), vörös vértetek száma 1 mm³ vérben 3,912.000 (előbb 1,536.000), fehérvérséjtek száma 4800 (előbb 3200). Fest. index 1.21 (előbb 1.5).

A vérkép — a már ismert módon festett készítményekben a fentebb leírt módon vizsgálva — két hó múlva is relativ lymphocytosist mutat, csekélyfokú poikilocytosis mellett.

A vérkép analysise a következő eredményre vezetett: polynucl. leukocyta 56%, lymphocyta 36.4%, mononuclearis leukocyta 1.8%, eosinophil leukocyta 2.2%, basophil leukocyta 0.6%, myelocyta 0.2%, átmeneti alak 2.8%.

Sem magvas, sem polychromatophil vörösvérséjten nem találtam ez utóbbi vizsgálat alkalmával.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Landois' Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Vierzehnte Auflage. Bearbeitet von R. Rosemann. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg.

Csak néhány szóval akarjuk felhívni a figyelmet arra, hogy a világszerte ismert munka (angol, francia, olasz, spanyol, orosz és japán fordításban is közkézen forog) 14. kiadása jelent meg nemrégiben. E szinte páratlan siker nyitja az, hogy e munka nem száraz physiologiát ad, hanem a gyakorlati orvostannal való vonatkozásaiban tárgyalja e fontos tudományzakot, physiologie gondolkodni tudó orvosokat akar nevelni; de érthetővé teszi a sikert másodsorban az is, hogy az új kiadások csakugyan lelkiismeretes pontossággal regisztrálják az időközben végbement haladást és egyébként is mindig iparkodnak még jobbra tenni ezt a kezdettől fogva jó munkát, a melyet nem ajánlhatunk eléggé mindazoknak, a kik talán még nem ismerik.

A. Biedl: Innere Sekretion. Dritte Auflage. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. Ára 72 korona.

A terjedelmében ismét tetemesen bővült új kiadása e jeles munkának, melynek előző kiadásait részletesebben ismertettük lapunk hasábjain, csak részben új, a mennyiben a közbejött háború miatt csak az első részt sikerült a szerzőnek teljesen átdolgoznia, míg a második részt illetőleg meg kellett elégednie azzal, hogy az előző kiadás megjelenése óta napvilágot látott irodalmat felsorolja, részben referátumok módjára ismertesse. Ennek következtében természetesen a második rész egyöntetűsége szenvedett, de azért megadja a lehetőséget, hogy minden tekintetben pontos felvilágosítást kapjunk a második rész keretébe tartozó kérdésekről is. Mindenesetre hálásak lehetünk a szerzőnek, hogy e nehéz időkben is lehetővé tette az új kiadás megjelenését s ezzel elősegítette, hogy a belső elválasztásról szóló, máris oly szép gyümölcsöt termett tan továbbfejlesztésére szükséges irodalmi adatoknak rendszeres egésze összefoglalása révén megkönnyítse a további bűvárkodást e téren.

Lapszemle.

Belorvostan.

A rák sugaras gyógyítására vonatkozólag közöl megjegyzéseket *Theilhaber* (München). Minthogy véleménye szerint a rák keletkezésében a legfontosabb tényező a lymphocyták és a kötőszöveti sejtek megkevesedése, mint a mely sejtek az epithel továbbjárnásának gátat vetnek; a Röntgen- és radium-sugarak közepes adagai pedig a rákos szövet elpusztításán kívül a nevezett védősejteket megszaportítják: ilyen közepes adagokat kell használnunk. Igaz ugyan, hogy igen nagy adagjai a sugaraknak még erősebben roncsozzák a rákos szövetet; ezt az előnyt azonban túlkompensálja a nevezett védősejtekre gyakorolt károsító hatásuk. A túlságosan nagy adagok tehát kerülendők. (Berliner klin. Wochenschrift, 1916, 37. szám.)

A szívbetegségek terheességéről ír *Traugott és Kautsky* (Frankfurt a. M.) 8000 szülésre vonatkozó anyag alapján. 0.7%-ban találtak szívbetegséget, ez eseteknek 12.5%-a végződött halállal. A szívbeteg közül a terheességben legveszedelmesebb a mitralis-stenosis; valamennyi haláleset mitralis-stenosisra vonatkozott. S a míg másfajta szívbetegségben a terheességben, a szülés közben és a gyermekágyban beálló compensatio-zavar 6.45%-ban fordult elő, addig mitralis-stenosis eseteiben ez a százalék 88-at tett. A compensatio-zavar mitralis-stenosis eseteiben többnyire már az első terheességben jelentkezik és néha a szülés közben hirtelen áll be előző jelek nélkül. Spontan abortus és koraszülés mitralis-stenosis eseteiben 41.17%-ban észleltetett, más szívbetegségben csak 11.11%-ban. Mitralis-stenosisban szenvedő nőt tehát le kell beszélnünk a házasságról, decompensatio jelentkezése esetén pedig a terheesség megszakítása javalt, esetleg hasmetszés útján; ilyenkor a nőnek terméketlenné tevessé is elvégezhető egyúttal. A többi szívbetegségben expectative járunk el. (Zentralblatt für Gynäkologie, 1916, 37. sz.)

Sebészet.

A gázphlegmone prophylaxisában és terapiájában a tartós pangással való korai kezelést nagy jelentőségűnek tartja *Sehrt*, a ki *Bier* tanár tanácsára gránától súlyosan sérült összes betegeit a következő módon kezeli:

A sérülés után minél előbb, de legkésőbb a 3.—4. napon a sérülés helyétől proximalisan felteszi a gummipólyát, ügyelve arra, hogy 1. a betegnek fájdalmat ne okozzon, 2. a tőle periferián fekvő verőereken a pulsus érezhető legyen, 3. a periferiás testrészt ne legyen kék és hideg, hanem meleg és piros, 4. végül ne váljék a végtag érzéstelenné. A végtagrészt csakhamar hatalmasan megduzzad, a sebből bőven szivárog váladék (ezért nedves

kötést tesz rá). A sebet csak 7—8 naponként köti át. A gummipólyát a seb nagysága szerint 6—8—14 napig hagyja a végtagon egyhuzamban.

A seb a pangás tartama alatt nem tesz kedvező benyomást, a pólya eltávolítása után azonban gyorsan megtisztul, környékén a legcsekélyebb oedema sem marad, pedig gránát okozta sebeknél ez szokásos.

A mióta a szerző a fenti módon jár el, a pangás tartama alatt 87 esete közül egyetlenegyben sem kapott gázphlegmonét, jöllehet a kezelésre directe a legsúlyosabban sérülteket választotta ki. A pólya eltávolítása után a 87 beteg közül mindössze 6-an kaptak gázphlegmonét, azonban ezek kivétel nélkül meggyógyultak, bár sebeik igen súlyosak voltak. Ez utóbbi 6 beteg kórtörténetéből kitűnik, hogy még akkor is előnyös a pangással való kezelés, ha a végtagon a gázphlegmone már megjelent s emiatt rajta bemetszéseket végeztek. Ilyenkor azonban a leggondosabb vérzéscsillapítás szükséges. A szerző a gummipólya hosszas alkalmazásának a szövetekre való káros hatását nem észlelte. (Medizinische Klinik, 1916, 28. sz.)

M.

Szülészet és nőorvostan.

A placenta manuális leválasztásáról ír *Walther* giesseni professor. A ritkán előforduló placenta accreta vagy a placentáris szakban helytelenül alkalmazott eljárás okozza sokszor az utóvérzéseket. Erre a szülésznők figyelmét is fel kell hívni. A placentáris szak fájásgyöngeségének egyik gyakori oka a hólyag túlteltsége is lehet. Ezen a csapolás segít. A méh dörzsölése, a helyesen alkalmazott Credé, ergotin, secale adagolása hamarosan célra vezethet. Ha mégis szükséges a művi leválasztás, akkor tudnunk kell, hogy az anyát ezzel a sepsises infectio és a sérülés veszélyének tesszük ki. Az infectio lehető elkerülése végett fontos a leggondosabb objectív és subjectív desinfectio. Ajánlhatók a prophylaxisos hüvelyöblítések műtét előtt és után. A méhüreg mosására desinficiensek, különösen sublimát használata egyenesen elvetendő. *Walther* prof. consiliarius praxisában sublimát-méhmosás után kifejezett mérgezés-tünetek között pusztult el egy asszony. Méhmosásra legalkalmasabb a physiologiás konyhasó. Jók az uteramin- és ergotin-injectiók *Bumm* szerint adva, jó mélyen a glutaeusokba. A gummikeztyű használata az egyetemes gyakorlattal, különösen sebészettel foglalkozó orvosok részéről föltétlenül szükséges. Tisztán szülészeti praxist űzőknek elengedhető, mint ezt *Ahlfeld* és *Strassman* eredményei igazolják. Sérülések előfordulhatnak a hüvelyben, a hátulsó hüvelyboltozatban, a méhen, legtöbbször a méh alsó szakaszán. A sérülések elkerülhetők, ha külső kezünkkel szilárdan rögzítjük a méhet. A sérülések a méh azon a helyén sem ritkák, a honnan a hozzá odanőtt lepenyét le kell választani. Mindig a kissé megfeszített köldökzsinór mentén haladjunk fel a méhbe, hogy ne tévedjen el kezünk és ne jusson más rétegek közé. A hol az orvos nem tud eligazodni, ott ne végezze a műtétet. A vérzést a tapasztaltabb kolléga megérkezéséig a következő módon csillapíthatja: Előzetes hólyagkiürítés, jobb kézzel benyomása a méhnek jó erősen a medenczébe, bal kézzel tartott jókora vattagomoly beszorítása a hüvelybemenetbe. Ne vesztse el az orvos a fejét, mert ilyenkor megtörténhet, hogy a contractio gyűrűt a placenta tapadási szélének tartva, a lepeny helyett az egész méhet hozza ki.

A visszamaradt lepenyrészletet vagy placentulát sem kürettel, sem polypusfogóval nem szabad eltávolítani, csak ujjal, mert a puerperális méh puhafalú, könnyű a perforatio. A szerző sepsises peritonitist látott egy esetben, mikor a placentát kürettel hozta ki az orvos. Az uterovaginális tamponade csak ott szükséges, a hol az atonia a méh kiürítése után sem szűnik és az összes vérzéscsillapító eljárások cserben hagytak.

A gyakori morbiditás és mortalitás (a praxisban átlag 20%) miatt csak szigorú indicatio alapján avatkozzunk be és pedig: 1. Életveszélyes vérzéseknél, ha a vérzés más módon nem csillapítható. 2. Ha a lepeny a legális időn belül

nem távozott a méhből, a minek oka lehet ritkán a teljes, gyakrabban a részleges adhaesio, a tubasarki tapadás, esetleg a belső méhszaj spasmusa. 3. A lepény defectusai, így placentula, hiányzó cotyledók. 4. Totalis méhrepedés, ha a lepény a hasüregbe jutott. 5. A méh kifordulása. (Medizinische Klinik, 1916, 37., 38., 39. szám.)

Endreyné Selymes Irén dr.

Gyermekeorvostan.

A szamarhurut gyógyítása. Ochsenius 1913-ban másodnaponként 2%-os lapisoldattal ecsetelte a torkot két héten keresztül s ettől igen jó eredményt látott, néha már két héten belül csökkent a rohamok száma és intenzitása. 108 esete közül 84-ben volt az eredmény nagyon feltűnő. Ezen felbuzdulva, Keller (Berlin) is használta ezt a módszert és ő is igen meg van elégedve az elért eredménnyel. Fontos a siker érdekében, hogy az ecsetelés jó mélyen s az egész garatra kiterjedjen. A kezelés főleg eleinte mindig hányásingert von maga után, miért is az ecsetelést néhány órával az étkezés után végezzük. Nagyobb s okosabb, intelligensebb gyermekek néhány ecsetelés után már uralkodni tudnak magukon s nem hányanak. A szerző 52 gyermekben próbálta ki e módszert, közülük 9 testvérpáron, és feltűnő jó eredményt látott. Nem egyszer 7 ecsetelés (2 hét) után a kezelést már abba hagyhatta. Csak 6 igen neuropathiás gyermekben (3 testvérpáron) nem volt az eredmény állandó, bár átmeneti javulást itt is észlelt. (Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1916, XII. kötet, 1. füzet.)

Vas J. dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Az acne necrotica és a dohányzás közötti összefüggésre hívja fel a figyelmet Weinbrenner 8 esete alapján. A dohányzás abbahagyása rendkívül kedvezően befolyásolta a jelzett bőrbajt. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 38. szám.)

Rachitis eseteiben Gött candiolin-tablettákat használtat, a melyek 13% meszet és 10% phosphort tartalmaznak. Csecsemőknek $\frac{1}{2}$ –1, nagyobb gyermekeknek 3 tableta adandó naponként kétszer. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1916, 38. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 41. szám. Bárány Róbert: Agysebzések elsődleges elzárása. Biró Ernő: A tápcsatorna Röntgen-diagnostikája.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 41. szám. Hafli Dezső: Elsődleges tüdőcsúcs-actinomyosis.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király lapunk főszerkesztőjének, Lenhossék Mihály egyetemi tanárnak az orvostudomány terén kifejtett működése elismerésül a Ferencz József-rend középkeresztjét, Nagy Géza dr., Kassa város tisztí főorvosának és Papp Gyula dr. fővárosi gyakorló orvosnak a király tanácsosi címet adományozta.

Kinevezés. Glasner Jakab dr.-t felsővisói körorvost, a visói járás orvosává nevezték ki.

Alapítvány. Benedikt Henrik dr., egyetemi magántanár, a pesti izr. hitközség kórházának igazgatója, az orvosi honoráriumokból, melyek a zsidó kórházban kezelt magánbetegektől befolytak, 10.000 koronát a körvegytani és anyagcsere-laboratorium kibővítésére és 7500 koronát egy Stiller Bertalan nevét viselő orvosi könyvtár létesítésére bocsátott a pesti izr. hitközség eljárásága rendelkezésére.

Meghalt. Kertész József dr., budapesti egyetemi magántanár, a Bethesda-kórház igazgatója, 52 éves korában é. hó 10.-én. A nagyműveltségű és tudású, betegeivel szemben végtelen szeretettel tanúsító kartárs, a ki a háború eleje óta katonai szolgálatot is teljesített, még pedig eleinte mint egy helybeli hadikórház sebésze, ez év elején pedig mint a m. kir. 2. sz. honvédtartalék-kórház parancsnoka Dél-tirolban, sokszor valóságos emberfeletti munkát végezve, nemcsak nagyszámú tisztelőjében hagy maradó emléket, hanem tudományos dolgozataival az orvostanban is. Két tanulmányát („A gümös csontgyulladás és csontfekély” és „Kísérleti tanulmány a sérvek kizáródásának mechanikájáról”) a budapesti kir. orvosegyetemen jutalomban részesítette. — Tóth Sándor dr., szászvárosi járásorvos, Hunyad megye tiszteletbeli főorvosa, 62 éves korában. — Démy Lajos dr., Sopron város volt főorvosa, 66 éves korában október 7.-én. — Sir Lander Brunton, kiváló londoni belorvos, a Szt. Bertalan-kórház főorvosa, 72 éves korában, szept. 16.-án. — Ph. Biedert tanár, az elzász-lotharingiai ministerium nyugalmazott orvosi

előadója, szept. 20.-án Darmstadtban. Az elhunytak jeles irodalmi érdemei vannak a csecsemők táplálása és táplálkozási zavarai terén.

Személyi hírek külföldről. A bécsi kórbonczolástani tanszéket A. Kolisko tanár, eddig a törvényszéki orvostan nyilv. r. tanára veszi át. — J. Singer dr., a belorvostan rendk. tanára a prágai német egyetemen, rendes tanári címet és jelleget kapott. — J. Gaule tanár, a zürichi egyetem physiologusa, nyugalmába vonul. — A genti flamand egyetemre R. Speleers dr.-t a szemészet ny. r. tanárává, A. Claus dr.-t az elmeorvostan és E. van Bockstaele dr.-t a sebészet prof. ord. honor.-ává nevezték ki. — Tanári címet nyertek a következő magántanárok: M. Stickel (nőorvostan) és K. Thomas (élettan) Berlinben, R. Cords (szemészet) és W. Capelle (sebészet) Bonnban, W. Clausen (szemészet) és K. Justi (kórbonczolástani) Hallében, L. Bitter (közegészségügy) és W. Runge (elmekórtan) Kielben, O. Veit (anatomia), W. Grüter (szemészet), W. Berblinger (kórbonczolástani) és R. Hagemann (sebészet) Marburgban.

Új kenőcsalapanyag. A hosszantartó háború száz és száz új cikket vetett a napfényre. Különösen az olajok s a zsírok tekintetében áll ez, mert e cikkekben a fogyasztás megháromszorozódott, viszont e cikkekben az import teljesen szűnt meg. Vaselin már csak rossz minőségű s drágán kapható, lanolin egyáltalán nincs, axungia beszerzése szintén lehetetlen, de hazafias kötelesség is, hogy az ételzsírt a közfogyasztásnak tartsuk fenn. Ez annál könnyebben lehetséges, mert sikerült egy olyan kenőcsalapanyagot előállítani, mely a lanolint teljesen pótolja, 75% vizet tud felvenni s fele annyiba kerül, mint az axungia, mert kilója csak K 7-50. Ez új kenőcsalapanyag a „lanoligen”, egy naphtakészítmény, teljesen szagtalan, szép világos sárga színű, s az összes kenőcsökhöz használható. A recepturánál, ha por van hozzárendelve, úgy azt előzőleg vaselinnel vagy olajjal kell eldörzsölni. A „lanoligen”-t a tábori kórházak mindenütt használják.

Az orvos urak

tisztelettel felkéretnek, hogy esetleges lakváltozás esetén új címüket

az **Orvosi Évkönyv 27. évfolyam számára** nálunk mielőbb bejelenteni szíveskedjenek

Magyarország Orvosainak Évkönyve szerkesztősége

Budapest, VII., Kertész-utca 16.

Telefon 85-00.

Dr. Batizfalvy-féle

sanatorium és vizgyógyintézet

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

Dr. Grünwald sanatoriauma

Budapest, Városligeti fasor 13-15. Felvétetnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülők. A betegek kezelőorvosukat maguk választathatják. — **Vegy- és Röntgen-laboratorium.**

Dr. JUSTUS kórházi főorvos **bőrgyógyító és kosmetikai intézete**

Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugár gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légkészülékek, frigoritherapia, fürdők. Schnee-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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

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

Diétás-diagnostikus gyógyintézet.

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

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

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

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

UJTÁTRAFÜRED. Heliotherapia.

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

PÁLYÁZATOK.

A m. kir. mezőhegyesi állami ménésintézetnél a külső gazdasági majorokban ellátandó orvosi szolgálatra **azonnalra egy kisegítő orvos** lesz alkalmazva, mely állásra a lenti parancsnokság pályázatot hirdet.

Ezen orvos javadalmazása 20 (husz) korona napidíj és egy buroztott szobából álló lakás.

A folyamodványok megfelelő okmányokkal felszerelve **azonnal** az alant feltüntetett parancsnoksághoz nyújtandók be.

Gyakorlattal bíró orvosszigorlók is pályázhatnak.

*Magyar királyi állami ménés katonai
parancsnokság Mezőhegyesen.*

146/1916. eln. sz.

Az igazgatásom alatt álló pozsonyi állami kórházban üresedésben levő, évi 1600 K fizetéssel, természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és I. osztályú étellel javadalmazott **másodorvosi állásra** ezzel pályázatot hirdetek. Felhívom ennél fogva az érdekelt orvostudor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 K-s béléggel ellátott szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényeiket hozzám **1916. évi novemeber hó 6.-án délelőtt 11 óráig** annyiival is inkább nyújtsák be, mert a később érkezett vagy kéltően fel nem szerelt pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

Pozsony, 1916 október 12.

*Dobrovits Mátyás dr.,
kir. tan., főorvos, igazgató.*

17190/1916. kig. sz.

Baja város közpórházánál üresedésbe jött, 1200 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. étellel, az elmeosztályba beosztás esetén még évi 300 korona működési pótlékkal javadalmazott **alorvosi állásra** pályázatot nyitok.

Folyamodni óhajtók felhivatnak, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos **jószási Purgly Sándor dr. főispán úrhoz** címelve **legkésőbb folyó évi október hó 15. napjáig** közvetlenül a bajai közpórház igazgatóságánál nyújtsák be.

A pályázaton szigorló orvosok, esetleg ötödéves orvostanhallgatók is részt vehetnek.

Az állás folyó évi november hó 1.-én elfoglalandó.

Baja, 1916 szeptember 25.

A polgármester.

HIRDETMEŒY.

Szorgalmas, munkabíró

községi orvoshelyettes kerestetik

azonnalra, lehet szigorló orvos is, a ki a háború utáni választásnál előnyben részesülne. A környéken jelenleg legalább 10 községben nincs állandó orvos **20.000 korona biztos évi jövedelem**, ha szorgalmas és kocsin a környékbeli falvakat is meglátogatja. **Uj kényelmes lakás.** A községgel és szolgabíróssággal szívesen tárgyal és érdeklődőknek készséggel bővebb felvilágosítást ad

KUNGEL Károly, gyógyszerész
Erőháza (Torontálmegeye.)

Acetoform „Kalle“

(Eczetsavas anyagföld + Czitromsavas és Hexamethylentetramin)

Szabadalmazva és elnevezése törvényesen védve.

Poralakban

Tabletták á 1 g.

5%-os Boluspuder

5%-os kenőcs

A hivatalos Liquor aluminii acetici pótszere szilárd alakban.

Vízben könnyen és teljesen oldódik.

Az oldatok még hónapok után sem mutatnak ülepedést.

Kalle & Co. Aktiengesellschaft, Biebrich am Rhein.

Hazafias kötelessége

minden magyar orvosnak, hogy receptjeiből az **Axungiát** kihagyja, mert minden gramm ételzsirra a háztartásainknak van szüksége.

Az **Axungia** pótlása már csak azért is könnyű, mert az új kenőcsalapanyag a

Lanoligen

minden kenőcshöz használható, pótolja a hiányzó **Axunglát, Lanolint s Vaselint.**

Nincs szaga, kemény konszisztenciájú s 75% vizet képes felvenni. Fele olyan olcsó mint a disznózsir s Lanolin, azért az

összes hadikórházakban használják.

A most befejezett 6. oszt. huzásokon **400.000 K-t** a legnagyobb főnyereményt ismét

bankházunkban nyerték és mi fizettük ki t. vevőinknek. Ugy látszik, hogy t. vevőink a nagy nyereményekre előjegyezték magukat, miután csak az előző (35.) sorsjátékban a nagy jutalmat, **600.000 koronát** és a legnagyobb főnyereményt, **400.000 koronát** is, t. vevőink nyerték.

Török sorsjegyeit nagyon kedvelik, ezért igyekeznek nálunk sorsjegyet mielőbb megrendelni.

Keresse nevét és rendelje meg a mellette lévő szerencseszámot.

Mi a neve?

Adél	4682	Erzsébet	8982	Imre	19175	Mátyás	59557
Aladár	66825	Etel	65599	Iren	67499	Mihály	12244
Albert	36790	Elemér	8820	Irma	20986	Miklós	6401
Andor	31777	Elza	4131	István	46383	Mór	65044
András	67509	Emil	5665	Izabella	4071	Olga	13150
Anna	38188	Endre	1589	János	32722	Oszkár	52545
Antal	17706	Ernő	12320	Jenő	58393	Ottó	7619
Árpád	36471	Ferenc	6421	József	21016	Ödön	4143
Balázs	4077	Gábor	4076	Juliska	4705	Pál	17722
Bálint	42256	Géza	16861	Kálmán	36474	Paula	57094
Bella	35649	Gizella	846	Károly	65864	Péter	9021
Béla	56677	Gusztáv	60546	Katalin	24024	Rezső	5630
Bernát	5454	György	4 12	Kornél	6559	Rózsika	20930
Berta	67289	Győző	65594	Lajos	38132	Salamon	60599
Dániel	36989	Gyula	6265	László	67522	Tamás	12544
Dezső	60577	Henrik	36783	Magda	8605	Teréz	65313
Ede	6312	Hugó	10051	Margit	4632	Zoltán	20431
Elek	68196	Ida	61017	Márton	5455	Zsigmond	34946

Huzás már október hó 27. és 28.-án.

Az I. osztályú sorsjegyek árai:

Egész sorsjegy K 12. — Negyed sorsjegy K 3. — Fél „ K 6. — Nyolcad „ K 1.50

Az eredeti sorsjegyek utánvétellel vagy postautalványon történt előzetes befizetés ellenében rendelhetők meg

Török A. és Társa bankház r.-t.

legnagyobb osztálysorsjegyzet

Budapest, Szervita-tér 3/Z. sz. (Török-palota.)

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.

Gerlőczy Zsigmond és Vas Bernát: Közlemény a székesfővárosi Szent László-kórházból és a székesfővárosi bakteriologiai intézetéből. A Paul-féle cornea-reactio értékéről a variola és varicella között való differentialis diagnosis megállapításában. 575 l.

Henszelman Aladár: Közlés a m. kir. Rokkantügyi Hivatal császárfürdői utókezelő intézetéből. (Igazgató: Dalmady Zoltán dr., egyet. magántanár, ezredorvos.) Ujabb adatok a Sudeck-atrophia ismeretéhez. 579. lap.

Ötvös Ervin: Közlemény a cs. és kir. 12. sz. mozgó járványkórházból. (Parancsnok: Fejes Lajos dr., egyetemi magántanár, ezredorvos.) A typhus diatézis kezeléséről. 582. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Torday Ferencz: Mindennapi gyermekgyógyászat. — *Lapszemle. Belorvostan. Knack:* A háborús nephritis. — *Gins:* A himlőoltás nyújtotta védelem tartama. — *Sebészet. Kümmel:* A súlyosabb háborús nephritisek sebészi kezelése. — *Szülészeti és nőorvostan. Burk:* A kézdesinfekciónak új módja. — *Kisebb közlések az orvostudományról. Liebers:* Cukor kimutatása a vizeletben. — *Nuetzel:* Record-fecskendők javítása. — *Klemperer:* Optamin. — *Ingwersen:* Liquitalis. 584—585. lap.

Magyar orvosi irodalom. 585. lap.

Vegyes hírek. 585. lap.

Tudományos Társulatok. 586—587. lap.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a székesfővárosi Szent-László-kórházból és a székesfővárosi bakteriologiai intézetéből.

A Paul-féle cornea-reactio értékéről a variola és varicella között való differentialis diagnosis megállapításában.

Irta:

Gerlőczy Zsigmond dr.

egyetemi rk. tanár, főlőorvos,
vezető-főorvos.

Vas Bernát dr.

egyetemi rk. tanár, az intézet
vezetője.

A kiütéssel járó fertőző betegségek sorában — leszámítva a typhus exanthematicust — alig van még egy, a melynek biztos diagnosisa adott esetben nagyobb nehézséggel járna, mint a varioláé, illetőleg a varicelláé.

A mily könnyű jól kifejezett esetekben e két betegségnek a fölismerése, éppen olyan nehéz ez akkor, a mikor egyrészt nagyon enyhe alakban mutatkozik a variola-eruptio, másrészt a mikor magas lázzal, avagy általános rosszulléttel köszönt be a varicella. A két betegségnek, a variolának és a varicellának fő jellegzője ugyanis, a hólyagcsás exanthema, esetenként annyira azonos képet ad, hogy még a leggyakorlottabb klinikus sem lehet tökéletesen megőve a diagnostikai tévedésektől. Ez a körülmény magyarázza meg azt, hogy a bárányhimlőt minden időben összetévesztették a variolával, sőt mi több, hogy a varicellát Heberden-ig (1767) nem is tekintették különálló specifikus fertőző megbetegedésnek, hanem egyenesen a variola legenyhébb megjelenésű alakjának tartották. Heberden, majd Heim voltak azok, a kik a varicellát a variolával semmi vonatkozásban sem álló specifikus fertőző betegségnek jelentették ki. Az ő felfogásukat egyre többen osztották ugyan, de nagyszámmal voltak, és pedig igen tekintélyes észlelők, pl. Thompson (1820), a kik továbbra is megmaradtak azon az állásponton, hogy a varicella nem különálló fertőző betegség, hanem a variolának legenyhébb megjelenésű alakja.

Mint minden olyan kérdésben, a melyben nem pozitív érvek, nem megdönthetetlen diagnostikai eljárások alapján, hanem csupán szaktekintélyekül elismert egyének pro és contra empiriás közléseivel indul meg valamely eddig valótlan fölfogás más értelmezése, ebben a kérdésben is, t. i. hogy a varicella különálló megbetegedés-e, melynek aetiologic

semmi köze sincs a variolához, körülbelül egyenlő erősségű két táborba kerültek az észlelők. Igaz, hogy egyre fogyott azoknak a száma, a kik a varicellát és variolát egy forrásból eredő betegségnek tartották, de viszont lebecsülni nem lehetett az ő állásfoglalásukat, mert elismert nevű tekintélyek voltak a szószólói. Így Hebra, Kaposi, Kassowitz, nálunk Schwimmer.

E tekintélyek merev véleménye ellenére is ma már szinte véglegesen tisztázottnak tekinthető az, hogy a varicella a variolától tökéletesen elkülöníthető, azzal semmiféle aetiologiai vonatkozásban nem álló heveny fertőző megbetegedés.

Am bármennyire tisztázott legyen is a kérdésnek ez a része, a differentialis diagnosis nehézségeit ezzel még nem sikerült leküzdeni, sőt talán e nehézségek még fokozódtak, mert hiszen a mikor kimondjuk, hogy a varicella nem enyhébb alakja a variolának, hanem tőle független specifikus betegség, ugyanakkor erősebb bizonyítékokra van szükségünk, hogy a két betegség azonos symptomáinak egyik vagy másik betegség felé gravitálása esetében határozottan merjünk dönteni abban az irányban, hogy varicellája van-e a betegnek, avagy variolája.

E közlemény írója egyikének (Gerlőczy), a ki a fertőző betegek kórházában 27 év gazdag anyagán jutott a differentialis diagnosis mindennél nagyobb értékű eszközének, a nagy gyakorlatnak a birtokába, sok esetben volt alkalma érezni azt, hogy mekkora nehézséggel jár itt-ott a varicella és variola között differentialis alapján a diagnosisnak bátor kimondása. A felelősség nagy, mert hiszen ha a varicellát nem tartjuk a himlő legenyhébb alakjának, hanem egy ettől független és általában könnyű fertőző megbetegedésnek, akkor vele szemben elmarad a védekezésnek minden erősebb fegyvere. Elmarad a varicellás beteg kórházba szállításának kényszerűsége, elmarad a lakása fertőtlenítése és nem alkalmazzák a vele egy lakásban levők kényszer-beoltását, míg ellenben himlőben való megbetegedéskor, ha még olyan enyhe alakban mutatkozik is (variolois alakjában), a hatóság szigorú óvó eljárásokat követel; a variolás beteget kórházba szállíttatja, lakását fertőtlenítteti, hozzátartozóit, sőt Budapestten ama ház minden lakóját kényszerbeoltásnak veti alá. Ha pedig a beteget valamely kórházi osztályról jelentik be, akkor zárlat alatt tartják azt az osztályt, sőt ezidőszert hadi kórházakban előforduló variolás megbetegedés esetében gyakran az egész kórházat is, a variola incubatiójának (14 nap) letelési idejéig. Ez azt jelenti, hogy az alatt a zárlati idő alatt

arról az osztályról vagy abból a kórházból senkit elbocsájtani nem szabad és abba a kórházba vagy arra a kórházi osztályra senkit fölvenni nem szabad; ezenfelül még a kórház valamennyi ápolóját és alkalmazottját vaccinalni kell.

Az a körülmény, hogy minálunk a variola már több mint két évtized óta elvesztette járványos jellegét, sőt csak igen sporadikusan mutatkozott idegenből való behurczolás eseteiben, azt eredményezte, hogy egész orvosi generációknak nem nyílt alkalmuk arra, hogy himlős beteget lássanak s így természetesen az orvosok nagy része egyáltalán nem ismeri föl a variolát, avagy csak elkésve.

A gyakorlati orvosi tudomány mindez ideig híján volt oly diagnostikai eljárásnak, a mellyel kétes esetben biztosan tudta volna eldönteni azt, hogy a hólyagcsás eruptióval járó megbetegedés variola-e, avagy varicella. Igaz ugyan, hogy a két betegség között való differentialis diagnosis az esetek túlnyomó többségében könnyen lehetséges az egyes symptomák mérlegelése alapján is. Nevezetesen a prodromalis symptomáknak majdnem teljes hiányzása ellene szól a variolának, mert a varicella csaknem mindig úgy tör elő a betegen, hogy a közérzete alig, avagy semmit sincs zavarva, míg ellenben a variola kitörését néhány napi prodromalis időszak előzi meg, a mely általános rosszulléttel, derék- és tagfájdalmakkal, borzongással, magasabb hőemelkedéssel jár. Aztán az exanthema eruptiója is különbséget mutat. Variola esetében a prodromalis láz csökkenése mellett előzetes, a köldöktől a czombok felső harmadáig terjedő és rendszerint 24—48 óra alatt eltűnő háromszög alakú erythema (Simon-féle czombháromszög) kitörésével, avagy a nélkül fejlődnek testszerte apró foltos kiütések, a melyek mind jobban papulosussá lesznek, majd gombostüfejni, lencsenyi, borsónyi göbökké fejlődnek és fejlődésüknek mintegy a hatodik napján hólyagcsákká alakulnak, a melyeknek eleinte savós tartalma mindinkább genyessé válik és a hólyagcsa pustulává alakul, a mely fejlődésének tetőfokát körülbelül a betegség 8.—9. napján éri el.

A variolával szemben varicellánál az eruptio sokszor minden prodromalis jelenség nélkül, vagy a közérzetnek csak igen csekély megzavarásával köszönt be, s a legtöbb esetben mire észreveszik, már apró gyöngyfényű vesiculák láthatók elszórtan az arcz, a homlok, a mellkas és hát bőrén és itt-ott a karokon, czombokon és lábszárokon is. A hólyagcsák csakhamar besüppednek, beszáradnak, de közben még 2—3, sőt 4 nap múlva is előtörnek újabb és újabb hólyagcsák, a mikor már a korábbiak némelyikét száradó pörk fedí.

A klinikai symptomák között a testen elszórtan különböző szakban (göbcsé, hólyagcsa, pörk) levő exanthemák nyújtják főként a legjelentősebb differentialis symptomákat, a melyeket támogat még a csaknem teljesen láztalan állapot.

A mikor a körkép ez, ha még olyan bőséges hólyagcsa-eruptióval van is dolgunk, nem lesz nehéz a varicellát diagnoskálnunk, különösen nem akkor, ha egyes hólyagcsákat felszurkálunk s azokat több rekesztékűnek ismerjük föl.

Nehézségeket támaszt a körkép akkor, ha a hólyagcsák másodlagos infectiótól zavaros genyes tartalmúak, egyes pustulák udvara infiltrált vörös és beszáradásuk lassúbb tempóban történik, a crusták képződése és a pörkök leválása vonatott, vagy ha itt-ott haemorrhagiás hólyagcsák is láthatók. Ilyenkor nem egy esetben, különösen felnőtteken, a diagnosit alig tudjuk eldönteni.

Az a differentialis diagnostikai symptoma, hogy t. i. a variola pustula-tartalma nyúl szaruhártyájába beoltva, a szaruhártya sejtjeiben a *Guarnieri*-féle testecskéket teszi fölismertetővé, míg a varicella-hólyagcsák tartalmával végzett ilyen oltásokra a *Guarnieri*-féle testecsek nem jelentkeznek, histológiai vizsgálatot tételezván föl, sokkal körülményesebb, sem-hogy gyakorlati alkalmazása elterjedhetett volna.

A csak röviden elmondott eme diagnostikai nehézségek elhárítása várható attól az eljárástól, a melyet *Paul Gusztáv* dr., a wieni állami oltóintézet igazgatója ismertetett és nekünk személyesen bemutatott, és a melyet röviden *Paul-féle reactiónak* nevezünk.

A *Paul-féle reactio*,¹ melyet szerzője elsősorban a valódi himlőnek a bárányhimlőtől való megkülönböztetésére alkalmazott, lényegében a variola-méreggel beoltott nyúlcorneának igen jellegzetes elváltozásaiban áll, melyek sublimat-alkohol alkalmazása után jelentkeznek és a himlős megbetegedésre specifikusnak tekinthetők.

Ez a cornealis jelenség hasonló ahhoz a már régebben *Hüchel*-től² ismertetett elváltozáshoz, melyet a vaccinával beoltott nyúl corneája ugyancsak sublimat-alkohol behatására mutat, midőn az inficiált cornea-rész szürkés-fehér lesz, szemben az ép területtel, mely változatlan marad.

Mint makroszkopos reactio ez az elváltozás azonban *Paul* előtt teljesen figyelmen kívül maradt, csak a histológiai vizsgálatkor tűnt fel.

Magyarázatát ez a sajátságos jelenség abban találja, hogy az inficiált területen hydropikus degenerációban levő epithelsejtek erősebb serumtartalma sublimat behatására vas-tag rétegben megalvad.

A *Paul-féle reactio* tehát makroszkopos vizsgálati eljárás alapszik és nagy gyakorlati értékét éppen ebben a körülményben kell látnunk, hogy nélkülözhetővé teszi a körülményes histológiai vizsgálatot, mely főképp a *Guarnieri*-féle testecseknek, ezen az epithelsejtekben a magvak körül található sajátságos szemcsés képleteknek kifürkészésében áll, melyek ha nem is tekinthetők a variola kórokozóinak, de általános felfogás szerint a variola- és vaccina-virussal mégis szoros okozati összefüggésben állanak.

Ezeknek a kimutatása egyébként is sok technikai nehézséggel jár és ennek tulajdonítható, hogy jelenlétük kétség nélkül variolás vagy vaccinás corneában sem állapítható meg minden esetben. Így legutóbb *Gins*³ fejlett technika mellett 37 positiv eset közül csak 12-ben találta azokat.

A *Paul-féle reactio* általában véve egyszerű eljárás.

Fontos a vizsgálati anyagnak helyes gyűjtése. A betegség korai stadiumában a pustula tartalmát, későbbi stadiumában pedig a pörköket használjuk fel.

A pustulákat aetherben való óvatos megtisztításuk után steril tüvel felszúrjuk, tartalmukat cseppenként tárgylemezre hozzuk és azután a levegőn beszáradni engedjük; a beszáradást melegítéssel siettetni vagy a készítményeket lángon rögzíteni nem szabad. Legalább két, pustulaanyaggal bőven ellátott tárgylemez álljon rendelkezésre, csak a tárgylemez széle maradjon szabadon.

A betegség pörkösödési stadiumában a pörkök szolgálnak vizsgálati anyagnak; azokat tüvel óvatosan leválasztva, nedves felületükkel tapasztjuk a tárgylemezre, a vírus a pörkökben hosszabb ideig megtartja életképességét. A betegségnek ebben a stadiumában többször mutatózó genyes (secundær) pustulák nem alkalmasak a reactióhoz, mert a variolavirus rendszerint hiányzik bennük.

A tárgylemez-készítmények kis, könnyen desinficiálható, kettős dobozokban (bádóg és fa) elhelyezve, mint postai csomagok esetleg távolabbi helyen levő laboratóriumba is küldhetők; kiszáradás *Paul* szerint a virust nem gyengíti.

A reactió kísérletet olyképpen végezzük, hogy az előzetesen cocainozott nyúl szemnek szaruhártyáját steril vékony tüvel keresztirányban többszörösen enyhén megkarczoljuk. Ezután az egy csepp konyhasóoldattal vagy glicerinnel feláztatott és egyenletesen összekevert anyagot, mely szürkés emulsiót alkot, kis spatulával vagy *Paul* eredeti eljárása szerint fedőlemezzel a corneára kenjük, illetve gyengén reádörzsöljük.

Ha a reactio negativ, a cornea már 24 óra múlva ismét teljesen sima és a scarificatio nyomai is nagyjából eltűntek. Csak erősebb karczolás után láthatók még 48 óra múlva is a sublimat-alkohol-kezelés után vékony vonalak. (1. ábra.)

¹ Zentralblatt f. Bakteriologie, 1915, 75. kötet; Wiener mediz. Wochenschrift, 1916, 29. sz.; Mediz. Klinik, 1916, 26. sz.; Amtsarzt, 1916, 4. — 6. sz.

² Cit. *Paul*: Zeitschrift f. Bakt., 1915, 75. kötet.

³ Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 37. sz.

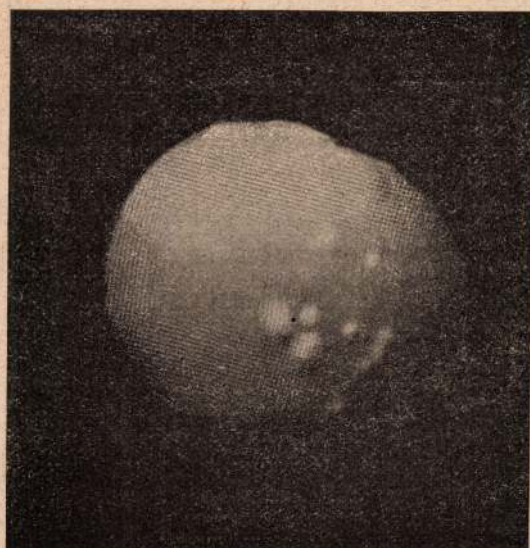
Positiv esetben 24 óra múlva a szemem semmi reactio sem látható, csak a nedvelválasztás valamivel bővebb, a bulbus a szokottnál fénylőbb.

36 óra múlva gyenge nagyítással, 48 óra múlva pedig már szabad szemmel is a fénylő, semmi zavarosságot sem mutató corneán apró kis kiemelkedések láthatók, melyek lég-buborékokhoz hasonlítanak.

Ezen elváltozások felismerése az élő állaton még erősebb nagyítás mellett sem mindig könnyű és mindenesetre nagyobb gyakorlatot igényel. Maga *Paul* is mondja, hogy nem tanácsos az in vivo talált kép alapján végleges véleményt mondani.



1. ábra. Saját észlelésünk.



2. ábra. *Paul* dr. észlelése.

Ezen a nehézségen azonban biztosan átsegít a *Paul*-féle reactionnak ezután következő, voltaképpen leglényegesebb része: a sublimat-alkohollal való kezelés.

E célból a nyakszirttűtessel megölt állatnak szemét enukleáljuk és azután ügyelve, hogy a cornea véres ne legyen, sublimat-alkoholba (2 gr. sublimat telített vizes-oldata [2 gr.-ot 30 gr. vízben főzünk, kihülés után átszűrjük] + 1 rész absolut alkohol) helyezzük.

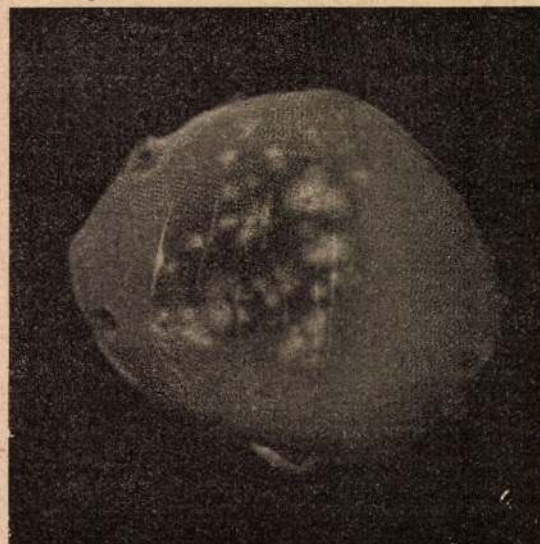
Már néhány perc múlva az egész cornea diffuse zavarossá válik, a scarificatio vonalai jobban előtűnnek és ezek között láthatók lesznek a specifikus variolás elváltozások: 1—2 mm. átmérőjű, krétafehér göbök, melyek 48 óránál tovább tartó reactionnál közepén kis bemélyedést mutatnak. Számuk igen változó, néha elvéve, vagy csekély számmal

mint jól izolált kiemelkedések (2. ábra) foglalnak helyet, máskor nagyobb számmal úgyszólván az egész corneát ellepik és részben össze is folynak. (3. ábra.)

Kevésbé jellegzetes a reactionnak az a formája, midőn apró tűszúrásnyi göbök a karczolási vonalak mentén gyöngy-sor alakjában helyezkednek el. (4. ábra.) A corneát ollóval le is választhatjuk a bulbusról és alkoholban eltehetjük.

Előfordul, hogy az oltás után a cornea felülete zavaros lesz, a szem bővebben secernál, a kötőhártya erősebben belövelt. Ez rendszerint nem specifikus elváltozás és többnyire túlerős scarificatio vagy genyet okozó bacteriumok idézik elő.

De észleltünk oly esetet, mikor a pörkökből készült



3. ábra. Saját észlelésünk.



4. ábra. *Paul* dr. észlelése.

konyhasós emulsióval oltott szem, különösen az, melyet túlerősen scarifikáltunk és bőségesen láttunk el emulsióval, már 24 óra múlva heves gyuladás jelenségeit mutatta, a cornea egész felülete diffuse zavaros lett, a szem kötőhártyája, valamint a limbus erősen belövelt volt, a szemhéjak összetapadtak.

Ezen heves jelenségek ellenére a reactio mégis positiv volt, a mint arról a sublimat-alkohol-fürdőben meggyőződhattunk, a midőn is a corneán szürkés-fehér foltok mellett apró izolált kiemelkedések mutatkoztak. A reactionnak ezen nem egészen jellegzetes lefolyása kissé megnehezítette ugyan az elbírálást, de segítségünkre volt az ugyanazon anyaggal készült glycerines emulsióval végzett kontrollkísérlet, mely minden lobos jelenség nélkül folyt le és 48 óra múlva a corneán a jellegzetes képet tüntette fel.

Lehet, hogy az adott esetben a corneának túlerős mechanikai insultusa játszott közre a lob előidézésében és hozzájárulhatott az a körülmény is, hogy az anyagot a rendesnél nagyobb mennyiségben dörzsöltük be.

Ezt azonban biztosan eldönteni nem sikerült. De azért ez észlelésünk mindenestre ellene szól annak a különösen *Gins* től hangoztatott föltevésnek, mintha a corneának zavarossága már a priori kizárná a specifikus variolavírus jelenlétét, illetve a pozitív reakciót. Az esetek túlnyomó számában a reactio kétségtelenül minden lobos jelenség nélkül folyik le, de azért lobos elváltozások, teljesen ki nem derített okból, elvétele pozitív esetekben is előfordulhatnak. Egyébként lobos elváltozások a Paul-reactiónál többnyire bacteriumokat (staphylococcus, streptococcus) tartalmazó váladékok beoltása után észlelhetők, de a lobosodás az ilyen esetekben el is maradhat. Mi magunk is oltottunk acneből, bőrfurunculusból származó anyagot, de a beoltás minden lob nélkül folyt le; 36 óra múlva a szaruhártya ismét teljesen sima volt.

Igy tehát általában véve mondható, hogy a sublimat-reactiónak elbírálása az esetek túlnyomó számában nehézséggel nem jár és oly esetek, melyekben a biztos eldöntés végett a histológiai vizsgálathoz kellene fordulnunk, csak kivételesek lesznek.

A Paul-féle reactio értékének megállapítása végett ez év júniusa óta kísérleteket végeztünk himlős és bárányhimlős betegektől származó anyaggal, valamint furunculusból származó gennyel.

A vizsgált esetek között a variola klinikai diagnosissal szerepelt 10, ezek között volt pozitív 7, negatív 3, vagyis a mennyiben ily aránylagosan csekély szám mellett egyáltalán helyén való a százalékos megállapítás, a vizsgált anyag 70%-ában a Paul-féle reactio eredménye teljesen megegyezett a klinikai diagnosissal.

Pozitív eseteink közül kettőben a biztos diagnózis csak a másodszori oltás után volt lehetséges.

Az egyik G. Szerén (22 éves nő) volt, ki megbetegedése 8. napján került kórházba. A felvétele napján küldött pustula-tartalom úgy látszik már nem tartalmazta a vírust és az oltás negatív maradt; az október 2.-án pörkkel megismételt kísérlet azonban már teljesen pozitív eredményt adott.

A másik eset Gy. Ilona 3 éves leánykára vonatkozik, aki betegsége 5. napján került kórházba. Az először küldött anyag nagyon kevés volt és az oltás sikertelen maradt; a két nappal később bővebb váladékkal megismételt kísérlet azonban pozitívnak bizonyult.

E két esetből azt következtethetjük, hogy a vizsgálati anyag minőségének és mennyiségének a Paul-féle reactio végzésében mindenestre jelentékeny szerepe van. Különösen a mi a vizsgálati anyag mennyiségét illeti, arról *Gins* egyenesen ily irányban végzett kísérleteivel meg is győződött. E tekintetben azonban óvakodni kell túlzásoktól, mert egy esetünkben, a mint már említettük, a kísérletnél előállott heves szemlobosodást valószínűséggel a vizsgálati anyag túlbő alkalmazásának kellett tulajdonítanunk.

Diagnosztikai nézőpontból legértékesebb volt az az esetünk, melyet mint első volt alkalmunk vizsgálni.

Ez az eset P. Teréz 33 éves nőbetegre vonatkozik, kit június hó 19.-én *varicella* diagnosissal szállítottak be a kórházunkba és a kit a mi kórházunk felvételes orvosa, valamint a minden himlős és bárányhimlős beteghez előhívandó, a kórházban bennlakó főorvos is varicellásnak tartván, a bárányhimlős betegek pavillonjába vettek fel. A beteg alig tartózkodott egy órán át a varicellás pavillonban, a mikor a délelőtti rendes kórházi látogatáskor *Gerlőczy* megvizsgálván a beteget, azt azon az alapon, mert betegsége bizonyos prodromális symptomákkal kezdődött (egy hét óta beteg, naponként ismétlődő borzongás) és mert az egész testen csupa egyforma, egy stadiumban levő gennyel telt hólyagcsa volt (mintegy 100) és mert a tenyerén is volt 1—2 hólyagcsa, annak ellenére, hogy a hőmérséke csak 37.9° C volt, enyhe variolának diagnoskált és mint ilyent felvétele után alig 1 óra múlva a himlős betegek pavillonjába tétetett át.

Az esethez az éppen akkor reakciója demonstrálása végett a székesfőváros bakteriológiai intézetében tartózkodó Paul dr.-t áthívtuk, a ki maga is sok himlős és bárányhimlős esetet látván, a variola diagnosissában nagy gyakorlottsággal rendelkezik. Paul dr. osztotta *Gerlőczy* véleményét és ő is inkább variolának tartotta P. Teréz megbetegedését, nem pedig varicellának, és kiválóan értékesnek tartotta az esetet arra, hogy a reakcióját a betegtől veendő pustula-tartalommal elvégezze és nekünk demonstrálja. Ez meg is történt és mi — merjük használni ezt a kifejezést — el voltunk ragadtatva azon a prompt hatáson, a mit látni alkalmunk volt.

P. Teréz esete különben körlefolyásában is igazolta az enyhe variola helyes diagnosissát és abban is, hogy az alkalmazott vaccinálás vaccina-pustulát nem eredményezett, valamint hogy egy 6 éves és egy 13 éves vaccínált gyermeke annak ellenére, hogy egy hétig velük volt, noha varicellájuk még nem volt, nem kaptak varicellát; már pedig, ha anyjuk varicellás lett volna, bizonyára ők is megkapták volna a bárányhimlőt. A himlő ellen e két gyermeket a vaccinálás megvédte.

Ugyancsak értékes volt egy másik esetünk, a melyben a klinikai kép alapján a varicella diagnosissához némi kétely fért, s a negatív reactio döntötte el a diagnosist varicellára.

Ez E. Mihályné 18 éves betegre vonatkozik, a kinek testén elszórtan mintegy 30 apró, genyes tartalmú lapos hólyagcsa volt, a melyek mindegyike, ellentétben a tipusos varicella képétől, egyazon stadiumban volt. Az esetet, noha az összbenyomás alapján mi is varicellának tartottuk, teljes biztonsággal a Paul-féle reactio döntötte el.

Még külön kell felemlítenünk azt a három esetet, melyben a Paul-reactio, ellentétben a klinikai diagnosissal, negatív volt.

Két esetben (B. Gyuláné és L. Mária), melyben a klinikai diagnosishoz kétség nem fért, a Paul-reactio úgy a pustula-tartalommal, mint a pörkkel végzett többszörös vizsgálat ellenére negatív maradt és eredményeinket maga Paul is, ki B. Gy.-né esetében a kontroll-vizsgálatot szíves volt végezni, megerősítette.

Minthogy ebben a két esetben sem a hiányos technika, sem az anyag helytelen megválasztása nem volt okolható az eredményért, esetleg arra a *Gins*-től származó magyarázatra lehetett gondolni, hogy a vérnek antivirulens anyagai, melyek különösen többször oltott egyénekben fejlődnek, játszanak közre, hogy ilyenkor a bőrhólyagokban levő méreg virulentiája csökken és így a nyúl-corneára hatástalan marad.

Minthogy azonban a két nőbeteg egyike (B. Gyuláné) már 34 éves volt, a másika (L. Mária) pedig 26 éves és mindkettő csak gyermekkorában vaccínáltatott, *Gins* fejtegetése eseteinkre sem találó.

A harmadik negatív eset (H. Julia) a legenyhébb variolois-alak volt.

Megemlítjük még itt azt a negatív eredményt, melyet S. Gizella 34 éves hivatalnoknőtől vett pörk adott. Ez a beteg a variolából való teljes meggyógyulása után még jó ideig kórházunkban maradt, mert az orrán levő mintegy fillérnyi terjedelmű vastag crusta sehogy sem akart leválni. Ezt a crustát leválasztottuk és ezzel végeztük az oltást. A negatív eredményt a variolából már több mint 3 hét óta gyógyult beteg crustájával ugyanúgy bíráljuk el, mint más genyes váladékból származó anyag negatív reakcióját.

Kísérleteink alapján mondhatjuk, hogy a Paul-reactiót kizárólag csak variola-esetekben találtuk pozitívnak.

Varicellában (8 esetben volt alkalmunk a methodust kipróbálni) egyetlen egyszer sem kaptunk pozitív reakciót, hasonlóképpen a bőrön levő más genyes váladék (furunculus) átoltása után sem.

Mindezek szerint tehát a Paul-féle methodusnál a pozitív reakciót a valódi himlőre specifikusnak kell tekintenünk és mint ilyen elsősorban mint differentialis diagnostikai eljárás jön tekintetbe variola és varicella között.

A pozitív Paul-reactio variola mellett bizonyít; a negatív reactio azonban természetesen nem zárja ki a valódi himlő fennállását.

A Paul-féle reactio lehetővé teszi a himlőnek gyors és biztos felismerését, a mi az első himlő esetek megállapítása szempontjából nagy jelentőségű, különösen ha tisztán klinikai tünetek alapján vitás a diagnózis.

Az új reakciónak tehát jelentékeny szerep juthat a himlő ellen való védekezés terén is, nevezetesen azért, mert vitás esetekben eldönti a diagnosist és nem egy könnyű, az orvostól varicellának tartott megbetegedésről fogja kideríteni azt, hogy voltaképpen varioláról van szó.

A variola idejében való fel nem ismerésének, illetőleg varicellával vagy más betegséggel való összetévesztésének számos sajnálatos következményét volt alkalma látni a mostani háború folyamán Gerlóczy-nak, a mikor tömegfertőzések az első eset fel nem ismerése következményei voltak.

Ezért a Paul-féle reakciónak nézetünk szerint olyan szerepet kell juttatni a védekezés kérdésében, mint a minő szerepe van ma a cholera elleni védekezésben a gyanús esetekre vonatkozóan törvényesen elrendelt ürülék-vizsgálatnak.

Az elmondottak alapján, minthogy a Paul-féle eljárás már szerény laboratoriumi berendezés mellett is végezhető és elsajátítása nem igényel túlságosan nagy gyakorlatot, viszont diagnostikai értéke úgy a magunk, mint más szerzők, különösen Gins észlelése szerint igen jelentékeny, elterjedését szakköreinkben orvosrendészeti és általános hygienés tekintetből egyaránt kívánatosnak kell tartanunk.

Végezetül e helyen is köszönetünket kell kifejeznünk Paul Gusztáv dr. úrnak, a wieni állami oltóintézet igazgatójának, azért a lekötelező szívességeért, hogy velünk reakciós eljárását megismertette és bennünket a miként való alkalmazásának technikájába bevezetett, valamint azért is, hogy photographiai felvételeit közleményünkhöz készséggel átengedte. Ugyancsak köszönetet mondunk Johan Béla dr. egyetemi tanársegéd úrnak, a ki szíves volt a mi kísérleti sorozatunk photographiai felvételeit elkészíteni.

Közlés a m. kir. Rokkantügyi Hivatal császárfürdői utókezelő intézetéből. (Igazgató: Dalmady Zoltán dr., egyet. magántanár, ezredorvos.)

Ujabb adatok a Sudeck-atrophia ismeretéhez.

Irta: Henszelman Aladár dr., cs. és kir. tart. főorvos

A trauma és gyulladás után jelentkező heveny csont-atrophia kórképe Sudeck-nek 1900-ban megjelent első ilyen mű közleménye óta ismeretes. Utána nemsokára Kienböck, Nonne, majd Paget, Vulpian, Charcot foglalkozott vele. (H. Secretan 1901-ben 3 esetet közöl, a hol aránylag csekély ujj sérülés után a sérült ujj csontjainak jelentékeny atrophijája támadt. Az atrophia a tetőfokát körülbelül hat hó alatt éri el.) Ettől kezdve jóformán semmiféle adatot nem találunk róla az irodalomban. A háború folyamán ketten mutattak rá a kórképre. Legutóbb H. Hofmann figyelmeztet a Münchener med. Wochenschriftben, hogy ne engedjük elavulni ennek az érdekes kórképnek az ismeretét.

Valóban érdekes a betegség, már csak azért is, mert aetiologiája, kórtana, gyógyítása majdnem teljesen ismeretlen. De érdemes is vele foglalkozni, mert a háború rokkantjai óriási anyagot szolgáltatnak nekünk e kérdésnek minden irányban való megvitására.

Intézetünk már 1915 szeptembere óta foglalkozik e kórkép tanulmányozásával s azóta kb. 2500 Röntgen-vizsgálatot végeztünk, a melyek mindegyikénél tekintettel voltunk a Sudeck-atrophia esetleges előfordulására.*

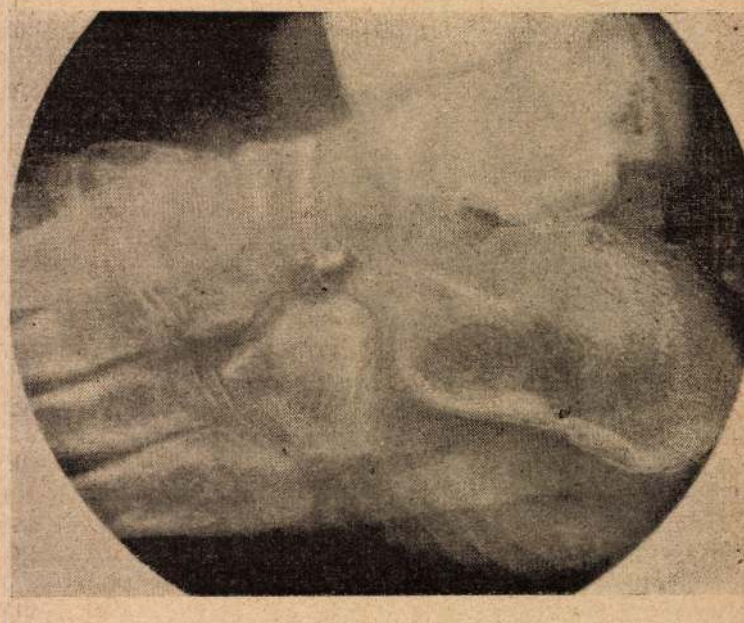
A csontszerkezetnek jellegzetes, semmi mással össze nem téveszthető elváltozásáról van szó, a melyet a Röntgen-vizsgálat derít fel. Röntgen nélkül nincs biztos diagnózis. Vajjon a csontszövet pusztul-e el, avagy a csontsók szívódik fel, erre a Röntgen-vizsgálat nem adhat feleletet (Sudeck).

* 1916. áprilisáig.

Bizonyos azonban, hogy a csontlemezek fokozatosan eltűnnek, a csonttüregcskék összeolvadnak, megnagyobbodnak. Az elváltozás előbb a spongiosában, tehát az epiphysisekben jelentkezik és csak később terjed a compactára, a csöves csontokra. A kóros folyamat annyira fejlődhetik, hogy a struktúra teljesen elvész és levegővel telt hólyagok jelennek meg ezeken a helyeken. A megbetegedés foltosan, szigetekben jelentkezik és ez a foltos, szigetszerű elrendeződés a betegség legegényibb ismertető jele. Foltokban látható felvilágosodás, rarefactio főleg az epiphysisekben! A kéregállomány pedig mindinkább vékonyodik, felrostozódik; a felrostozódás hosszirányú (Sudeck).



1. ábra.
Sudeck-atrophia a kézen.



2. ábra.
Sudeck-atrophia a lábtő- és lábközépcsontokon.

Ez a leírása a betegségnek minden eddig megjelent, vele foglalkozó közleményben egyöntetű. A „heveny” kifejezés alatt, a mely elnevezéssel Sudeck illetve a kórképet, minden szerző 8—10—12 hetes betegség-tartamot ért.

A császárfürdői intézetben azonban olyan esetekkel foglalkoztunk, a hol a gyulladás már régen lezajlott, a seb már meggyógyult. Mi tehát a Sudeck-atrophiának a késői

sorsát vizsgáltuk, egy és másfél esztendő múltjára tekintettünk vissza. Éppen ezért néhány olyan megfigyelést tehetünk, a melyet az irodalom még sehol sem említ.

Teljesen tipusos alakját a betegségnek az említett 2500 vizsgálat alkalmával 24 esetben találtam. Jóval kevesebbet tehát, mint a mennyire az irodalmi adatok alapján számítottam. A magyarázatát ennek abban látom, hogy a *Sudeck-atrophia*-esetek túlnyomó része a milyen gyorsan kifejlődik ($4\frac{1}{2}$ —8—10 hét), éppen olyan hirtelen meg is gyógyul; a melyek változatlanul megmaradnak és „idültté” válnak, valóban makacs esetek, annyira, hogy a gyógyítási kísérletek jóformán teljesen meddők.

Eseteink mindegyikében mi is megtaláltuk a jellegzetes és foltosan rendeződő elváltozásokat. Tehát ballonszerűen felfújtnak látszó epiphysiseket, a csontmezrendszer körülírt megrikulását és fokozatos elvékonyodását a kéregállománynak. Olyan esetünk azonban, a hol a csontszövetkép teljesen elveszett volna (levegőhólyagok képe), nem volt. Mondhatni, minden epiphysisen, bármely csöves csontján a végtagoknak majdnem egyforma gyakorisággal láttuk az elváltozásokat. Az átlagnál valamivel gyakrabban a lábtőcsontokon. Az elszenvedett trauma néha igen felületes volt; elég gyakran csak jelentéktelen lágyrész-sérülés peripheriás idegsérülés nélkül.

Arra a tapasztalatra jutottunk mi is, hogy a gyakorlott szem már az átvilágításkor hamarabb veszi észre ezeket az elváltozásokat és jobban értékeli, mint a kevésbé gyakorlott. Kellő begyakorlás után bizonyos tonusképe a normalis csontszövetnek rakódik le az emlékezetünkben és ezen normalis tonushoz viszonyítjuk a találatot. Egyszóval, csupán árnyalatbeli különbségekről, tonuseltérésekről van szó, mint egy „szövettani elváltozások” Röntgen-képeiről. (A felvételi technikában egy fogáshoz folyamodhatunk, a mely máskülönben csak a kép jóságának hátrányára szolgál. Válaszszuk rövidre t. i. az expositiós távolságot (20—30 cm., esetleg még kevesebb), vagyis az antikathod távolságát a lemeztől, hogy a projectiós nagyítás szerepelhessen. Ilyenkor ugyan nagyított képet kapunk, de a vetületi széttérítés miatt a kép elmosódott, élelten lesz. Ha azonban szűk diaphragmát használtunk, a képnek különösen a központi részét kellően értékelhetjük.)

A *Sudeck-atrophiát* eleinte sokan inaktivitási atrophíának tartották és egyesek annak hiszik ma is. Pedig az inaktivitási atrophíához csak annyi köze van, hogy az inaktivitás a már fennálló *Sudeck-atrophiát* súlyosbítja. Az elváltozás trophoneurosisos és reflexes módon támad. Ezt elméletileg sokan kifejtették és kísérletekkel bebizonyították; ehhez kétség manapság már nem fér. De nem is lehetne az elváltozások összességét másképp megérteni.

Ha egyszerűen inaktivitási elváltozásokról volna szó, akkor minden inaktivitási esetben látnunk kellene. Már pedig előfordul olyankor is, a midőn inaktivitás előzetesen egyáltalában nem szerepelt. Az inaktivitási csontelváltozások csak igen ritkán észlelhetők. Nem fejlődnek ki ilyen hirtelen, csak hosszú idő elteltével és csupán ott, a hol valósággal szerepelt az inaktivitás. Nem ölt soha ekkora méretet. Az elsődleges inaktivitási elváltozások különben is a lágyrészekben fejlődnek ki és továbbra is láthatók itt. De, a mi lényeges, eltérő a Röntgen-kép is. Ez a kép diffúz felvilágosulását mutatja a csontstruktúrának és sohasem foltosan elrendezettet.

Gondoltak arra is, hogy esetleg az epiphysisvonal sérülésének a következménye a *Sudeck-atrophia*. Azonban ellene szól például az is, hogy csípőízületi traumánál legelőször a lábtő- és lábközépcsontokon észlelhető (*Sudeck*).

Nem lehet a *Sudeck-atrophia* ama elváltozás sem, a mely néha peripheriás idegsérülés után észlelhető. Tudjuk ugyanis, hogy az érző idegek elmetszése nem okoz semmiféle atrophíát, a mozgatóké csak annyiban, a mennyi ilyenkor az inaktivitás; ezáltal megszűnnek ugyanis azok az élettani ingerek, a melyek szükségesek a csont normalis táplálásához. Egyszóval, peripheriás idegsérülésnél is legfőljebb inaktivitási atrophíáról beszélhetünk (*Nasse* és mások állatkísérletei).

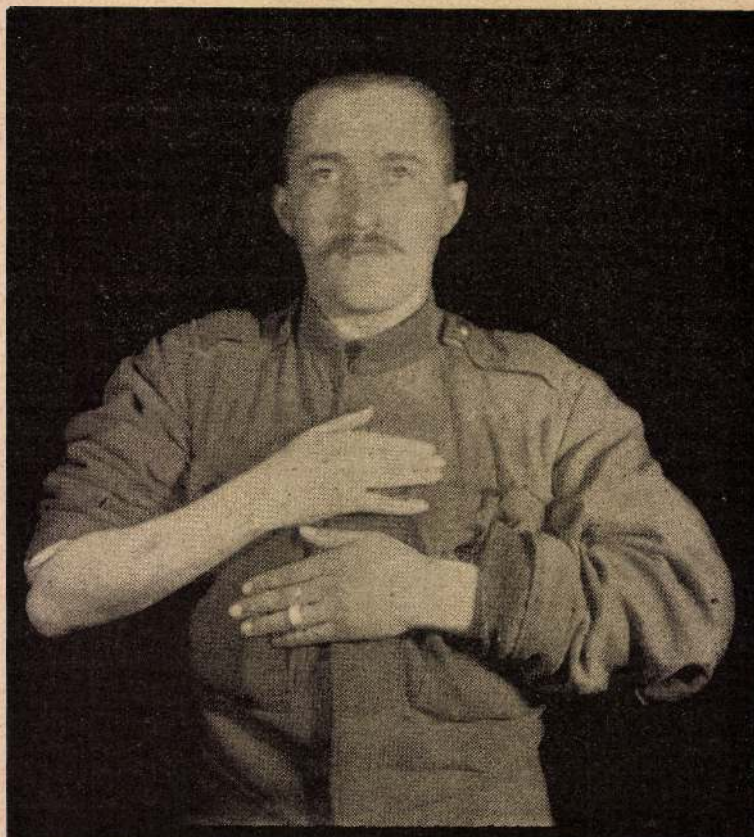
Ujból megemlíthetem, hogy tipusos eseteink egyikében sem szerepelt peripheriás idegsérülés.

Végül nem egyezik meg a kórkép ama elváltozások egyikével sem, a melyeket senilitas, ostitis fibrosa, rachitis, osteomalacia és syringomyelia eseteiben látunk.

Differentialdiagnostikai szempontból csak a csont tuberculosisa jöhet számba. Csakis ezzel volna összetéveszthető. Ez is foltosan rendeződő elváltozás, a melynél azonban nemcsak rareficatio, hanem proliferációs folyamatok is szerepelnek. Nemcsak cavernák támadnak, hanem pl. periostealis reactio, exostosisok is.

A „trophoneurosis” meghatározást először *J. Wolf* használta. *Paget*, *Vulpian*, *Charcot* teoriáját *Raymond* és *Derroche* kísérletileg bebizonyította. (*Hoffa* klasszikus kísérlete is ide tartozik.) Már *Sudeck* hivatkozik ama parallelismusra, a mely fennáll eme bántalom és ama tapasztalat között, hogy fejlődő egyének végtagja fejlődésében visszamarad valamely ízületől distalisan, ha ezt az ízületet trauma éri, benne valamely gyulladás zajlik le vagy az ízületi felszíneket reszekálták. *Sudeck* mindakettőt teljesen analog folyamatnak tartja.

A trophiás eredetet bizonyítják ama egyéb trophiás elváltozások is, a melyek a csontszövet megbetegedésével kapcsolatban a lágyrészekben is jelentkeznek. Például száraz, feszes, halvány vagy fénylő, vagy éppen nyirkos tapintatú és livid bőr; a szőrök kihullása, a körmök berepedezése, a körömágy túltengése; apróbb vizenyők a bőralatti kötőszövetben. Az izomzat mérsékelten atrophias (nem degenerációs). Azonban egyáltalában nem szükséges, hogy ezek valamelyike is jelen legyen vagy éppen kifejezett mértékben. A mi mindenkor megtalálható, az a súlyos csontszövet-elváltozás. A csontatrophia az elsődleges folyamat; az figyelmeztet a bajra. Ehhez járulnak azután a szintén mindig jelenlevő nagyfokú functiobeli kiesések, zavarok, a melyek tehát másodlagos jelenségek.



3. ábra.

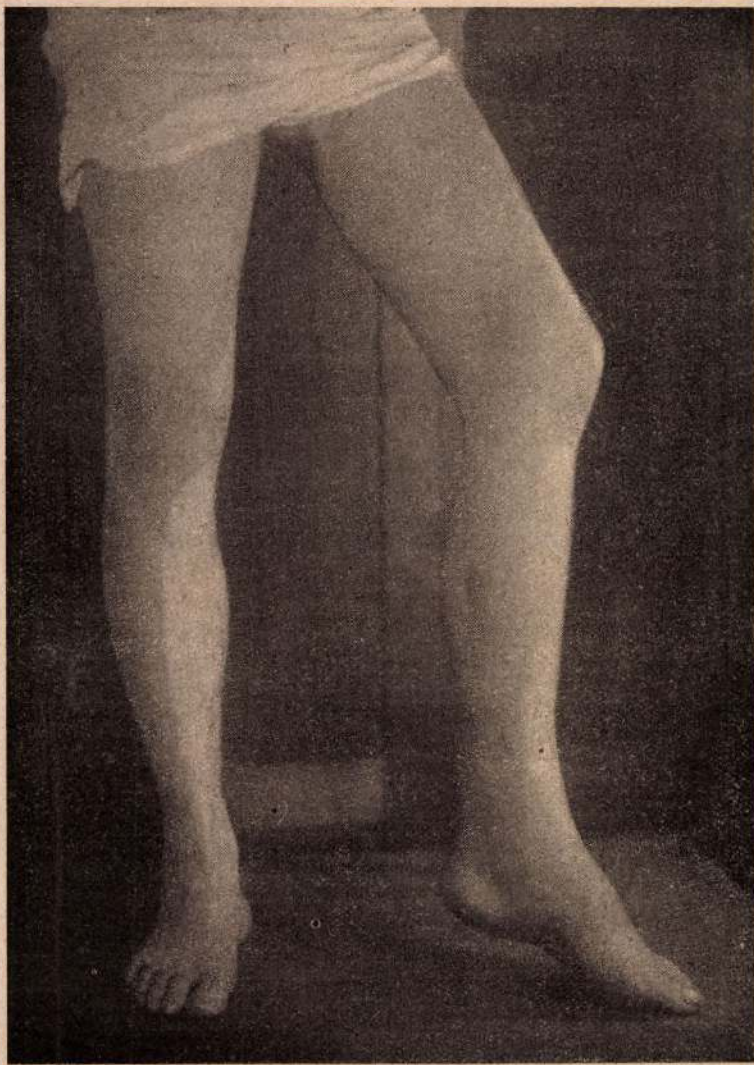
Lágyrészsérülés az alkaron következményes *Sudeck-atrophiával* a sérüléstől distalisán.

Ilyen functiobeli eltérések a rendestől a kézen: hajlító merevség a kéz ujjain, a mely passive rendszerint legyőzhető; néha medianus-bénulás képét utánozza a kéz tartása,

jóllehet az ideg- és izomingerlékenység rendesen megtartott vagy alig csökkent; elfajulási reactionnak nyoma sincs; a kéz nőies, gracilis. A szorítóerő csökkent vagy teljesen megszűnt; néha a marokra szorítás nem sikerül. A könyök-, úgyszintén a térdizületben hajlító merevség, a melynek passiv legyőzési kísérleténél olyan érzésünk támad, mintha akaratlagos ellenállással kellene megbirkóznunk. Az alsó végtagon főleg járáskor vagy ennek kísérletekor megterhelési fájdalmak; a beteg igyekszik a fájós végtagot meg nem terhelni, tehát távolítja a test hossz tengelyétől és lábujjhegyre vagy a talp laterális szélére nehezedik rá; esetleg térdben behajlítva a levegőben lógatja és mankóra támaszkodik. A quadriceps femoris sokszor feltűnően sorvadt. A triiceps suraeban gyakran heves fájdalmakról panaszkodnak. Néha pes varus állás támad; olykor oedemák a bokák körül.

oedemának“ szoktunk megjelölni, megtaláltam a *Sudeck-atrophiát*. A traumás oedema kórképét, a mint tudjuk, jellemzik azok a chronikus keringési zavarok (talán nyirok-keringés) okozta oedemák, a melyek a végtagokon valamely sérüléstől distalisan vagy „megfázás“ után jelentkeznek és igen makacs természetűek. Mindenesetre nem egészen tisztázott kórkép, a melynek nem egy szép példányát mutatta eddig intézetünk anyaga. Rövidesen megemlíthetem, hogy ugyanilyen vagy legalább is feltűnően hasonló kórkép mesterségesen strangulálással létesíthető. (A császárfürdői intézet több ilyen leleplezett esetét *Schulhof* dr. ezredorvos dolgozta fel.) Ezen „arteficialis traumás oedemák“ egyikében sem volt *Sudeck-atrophia*. Vagyis a *Sudeck-atrophia* szem előtt tartása a differentialdiagnostikában is értékes.

A mi a bántalom kezelését illeti, mi is a *Sudeck* és



4. ábra.

A lábikra-izomzaton áthatoló lősérülés után fejlődött *Sudeck-atrophia* képe.



5. ábra.

„Traumás oedema“ és pes varus esete, a melyben *Sudeck-atrophiát* észleltünk.

Ezek a súlyos természetű functiószavarok és a subjectiv panaszok mindig megvannak. Jellemző rájuk, hogy látszólag nem magyarázza meg őket az objectiv lelet; már tudniillik az az objectiv vizsgálati kép, a melyet a megtekintés és a megtapogatás nyújt, a hol tehát Röntgen-vizsgálatot nem végeztünk.

A jellegzetes csontelváltozások tehát, a melyeket a Röntgen-kép tár elénk és a jelentős működési zavarok, a melyek az objectiv lelettel látszólag nincsenek összhangzásban, a *Sudeck-atrophia* legfőbb ismertető jelei. A lágyrész trophiás zavarainak nem kell megjelölniök.

Megemlíteném, hogy három esetében ama kórképnek, a melyet talán összefoglaló névvel „traumás

Kienböck által hangoztatott elvekhez tartottuk magunkat. Mindaddig, a míg a gyulladás fennáll, immobilizálunk. Ha a gyulladás lezajlott, rögtön hozzálátunk az erélyes mechanoterápiához, persze hőkezeléssel párosítva. Az esetleges seb végleges begyógyulását nem kell bevárunk, különösen akkor nem, ha hosszas, avirulens genyedésről, pl. sequesterek kieséséről, sipolyjáratok képződéséről van szó. Ha másképpen nem megy, legalább a szomszédos ízületeket, testrészeket működtetjük ilyenkor. Már tisztán sarjadzó sebfelületen sem kell a hámosodást bevárunk. Mindez a sietés azért van csupán, hogy minél előbb megadhassuk a beteg végtagnak azokat a motoros ingereket, a melyeknek kiesése a csont physiologiás táplálkozását zavarja. Kerüljük az inaktivitást,

a mely a bajt mindenesetre súlyosbítaná. Más, oki kezelését nem ismerjük; okosabbat mindeztideig nem tudunk. Megpróbálkoztunk a császárfürdői intézetben különféle organo-therapiás készítmények, továbbá calcium- és magnesium-sók adagolásával, azonban számbavehetőbb eredmény nélkül (pl. per os és subcutan calcium chloratum, calcium lacticum, calcium glycerinophosphoricum, magnesium sulfuricum stb.). Megterhelési fájdalmak esetén néhány heti tartamra járókötés alkalmazását mi is megpróbáltuk. Az eredmény ilyenkor az, hogy a felfüggesztés ideje alatt a fájdalmak elmaradnak.

Összefoglalás: Megfigyeléseink azokra az egy- és másfél éves multtal bíró Sudeck-atrophia-esetekre vonatkoztak, a melyek, mint kivételek, minden bizonyára csekély töredékét alkotják a különben jó gyógyulási tendenciát mutató bajnak. A diagnostikai részét nem tekintve, igen keveset tudunk róla. Aetiologiája, a most már kiforrt nézetek szerint, trophoneurosis, a mely reflexes úton támad. A mi vizsgálataink is csak a diagnostikájára és a terapiájára terjeszkedtek ki. A Röntgen-kép alapján valóban specifikusnak látszik a baj lényege; a foltosan jelentkező rareficatiók minden egyébtől megkülönböztetik. Míg a „heveny” alakok az irodalmi feljegyzések szerint néhány hét alatt fejlődnek és eltűnnek, az „idősült” eseteknek a végleges sorsáról még nem tudunk nyilatkozni. Mechano-, thermo-elektrotherapiás beavatkozással és chemiai szerek adagolásával csak igen keveset tudunk rajtuk javítani; legtöbbször mindenféle kezeléssel dacoltak. Lehetségesnek tartjuk, hogy a béke helyreállítva a kenyérkeresés kényszerűsége lesz az igazi „munka-therapiája” a bajnak. De addig is, a míg a felkeltett érdeklődés nyomán a kísérleti kutatások nem derítenek red több világosságot, az itt elmondottak ismerete és általában a körkép szem előtt tartása nem egy tévedéstől óvhat meg bennünket. Mindenesetre több óvatosságra fog figyelmeztetni a simulálások és aggravalások leleplezésekor.

Irodalom. P. Sudeck: Ueber die akute entzündliche Knochen-atrophie. Archiv für klin. Chirurgie, 62. kötet, 1. füzet és Chirurgen-kongress, Berlin, 1900 April. — R. Kienböck: Ueber akute Knochen-atrophie bei Entzündungsprozessen an den Extremitäten (fälschlich sogenannte Inaktivitätsatrophie der Knochen) und ihre Diagnose nach dem Röntgenbilde. Wiener med. Wochenschrift, 1901, 28. és köv. sz. — R. Kienböck: Die Untersuchung der trophischen Störungen bei Tabes und Syringomyelie mit Röntgenlicht. Neurolog. Zentralblatt, 1901, 2. sz. — H. Secrétan: Note sur l'atrophie traumatique des doigts. Revue médicale de la Suisse Romande, 1901. — Ueber die akute (reflektorische) Knochenatrophie nach Entzündungen und Verletzungen an den Extremitäten und ihre klinischen Erscheinungen; von Dr. P. Sudeck. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, 1901—1902. — Ueber radiographisch nachweisbare akute und chronische „Knochen-atrophie“ (Sudeck) bei Nervenkrankungen; von Dr. Nonne. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, 1901—1902. — Ueber Sudeck'sche Knochenatrophie. Von Dr. Hans Hofmann, Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 8. sz. — Sudeck: Zur Altersatrophie und Inaktivitätsatrophie der Knochen. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. III. kötet.

Közlemény a cs. és kir. 12. sz. mozgó járványkórházból.
(Parancsnok: Fejes Lajos dr., egyetemi magántanár, ezredorvos.)

A typhus diaetás kezeléséről.

Irta: Ötvös Ervin dr.

A múlt század orvosainak aggodalma, hogy az étellel a lázas szervezetbe kerülő kalóriamennyiség oxydálása a lázat fokozza, valótlannak bizonyult. A láz alatt mai felfogásunk szerint az oxydatiós folyamatok nem is túlzottan nagyok, ellenben nagyfokú a szervezet fehérjebontása, melyet éppen a fokozott táplálással lehet ellensúlyoznunk. Azonban a beteg étvágytalansága, az emésztőszervek rosszabb elválasztása, az emésztőnedvek összetételének megváltozása, a rossz felszívódás, typhusbetegben ezenkívül a vékonybél durva anatómiai elváltozása, oly tényezők, melyek igen megnehezítik a célszerű táplálást.

A typhus kezelésében, de más lázas bajban is, az ideális célszerű táplálás az volna, ha annyi fehérjét assimilálna a szervezet, mint a mennyi bomlik. A régi leves- és tejdiaeta eredményei határozottan nem kedvezők: a beteg

legtöbbször nagyon elgyengült, lesóványodott, zavart volt és csak a lábadozásban tért lassan magához, ha ugyan inanitióban vagy a betegséghez szövődő bajban el nem pusztult (tüdő, szív, peritonitis, elvérzés stb.).

Mindenesetre kívánatos, hogy a diaetának a tej továbbra is fontos alkotórésze maradjon, annál inkább, mert teljesen étvágytalan vagy éppen kábult betegnek és vesebajosnak más nem is adhatunk. Azonban tagadhatatlan a hosszú ideig folytatott tejdiaetának néhány igen jelentős hátránya. Ezek a következők:

Subjective: lassanként valóságos tejundor fejlődik ki és nem érzi a beteg, hogy jóllakott.

Objective: hasmenést okoz, felfujja a beleket, ami a bélfal feszülése miatt komoly veszéllyel fenyeget. Továbbá mint fehérjeszegény, de igen vízgazdag (87%) táplálék nem lehet közömbös a fertőzéstől megtámadott parenchymásan el-fajult szívizomzatra. A nagymennyiségű folyadék még fokozza a szív munkáját és a beteg szívizomzatra alig legyőzhető munkatöbbletet ró. A szív megbetegszik, kitágul, a pulsus szapora, sőt arhythmias lesz, néha zörejt is hallunk. Mindez gyakran csak az első felültetésekor jut tudomásunkra. Érdekes azonkívül, hogy ha a beteg csak tejet kap, alsó bélrészletében könnyebben képződik kemény bélsárrög, mint vegyes pépes-szilárd táplálkozás mellett. Felvetődhetik ennek a ténynek kapcsán az a gondolat, nem szerepel-e ez némileg a vérzés és perforatio előidézésében. Griesinger szerint a typhus-betegek egyharmada bélvérzésben hal el, míg az újabb statisztikák ennél sokkal kedvezőbbek. Feltűnő e mellett, hogy kórházunkban a nagy beteganyag ellenére a vérzés a legnagyobb ritkaság, perforatio egyáltalában nem fordult elő.

Megfigyelésre méltó azon tapasztalatunk, hogy a súlyos deliriumok, melyek a tejételrendnél mindennaposak és a typhuscomplicatióknak melegágyát alkotják, az alább vázolandó diaeta mellett igen ritkán és akkor is csak enyhébb alakban észlelhetők. Fölösleges fejtegetnünk, hogy milyen fontos ez a tény, de bizonyos, hogy ha a betegnek tiszta az öntudata, czélszerűen forog ágyában, elkerüli a decubitust, jobban szellőzteti tüdejét, nem nyel félre, miáltal a broncho-pneumonia veszélye csökken: a tisztán folyadéktáplálék nem elégíti ki, rágni kíván, a rágással bővebb nyál- és más emésztőnedv-elválasztás indul meg, így száját tisztán tartja és elkerülhet parotitist, otitis mediát stb., a szája is javul, a mechanikai inger következtében eltűnik a nyelv pörkös, száraz kérge, az étvágy fokozódik.

A szigorú tejdiaeta előbb említett hibái miatt már régen keresnek a klinikusok czélszerűbb és eredményesebb táplálást. Lenhartz, Schottmüller, Friedrich Müller, Barrs, Vaquez voltak az elsők, a kik a typhus diaetás kezelésének hagyományaival szakítottak, fehérjegyazdag ételrendjükbe elég fehérjekimélőt kevertek, úgy azonban, hogy ez a fekélyes vékonybélre ártalmassá ne váljon. Schottmüller eredményei olyan jók voltak, hogy utána mind több és több klinikus ismerte el a vegyes, pépes-szilárd táplálás előnyeit.

A Schottmüller-féle ételrendben a fehérjét mint zsírtól, porctól, bonyétól és intól gondosan megtisztogatott húst vesszük a szervezetbe. Ez kórházunkban következőképpen történik.

A 250 gr.-os napi húsadagnak fele a fent leírt módon előkészített hús, melyet a szakács nagyon gondos megdarálás után kissé megsóz és néhány cseppnyi citromlével meg-savanyít. Az adag másik fele egyrészt tökéletesen feláztatott katonai kétszersült, másrészt előző napon 3—4 órán át teljesen szétfőzött, majd 24 óráig félretett vizes rizs, egyenlő mennyiségben. Az így elkészített és összegyúrt hús-kétszersült-rizsmassza alig zsíros, vizes lében gyengén pirosra sül, a nélkül, hogy felületén kéreggé keményednék, vagy hogy a kisütéskor sok zsírt szívna föl. Így elkészítve annyira izletes, hogy alig különbözik enyhén pikáns-savanykás ízével a közönséges vagdalt hús ízétől. Fontos, hogy a szájból úgy-szólván magától szétesik, mégis a betegnek lelkére kötjük, hogy gondosan rája meg, azért, hogy a falat mechanikailag tisztítsa a szájüreget és jobban keveredjék a nyállal. Az ilyen

„hasé“-t nyugodtan adhatjuk a typhus összes stadiumaiban, mert a gyomorba, még inkább a bélbe teljesen folyékony pépes alakban kerül. Természetes, hogy a hasét is megundhatja idővel a beteg, ilyenkor ismét szívesen megeszi levest, borsó- vagy burgonyapépben szétdörzsölve. 100 gr.-nyi hasé kaloriaértéke kb. 250.

A vegyes diétát még sokan ellenzik. Ezeknek két fontosabb érvére akarok kitérni. Az egyik érv az, hogy a fehérjeszételés, melyet a láz okoz, fokozott fehérjebevitellel nem lehet lényegesen ellensúlyozni, mert a gyuladt nyálkahártya rosszabbul szív fel és a láz miatt az emésztés is gyengült. Erre vonatkozólag tekintetbe kell vennünk, hogy a kellő módon elkészített táplálékból mindenesetre több fehérje szívódik föl, mintha fehérjeszegény már maga a táplálék. Azonkívül lázban — éppen úgy, mint lábadozásban és fejlődő szervezetben — a sejtek a felvett fehérjét fehérjevesztésük pótlására asszimilálják, még pedig, mint Voit, Hösslin, Puritz és Graefe vizsgálatai bizonyítják, elég jól. Míg egészséges egyénben a fokozott fehérjebevitel fokozott fehérjebontást vált ki és így a túlsok fehérjéből a szervezetnek haszna nincs, addig a fenti vizsgálatok alapján a lázas szervezet a megevett és felszívódott fehérjét a megrongált sejtek újjáépítésére használja fel. Hogy az emésztés és felszívódás nem annyira rossz, mint gondolják, azt saját megfigyelésünk alapján is állíthatom, mert typhusbetegeink gyakran éppen a lázas napokban kezdtek hízni. Vannak viszont betegek, jóllehet csekély számban, a kikben az emésztés és felszívódás rossz (gastroenteritises alak).

A másik érv, hogy a bél bacteriumflorája megszaprodik és megváltozik a kevert táplálékkal bevitt szénhidrat- és fehérjebevitellel. Erre vonatkozólag tudjuk, hogy akár a bél alkáliás nyálkája, akár a tej maga is van olyan jó bacteriumtalaj, mint a vegyes ételrend mellett képezett béltartalom. Hogy a fehérjebevitel következtében a bélflora qualitative megváltozik-e, az ki nem zárható, de sok eset klinikai megfigyeléséből meggyőződésünk, hogy ez a szervezetre nem káros és ha talán recidivát kap a beteg, akkor e körülménynek a recidiva előidézésében része nincs.

Természetes, hogy kórházunkban a táplálásnál a legszigorúbban egyénezzünk. Elsősorban arra törekszünk, hogy a lázas, kimerült, bronchitises, esetleg bronchopneumoniás, rendszerint étvágytalan beteg általános állapotát annyira javítsuk, hogy jobban táplálkozassék. A kezdeti ételrend megállapításakor a láz magasságára tekintettel nem vagyunk, az étvágy, a bél, szív és vese állapota irányadó. A dugulást híg sennás vagy szappanos beöntéssel szüntetjük meg, a ritkább gastroenteritis esetén opiátokat vagy atropinos beöntést adunk. Bronchitist borogatással, ültetéssel, gőzbelégzéssel stb., bronchopneumoniát e mellett subcutan kámfor-injekciókkal kezelünk. A nyelvet megtisztogatjuk, repedéseit mucilago gummi arabicival bevonjuk, gondot fordítunk általában a szájjüreg ápolására. A nagy lázat piramidon-oldatnak rendszeres adásával, ritkábban hűvös borítással vagy fürdővel csökkentjük. Ha nagy az étvágytalanság, az első nap üres tejet vagy meleg, keserű teát kap. Ilyen módon rendszerint sikerül pár nap alatt előkészíteni a beteget a vegyes diétára. Valóban elenyésző kicsiny azok száma, kiket a rendkívül makacs étvágytalanság, súlyos delirium miatt csak tejjel táplálhatunk.

Egy typhusbeteg következőképpen táplálkozik kórházunkban: Reggelre felváltva 300 cm³ tejet vagy tejeskávét, esetleg csokoládét vagy cacaót kap, miután 1—1 kanálka china-bort, cognacot ivott, hozzá ázott caces-et adunk. A viláreggeli 1—2 tojásból, esetleg a gerincztől megtisztított sardiniából, caces-ből áll. Ebédre húslevest, pontosan a leírt módon készített 250 gr. vagdalt húst (marha, esetleg csirke), borsó- vagy burgonyapépet, illetve parajt, kompótot eszik caces-szel és kevés vizes borral. Az ozsona ugyancsak 300 cm³ tej, cacao vagy csokoládé caces-szel. Vacsorára vagdalt húst vagy áztatott és félretett tejes rizst (kevés kapart hússal keverve), kompótot, caces-et és vizes bort kap. Ígyek-

szünk általában, hogy a folyadéktömeg a két litert túl ne haladja.

Meglepő, hogy az aránylag nagytömegű táplálékot nagy lázban is milyen szívesen eszi a beteg, sőt számos esetben meg keli a húst kétszerezni. Természetes, hogy nem mindenki tudja a fent leírt diétát az első naptól kezdve teljesen elfogyasztani.

Ételrendünkkel aránylag nagymennyiségű fehérjét és cukrot viszunk a szervezetbe, a nélkül, hogy a sok folyadék a szív munkáját túlságosan fokozná. A mint előbb említettük, a lázas egyén belének felszívó és emésztőképessége megfelelő és így akkora kalóriamennyiséget mindenesetre bevitethünk, a mennyi egy nem dolgozó, de különben jól táplált egészséges embernek szükséges. Betegeink 1800—2000—2500 kalóriát fogyasztanak egy nap alatt. Ez pedig több, mint 3 l. tiszta tehéntejnek felel meg.

A napi fehérjeminimum Chittenden szerint 60 gr., betegeink 80—120—140 gr.-ot, esetleg még többet kapnak. Cukorból átlag 200 gr.-ot fogyasztanak, melynek megfelelő tejmennyiség több mint 4 l. Zsírban lehetőleg keveset adunk (50—60 gr. napi átlagot), noha Schottmüller 150 gr.-ot ír elő. A különbség onnan ered, mert magyar ember emésztőszervei a zsír iránt érzékenyek, hurutra hajlamosak. Oka ennek a magyar konyha. (Innen van az is, hogy pl. diabetesben a könnyen emészthető, de sok vajjal készült zablevest a német jól tűri, a magyar ellenben gyakran lázas lesz tőle.)

Általában azt lehet mondani, hogy míg kizáróan tej-táplálás mellett 10—20 kgr.-os súlyvesztések és ennek következményei nem voltak ritkák, addig a fent leírt ételrenden tartott betegeink nagy része aránylag alig soványodik, sőt egyik-másik még a lázas szak alatt meg is hízik. Igen valószínű, hogy ez a súlygyarapodás nem annyira a táplálék fehérjéjének, mint inkább a cukorkomponensnek köszönhető.

A beteget tiszta öntudata megvédi a súlyos szövődésektől, elég izgékony marad és egyáltalában nem látszik súlyos betegnek.

Előfordul, hogy a beteg — különösen ha előzőleg nincs typhus ellen oltva — étvágytalan lesz. Ez többnyire muló jellegű és heti 1—2 tejjel közbeiktatásával legyőzhető. Máskor makacsabb a dyspepsia, a beteg soványodik, gyengül, ilyenkor latens tuberculosisa, másodlagos kevésvérűségre gondolhatunk. Ilyen esetekben kedvező eredményt értünk el a rendszeres napfürdőzéssel, illetve arsennel. A napfürdőzés jó eredményei a tiszta levegőtől és a megváltozott környezettől, valamint a nap kémiai sugaraitól származnak. Az arsennel az anaemiás dyspepsiára néha csodálatos hatása van. Képesek voltunk például egy a 4. héten hozzánk került, a legnagyobb mértékben lesoványodott, teljesen elgyengült, súlyos gastroenteritis paratyphosában szenvedő betegünket néhány hét alatt arsennel és vegyes diétával úgyszólván munkaképes állapotba hozni. Hasonló gyors eredményt láttunk súlyos Zenker-féle izomelfajulással egyidőben keletkezett nagyfokú anaemiás dyspepsia egy esetében.

Nem szabad természetesen szem elől téveszteni, hogy betegeink legnagyobb része 7 hónapon belül typhus ellen védőoltásban részesült. Valóban: oltott és nem oltott betegeink különbözően élik át a bajt. Az oltott beteghez képest a nem oltott typhusbeteg láza és lábadozása is elhúzódó, étvágytalansága nagy és makacs, igen elesett, gyakoribb az öntudat zavara, ezért könnyebben támad decubitus, bronchopneumoniája vagy más szövődés és aránylag elég korán jelentkeznek a szív gyengesége.

Tagadhatatlan tehát a védőoltás előnye a baj megrövidítésére, enyhítésére, a szövődések ritkábbá tételére; azonban a typhus méreghatásának feltétele, ha csökkent is, de mégis megvan, a miért az oltott typhusbetegnek is fontos a helyes diéta. A nem oltott eset viszont szintén enyhébben ér véget, reconvalescentiája is rövidebb — szemben a tejkúrával — vegyes ételrend mellett. Ez utóbbi tényt döntően bizonyítják Fejes párhuzamos diétán tartott nagyszámú esetei. (L. Orvosképzés, 1915. évf., 9—10. füzet).

Typhusbetegre a vegyes diaeta a közölt alakban vesélytelen, sőt előnyös. Ez a körülmény a jelen háborús viszonyok között jelentőségteljes, különösen a harctéren működő fertőzőkórházak szempontjából, a mennyiben módunkban áll a rendkívül nehezen beszerezhető tehéntej hiányában is a typhusbetegét energiaszükségletének leginkább megfelelő ételrenden jó eredménnyel táplálni.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Mindennapi gyermekgyógyászat. Gyakorlóorvosok számára írta: *Torday Ferencz dr.* Pesti Alfréd kiadása. Budapest, 1914.

E munka még a béke évében íródott, a midőn nálunk egyik tankönyv a másik után hagyta el a nyomdát, a midőn a magyar orvostanhallgató és orvos kezdte már látni, hogy van magyar orvosi tudomány és ha tanulni akar, ha orvosi tudását otthon, akár a vidéken is, felfrissíteni vagy tovább fejleszteni akarja, nem kell immár idegen szerzőkhöz folyamodnia. Ezért örömmel kell üdvözlőnünk minden tankönyvet, a melyből tanulni lehet, a melynek szerzője nemcsak jelentkezni akar és munkáinak számát egygyel szaporítani, de tanítani tud. E szempontot szem előtt tartva, *Torday* könyvének van jogosultsága. A szerző, ki évek hosszú során nagy kórházi beteganyagot észlelt, saját tapasztalatain keresztül szűri át tárgyunk igen sokszor váltakozó álláspontjait, és elhagyva minden vitás kérdés tárgyalását, a gyakorlati szempontokat tartja szem előtt. Könyvének nagy részét, az egyes betegségek és beteges alkatok lelkiismeretesen ecsetelt képe mellett, a therapia és a betegápolás foglalja el, a melyet igen behatóan, a legkisebb részletekre kiterjeszkedve tárgyal.

Minden általános gyakorlatot folytató orvos praxisának legnagyobb részét beteg gyermekek teszik, tehát megkövetelhetjük, hogy minden orvos alaposan értsen a gyermekgyógyászathoz és tudja azt, hogy a gyermekgyógyászat és különösen a csecsemőgyógyászat éppen úgy nem része a belgyógyászatnak, mint a szemészet nem része a sebészetnek.

A könyv XIV fejezetből és egy függelékéből áll. El kell ismernünk, hogy a szerző gondolt minden a gyakorlatban előforduló megbetegedésre, sőt könyvének végén ismerteti a hazai gyermekvédelmi intézményeinket és azon intézeteket, a melyek az elhagyott, a beteg, a testi és szellemi, erkölcsi fogyatékosokban szenvedő gyermekek javára létesültek.

Kitünően írta meg a szerző az általános részt. A betegvizsgálat 10 nyomtatott oldalt foglal el és még sincs benne semmi felesleges, de megvan minden szükséges. A gyermekkor bonczani, élettani viszonyai, a gyermekápolás és a gyermektáplálás foglal még helyet e részben, melyet szakember létémre is nagy élvezettel olvastam el. Nemcsak jól, de szépen is írta meg ezt *Torday*. Az egyes megbetegedések tárgyalása is kitünően sikerült és határozott érdeme a könyvnek. Úgy látszik, hogy a szerző megkísérelt minden modern therapiás eljárást, de követésre csak azokat ajánlja, a melyeknek czélszerűségéről és beválásáról maga is meggyőződött, és nem ajánlja az újabb, a divatosabb eljárást akkor, a midőn a betegágnál látta, hogy a régebbi eljárás volt a célravezetőbb. Ha vannak is egyes dolgok, a melyekben nem érték egyet a szerzővel (hogy csak egy példát említsek, ő a skarlát ellen a Moser-serumot a magánygyógyászatban nem ajánlja), mégis a könyv feltétlen előnyének tartom, hogy a szerző a therapiában a saját egyéniségét domborítja ki és nem sorolja fel szolgálai módon az összes megkísérelt therapiás eljárásokat, mert így a könyv igazi vezető, nem pedig kritika nélküli tárgymutatója a therapiás eljárásoknak.

Részemről sajnálom, hogy a csecsemőkori táplálkozási bántalmakban a szerző *Finkelstein* igen divatos, de nem szerencsés beosztását fogadta el. A gyakorlóorvos szempontjából

különösen szerencsétlen e beosztás. *Finkelstein* eredeti cikkeinek elolvasása után is sok fejtörést fog okozni a gyakorlóorvosnak az egyensúlyzavar sok esetének körjelzése, különösen ha nem vesz tudomást, mint a hogy *Torday* is teszi, a „cachirozott decompositio“-ról, a melyhez *Finkelstein* zavarában folyamodott. Mennyivel szabatosabb, a valóságnak megfelelőbb *Czerny* beosztása, mennyivel érthetőbb a tejártalom, a lisztártalom körképe, mennyivel egyszerűbb e beosztás mellett a táplálási indicatiók felállítása. Szerencsétlennek tartom az alimentaris intoxicationnak „ételmérgezésre“ való lefordítását is. Ellenben igen szabatosan vannak megírva az egyes táplálókeverékek elkészítésének módjai és határozottan, már a mennyire a *Finkelstein*-féle beosztás megengedi, a táplálókeverékek indicatiói.

Külön ki kell emelnem a könyv magyaros és gördülékeny stílusát. A gyakorlóorvos sokat fog belőle tanulni, a szakember pedig élvezettel és haszonnal fogja elolvasni e munkát.

Új könyvek.

F. Hermann: Gedanken über den anatomischen Unterricht. Jena G. Fischer. 1 m. — *C. Flüge*: Grosstadtwohnungen und Kleinhaus-siedelungen in ihrer Einwirkung auf Volksgesundheit. Jena, G. Fischer. 4 m. — *F. Goldhammer*: Die Röntgendiagnostik der chirurgischen Erkrankungen des Verdauungskanales. 2. Auflage. Hamburg, Lucas Gräfe und Sillem. 26 m. — *P. Janssen*: Lehrbuch der chirurgischen Krankenpflege. Leipzig, F. C. W. Vogel. 10 m. — *A. Rollier*: Sonnen- und Luftbehandlung nichttuberkulöser chirurgischer Affektionen mit Einschluss der Kriegsverletzungen. Tübingen, H. Laupp. 1:50 m. — *A. Koblanck*: Taschenbuch der Frauenheilkunde. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 7 m. — *E. Blind*: Grundsätze der ärztlichen Kriegsbeschädigtenfürsorge. Leipzig, B. Konegen. 3:60 m. — *A. Tschermak*: Allgemeine Physiologie. Band I. Berlin, J. Springer. 10 m. — *A. Eulenburg*: Moralität und Sexualität. Bonn, Marcus und Weber. 4:50 m. — *H. Strauss*: Die Nephritiden. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 9 m. — *R. Schmid*: Klinik der Magen- und Darmkrankungen, einschliesslich Röntgendiagnostik. Berlin-Wien, Urban und Schwarzenberg. 12 m.

Lapszemle.

Belorvostan.

A háborús nephritisről írt cikkében *Knack* a többi között azt mondja, hogy az a szigorú diaeta, a melyet nephritis eseteiben használni szoktunk, többnyire nem szükséges; vegyes, csak az erősebb fűszereket, meg a túlságosan sok sót mellőző diaeta mellett a nephritisben szenvedők éppen úgy gyógyulnak, mint szigorú diaeta mellett. Ennek az ismerete különösen manapság nagyon fontos, a mikor a háborús viszonyok miatt a szigorú diaeta sokszor nehezen vihető keresztül. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1916, 17. szám.)

A himlőoltás nyújtotta védelem tartamát illetőleg *Gins* a poroszországi anyag statisztikai feldolgozása alapján a következő eredményre jut: 1. Az oltás és újraoltás hatása a 40. életévig terjed; körülbelül a 30. évtől kezdve lassanként csökken. 2. Az oltottak harmadrészen a 40. éven túl is felvehető még bizonyos fokú védettség. 3. Újabb oltás a 40. életév körül ajánlatos. (Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 38. szám.)

Sebészet.

A súlyosabb háborús nephritisek sebészi kezeléséről értekezik *Kümmel* tábornok-orvos. A vesegyuladások oly nagy számmal fordulnak elő a harctéren levő katonaság között, hogy a háborús vesegyuladásokat nem lehet csupán alkalmi megbetegedésnek tartani. Nemcsak a nedves és hűvös őszi hónapokban, hanem már augusztusban és szeptemberben is sokan betegednek meg. Kiváltképp a hűvös és nedves lövészárokból és a földalatti állásokban és üregekben való huzamosabb tartózkodás praedisponálja reá a testi fáradalmaknak különben is kitett harczost, a mihez még az egyoldalú, frissebb eledel nélkül szűkölködő táplálkozás is nagy mértékben hozzájárul. A szerzők nagyobbik része nem fogadja el a nephritisek fertőzőes alapon való keletkezését.

Kümmel álláspontja az, hogy a heveny és idősült vesegyuladások azon eseteiben, a melyekben a belgyógyászati keze-

léssel nem tudunk eredményt elérni, sebészi beavatkozás szükséges. A heveny vesegyulladások közül a fertőző betegségek — kiváltképp scarlatina — utáni, továbbá a toxikus nephritisek, végül a nephritis apothematosa eseteiben *vesedecapsulatiót*, illetve *nephrotomiát*, míg kiterjedt vesetályogok és pyonephrosis eseteiben *vesekiirtást* végzünk.

A chronikus nephritiseknél különbséget tesz a szerző a nephritis dolorosa, a nephritis haemorrhagica és a tulajdonképpen Bright-kór között. Ezek közül a két előbbi gyakran egyoldali és igen pontos differentialis diagnoszt kell meg-ejteni kő, tumor és tuberculosis kizárása céljából; decapsulatióra jól gyógyulnak. A chronikus parenchymás nephritis mindig kétoldali. A szerző 26 Bright-kóros betegen végzett decapsulatiót, ezek közül 3 teljesen gyógyult, 18 jelentékenyen megjavult s csak 5-nek állapotára nem volt semmi befolyással a műtét. (Medizinische Klinik, 1916, 35. szám.) M.

Szülészet és nőorvostan.

A kézdesinfectiónak új módjáról ír Burk, a kiel-wiki erődítés kórházának törzsorvosa. Előzetes kísérletek sterilinnel és amylacetatban oldott celluloiddal nem bizonyultak megfelelőnek, mert operatio közben a kézen képződött hártya beropedezett, a hártya nehezen volt eltávolítható a kézről, a mellet sokszor okozott dermatitist. Ezért ezek helyett a következő kézdesinfectiót ajánlja: 5 perczig szappanos melegvizes mosdás és körömtörlés után a kart és kezeket bolus-acetonból álló hig péppel dörzsöljük be. A beszáradt bolust steril törülközővel távolítsuk el. Az így elért desinfectio szerinte tökéletesebb mint az eddig ismert desinfectio eljárások. Jól helyettesíti az alkoholos mosdást, a mi azért is fontos, mert ma az alkoholt csak nehezen és drágán lehet beszerezni, míg az acetont és bolust olcsón kapható. (Medizinische Klinik, 1916, 38. sz.) Endreyné Selymes Irén dr.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Cukor kimutatására a vizeletben a következő egyszerű eljárást ajánlja Liebers: 1^o/₀₀-s vizes methylenkék-oldatból 5 cm³-t teszünk kémlecsőbe, továbbá 10–20 csepp hivatalos kálilúgot; ezután 5–6 csepp vizeletet adunk hozzá és 1–2-szer felforraljuk. Ha cukor van a vizeletben, a kék szín eltűnik, a cukortartalomnak megfelelően többé-kevésbé gyorsan. Ha lehűlése után felrázzuk a folyadékot, akkor a methylenkék oxydálódván, természetesen újból beáll a kék szín. (Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 39. szám.)

Record-fecskendők odatapadt dugattyújának felszabadítására Nuetzel azt ajánlja, hogy tegyük az ilyen fecskendőket 1–24 órára antiformin-oldatba. Ez az egyszerű eljárás üveg-dugattyús fecskendők részére is ajánlható, a melyeken a nemrégiben ajánlott „hideg-eljárás” nem vezethet eredményre. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1916, 40. szám.)

Az optannin nevű új szer nem más, mint a tannin basisos calcium-sója. Klempeter szerint nagyon jól használható hasmenés ellen; naponként 4–5 félgrammos tabletta veendő be, vagy pedig kétóránként késhegynyi mennyiség a poralakú készítményből. Egyenrangú a tannalbinnal és tannigennel. (Therapie der Gegenwart, 1916, 8. füzet.)

Liquitalis néven a Gehe-czég egy új digitalis-készítményt hozott forgalomba, a mely Ingwersen tapasztalatai szerint nagyon jó szolgálatokat tehet, a mennyiben az emésztőszervekre káros anyagok hiányzanak belőle és hatóanyag-tartalma békaszíven végzett vizsgálatokkal pontosan meg van határozva. Egy-egy köbcentiméternyi mennyisége 0.1 gr. fol. digital. titr.-nak felel meg. (Medizinische Klinik, 1916, 39. szám.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 42. szám. Bókay János: Balassa-előadás. Martonos István: Esetek.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 42. szám. Szedlák Ödön: Megfigyelések a kifáradásról és háborús neurosisról.

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A király Neumann Manó dr.-nak, Krassószörény-vármegye közpórháza igazgató-főorvosának a Ferencz József-rend lovagkeresztjét adományozta.

Választás. Barla-Szabó József dr.-t a Bethesda-kórház sebészeti osztályának főorvosává választották.

A budapesti önkéntes mentő-egyesület júliusban 1349 esetben nyújtott első segítséget; ezenkívül 1023 szállítást végzett, 68 esetben mint mozgóórság szerepelt és 14-szer vaklármá és téves jelentés folytán vonultak ki. A július havi működés főösszege tehát 2454 volt.

Kinevezés. Lőrinczy József dr. és Szende Emil dr. kismárdai orvosokat tiszteletbeli járásorvossá nevezték ki.

Waldeyer tanár, a jeles berlini anatomus, ki egyetemünknek is díszdoktora, 80. születésnapja alkalmával nagy ünneplések tárgya volt. A német császártól ő és családja nemességet kapott v. Waldeyer-Hartz néven, a hallei Academia Leopoldina a Cothenius-éremmel tüntette ki, stb. Waldeyer tanár a jelen tanév végével állásától megváltik.

Meghalt. Muzsik János dr. 31 éves korában Budapesten október 14.-én. — Tolveth Rezső dr. alibunári járásorvos 64 éves korában. — Winter Mór dr. kiszuczauhelyi járásorvos, tiszteletbeli megyei főorvos, október 11.-én 67 éves korában. — Halász Béla dr., Jász-Nagykun-Szolnok vármegye tiszteletbeli főorvosa október 13.-án. — Magnan, kiváló francia elmeorvos, 80 éves korában Párisban.

Személyi hírek külföldről. A lipcsei egyetem fogászati intézetének igazgatójává rendkívüli tanári minőségben O. Römer dr. strassburgi rendkívüli tanárt nevezték ki. — Tanári címet kaptak a következő magántanárok: O. Dragendorff (anatomia) és P. Prym (kórbonczolást) Bonnban, H. Küster (nőorvostan) és W. Oettinger (közegészség-tan) Boroszlóban, H. Boit (sebészet), W. Frey (belorvostan), O. Klieneberger (elmekörtan), A. Linck (fülorvostan) és E. Sachs (nőorvostan) Königsbergben.

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

Dr. Grünwald sanatoriuma Budapest, Városligeti-fasor 13-15. Felvételtnek férfi- és nőbetegek nőgyógyászati, sebészeti és belgyógyászati bajokkal, valamint szülönők. A betegek kezelőorvosukat maguk választhatják. — Vegyi és Röntgen-laboratórium.

Dr. JUSTUS kórházi bőrgyógyító és kosmetikai intézete Budapest, IV., Ferencz József-rakpart 26. Sugaras gyógyítás. Röntgen. Aniontherapia, forró-légkészülékek, frigoritherapia, fűrdők. Schnée-féle degrassator. Höhensonne. Quarzlámpa.

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

Igazgató-főorvos: Dr. CZIRFUSZ DEZSŐ kir. tanácsos.

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

Dadogók, megsiketültek, nagyotthallók továbbképző tanfolyama: Budapest, X., Fűzér-uteza 7. Igazgató: BIHARI KÁROLY dr.

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

Városmajor-sanatorium és vízgyógyintézet Budapest, I., Városmajor-uteza 64. Telefon 88-99. Bel-, ideg- és nőbetegek részére. Hízaló és soványító gyógymódok. Vízgyógyimód és villamos kezelések bejáróknak is. A betegek Dr. báró Podmaniczky Tibor, igazgató-főorvos állandó felügyelete alatt állanak.

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

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS gyógyintézete Egész éven át nyitva.

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

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

TARTALOM: A 16. számú helyőrségi kórház tudományos értekezlete. 586. lap.

A 16. számú helyőrségi kórház tudományos értekezlete.

Elnök: Mohr Mihály.

Jegyző: Ifj. Háhn Dezső.

(Folytatás.)

Keppich József: A csontos orr hiánya lövés sérülés folytán; pótlás Schimmelbasch-plastikával.

O. Gy., 65. gy.-ezredbeli közlegény 1915 június 7.-én Kolomeánál shrapnellől megsebesült. A golyó az orrcsúcs kivételével az egész orrot szétroncsolta. A jobb szem kifolyt. Június 15.-én került a 16-os számú helyőrségi kórház sebészeti osztályára.

Július 5.-én a jobb szem csontját távolítja el.

A seb megtisztulása után a beteg műtetre alkalmas lett. Orrplastikát végez rajta több szakaszban.

December 16.-án négyszögű lebeny körülmetszése a homlokból, melynek basisa az orrgyök felé tekint. A lebenyben periosteum és a homlokcsont tabula externája foglaltatik. A fülek mögé vezetett ívmetszéssel nyert két lebenyt a közép-vonalban összevarrja.

1916 február 5.-én. A lebenyt, melynek másik oldala is nagyrészt behámosodik, 180 fokra lehajlítja hámfelületével az orrüreg felé és az orr megmaradt porcvas vázához hozzávarrja. A benne lévő csontlemezt hosszában megfűrészi és tetőszerűen megtöri.

A lebeny reactionmentesen gyógyult oda. A lebeny szélének odavarrása és az alsó szemhéj-plastika egy későbbi ülésben fog következni.

Keppich József: Szájplasztika.

E. M., 24 éves orosz hadifogoly, 1914 október 28.-án a Kárpátokban shrapnellsérülést szenvedett; a lövedék az orrát és száját teljesen szétroncsolta, a felső ajak teljesen hiányzott, az alsó ajaknak csak két széle van meg. Az orrcsúcs egészen heges, az orrnyílások teljesen összenöttek. A felső fogsor teljesen hiányzik, erős nyálfolys, száját a nagy hegesedések miatt csak kevéssé tudja kinyitni. A sérülések meggyógyulása után 1915 január 29.-én a kis szájníllást harántmetszéssel nagyobbítja.

Április 13.-án ajak-plastika, miáltal a kínzó nyálfolys erősen megcsökkent. Június 12.-én felső ajak-plastika Täsche szerint. Reactionmentesen gyógyult. Mivel a szájníllás erősen megkisebbedett, augusztus 17.-én meg kellett azt nagyobbítani, azután felső fogsort kapott. November 30.-án a benőtt orrot szabadítja fel. 1916 február 8.-án az orrnyílásokat teszi szabaddá. Április 17.-én a felső ajak nyúlajakszerű behúzó-dását Nélaton szerint operálja. Végül május 27.-én a beteg határozott kérelmére a kétoldali lágyéksérvét helyi érzéstelenítésben megoperálja. A beteg a megszállott Oroszlengyelországból való és hozzátartozói egy felségfolyamodvány segítségével hazabocsájtását kieszközölték.

Keppich József: Aneurysma varicosum arteriae brachialis körkörös varrattal megoperált esete és a nervus medianus neurolýsise.

D. S., 2. honvéd-gy.-ezredbeli hadapród 1916 február 2.-án sebesült meg a jobb felkar felső harmadán, a belső oldalon. A sebesülés helyén lüktető daganat fejlődött, mely jelenleg galambtojás nagyságú. Kezét a sérülés pillanatától mozgatni nem tudja, csupán a 4. és 5. ujját és a könyökben van némi mozgása. Az idegvizsgálat a nervus medianus bénulását mutatta.

Operatio május 5.-én chloroformaether-narcosisban. A felkar sulcus bicipitalis medialisában hosszmetasztést végez. A sebesült helytől proximalisan és distalisan az ideget feltárja. Az ideg lelapított és az aneurysma zsákjához odanőve fekszik. Az ideget éles metasztéssel felszabadítja a zsáktól. Az idegen végzett hosszmetasztéssel meggyőződik, hogy az ideg egy része még ép.

Az idegvarrattól eláll, egyrészt, mert a neurolýsis eredményét akarja bevértetni, másrészt, mert a tapasztalat azt mutatta, hogy a vérdús szövetekben az idegcsonatok mobilizálása és megvarrása nehéz lehet. A műtét második szakaszában szabaddá teszi az arteria brachialist a sebzett helyen, melyen galambtojás nagyságú aneurysma varicosum van. Az arteria 2 cm. hosszú darabjának kimetszésével a zsákot is eltávolítja; az arteria egyharmada még ép, a többi $\frac{2}{3}$ része az aneurysma zsákját alkotja.

Körkörös varrat Carrel szerint.

3 darab csomós öltés, matracszerűen varrva, azután tova futó varrattal egyesíti az ér-csonkokat.

Az érszorítók levétele után a varrás tart és pulzál az ér.

Bár az arteria-próba pozitív volt, a varrást mégis elvégezte. A seb bevarrása után a kart 90° szögben fixálta.

A seb reactionmentesen meggyógyult. A radialis lüktetése jól érezhető. Két nappal a műtét után összes ujjait jól mozgatta és ez fokozatosan még javult.

Torday Árpád: Veszületes pulmonalis-stenosis.

1. Sz. J., 31 éves, közkatona, bevonult 1915 februárjában. A harctéren nem, eddig kórházakban és üdülőhelyeken volt. Előadja, hogy gyenge, nehéz munkára képtelen, mert gyorsan kifárad, elfulad és marczangoló fájdalmakat érez a szív táj közelében. Otthon sem tudott nehéz munkát teljesíteni. A középtermű, gyengén táplált, astheniás testalkatú egyénen a csúcslok az V. bordaközben a bimbó közelében tapintható. A szívtompulat harántul megnagyobbodott és jobbfelé a jobb szegyszél felé ér. Azonfelül a sternum bal szélén, a 2. és 3. bordaközben a szívtompulattal egybefolyó almányi pulzáló tompulat mutatható ki. A szívcsúcs és pulmonalis felett a systolés hang zörejes és a pulmonalis II. hangja ékelt. Pulsus-differentia nincs. Röntgen-átvilágításnál a test arányaihoz viszonyítva kissé megnagyobbodott szíven az arteria pulmonalisnak megfelelőleg erősen lüktető, kis almányi dudorodás látható.

Piros vérsejtek száma 4,810.000, fehér vérsejteké 8900. Az astheniás testalkatú, gyenge idegrendszerű egyénnek dobverő szerű ujjai vannak.

2. G. F., 21 éves közlegény bevonult. 1915 május havában harctéri szolgálatot teljesített. Szív táji szűrésokről és nehéz légzésről panaszkodik.

A középtermű beteg szívtompulata harántul megnagyobbodott, különösen jobbfelé. A tüdők felett mérsékelt hurut. A szívcsúcs felett gyengébb, a pulmonalis felett erősebb systolés zöreje és gyenge systolés surranás tapintható, a pulmonalis második hangja gyengén ékelt. A máj kissé duzzadt. Ezen betegen is a szívtompulat felett baloldalt csíkszerű tompulat mutatható ki, a mely megfelelő világítás mellett kissé pulzál is. Radiologice itt a pulmonalis ívének megfelelő előboltosodás látható. Ezen esetben kétséges, vajjon pulmonalis-stenosis kell-e felvenni, avagy a kéthegyű billentyű elégtelensége áll-e fenn, a melynél a zöreje a pulmonalis tájára lokalizálódott. Piros vérsejtek száma 4,270.000, a fehér vérsejteké 8000.

Az esetekkel kapcsolatban foglalkozik a pulmonalis-stenosis klinikai tüneteivel. Fontos a jobbszívfél megnagyobbodása, a melyre a sternum mellett baloldalt egy kifelé domborodó csíkszerű tompulat fekszik rá. A pulmonalis táján a stenosis által feltételezett systolés zöreje hallható, a mely azonban bizonyos körülmények között eltűnhet, sőt jelenléte nem mindig a stenosis által feltételezett, hanem más okból is eredhet (ductus Botalli apertum). A pulmonalis II. hangjának ékeltsége onnan ered, hogy a pulmonalis kitágult anélkül, hogy a billentyűk relative elégtelenné váltak volna. Pulsus-differentia nem szokott lenni és ez nehezen is volna magyarázható. Cyanosisnak nem kell feltétlenül lennie. A diagnosist a Röntgen-vizsgálat is támogatja, a mely a kö-

zépső iv erős lüktető elődomborodását mutatja. Ezen árnyékok az esetleg megnagyobbodott bal pitvar, a szívfülcse és a pulmonalis együttesen adják ugyan, de nagyobb elődomborodás esetén a pulmonalis nagyobb arányú részesedését kell feltételezni. Ha az elődomborodás nem körnek, hanem parabolusnak felel meg, akkor a daganatot nemcsak a pulmonalis, hanem az aneurysmaszerűleg tágult ductus Botalli szolgáltatja. A veleszületett vitiumok $\frac{4}{5}$ -e stenosis pulmonalis, mert a többi veleszületetten szívbaajos 12 éven alul elhal.

A *Francois Franck*-féle tünet, a mely a pulmonalis lassúbodásából áll mély lélegzéskor és a mely ez esetben is kimutatható, kétségtelen bizonyító értékűnek nem fogadható el.

Az esetekben a tüdő-mellhártya részéről semmi olyan körülmény nem szerepel, a mely miatt a pulmonalis ívének másodlagosan tágulását értelmezni lehetne.

Hosszú ideig vita tárgya volt az a körülmény, vajjon a stenosis pulmonalisban szenvedők eshetnek-e tüdőgümőkórba. Azt találták, hogy a fiatalokban az ilyen betegek gyakran gümőkórban halnak el. Az idősebb korban természetesen a veleszületett vitiumoknak aránylag kisebb száma esik gümőkórba.

Groák Ernő: A jobb radius könyökizületi idősült ficammodása hátrafelé.

A 27 éves, magas növésű, igen jól fejlett, izmos népfelkelő munkás jobb karja feltűnően rövidebb, különösen az alsókar rovására, izomzata satnyább, kézfeje kisebb (a III. ujj teljesen hiányzik). A könyökizület nyújtott karnál kissé formátlan, derékszögben hajlott állásban a radius botszerűleg hátrafelé nyulik, a bőrt és lágyrészeket maga előtt tolva, úgy, hogy a vége teljesen körülfogható, legömbölyített. Röntgennel megállapítható, hogy a fejecs, továbbá úgy a radio-humeralis, mint a radio-ulnaris ízület hiányzik.

Az ízület jól nyújtható, a hajlítás nem teljes, kb. 70–80°-ra tehető, a pronatio és supinatio lehetséges, a kar izomereje, a kézfogás gyenge.

A ficamodás eredetéről csak annyit tud mondani, hogy 2 éves korában elesett s akkor sérült meg.

A ficamodás mechanizmusa elméletileg nem tisztázott. Az esetet ritkasága miatt demonstrálja.

Groák Ernő: Menière-féle tünetcsoport esete.

A 36 éves számvevő-örmmester szédülési rohamok miatt 1914 október végén küldetett vissza az északi harcterről.

Rohamszerűleg jelentkező baloldali heves fülzúgásról, nehéz hallásról, fejfájásról, erős szédülésről, hányásról panaszkodik. A rosszhallást csak a roham idején észleli, különben bal fülére is jól hall.

A mérsékeltén fejlett és táplált beteg belső szervei épek, idegrendszere, szemlelete (kisfokú myopiát leszámítva) normális, érzési eltérés ismételt vizsgálattal sem mutatható ki. Bal fülében *Schwarz Ede* főorvos lelete szerint otosclerosis állapítható meg.

A Wassermann-reactio negatív.

A felvételét követő éjjel 4 órakor szédüléssel ébred, 7 órától kezdve epés-sárgás, nyálkás gyomortartalmat hány. Reggel csukott szemekkel, halványan, hanyattfekve találjuk, félős, szenvedő arczkifejezéssel, szemét nem meri kinyitni, mert minden forog körülötte, heves fülzúgás baloldalt, bal fülén nehezen, tompán hall. Kifejezett nystagmus, egyenlő, jól reagáló pupillák. A szaruhártya érzékeny, a patella-reflexek alig élénkebbek, a járás, főleg fordulás bizonytalan, mérsékelt Romberg-tünet, az az érzése, hogy balfelé esik.

Hányás a délelőtti folyamán, fejfájás estére szűnik. Éjjel aludt, másnap reggelre még csekély fülzúgás, de a hallás megjavult, bal fülén accentuált suttogást csendes szobában 7 méterre hall (jobb fülével leghalkabb suttogást is megért).

Azóta 3–4 naponként többé-kevésbé kifejezett roham.

A leírt tünet a *Menière*-féle tünetcsoport azon formájának felel meg, melyet különböző chronikus fülbántalmak idéznek elő s melynek cardinalis tünetei: rossz hallás mellett többé-kevésbé rohamszerűen beálló vagy legalább erősödő fülzúgás, szédülés és hányás.

A bemutatott esetben feltűnő a hallás nagymértvű megjavulása a roham közötti időkben, úgy, hogy az otosclerosis szakorvosi megállapítása nélkül pseudo-*Menière*-tünetcsoportra gondolnánk, mint azt hysteriában, epilepsiában, mint roham előtti „aura“-t, sőt hemikraniában is („aequivalens-Möbius“) itt-ott észlelték.

Epilepsia ez esetben kizárható, hysteriás tünetek, épp-úgy hemikraniás szemtünetek hiányzanak, a hányás késői jelentkezése a roham akméjén szintén a vertigo auralis mellett szól, mindazonáltal igen tanulságos lesz az eset további lefolyását követni és a hallás változását megfigyelni.

A hallás rosszabbodása nélkül a vertigo ab aure laesa diagnózis nem tartható fenn.

A prognózis a fülbántalomtól függ, ez jelenleg még kezdeti stadiumban van, lefolyásának mikéntje előre nem látható. A fül teljes megsiketülése után a szédülés is el szokott mulni, de elmulhatik előbb is, dacára annak, hogy az otosclerosis tovább halad a maga útján.

A therapia nem sokat lendít. A *Charcot* által ajánlott chinin-therapia jó hatását a szédülésre olyképpen magyarázzák, hogy a teljes siketség beálltával javul a szédülés. Az otosclerosis használata mindenesetre kétélű fegyver, mi mellőzzük s inkább pilocarpinnal próbálunk szerencsét.

PÁLYÁZATOK.

A m. kir. mezőhegyesi állami ménésintézetnél a külső gazdasági majorokban ellátandó orvosi szolgálatra azonnalra egy kiegészítő orvos lesz alkalmazva, mely állásra a lenti parancsnokság pályázatot hirdet.

Ezen orvos javadalmazása 20 (husz) korona napidíj és egy bútorozott szobából álló lakás.

A folyamodványok megfelelő okmányokkal felszerelve azonnal az alatt feltüntetett parancsnoksághoz nyújtandók be.

Gyakorlattal bíró orvosszigorlók is pályázhatnak.

Magyar királyi állami ménés katonai parancsnokság Mezőhegyesen.

146/1916. eln. sz.

Az igazgatásom alatt álló pozsonyi állami kórházban üresedésben levő, évi 1600 K fizetéssel, természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és I. osztályú ételmezéssel javadalmazott másodorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom ennél fogva az érdekelt orvostudor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy 1 K-s bélyeggel ellátott s szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényeiket hozzám 1916. évi november hó 6-án délelőtti 11 óráig annyiával is inkább nyújtsák be, mert a később érkezett vagy kéllően fel nem szerelt pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

Pozsony. 1916 október 12.

Dobrovits Mátyás dr., kir. tan., főorvos, igazgató.

Vizsgázott

Röntgen-kezelő

nagy gyakorlattal, állását változtatni óhajtja. Esetleg vidékre is elmenne. Ajánlatokat „RÖNTGEN” jelige alatt a kiadóhivatal továbbít.

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

Pontosan mérsékelt áron szállít kittingő minőségű

himlőnyirkot

Telefon: 20–19.

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

Sürgőnyczim: PÁPAY oltó-intézet.

Arteriosklerosis.**Lues stad. III.****Asthma bronchiale stb.****Jodlecithin***Rp.* **Pillul. Jodlecithini Richter**

à 0.10 g

lag. orig.

DS. Utasítás szerint napjában 1—2 pillula telt gyomorra.

Rp. **Tablettae Jodlecithini Richter**

à 0.25 g

lag. orig.

DS. 3-szor napjában 1—2 tablettát telt gyomorra.

Idegtonikum.**Neurasthenia.****Álmatlanság.****Primär és secundär anémia stb.****Bromlecithin***Rp.* **Tabl. Bromlecithini Richter**

à 0.05 g

lag. orig.

DS. Utasítás szerint 2—3-szor napjában 2—3 tablettát.

Rp. **Tabl. Bromlecithini Richter**

à 0.30 g

lag. orig.

DS. Utasítás szerint 2—3-szor napjában 1—2 tablettát.

RICHTER GEDEON vegyészeti gyára, Budapest, X.**Katarrhusok ellen!****Gleichenbergi
Emma- és Konstantin
forrás**I. Ferencz József
által rendszeresen használva.
alulírott igazgatóság által:Ó cs. és kir. Felség
Mindenütt kapható, vagy az
Brunnendirektion Gleichenberg.**„Bayer“ CONTRATUSSIN „Bayer“**

Ajánlja az igen tisztelt orvos urak figyelmébe a

Bayer-gyógyszertár

Budapest, VI., Andrásy-út 84.

— Főhercegi udvari szállító. —

Kivánatra próbaküldeményt kísérletezésre díjmentesen.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.**Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.****Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.****Kola Granulée Dr. Egger.****Theobromina Dr. Egger.****Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.****Tablion** Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.**EGGER EMULSIÓ**
KITÜNÖ CSUKAMAJOLAJ KÉSZÍTMÉNY**Sanatorium Davos-Dorf**

Gyógyintézet a tuberculosís valamennyi alakja számára.

Vezető orvos: Dr. L. v. Muralt.

1916 október 1-től: Dr. J. Biland.

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

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Báron Sándor: Sebesült és beteg katonáink korai functionális kezeléséről. 589. lap.

Kammer Manó: Közlemény a Vöröskereszt-hadikórházból. Sajátságos nyakmirigy-megbetegedések. 594. lap.

Tárca. Deutsch Ernő: Hadsegélyző kiállítás Kölnben. 594. lap.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Edens: Die Digitalisbehandlung. — Lapszemle. Belorvostan. Salomon: Diabetes mellitus. — Rosenfeld: „Diabetes innocus”. —

Sebészet. Schütze: Epekövek. — Falk: Hashártya-tuberculosis. — Gyermekegésztan. Pötter: Diphtheria elleni óvintézkedések. — Bőrkórtan. Skuletzy: Arsenohyrgol. — Venerés betegségek. Hahn: A nemibajosok számára felállított tanácsadó-állomások czélja és berendezése. — Kiseb közlések az orvosgyakorlatra. Blum: Paraffin. — Wernecke: Nirvanol. — Winckel: Anyarozkésztmény. 595—597. lap.

Magyar orvosi irodalom. 597. lap.

Vegyes hírek. 597. lap.

Tudományos Társulatok. 598—599. lap.

Nőgyógyászati melléklet: Scipiaides Elemér és Mansfeld Ottó.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Sebesült és beteg katonáink korai functionális kezeléséről.

Irta: Báron Sándor dr., cs. és kir. főorvos.

E sorok megírására ama tapasztalatok ösztönöztek, melyeket a hadsereg-keretbe tartozó s így a fronttal szorosan kapcsolatos csáktornyai cs. és kir. tartalékkórházban 8 hónap alatt szereztem. E tapasztalatok ugyanis azt a meggyőződést érlelték meg bennem, hogy a functionális, azaz orthopaed és physicalis kezelést nemcsak a rokkantügyi intézetekben és a „Hinterland” nagyobb kórházakban kell művelnünk, hanem értékesítenünk kell minden egyes kórházban, hol katonát kezelnek és nem utolsó sorban a hadtápterület kórházai-ban is.

Ne végezzünk tehát „utókezelést”, hanem tökéletes sebészi és belgyógyászati kezelést, melynek keretébe a functionális kezelés számos esetben már kezdettől fogva tartozik. Így meggyógyítjuk a könnyebb eseteket, a mi a szolgálat-képesség szempontjából esik latba, a súlyosabb esetekben pedig nem hagyjuk veszendőbe menni a functionális kezelés szempontjából oly értékes első hónapokat, szóval a rokkantságot lehetőség szerint megelőzzük, megkönnyítve a speciális utókezelő-intézetek dolgát.

A korai functionális kezelés keretébe tartoznak a traumás bántalmak javarészt, az orthopaedia körébe vágó megbetegedések, az ízület- és izomcsúsz, ischias stb. A „nil nocere” sarkalatos alapelvét szemmeltartva, óvakodva túlzásoktól, a fennálló kórbonczatani elváltozás gondos mérlegelésével kell megállapítanunk a functionális kezelés módját, tartamát és eszközeit, szoros kapcsolatban az esetleg még szükséges sebészi ill. belgyógyászati kezeléssel. Ha a functionális kezelés eszközeinek terjedelmes skálájából, mely a helyes állásban ill. tartásban való rögzítésen és kevés passiv mozgáson kezdődik, és órákon, sőt néha az egész napon át tartó erélyes mechanikai behatásokon végződik, gondosan kiválasztjuk a megfelelőt, akkor nem fogunk ártani még súlyosan fertőzött esetekben sem, hanem sok működésképes egyént tartunk meg a társadalom számára, megkímélve a beteget egy mindig nehéz, sokszor eredménytelen megkésített functionális kezelés fájdalmaitól, az államot pedig annak költségeitől.

A functionális kezelést megfelelő eredménnyel csak akkor fogjuk alkalmazhatni, ha eszközeit helyes minőségben és kellő ideig alkalmazzuk. Utóbbi tényezőre, t. i. a kezelés tartamára a legnagyobb súlyt kell helyezni, mert egyes esetekben ugyan — ez különösen a korai kezelésre áll — néhány percig tartó kezeléssel czélt érünk, de az esetek javarészeiben hosszas, tartós mechanikai behatásokat kell igénybe vennünk. Osztályomon ezért a megfelelő betegeket kétszer napjában legalább egy óráig kezeltetem és sokat használok fél-, illetőleg egész napon át alkalmazott rögzítő, redresszáló kötések ill. készülékeket. Örömmel olvastam a nagy tapasztalatokkal rendelkező Fischer Ernő dr. megegyező nézeteit.

Viszont azonban, ha minden tekintetben egész munkát akarunk végezni, ismernünk kell a functionális kezelés határait is; ismernünk kell ama elváltozásokat, a hol csak a megfelelő időben végzett műtét hozhat sikert, vagy pedig — és itt sokszor a sociális szempont a döntő — meg kell elégednünk néha bizony szerény eredménnyel.

Ez utóbbi körülmény természetesen mit sem von le a functionális kezelés nagy jelentőségéből, melynek éppen a háborús sérülések következtében a legszélesebb elterjedést kell biztosítanunk. A kezelésre szoruló esetek nagy változatosága egyrészt, másrészt pedig az orvosok és kezelők számához mérten aránytalanul nagy beteganyag számos különböző készüléket és gépet tesz szükségessé, melyeket javarészt drága pénzért külföldről szerzünk be. Örömmel kell tehát üdvözlőnünk ama törekvést, hogy a hazai ipar révén olcsón, de azért megfelelően állítsuk elő a functionális kezelés eszközeit. Hogy találékonyságban e téren nálunk hiány nincs, azt bizonyítják Kopits Jenő, Weisz Ede és Fischer Ernő kitűnő készülékei.

De nem szabad megelégednünk azzal, hogy ilyen készülékek vannak és hogy helyenként használják is őket, hanem arra kell törekednünk, hogy valamennyi katonai egészségügyi intézet, így a káderüdülőhelyek is, megfelelő minőségű és mennyiségű készülékkel felszereltesse. Szerény véleményem szerint ezt a mai viszonyok között csak úgy lehetne célirányosan elérnünk, ha katonai egészségügyi intézményeink keretében a rokkantügyi hivatal intézeteinek igénybevételével megfelelő számú orvostechnikai műhely állíttatnék fel, melyek saját üzemből katonai munkával olcsón és gyorsan láthatnák el a kórházakat és káderüdülőhelyeket megfelelő orthopaed és physiotherapiás készülékekkel, a csapatokat

pedig czélszerű sérvkötőkkel, lúdtalpbetétekkel, stb. Ilyen irányú előterjesztést saját katonai egészségügyi vezetőségemnek benyújtottam.

* * *

A csáktornyai cs. és kir. tartalékkórházban a functionális kezelés eszközeit kevés kivétellel a kórházban állítottuk elő. A következőkben ismertetni fogok általam kigondolt készülékeket, melyek szerkesztését *Perlusz Dezső* honv. zászlós végezte; e készülékeket hónapok óta jó eredménnyel használom, aránylag olcsók és a tömegkezelés elvét szolgálják.

A hyperaemizáló kezelésre szolgáló gőzkészüléket tünteti fel a következő ábra.*



1. ábra. Gőzkészülék.

A készülék két részből áll, a gőzfejlesztőből és a kezelőszekrényből. A gőzfejlesztő fával, szénnel vagy esetleg gázzal fűthető kályha, melynek belsejében aránylag igen nagy felülettel bíró, fűtőcső izzó csőrendszer foglal helyet, melybe egy szabályozható, csappal bíró tartályból víz csöpög és azután benne elgőzöl. A gőzt cső vezet a szellőzővel és hőmérővel ellátott kezelőszekrénybe, melynek szerkezete az ábrából kitűnik. A kezelőnyílások tömítését flanell-zsákok eszközlik. A készülékkel egyszerre 28 egyén 10 alsó- és 18 felső végtagját kezelhetjük. A kellő gőzmennyiség gyorsan, 10–15 perc alatt rendelkezésünkre áll. A gyakorlatban bevált hőmérsék 55–60 fok Celsius. A készülék szabatosan és tisztán működik, kevés csapadék képződik. E készülék czélszerű, mert segélyével nagy beteganyagot is végezhetjük megfelelő időbeosztással naponként a hyperaemizáló kezelést, még pedig leghelyesebben közvetlenül a mechanikai kezelés előtt. E mellett a készülék olcsó, alig drágább mint egy-egy egyén egy izületének kezelésére alkalmas villamos hőlég-készülék. Mint hyperaemizáló kezelés pedig a gőzkészülék véleményem szerint előnyösebb mint a hőlégkezelés, mert a nedves meleg felszívató és fájdalomcsillapító hatása nagyobb mint a száraz melegé; igaz ugyan, hogy a gőzkészüléket csak 55–60 fokra hevíthetjük, a hőlégkészülékekben pedig 100–120 fokot érhetünk el, de ez a körülmény lényegtelen, mert a kezelt testrészszel közölt hőmennyiség mindkét esetben egyenlő. Végül pedig a gőzkészülék üzeme jelentékenyen olcsóbb.

A functionális kezelés eszközei közül kétségtelenül a legdrágábbak és a legnehezebben beszerezhetők a *Zander*-, *Krukenberg*- és egyéb hasonló jellegű készülékek. A következőkben egy *kerék-inga készüléksorozat*ot ismertetek, mely egyetemleges használhatósága mellett olcsó és szerkezeténél fogva a háborús sérülések kezelésére kiválóan alkalmas. E készülékeket activ, passiv (manuálisan, rúgóval vagy súlylyal) és lendítő mozgások kivételére egyaránt használhatjuk. A készülékek váza megfelelő méretű fakerék, melynek tengelye falba van erősítve. A kerék mozgását, terhelését, lendítőerejének nagyságát, kilengésének irányát a kerék számozott

peripheriáján eltolható és rögzíthető inga szabályozza. Egyes készülékeken a finomabb szabályozást és a készülék kitarozását horizontális inga illetőleg ellensúly végzi. *Hangsúlyozom e helyen, hogy készülékeimen az inga csak szabályozó, fékező szerkezete a kerék által nyújtott lendítőerőnek.* Erről könnyen meggyőződhetünk, ha az ingát leszedve, pusztán a kereket működtetjük. A kerék-inga-combinatio előnye éppen az, hogy hatalmas, meg finom egyenletes lendítő hatást is nyújt. A mozgató testrészt rögzítését a kerékhez támaszfelület, heveder, ill. pólya eszközli. A szomszéd testrészt rögzítése a falra, a kerék tengelyére, vagy a padlóra erősített szabályozható padka, illetőleg szék révén történik. Valamennyi készüléken az izület tengelye egybeesik a kerék tengelyével. A készülékekkel a jobb és bal oldalt egyformán kezelhetjük. A készülékek aránylag kevés helyet foglalnak el, solidak és tartósak, kezelésük pedig egyszerű.

Egyes készülékekkel két, illetőleg több szomszédos izületet kezelhetünk egyidejűleg; t. i. egy vagy több izületet megfelelő corrigált állásban rögzítünk és e mellett lendítő mozgásokat végeztetünk a szomszéd izülettel. Ezzel két vagy több izületen keresztülhaladó izmok kiadós nyújtását érhetjük el.

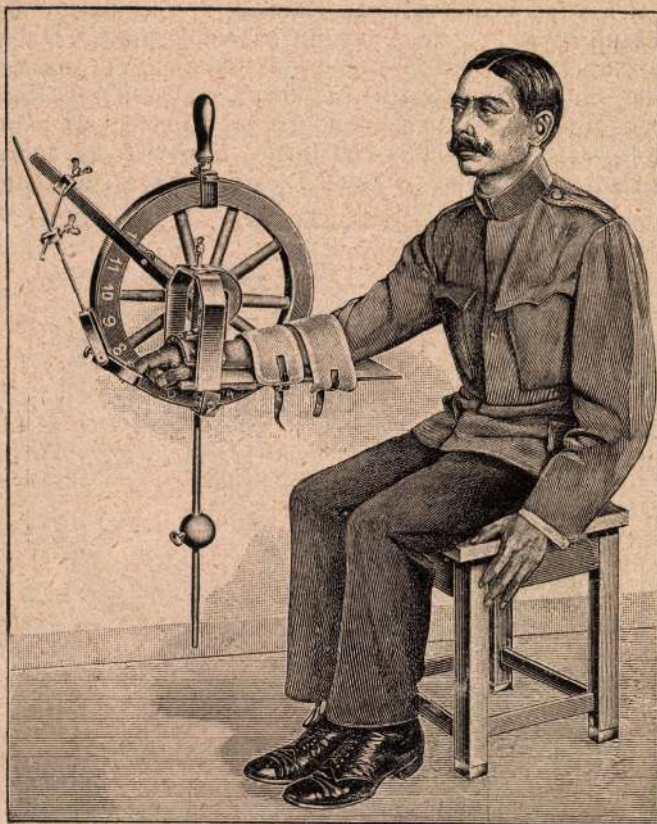
Activ terhelte, azaz ellenállásos mozgásnál azáltal, hogy az inga a kerék peremén eltolható és rögzíthető, elérhetjük, hogy a gyakorló izomzat legnagyobb terhelése (horizontális ingaállás) az izület ama állásában történik, melyben munkaképessége a legnagyobb. A mozgás terhelését ezenkívül a kisebb-nagyobb ingasúly eltolásával szabályozhatjuk. Az activ mozgás menete — a mi egyéb szempontból is czélszerű — lassú legyen; így kiküszöbölhetjük az ennél az alkalmazásnál czélszerűtlen esetleges lendítő hatást.

A passiv mozgást e készülékeken, mint fentebb említettem, a kezelő ereje, súly és rúgó végezheti; természetesen czélszerűen felhasználhatjuk eme erők combinációját is. A kezelő erejének támadáspontjául két a kerék peremén eltolható fogantyú szolgál. E berendezésnél a készülék végzi a centralis és peripheriás tag rögzítését, a kezelő pedig hosszú erőkaron dolgozva, enyhén, érzéssel működhet. Ha súlylyal akarunk dolgozni, akkor a kerékhez rögzített peripheriás tagot lehetőség szerint redresszált állásba hozzuk s a szabályozható ingasúlyt a megfelelő oldalon horizontális helyzetben erősítjük meg, azaz kétkaru szögemelyűt használunk. A rúgó alkalmazásakor végül a rúgót egyrészt egy a keréken kívül álló fix ponthoz, másrészt pedig a kerék peremén eltolható fogantyúhoz vagy ingarúdhoz erősítjük; egyrészt ezáltal, másrészt pedig a rúgónak hevederrel történő kifeszítése révén a szükséges irányú és erejű hatást megkaphatjuk.

Lendítő mozgásoknál azáltal, hogy az ingát a kerékhez rögzített mozgó testrészhez képest bármilyen szögbe állíthatjuk, a készülék lendítő hatásának irányát és kitérésének nagyságát beállíthatjuk. A gyakorlat szempontjából tapasztalataim alapján a következő egyszerű eljárást ajánlhatom egy példa kapcsán. Tegyük fel, hogy egy könyökizületet, mely csak 150°-ig nyulik, akarunk nyújtani; ez esetben a padkához illetőleg a kerékhez rögzített felkart illetőleg alkart kb. 120–130°-u (azaz 20–30 fokkal kisebb) szögletbe állítjuk, az ingát pedig függőleges helyzetbe hozzuk. E beállításnál a készülék enyhén, de 150°-on túl fog nyújtani. Ha az így eszközölt beállítás túlerősnek vagy túlgöngyölnek bizonyul, a horizontális inga concentrikus ill. excentrikus eltolásával csökkenthetjük ill. növelhetjük a kilendülés nagyságát, vagy pedig az ingát megfelelőbb helyzetbe hozzuk. Ha az ingasúlyt feltoljuk a kerék pereméhez, akkor a mozgás fentartásához a beteg részéről csak kevés activ közreműködésre van szükség; ha viszont a súlyt lejjebb eresztjük, akkor több activ erőt kell kifejtienie. A lendítő mozgások végzésekor gondosan kell ügyelnünk, hogy a beteg a készüléket, a készülék a beteget megfelelő ütemben, egyenletesen mozgassa, más szóval, hogy a beteg a készülék hatásának engedjen. Ezért czélszerűtlen gyors eredményre törekedve mindjárt erős beállítást alkalmazni, hanem lassan, fokozatosan és kitartóan kell eljárunk. *Legjobban eljárást lehet a készülékek minden csínját-bínját, ha a különböző használati módokat és beállításokat magunkon kipróbáljuk.*

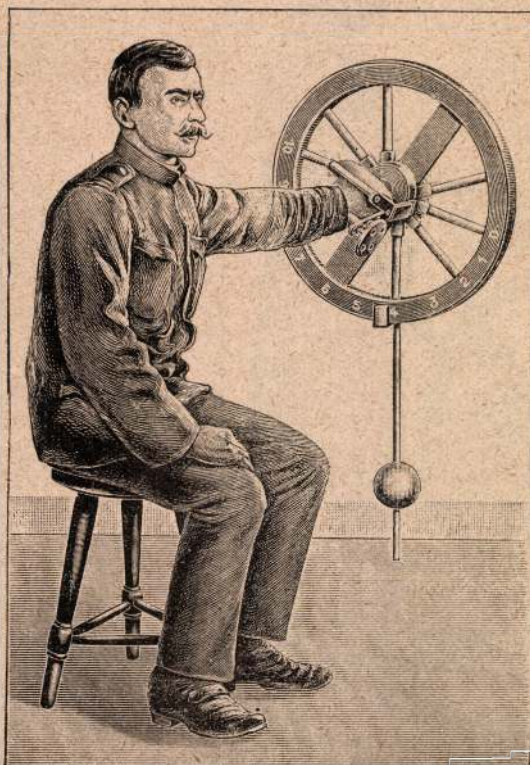
* A m. kir. 30. honvéd pótzászlóalj lábadozójának (orvos-főnök: *Deutsch Ernő* dr.) gőzkészüléke.

Az elmondottak után az egyes készülékek részletes leírásába nem bocsájtkozom, csupán a használatukra teszek ábráik kapcsán egy pár megjegyzést.



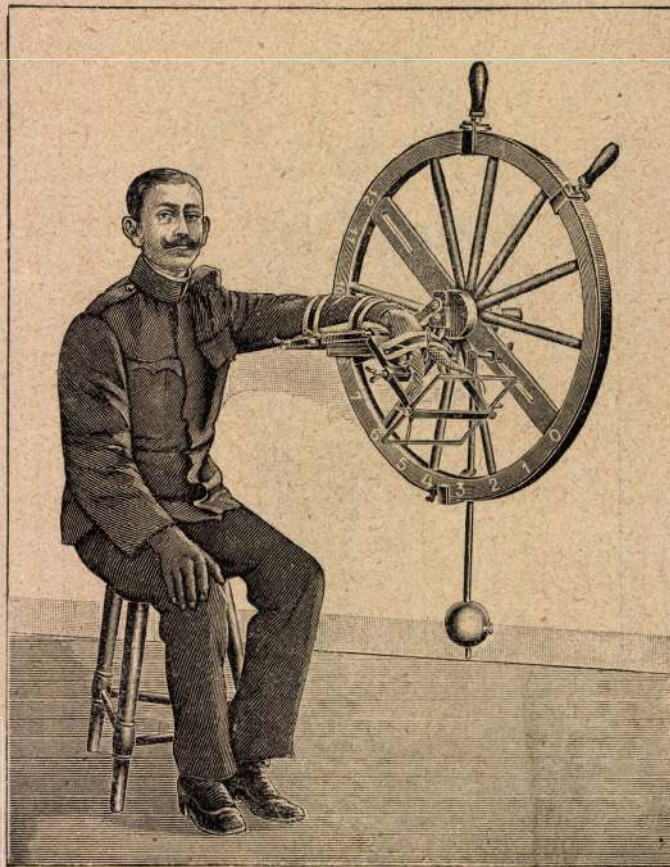
2. ábra. Ujj-kerék.

E készülékkel egyes ujjizületeket kezelhetünk, de megkaphatjuk egy egész ujj csigavonalas markoló mozgását is. Az első esetben a metacarpus ill. proximalis phalanx kerül a padka szélére, az ujjszorító pedig a distalis phalanxra. A második esetben a metacarpus fejecsk kerül a padka szélére, az ujjszorító pedig a végpercze. A kilengés irányát és nagyságát az inga állításán kívül az ujjszorítót tartó rúd előre-, illetőleg hátrátolásával szabályozhatjuk.

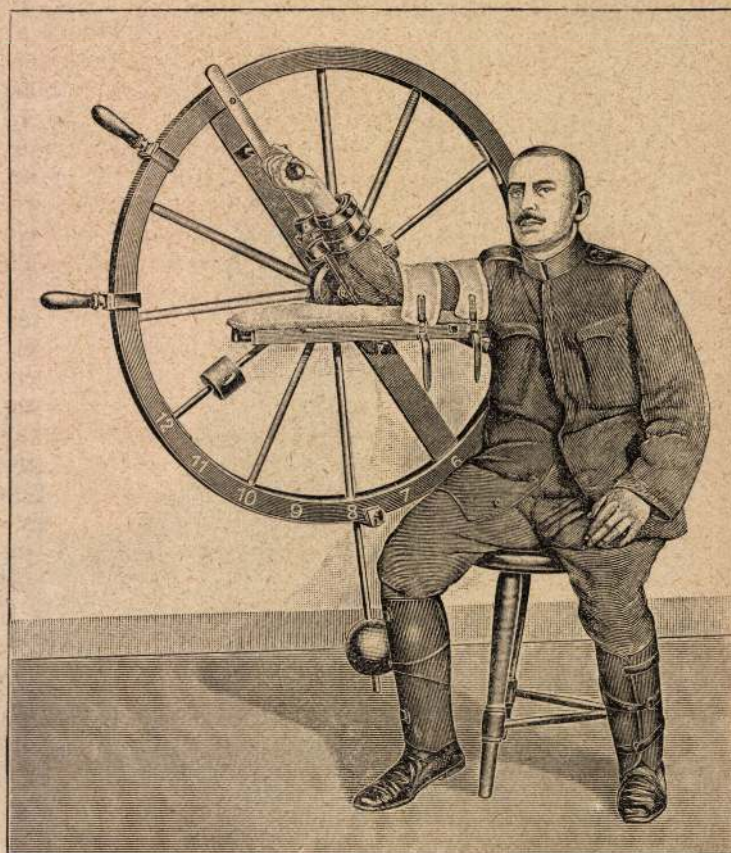


3. ábra. Alkarforgató kerék.

E készülék kettős czélt szolgál: egyrészt az alkar pronatiójának és supinatiójának activ ill. lendítő gyakorlatoztatását, másrészt pedig az ujjak markoló mozgásának kikénszerítését. Az előbbi esetben, hogy a felkar vikariáló forgatását elkerüljük, a felkart hevederrel a törzshöz rögzítjük a könyökizület derékszögű tartásában. Tekintve, hogy a pronatio ill. supinatio terjedelme közel 180°, a készüléken ingát nem alkal-

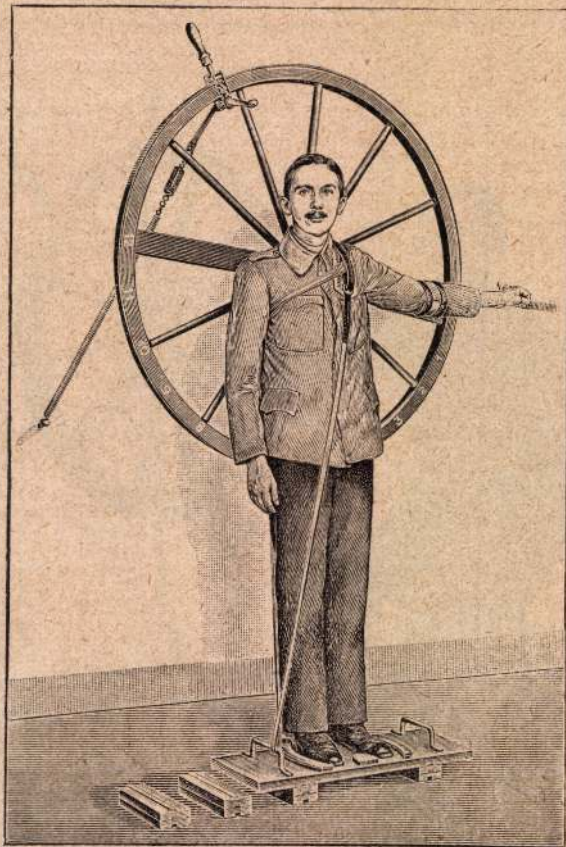


4. ábra. Kéz-kerék.



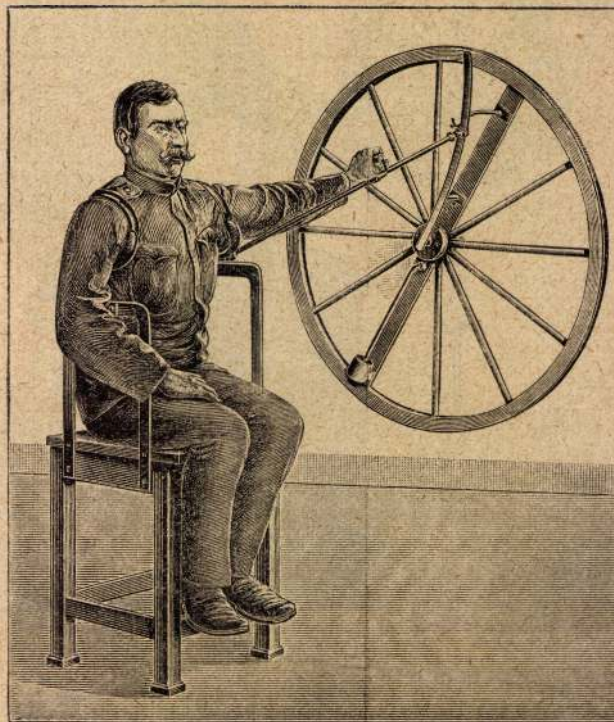
5. ábra. Könyök-kerék.

maztam. Az ujjak markoló állását hengeres cserélhető fogantyúra való felgöngyölítésükkel érjük el, amit fogaskerékkel feszíthető heveder eszközöl megfelelő irányban. A készülékhez 3 különböző vastagságú fogantyú tartozik. Súlyos esetben, illetőleg a kezelés elején a legvastagabbat, enyhe esetben, illetőleg a kezelés végén, a legvékonyabbat használjuk.

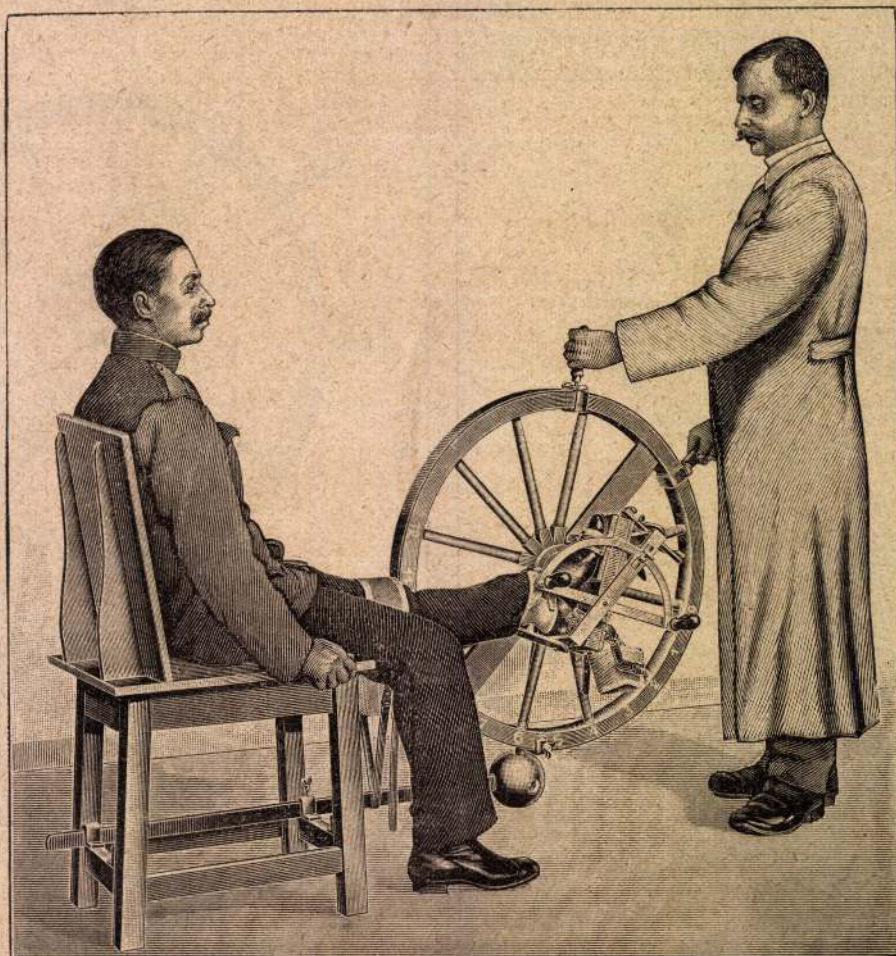


6. ábra. Váll-kerek.

E készülékkel a kéztőizület hajlításával és nyújtásával kapcsolatban hajlíthatjuk és nyújthatjuk az egyes ujjak ízületeit esetleg különböző irányban is. E berendezés célja, az ujj-izületek redresszálását nem tekintve, a sokizületű könyök, kéz és ujj hajlító, illetőleg nyújtó izmainak kiadós nyújtása. Pl. a zsugorodott flexor digitorum sublimist és profundust a kéztő lendítő nyújtásával (inganyújtásra állítva) csak az esetben nyújthatjuk hatásosan, ha egyidejűleg az ujjakat nyújtott állásban rögzítjük. Az ujjak rögzítését egy minden helyzetben megerősíthető kereten eszközöljük ú. n. Bauern-



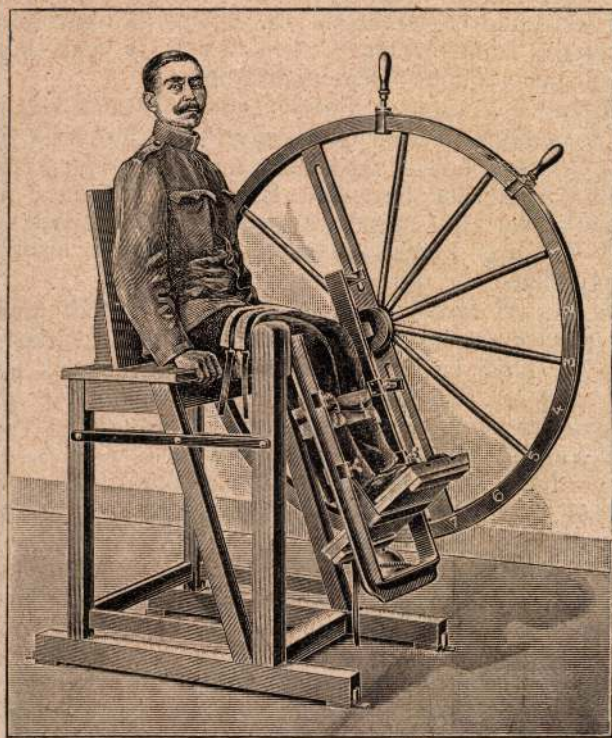
7. ábra. Vállforgató-kerek.



8. ábra. Láb-kerek.

fáangerek segélyével. Ha csak a kéztőizületet akarjuk gyakoroltatni, akkor az ujjak rögzítése elesik. A készüléken azonkívül a kéztőizület mozgására vonatkozólag egyszerű átkapcsolás révén elérhetjük, hogy vagy az alkar rögzített és a kéz mozog a kerékkel, vagy ellenkezőleg a kéz rögzített és az alkar mozog a kerékkel. Ez utóbbi beállítás előnye, hogy a beteg a felső végtag izmainak és súlyának felhasználásával active erősen közreműködhet és így a beállítás különösen az ujjak redreszálásával kapcsolatban alkalmas.

E készülék, mely a könyökizület hajlítását és nyújtását végzi, tünteti fel a legkifejezettebben a kerék-ingarendszer sajátosságait.



9. ábra. Térd-kerék.

Használhatjuk a felkar közelítésére, illetőleg távolítására és előre- ill. hátraemelésére. Az előbbi esetben a test frontális, az utóbbi esetben pedig sagittális síkja párhuzamos a kerék síkjával. A vállöv rögzítését pelotta, ill. heveder eszközli, mely a talppadkának a mozgatott felkarral ellenkező oldalán nyer megerősítést. E talppadka megszabva az alapállást, hozzájárul a beteg rögzítéséhez, magasságát alátolt léccel szabályozhatjuk és így különböző magasságú egyének vállizületét hozzátjuk a kerék tengelyébe.

A felkar lendítő kupmozgását eszközli; a mozgás terjedelmét beállíthatjuk. E készüléken, mivel teljes körmozgást végez, ingát nem alkalmaztam.

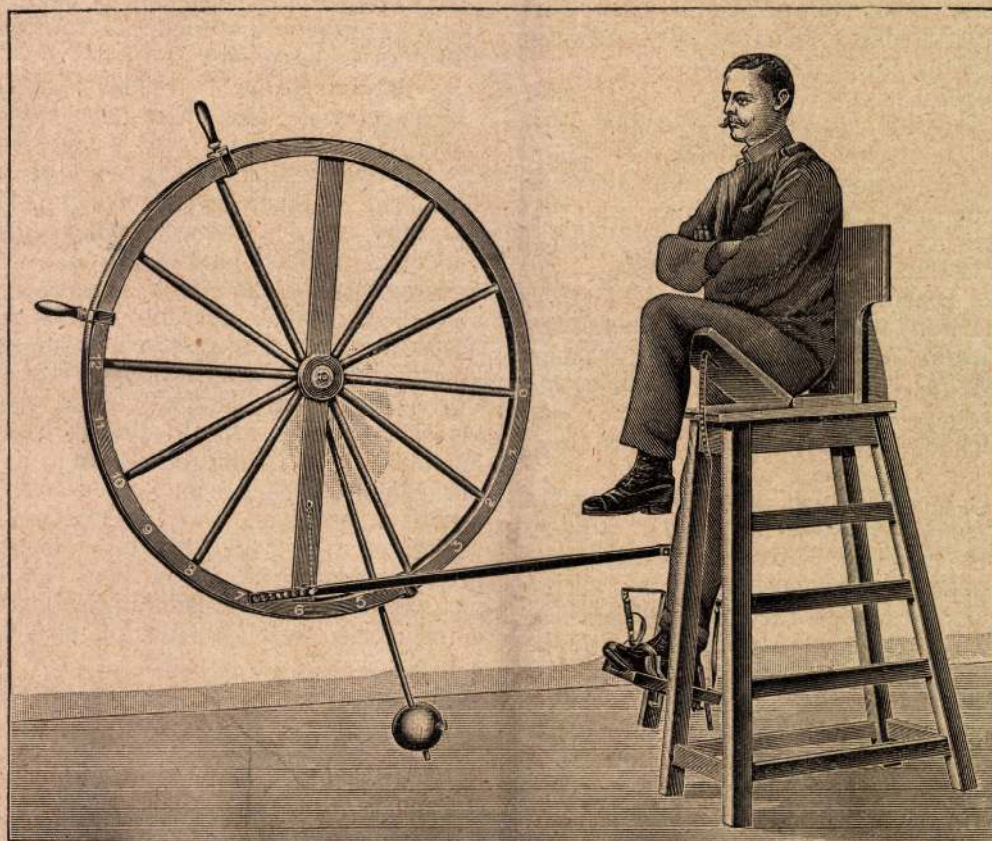
Végzi a láb hajlítását és nyújtását, közelítését és távolítását és a csípő forgatását. Az első esetben a beteg párhuzamosan, a második esetben pedig szemben ül a kerékkel. A lábrögzítő rész egyetemleges állíthatósága révén kombinált mozgásokat is kaphatunk, így pl. a csípő forgását a láb hajlított állásában, a láb hajlítását és nyújtását supinált tartásban, stb. A térdet nyújtott helyzetben heveder rögzíti a szék állítható lapjához.

E készülék a térd hajlítását és nyújtását eszközli esetlegesen kombinálva a láb passiv nyújtásával, melyet a lábtartó rögzítésével ill. rugóval végzünk. A készülék mindkét végtag egyszerre való mozgására szolgál és így az egészséges végtag a beteget a mozgás kivételében támogathatja.

Végzi a csípő hajlítását ill. feszítését és távolítását, ill. közelítését, esetleg kapcsolatosan a láb passiv nyújtásával. Az előbbi esetben a beteg széken ül az egészséges csomb hajlított tartásában, miáltal a medence rögzítése tökéletes. A második esetben a medence a falba szerelt nyeregüléssel nyugszik, az egészséges végtag pedig székre támaszkodik.

E szabadalmazott készülékeket díjmentesen felajánlottam a hadseregnek és a m. k. rokkantügyi hivatalnak, melynek révész-utcai utókezelő kórházában hónapok óta használatban vannak; működésükkel Horváth Mihály magántanár úr, ki maga is a korai functionális kezelés lelkes hirdetője, meg van elégedve.*

* A készülékeket Lopos Gyula tornaszergyáros készíti. (Budapest, III. ker., Lajos-utca 60; a gőzkészülék ára 600 korona, a 9 darab kerék-inga készüléké összesen 850 korona.)



10. ábra. Csípő-kerék.

Közlemény a pöstyéni Vöröskereszt-hadikórházból.

Sajátságos nyakmirigy-megbetegedések.

Irta: Kammer Manó dr., műtő, tart. honvéd-ezredorvos.

A pöstyéni fürdőben talán sohasem fordult meg oly sokféle megbetegedés, mint a jelen viszonyok között és így éppen nem feltűnő, ha lymphomás katonákat is kaptunk kezelés végett. Sajátságos azonban, hogy félévi itt működésem első három hónapjában egyáltalában nem akadtam nyakmirigylobos katonára, az első esetet csak augusztus közepén kaptam. Ekkor és még ezután is tapasztalat hiányában különösnek tartottam azt, hogy ezt a beteget Pöstyénbe küldötték. Az itt működő kartársaktól (tapasztalt fürdőorvosok) is azt a felvilágosítást kaptam, hogy nincsenek nekik lymphomás beteg katonáik — csupán Alexander Leó dr. látta két lymphomás katonán a mirigyek majdnem teljes visszafejlődését —, a magángyakorlatban pedig abban a néhány esetben, a melyet kezeltek, semmiféle jó hatást sem észleltek, sőt rosszabbodást. Annál inkább felkeltette figyelmemet már a legelső eset, a melyben a fürdőkúra alatt a mirigyek kisebbedését észleltem. Ezen esettel kapcsolatosan még két lymphomás beteg katonára érkezett az osztályomra, a kik jelenleg is kezelés alatt vannak.

Eddig csak ez a három eset áll rendelkezésemre és egyáltalában nem léptem volna velük a nyilvánosság elé, ha Bodon dr.-nak nem jelent volna meg e folyóirat ez évi október 8-i számában „A hadi mirigylob” című cikke.

Meg akarom jegyezni, hogy a pöstyéni Vöröskereszt-hadikórházba legnagyobb részben más kórházakból vagy lábbadozó osztagokból kapjuk a betegeket, de lymphomás betegeket nem igen szoktak küldeni. Ha küldenek, akkor is rheumás megbetegedése miatt, vagy pedig azért, mert már nem tudnak vele mit csinálni és kísérletképpen még Pöstyénbe is elküldik. Így magyarázható az, hogy oly nagy forgalmú kórházban (átlag 3000 beteg), amilyen a pöstyéni fürdőigazgatóság által fenntartott hadikórház, oly kevés nyakmirigylobos eset fordult elő.

Az esetekhez semmiféle bővebb magyarázatot nem akarok ezidőszerint fűzni, mert megfigyeléseim még nem befejezettek és az esetek száma is sokkal kisebb, semhogy messzemenő következtetéseket lehetne vonni. Így az eseteket csak röviden ismertetem és egyelőre kiemelem azt a tényt, hogy a nyakmirigy-megbetegedések bizonyos faja a pöstyéni fürdőtherapiára meggyógyult, illetve javult.

Az esetek a következők:

J. B., 18 éves legionárius egy sappeur-osztagnál, 1916 július 13-án került a kamienski lábbadozóba, a honnét további kezelés végett „rheumatismus articulatorum” kórjelzéssel Pöstyén-fürdőbe küldötték. A pöstyéni kórházba 1916 augusztus 11-én vették fel és a rheumatismus mellett „lymphomata colli”-t találtunk. A nyak jobb felén, a m. sterno-cleido-mastoideus közepe táján és annak elülső szélén kis almányi, élesen elhatárolt, tömött tapintatú, fájdalommentes nagyobbodás volt tapintható. A nyak balfelén pedig elszórtan több hasonló, nagymogyorónyi nagyobbodást állapítottam meg. Keletkezésükre vonatkozólag a beteg előadta, hogy a baja lassan, észrevétlenül fejlődött a harctéren, azelőtt beteg sohasem volt.

Ezen első esetet lymphomái miatt, mint olyant, a melyben a fürdőkúra nem javált, más kórházba akartam küldeni, illetve műtétre kijelölni, azonban épp azon czélból, hogy meggyőződjem, vajjon miképpen fognak viselkedni mirigydaganatai a fürdőtherapiával szemben, rheumáját gyógyítandó, a belső kezelést teljesen mellőztem és kizárólag fürdőket használtam vele. Augusztus 25-én a beteg subjective jobban érzi magát és azt mondja, hogy a daganatai mintha kisebbednének. Objective vizsgálattal valóban a mirigydaganatok megkisebbedése volt megállapítható. Szeptember 25-én a baloldalon lévő nyakmirigy-nagyobbodások eltűntek, a jobb oldalon lévők pedig kis diónyira kisebbedtek meg. 1916 október 15-én a beteg a jobb nyakfélen kis mogyorónyi mirigygyel a lábbadozó osztaghoz küldetett vissza.

É. L., 27 éves, 49. gy.-e. közlegény, 1915 január 11-én jött vissza a harctérről. Különböző kórházakban volt, majd ezredének pótkeretéhez vonult be, a honnan 1915 június 17-én a Skoda-művekhez vezényelték. Itt dolgozott 1916 június haváig, de már április havában kezdett a nyaka bal felén daganat fejlődni, a melyről azt hiszi, hogy meghűléstől kapta. 1916 június 28-án a wien-grinzingi hadikórházba került. Kórlapja szerint napfürdővel és jodtinktúrával kezelték, majd pedig augusztus 29-én baloldali nyakmirigydaganat kórjelzéssel hozzánk küldték. Azelőtt beteg sohasem volt. A nyak balfelén, a m. sterno-cleido-mastoideus mögött, részben fölötté, jókora almányi és nagy diónyi, egymással összekapaszkodó, tömött tapintatú, nyomásra fájdalmas nagyobbodás észlelhető. A nagyobbodás a fejbiczzentő izom mentén húzódik lefelé. A nyak bal felén mirigymegnagyobbodás nem tapintható.

Tekintve a kiterjedt mirigymegnagyobbodásokat, gümőkóros eredetűnek tartván őket, egyelőre a fürdőzést mellőztem és belsőleg jódkáliát szedtettem. Azonban szeptember 6-án már fürdőket kezdett használni. Szeptember 20-án a mirigydaganatok nem fájdalmasak és „a fürdők jót tesznek.” Október 20-án még kezelés alatt áll; a mirigyek kisebbedése megállapítható.

S. M., 37 éves, 72. gy.-e. közlegényt 1916 augusztus 19-én állítása szerint gránát temette be és rázkódást szenvedett. A zsolnai tartalékkórházba került, a melynek kórlapja szerint „a jobboldali áll alatti mirigy nagyfokban dagadt, nyomásra érzékeny. Diagnosis: gránát-rázkódás (Granaterschütterung). Therapie: Burow-borogatások.” A zsolnai tartalékkórház 1916 szeptember 19-én kórházunkba küldte a következő állapotban: Az alsó állkapocs jobb vízszintes ágának közepe táján 5 cm. hosszú, ferdén futó, felületes, suroló lövéstől eredő heg van. Ettől hátra és jobbra a jobb állkapocs-szög alatt kis gyermekököllyi, élesen elhatárolt, tömött tapintatú, nyomásra kissé fájdalmas nagyobbodás látható; hasonló diónyi nagyobbodás van a jobb kulcsfont fölötti árokban. Jódkáliának belső adagolása mellett fürdőket kap. Minthogy a jódkáliát nem tűri jól, október 5-étől nem szedi tovább, csupán fürdőket kap. Október 19-én az állkapocs-szög alatti mirigypamat kezd elkülönülni, úgy, hogy két kis diónyi mirigy külön tapintható ki. A jobb kulcsfont fölötti árokban lévő mirigy pedig mogyorónyi nagyságú. A betegnek subjectiv érzése az, hogy a mirigyek kisebbednek. További kezelés alatt áll, fürdőket és ivókúrát kap.

A mint Bodon dr. cikkében említi, a kezelést illetőleg „belgyógyászati úton nem lehet boldogulni.” A fenti esetek pedig, legalább eddig, azt a jogos reményt ébresztik bennem, hogy fürdőkezeléssel — pöstyéni és hozzá hasonló fürdőkkel — eredményt lehet elérni. Hogy mi ennek az oka és hogy milyen természetűek ama mirigymegbetegedések, melyek az említett fürdőgyógymódra javulnak, azt a további megfigyelések és kutatások lesznek hivatva eldönteni. Mint említettem, sokkal kevesebb eset áll még ezidőszerint rendelkezésemre és megfigyelésem alatt, semhogy messzemenő következtetéseket vonhassak. Természetesen azt sem lehet biztonsággal megállapítani, hogy, mert egy eset gyógyult, két esetben Alexander dr. állítása szerint a mirigyek visszafejlődtek, kettő pedig javulóban van, műtétre az ily nyaki mirigylobos betegek nem fognak szorulni. Kötelességemnek tartottam azonban, hogy, a midőn már szóba kerültek e sajátságos mirigymegbetegedések, kartársaim figyelmét felhívjam abban az irányban, hogy ha ily sajátságos mirigymegbetegedéssel — „hadimirigylobbal” — állunk szemben, a mely belső kezeléssel dacol, kíséreljük meg a műtét előtt a kénes iszapfürdő-kezelést.

Hadsegélyző kiállítás Kölnben.

Míg eddig a különböző kiállítások, melyeknek tárgya a sebesültek és betegek ellátása volt, igazolták, hogy a nagy német nemzet e téren mire képes, mit akar s mit fog keresztülvinni, addig a kölni kiállítás már befejezett tények

eredmények elé állítja a szemléltető, tudását gyarapítva, reményt és megnyugvást keltve a jövőre nézve. A kölni *Brügelmann* textilgyár barátságos helyiségeiben van a kiállítás négy csoportja elhelyezve. Az első csoportban a sebesültek ellátására fogantatosított intézkedések, a másodikban a hivatás-szerű kiképzés, a harmadikban a hadi jóléti munka eredményei, a negyedikben a német vöröskereszt és a porosz hadügy-ministerium anyaga vannak kiállítva. Az egész anyag oly átnézetesen van csoportosítva, hogy szemünk előtt vonul el mint egy panoráma, hogy mi történik a sebesültek a sebesülés pillanatától kezdve teljes felgyógyulásáig.

A sebesülést okozó tényezők érdekes összeállításban vannak csoportosítva; itt találjuk azon készüléket, melyet az angolok dum-dum-lövegek előállítására végett alkalmaznak fegyvereikre, a különböző tüzéségi lövegek gyűjteményét stb. stb.

Az első segélynyújtás típusaként egy francia falusi korcsma s egy lengyel szalmafedéles viskó („die Urzelle des Lazarettes”) szerepel. A segélyhely berendezése az orvos találékonyságának gazdag tárháza: egy katonasípka helyettesíti az altató álarcot, egy csizma a vízelő-tüveget, egy felhasított conservdoboz a gyertyatartót stb. A sebesülteket kiemelt ajtókon és ablakokon szállítják. Gépfegyvertölténytartályok, lovaglósizma szára, távirdadrót a rögtönzött sínek alkotórészei. Igen ügyesek nyílt csonttörések kezelésére *Klapp* ablakos és áthidaló gipszkötései. A harczvonal mögött közvetlenül végzett első segélynyújtás után a mögöttes országrészekbe szállítható a sebesült, hol azután a kezelés individualizáló lesz.

Viaszmodellek és fényképek érzékitik a borzasztóbbnál borzasztóbb arc- és állkapocscsontszelvényeket s mellettük a sebészet és fogászat remekeit — ez irtózatosságot keltő gyógyítás! Az állkapocscsontszelvények szakszerű ellátására külön „Kiefern-lazarette”-k lettek szervezve (Borosló, Dortmund, Düsseldorf, Essen a. d. Ruhr stb.).

Átnézetes képét látjuk az orr és fül kozmetikai pótlásának, melynek anyagára a kiállítók vénnyel is szolgálnak: „50 Gr. Gelatine, 100 Gr. Glycerin, 25 Tropfen Zinkweiss, 5 Tropfen Krapprot, 2 Tropfen Zinoberröt”. Hogy mily jótémény egy ilyen prothesis, azt mindenki megítélheti, aki ily szerencsétlen sebesült borzalmasan eltorzított ábrázatát valaha megtekintette.

A teljesen elroncsolt látószerv működése nem pótolható; az 1/10-nyi látóképeség *Zeiss* „Fernrohrbrille” és „Fernrohrlupe”-jével javítható. A bonni szemklinika szempótló kozmetikai műtétek érdekes sorozatát mutatja be, a „Rheinische Provinzial- und Blindenunterrichtsanstalt” pedig tanulságos képekben mutatja be, hogy miképp végzi mindennapi teendőit, munkáját és szórakozását a kiképzett vak.

A „Militärische Nervenstation für Kopfschüsse im Festungslazarett Köln” tanulságos képét adja azon orvosi és paedagogiai munkának, melyet a központi idegrendszer sérülései érdekében eszközöltek. Igen érdekes, hogy milyen úton-módon oktatják azokat, kik agyvelejük sebesülése folytán a kis gyermek szellemi színvonalára süllyedtek.

Az amputáltaknak érdekeit egy külön osztály szolgálja. Az alsó végtagprothesisek feltűnően nagyobb számmal szerepelnek, mint a felső végtagéi (1:8:1). Találón írja a kiállítás e részéről *Trojan*: „Nur nicht verzagen, Hilfe ist nah! Der Wille siegt!” Felette tanulságosak a „Verein deutscher Ingenieure” és „Sonderausstellung für Ersatzglieder und Arbeitshilfen” által bemutatott művektől.

A „Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge” írásban és képen párhuzamban mutatja be, mit tett és tesz a „Friedenskrüppel” és „Kriegskrüppel” érdekében. Két fő eredményeket mutat fel a „Lazarett-schule des orthopädisch-neurologischen Lazarettes zu Mannheim”, melynek utánzásra méltó elve: „Alle Arbeit in diesem Lazarett wird zur Therapie. Durch die Beschäftigung in den Heilwerkstätten werden die beschädigten Glieder besser als an den mediko-mechanischen Apparaten im Turnsaal geübt.” Az ipari foglalkoztatás szemléltetése igazolja, hogy az úgynevezett munkaprothesis meny-

nyivel hasznavehetőbb, mint a természetes kézalakot utánzó művektől.

A kézimunka igen értékes aesthetikai irányzatot mutat; példaként említem az „Oberbayrische Invalidenschule I. der Kriegsinvalidenschule in München” rézzománcz és a „Gewerbeförderungsanstalt der Rheinprovinz” intarsia-munkáit. A mezőgazdasági munka gyakorlati és statisztikai része általános érdeklődés tárgya.

Az utánzásraméltó német takarékoság példájaként egy kimutatással akarok szolgálni: Kölnben 1 1/2 év alatt 270.000 kötést, 334.000 mullcompressst és 17 mázsa vattát használtak fel, a felhasznált anyag tisztítása 9700 márkába került, úgy, hogy 25.000 márka volt a megtakarítás!

A magyar csoport anyagáról az érdeklődő nagyközönség számára külön ismertető füzet jelent meg, mely rövid idő alatt teljes egészében elfogyott, részben magán a kiállításon, részben német könyvkereskedelmi úton. A rokkant katonák orvoslásának, oktatásának és kereseti telepeinek működését, eredményeit tárta fel a magyar csoport mintegy 800 képen, graphiconban és kb. 300 tárggyal. A m. kir. rokkantügyi hivatal bemutatta a budapesti művektőlgyár munkásságát, mely *Dollinger Gyula* egyetemi tanár, vezértörzsorvos vezetése alatt a megcsonkult hősök ezreit szereli fel munkára. A pozsonyi rokkantügyi intézet *Bakay Lajos* egyet. tanár vezetésével utókezelést nyújt, eredeti újjátásokkal készülő prothesiseket gyárt és kiváló szakférfiak segítségével rokkantiskolát tart fenn. A pozsonyi csoportban vannak kiállítva *Fischer Ernő* dr. készülékei is. A császárfürdői intézet vezetője, *Dalmady Zoltán* dr., orthopaediai kezelőmódszereiről, köztük *Widder Bertalan* dr. szerkezeiről adott képeket. *Szabó József* dr. odontorthopaediai laboratoriuma *Salamon Henrik* dr.-ral egyetemben állkapocscsontszelvények modelljeit állította ki, *Kopits Jenő* dr. pedig saját szerkesztésű gyógytorna-constructiont. Igen bő sorozat számolt be a vak katonák elméleti és ipari oktatásáról, melynek élén *Víg Albert*, *Berecz Gyula* és más kiváló szakférfiak buzgólkodnak. A kiállítási munkálatokat a rokkantügyi hivatal megbízásából *Czakó Elemér* dr. igazgató intézte. A m. kir. rokkantügyi hivatal részéről a kiállítás díszelnökségébe *Tisza István* gróf, *Klebsberg Kuno* gróf és *Dollinger Gyula* egyet. tanár, vezértörzsorvos választottak.

A mai meg nem álmódott borzalmas időkben is elmondhatjuk *Bossuet*-vel e kiállítás benyomása alatt: „La fin de la religion, l'âme des vertus et l'abrégé de la loi, c'est la charité!”
Deutsch Ernő.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Prof. Dr. Edens E. (München): Die Digitalisbehandlung. 153 lap, Urban és Schwarzenberg (Berlin—Wien) kiadása, 1916.

Az előttünk fekvő munka, előre bocsájthatom, többet nyújt, mint a mennyit címe után várunk. Bárha az orvosi speczializálásnak az orvosok között ma már több a híve mint az ellensége, senki sem tagadhatja, hogy ma egyes legbecsesebb gyógyanyagainknak alkalmazása úgyszólván minden orvosnak csaknem mindennapi munkakörébe vág. Ezen gyógyanyagok között talán első helyen állnak a digitalis-készítmények.

A digitalis-kezelést az orvosok több mint száz éve alkalmazzák és, szinte furcsán hangzik, hogy ennek a világszerte alkalmazott és tanulmányozott orvosszernek alkalmazás-módja és hatástana tulajdonképp csak a mostani időkben kezd tisztázódni. Különben a késlekedés érthetővé válik, ha szem előtt tartjuk, hogy az experimentális pharmacologia csak a legutóbbi évtizedben tisztázta apróra a digitalisnak hatásmódját és a klinikai tudományok is csak az utóbbi években foglalkoztak behatóbban és érdeme szerint ezen világszer hatásának kutatásával. Mindennek ellenére még ma

sem mondhatjuk azt, hogy a digitalisnak alkalmazásmódjára és hatástanára vonatkozó ismereteink minden tekintetben már befejezettek, tökéletesek volnának. Sok tekintetben azonban mégis annyira kiforrott már a kérdés, hogy valójában csak ma tekinthetjük igazán a digitalist orvosi arzenálisunk egyik legértékesebb fegyverének. A digitalisnak rendelését, alkalmazását egy orvos sem nélkülözheti, de viszont minden orvosnak kötelessége éppen ezért ezen hatalmas, de sokszor kétélű fegyverrel való bánni tudás. Ma is szinte fájdalommal tapasztaljuk, hogy a digitalis alkalmazása körül — valljuk meg őszintén, a szerre vonatkozó egyrészt már kiforrott ismereteink negligálása miatt — bizony úton útfélen sok tévedéssel találkozunk. Éppen ezért szinte kíváncsún volna, hogy az előttünk fekvő művet minél több működő orvos figyelemmel forgassa és okulást merítsen belőle. De én azt hiszem, hogy szakorvos is haszonnal lapozgathat a műben, a melynek jóformán csak egy hibája van, az, hogy szerzője szerény elnevezést adott neki. Mert ugyanis, ha forgatjuk a könyvet, rögtön kitűnik, hogy nem csupán azokat az értékes adatokat tartalmazza, melyeket érdemes kutatók a digitalis hatásmódjára vonatkozólag mint eredményeket felmutattak és nem csupán azokat, melyeket a szerző maga tíz esztendei beható klinikai megfigyelés alapján gyűjtött, hanem folyékony, könnyen érthető módon a szív működés élettanának és pathológiájának manapság legérdekesebb és, mondhatnám, legaktuálisabb kérdéseit is röviden, de minden szükséges részre kiterjedve ismerteti. Ha a könyvet végig olvassuk, teljes képet nyerünk a szív működés szabálytalanságának modern pathophysiologiájáról is. A műben a digitalisnak úgy a szabályos, mint a szabálytalan szív működés minden fajtájában való alkalmazásmódjára nagyon hasznos és megszívlelendő útbaigazítást nyerünk. Kár, hogy a munka elején, úgy a szövegben mint egyes táblázatokban, a digitalis-készítmények hatása a strophantin hatásával van azonosítva, illetőleg összecsoportosítva; pedig, mint ismeretes, a kettő között, ha nem is kvalitatív, de minden esetre bizonyos quantitativ különbségek kétségtelenül vannak.

Egyébképpen a munka, a mely számos tanulságos ábrát tartalmaz és a melyet a kiadó cég a szokott csínossággal állított ki, mindenképpen számottevő és minden orvosi könyvtárban bátran a mindennapos kézikönyvek közé sorozható.

Tornai.

Lapszemle.

Belorvostan.

A diabetes mellitus diéta kezelésében mind nagyobb a hajlandóság a szigorú szénhidratmentes diéta mellőzésére. A fehérjedús diéta ártalmas hatását ugyanis mindjobban megismerjük; ártalmassága diabetesben abban is nyilvánul, hogy acidosisra vezet. Túlságos bőven adott fehérje mellett a szénhidrátok assimilációja is rosszabb, könnyebben maradnak a cukor fokán, ha a szervezet a fehérjeemésztéssel túl van terhelve. Újabban tehát a fehérjeadást csökkentik és nagyobb mennyiségben adnak bizonyos szénhidrátokat; azt tapasztalják, hogy a szénhidrátok feldolgozása ilyen diéta mellett sokszor feltűnően jóvá válik, nemcsak a vizelet, hanem a vér cukortartalma is csökken. *Salomon* szerint nem is lényeges, hogy milyen fajta szénhidrátokat adunk; fődolog az, hogy a fehérjét lehetőleg megszorítsuk, vagy legalább is nagyon gyakran változtassuk a szénhidrátokban gazdag fehérjeszegény napokat szénhidrátokban szegény fehérjes pakkal. (Therap. Wochenhefte, 1916, 6. füzet.)

„**Diabetes innocuus**” címmel közöl rövid tanulmányt *G. Rosenfeld* tanár (Breslau). Szükségesnek tartaná, hogy ezt a kórképet, a melylyel különben már mások is foglalkoztak (például *Salomon*, a ki diabetes innocens-nek nevezte, a mely elnevezés azonban tévedésre adhat okot, mert a saját hibáján kívül, ártatlanul szerzettséget is jelenti), élesebben körülhatároljuk. A diabetes innocuus-ban szenvedők ugyanis nem igényelnek kímélést, bátran házassodhatnak, bármely foglalkozást űzhetnek. Az eseteknek egy részében a felismerés

nem nehéz; jellemző a cukorkiválasztás csekély foka igen sok szénhidrát bevétele után is; többnyire fiatalabb korúakról van szó, gyakran kifejezett, öröklött terheléssel; a baj éveken át egyforma marad, pedig — a mint tudjuk — a fiatalok rohamosan szokott rosszabbodni a rendes diabetes. A szerző azt hiszi, hogy a diabetes innocuus suprenalis eredetű. (Berliner klinische Wochenschrift, 1916, 40. szám.)

Sebészet.

Az epekövekről a következő módon készít Röntgen-felvételt *Schütze*: A felvétel igen puha csővel és szűk diaphragmájú fényszóróval, jó erősítő ernyővel készül. A beteg hason fekszik oly módon, hogy felsőteste lehetőleg magasra van támasztva s a felvétel közben legcsekélyebb légzőmozgást sem végezhet. A *Holzknicht*-féle compressoriumot csak a felvétel előtt eszközzendő átvilágításkor használjuk, amikor meg akarjuk határozni, hogy a fájdalom helye egybeesik-e az epehólyag helyével. (Berliner klin. Wochenschrift, 1916, 27. sz.)

M.

A hashártya tuberculosist tengeri malaczkokon végzett előzetes kísérletei után egy nőbetegén a megnyitott hasüreg Röntgen-besugárzásával sikeresen gyógykezelte *Falk*. A 9 Wehnelt-egységnyi keménységű lámpát 2 milliampérrel megterhelve 10 Kienböck-egységnyi dosist adott egyszerre. Jóllehet a beteg peritonealis tuberculosisa meglehetősen súlyos volt, mégis 4 hónapi kezelés után teljesen jól érezte magát, ascitese megszűnt és 14 fontot hízott. (Berliner klin. Wochenschrift, 1916, 24. sz.)

M.

Gyermekeorvostan.

A diphtheria elleni óvintézkedésekről számol be *Pötter*, lipcsei városi kerületi orvos, melyeket ebben a városban az utolsó nagyobb diphtheria-járvány idején alkalmaztak. Rendes körülmények közt Lipcsében havonta 100–150 bejelentett diphtheria-eset volt átlag 10% halálozással. Az 1914. év végén, különösen azonban az 1915. év nyarának vége felé a diphtheria-esetek száma mindinkább szaporodott, úgy hogy 500–600 havi átlag volt a megbetegedések száma 40–50 halálessel. 1916. tavasza felé a szám apadt, úgy hogy júniusban már csak 213 beteg volt. A diphtheria-esetek szaporodásának valódi okát nem tudja a szerző. Valószínű, hogy az orvoshiány, a gyermekekre való felügyelet hiányosabb volta a háborúban, a mozgóképszínházak túlgyakori látogatása, a hová beteg gyermekeket is elvisznek, tudatlanság, gondatlanság a nép részéről mind hozzájárulnak a fertőzés terjedéséhez. A mi a védekezést illeti, Lipcsében 25 év óta kötelező a diphtheria-esetek bejelentése. A bejelentés után hivatalos közeg elmegy a helyszínére és kipuhatója vajjon a gyermek izolálva van-e? Ha az izolálás nem sikerül, akkor kórházba kerül. Testvérei az iskolából kizáratnak. Tanszemélyek, ha inficiált környezetben laknak, ugyancsak kizáratnak. Ha a gyermek otthon marad, a ház lakói megfelelő figyelemmel kell látni, hogy az inficiált lakástól tartózkodjanak. A gyermek, illetve testvérei csak akkor léphetnek iskolába, ha bacillusmentesek. Ha egy osztályban több diphtheria-eset fordul elő, akkor ajánlatos a bacillusgazdát culturalis vizsgálattal kipuhatólni. Fontos továbbá a lakosság kioktatása napilapok útján. Soktagú s nem jól izolálható családban védőoltást alkalmaztak az egészségügyi hivatal számlájára. A desinfectiót a betegség lezajlása után nem erőltették, csak tanítóknál, árusoknál, levélhordóknál stb. (!?) (inkább a torok culturalis vizsgálatára ügyeltek) s dacára annak a már inficiált házakban az újabb megbetegedések ritkák voltak. (Münch. mediz. Wochenschr., 1916, 40. szám.)

Vas J. dr.

Bőrkórtan.

Az arsenohyrgollal, mint az enesol pótlószerevel kísérletezett *K. Skuteczky*. A mióta kiderült, hogy mily kedvező eredményt érünk el a salvarsan és kénese kombinált alkalmazásával, egyre jobban terjednek a gyakorlatban azok a

gyógyszerek, melyek az arsen és kénest együttesen tartalmazzák. Ily készítmény az enesol, mely az utóbbi esztendőben sajátságos módon elterjedt, noha kétségtelen, hogy hatása nem volt mindig elégséges. Most, hogy az enesol nehezen szerezhető be, sőt újabban — mint francia készítmény — teljesen megszűnt, a drezdai Heyden-gyár az enesolnak pótlószert hozta forgalomba arsenohyrgol néven. A szerző 30 betegen próbálta ki a szert. Intramuscularisan adta, egy kúraban átlag 20 ízben. Tapasztalása szerint beszűrődést sohasem okoz, szintúgy fájdalmat sem. A gyógyhatással is meg volt elégedve a szerző, bár kifogástalan vizsgálatokat nem végzett, melyek a szer antilueses hatását pontosan meghatározták volna. (Wiener klin. Wochenschrift, 1916, 42. sz.)

Guszman.

Venereás betegségek.

A nemibajosok számára fölállított tanácsadó-állomások céljáról és berendezéséről értekezik R. Hahn (Hamburg-Barmbeck). A szerző részletesen ismerteti a hamburgi gondozó állomás létesülését. Az állomás megteremtését megelőzték gondos tárgyalások, melyek egyrészt a gyakorló orvosok, másrészt a pénztárak között folytak. A pénztárak azonnal beleegyeztek, hogy a fölmerülő kezelési költségeket vállalják. Az orvosok több ellenvetése között leginkább az az aggály csúcsosodott ki, hogy a kezelt betegeikről szóló diagnosznak az állomással való közlése voltaképpen súlyosan sérti az orvosi titoktartást. Ezt az aggályt a tanácsért fölkerült nevesebb jogtudósok később eloszlatták, a mennyiben azt fejtegették, hogy ilyen esetekben nem lehet szó az orvosi titok megszegéséről. Hivatkoznak ők arra, hogy hasonló álláspontot már előzőleg közigazgatási bíróságok és parlamenti bizottságok is elfoglaltak. A tanácsadó-állomás a dolog természeténél fogva elsősorban a syphilis kérdését öleli föl, mert ez a betegség az, a mely hosszú tartamánál és gyakori tünetmentes szakainál fogva állandó felügyeletet és figyelmet igényel. A „gyógyult” gonorrhoea eseteiben ezzel szemben a gondozónak alig lehet szerepe. A syphilises egyén természetesen akkor tartozik a gondozó ügykörébe, ha tünetmentes, mert tünet esetén a kezelést a kezelőorvosa végzi. De természetes, hogy a tünetmentes szakban szükségessé vált kezelés is a kezelőorvos körébe esik.

Mindezek ellenére az orvosok egy része aggodalmaskodik, hogy a gondozó-állomás túlságosan befolyásolhatja a beteg és az orvos között fennálló szoros bizalmi viszonyt. A beteget, a mint annak kórházi vagy kezelőorvosi gyógyítása befejezést nyert, bejelentik a gondozónak. A bejelentés külön lapokon történik, a melyeken nemcsak a beteg nationaleja és lakása, hanem a betegség rövid leírása is föl van tüntetve. A gondozó a beteget rendszerint a kezelés befejezése után $\frac{1}{4}$ évvel később hívja be. A behívás az országos biztosító-intézet nevében történik. Meg nem jelenés esetén a második behívás már erélyesebb. A betegek a behívásnak csaknem kivétel nélkül engedelmessé válnak s magukat a megvizsgálásnak szívesen alávetik. Több mint 2000 behívott egyén közül alig 3—4 akadt, a ki vonakodott megjelenni. Az a beteg, a ki kötelezi magát, hogy a kezelőorvosának további megfigyelésében és kezelésében óhajtat maradni, teljesen elkerüli a gondozóban való megjelenést. Lényeges az, hogy a beteg csakugyan állandó megfigyelésben és kezelésben részesüljön. A gondozó azonban ezeket a meg nem jelenő betegeket is számontartja.

A $\frac{1}{4}$ évenkénti behívások átlag 2—3 évig tartanak. A megfigyelések körébe tartoznak az időnként végzett Wassermann-reactiók is. A gondozó költségeit az országos biztosító-intézet fedezi. A kezelés és a Wassermann-reactiók költségeit a pénztárak viselik, a mennyiben a beteg pénztári tag. Jobbmódúak tanácsot, kezelést a gondozótól nem nyerhetnek. A gondozó eddig $2\frac{1}{2}$ év óta működik és a szerző azon véleményen van, hogy általa a nemi bajok elleni küzdelem nem jelentéktelen sikert ért el. (Dermat. Wochenschrift, 1916, 38. sz.)

Guszman.

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

A paraffinal a tiszta paraffinnak jól eltartható, jóízű emulsiója. F. Blum tanár szerint idősült székrekedés eseteiben nagyon jó szolgálatot tesz; naponként egy-két evőkanálnyi veendő belőle. (Medizinische Klinik, 1916, 42. sz.)

Nirvanol (phenylaethylhydantoin) elnevezéssel új altató- és csillapítószer készült a hoechsti gyár. Wernecke nagyobb számú esetben kísérletezett vele és eredményei alapján nagyon értékesnek tartja, a mennyiben semmiféle káros mellékhatása nincsen és 0.25—1.0 gramm adagban nyugodt alvást hoz; elmebajokban mint sedativum 0.5—1.0 gramm adagban felülmúlja hatásában az eddig használatos szereket. (Deutsche med. Wochenschrift, 1916, 39. sz.)

Az anyarozskészítmények bomlékonysága miatt nagyon ajánlatos, ha a Winckel-féle eljárással (sterilizés alkoholgőzben) előállított készítményeket használjuk. Ezek nagyon megbízható hatásúak és rendkívül tartósak. Tabletták (Tabl. secalis „Loster”) és folyékony kivonat (Ergotin „Loster”) alakjában kerülnek forgalomba. Ez utóbbinak nagy előnye az is, hogy a befecskendezése csaknem fájdalomtalan. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1916, 42. sz.)

Magyar orvosi irodalom.

Gyógyászat, 1916, 43. szám. Kertész Géza: Börbetegségekről, melyek munkaképtelenséget okoztak. Bókay János: Balassa-előadás.

Budapesti orvosi ujság, 1916, 44. szám. Engel Károly: A szív-működés rendellenességeiről a katonasorvos nézőpontjából.

Orvosok lapja, 1916, 39—40. szám. Unterberg Jenő: A volhyniai lázról.

Vegyes hírek.

Jubileum. Haraszi Bernold József dr. nyugalm. cs. és kir. vezértörzsorvos okt. 21.-én ünnepelte orvosdoctorrá avatásának ötvenéves jubileumát. Az egyetemi tanács ez alkalommal üdvözlő irattal és arany diplomával tüntette ki.

Meghalt. Adler Zsigmond dr., m. kir. udv. tanácsos, a budapesti orvosszövetség elnöke, az országos orvosszövetség alelnöke okt. 21.-én 74. évében. Az elhunytban rendünk egyik kiváló, áldásos működésű tagját veszíti el, a ki tevékenységének jelentékeny részét önzetlenül, időt és fáradságot nem kímélve, az orvosi rend érdekeinek szentelte. Áldás emlékére! — Fr. Kleinhans, a nőorvos tanára a prágai német egyetemen, 52 éves korában.

Személyi hírek külföldről. H. Kossel tanár Heidelbergben nem fogadta el a berlini Institut f. Infektionskrankheiten igazgatói állására szóló meghívást. — A bécsi egyetemen a Schenk tanár halála óta üresedésben álló embryologiai rendk. tanszéket most betöltötték, még pedig A. Fischel dr.-ral, a prágai német egyetem rendk. tanárával. — A prágai német egyetemen L. Waelsch (börkörtan) és F. Schenk (nőorvos) rendk. tanárt rendes tanárrá léptették elő.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kosmetikai intézete

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

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

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

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

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

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

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

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 (LXXIX. nagygyűlés 1916 október 14.-én). 598. lap.

Budapesti Kir. Orvosegyesület.

(LXXIX. nagygyűlés 1916 október 14.-én.)

Elnök: Liebermann Leó. Jegyzők: Bálint Rezső, Holzwarth Jenő.

Az elnök a következő megnyitót tartja:

Magyarország feladatai a közegészségügy terén.

Már több évvel ezelőtt egy járvány jelentkezése alkalmával egyik budapesti napilapba kis cikket írtam, melynek címe volt: „A *cholera* hasznáról”. Kifejtettem benne, hogy egy ilyen országos csapásnak köszönhetjük, hogy a közegészségügy iránti érdeklődés nálunk megmozdult.

Most, ha nem vérezne mindnyájunk szíve, nem ellenkeznék érzelmeinkkel, ha viszonyítva azon borzalmas csapásokhoz, melyek hazánkat érték, nem volna cinikus színezete (melyet azonban ilyennek csak az láthatna, a ki nem érzi azt, hogy milyen keserű aggodalmak szüleménye), a nagy háború hasznáról beszélhetnénk. Ezzel egy reménysugarat is nyujtanék egy szebb és jobb jövőre, azt a reményt, hogy végre be fogjuk látni, hogy népünk egészsége, a halandóság és különösen a gyermekhalandóság csökkentése, a népszaporodás legelső feltételeinek megteremtése nélkül a nemzet életét nem biztosíthatjuk, hogy ezek a technikai felkészültséggel legalább is egyenrangú tényezők s hogy az eseményekből le fogjuk vonni azt a tanulságot, hogy ott, a hol rögtönözve milliárdokat tudunk előteremteni, ott nem szabad előállni azzal, hogy a nemzeti jólét biztosítására szükséges kulturmunkára nincs pénz. Örvendetes jelnek tartom, hogy ilyen nyilatkozat már a háború alatt is elhangzott a parlamentben. Melyek volnának tehát elsősorban a reánk váró feladatok?

Helyesen mondja a belügyministerhez nemrégben intézett egyik memorandum, hogy a közegészségügy gerinczét a kórházak alkotják. Mintegy tovább kifejtve és indokolva azt, a mi ezen pár szóban rejlik, arra kívánok rámutatni, hogy a kórházak közegészségügyi fontossága nemcsak abban rejlik, hogy a betegeket gyógyítják és ápolják, mint a hogyan azt régebben hitték, hanem abban is, hogy kellő berendezés mellett különösen a fertőző betegségek terjedését, beleértve a tuberculosist, is megakadályozzák részint azáltal, hogy a ragályt terjesztő beteget kivonják környezetéből, részint pedig azáltal, hogy egészségügyi, bakteriologiai és klinikai vizsgálóállomásokkal kapcsolatban, melyeket modern színvonalon álló kórház különben sem nélkülözhet, alkalmat nyujtanak hatóságoknak és magánorvosoknak a fertőző betegségek korai és szabatos diagnosizására és így alapot arra, hogy az egészségügyi intézkedések olyan időben történhessenek, a mikor legtöbbet használhatnak, nem pedig elkésve, tökéletlenül és csak tömérdek áldozat árán.

Nagy súlyt fektettünk erre azon hosszas és beható tárgyalások alkalmával, melyeket már több évvel ezelőtt a közegészségügyi tanácsban folytattunk, ajánlva a kormánynak azt, hogy minden nagyobb kórház, melynek létesítését sürgettük, s melynek helyét a legmegfelelőbb országos központokhoz kijelöltük, ilyen állomásokkal szereltessek fel, melyeket legcélszerűbben a mindenütt szükséges, de többnyire szintén hiányzó kórbonczatani intézetekkel kívántunk kapcsolatba hozni, a minek az igazságszolgáltatás is nagy hasznát venné, mert tudjuk, hogy ezidőszent oly törvényszéki orvosok, a kik szakavatott kórbonczolók is, csak gyéren, mondhatnánk csak elvétve találhatók a vidéken. Főlösképpen talán emlékeztetni arra, hogy az igazságszolgáltatás számos esetben szolgálja a közegészségi érdekeket. Gondoljunk csak az angyalcsinálókra, a közegészség elleni vétségekre, romlott, mérges tápszerek forgalombahozására stb.

Hogy milyen ür választja el azt, a mi a kórházügy terén szükséges, a jelenlegi tényleges állapotoktól, arról a már

említett memorandum fogalmat ad, jöllehet nem mond meg nyers szavakkal mindent, a mit tudunk.

A dolog úgy áll, hogy talán nem éppen kevés a kórháznak nevezett intézetek száma, de aránylag csak kevés az, mely megérdemelné közülük, hogy komoly egészségügyi intézménynek tekintsük, ellenben igen sok az, mely szinte hihetetlenül el van hanyagolva, melyben elegendő férőhely sincs, úgy hogy egy szalmazsákon vagy egy ágyban nem ritkán két beteg és talán még egy gyermek is fekszik, sebesízi eset mellett tuberculosus és így tovább; hogy a zordabb idő beálltával a kórházakat ellepik a hajléktalan szegények és rokkantak, a kikről már senki sem gondoskodik, úgy hogy az ilyen kórház inkább hasonlít hajléktalanok féreglepte éjjeli tanyájához, mint oly házhoz, melyben súlyos beteg felgyógyulását várhatja. Hogy ezek nem túlzások, hanem valóságok, kitűnik egyes kórházi orvosok panaszos jelentéseiből.

A kórházakkal kapcsolatban tehát a *menhelyek* és *szegényházak* kérdését is fel kell említeni, mint olyant, mely rendszeres, országos megoldásra vár.

A *tuberculosis* elleni küzdelemről, annak szervezéséről és legfontosabb szerveiről: rendelőintézetekről, sanatoriumokról, üdülőtelepekről és a gyógyultak vagy javultak megfelelő foglalkoztatásáról, itt elég csak megemlékezni; hiszen már elég szó esett róluk és bizton remélhetjük, hogy azok a buzgó férfiak, kik ezt az ügyet kezükbe vették, minden nehézség daczára szerencsés megoldásra is fogják vezetni.

Ellenben kevesebb bizalommal nézünk a jövőbe, a mikor a többi fertőző betegségre gondolunk, melyek vagy időszakonként, vagy állandóan fenyegetik népünket; kevesebb bizalommal azért, mert az elhárításuk nem charitativ vagy társadalmi tevékenységgel, hanem csak az állam hatalmával, jól szervezett és fegyelmezett közigazgatással lehetséges, a mivel természetesen nem akarjuk azt mondani, hogy a társadalom jóakarata, megértő támogatására, mely csak a hatósági intézkedésekbe vetett feltétlen bizalom eredménye lehet, nem volna szintén szükség.

Senkinek sem mondok újat azzal, ha azt mondom, hogy ez a bizalom nálunk nincs meg.

Tegye bárki, a ki ezeket hallja, kezét a szívére és felljen őszintén ezen egy kérdésre: megnyugvással, a gondos előrelátással és a kivételeket nem ismerő igazságos keresztülvitelbe vetett hittel és bizalommal fogadják-e nálunk a hatósági rendeleteket és intézkedéseket és nem nézünk-e irigy szemmel német szomszédunkra? A miből pedig az következik, hogy nem ott van a baj, hogy *nem akarnánk* engedelmeskedni!

A fertőző betegségek elleni védekezés szövevényes nagy apparatus megteremtését, illetőleg kiépítését teszi szükségessé: a városok, a községek asszanálását, a lakásügy, a vízellátás, élelmiszerforgalom, ürülékeltakarítás, fertőtlenítés és a már említett kórház és járványkórházügy stb. rendezését nemcsak rendeletekkel, de mindenekfelett felelős, szakértelemmel bíró végrehajtó és ellenőrző, a közönségtől anyagilag független közegek segítségével és megfelelő budgettel kell biztosítani. Óriási feladat, melyet csak tervszerűen, központi vezetéssel és legalább is a *közegészségügyi közigazgatás államosításával* lehet csak megoldani.

Ne mondja senki azt, a mit a háború alatt sokszor hallottam és olvastam, hogy éppen a háború bizonyította volna be, hogy jól mehetnek a dolgok az eddigi rendszerrel is. Tévedés! Igenis sikerült eredményeket elérni ott, a hol nagy volt a veszedelem és rémület s a hol buzgó, erélyes emberek megfeszített munkával igyekeztek rögtönözve pótolni azt, a mit béke idején elmulasztottunk; azt is elismerem, sőt tavaly ugyanezen a helyen ki is mondtam, hogy a magyar ember akkor, a mikor legnagyobb a baja, nem veszíti el fejét és a legnagyobb erőmegfeszítésre és áldozatra képes, a

mi bizalommal tölthet el a jövő iránt, a mennyiben remélhető, hogy ezt a nagy erőt majd célszerűbben és gazdaságosabban fogja értékesíteni. De nem hunyhatunk szemet az előtt, hogy viszont más esetekről is van tudomásunk, a hol az egészségügyi közigazgatás nem vált be. Kezemben van p. o. egy külföldi (német) előkelő orvos tavalyi panaszos levele, melyben egy nagyobb magyar városban észlelt viszonyokról emlékezett meg, a hol ezerszámra feküdtek choleras betegek, jóformán minden gondozás nélkül, a pusztaságon mindaddig, míg híre nem jött annak, hogy az országnak egy hatalmas embere meg fogja látogatni azt a várost. Ilyen befolyás alatt azután máról-holnapra megváltozott minden. Hirtelen itt termelt ezer és több ágy, a minek szükségét eddig nem érezték. Mit jelent ez mást, mint azt, hogy vannak helyek, a hol a vétkes közönyt csak erélyes ellenőrzés szüntetheti meg.

A közegészségügyi teendők egy harmadik csoportjába tartozik mindaz, a mi az *anyák, csecsemők és gyermekek védelmét illeti és a népszaporodás biztosítására szolgál*. Jóllehet ezen a téren egyesek buzgó kezdeményezésére a kormány támogatásával nálunk már a háború előtt is sok történt, a miről a külföld is nagy elismeréssel vett tudomást, nagyobb méretű olyan actio, mely lényeges befolyást gyakorolhatna az ország jólétére és népesedési viszonyaira, olyan szervezetet igényel, mely messze túlhaladja a mostanit, mely bár állami támogatással, tevékenységének súlypontját mégis a társadalom áldozatkészségében és lelkesedésében keresi. Áldozatkészség és lelkesedés azonban olyan lelki tulajdonságok, melyek idővel rendszerint a legjobbakban is kimerülnek, úgy mint minden emberi szenvedély. Intézményes szervezésre, állami beavatkozásra, fizetett és kötelességeket teljesítő hivatalokra és emberekre van szükség, ha nem akarjuk kockáztatni azt, hogy az eredményesen kezdett és folytatott actio megszűnjék egy buzgó ember két szemének becsukódásával.

Sohasem volt az országban ezen ügyek iránt olyan nagy az érdeklődés, mint most, úgy hogy ha valahol, talán itt nyilvánul a háború haszna. Reméljük, hogy ez nem lesz szalmatűz s nem posványodik el az üdvös mozgalom a normalis viszonyok beálltával.

Vége a közegészségügyi teendők még egy másik csoportjáról kívánnék megemlékezni, s ez a *szegényügy és munkásjóléti ügy* többféle ágazata: agkori és rokkantsági biztosítás, betegsegélyezés, ápoló, szórakoztató és üdülő intézmények stb., mert hiszen remélhetőleg túl vagyunk azon a régebbi felfogáson, mintha a szegények és munkások jólétéről való gondoskodás csupán érzelmi eredetű, emberi részvétebből fakadó dolog, nem pedig az ország jólétét és első sorban közegészségügyét biztosító követelmény. S mert első sorban ilyennek kell tekinteni, nem is tartom helyesnek, hogy a munkásbiztosítást, munkásbetegsegélyezést stb. olyan tárcza keretébe utalják, melylyel csak külsőleg van kapcsolatban azon a címen, hogy ipari, kereskedelmi stb. munkásokról van szó. Ilyen beosztás azt hozza magával, hogy okvetlenül olyan érdekek dominálnak, melyek a népjóléti és közegészségügyi érdekekkel ellentétesek, úgy hogy csak bizonyos elkerülhetetlen engedményekre számíthatunk, holott, ha a közegészségügyet fejleszteni hivatott tárcza ügykörébe tartoznának, a jóléti és közegészségügyi érdekek uralkodnának és ezek képviselői tennék a concessiókat csakugyan figyelemreméltó, fontos esetekben. Most, ismétlem, inkább megfordítva van; most inkább az ipar, kereskedelem és mezőgazdaság tesz némi concessiókat a közegészségügynek és a tőle elválaszthatatlan népjóléti követelményeknek, s így állván a dolog, a hivatalos szervezet gyakran inkább kerékkötője, mint előmozdítója lesz a közegészségügynek.

Csak főbb vonásokban, röviden, mint a hogy másképpen ilyen alkalommal nem is lehet, akartam a jövő legfontosabb közegészségügyi feladataira rámutatni. A ki ezen feladatcsoportok részleteit bár csak felületesen is ismeri, tudja, hogy itt olyan ügykörrel van szó, melynek terjedelme és fontossága bármely más ügykörrel felér s melynek önálló

képviseléről a kormányban éppen úgy gondoskodni kell, mint az igazságszolgáltatás, a vallás- és közoktatás vagy bármely más tárcza ügykörébe utalt érdekek nyomatékos képviseléről.

Elkerülhetetlenül szükségesnek tartom egy *népjóléti és közegészségügyi ministerium* létesítését, miről már többször is szó volt (legutóbb tudtommal egy a kormányhoz tartozó férfiú hangoztatta éppen ilyen alakban s hangoztatta, ha jól emlékszem, egészséges érzésével jeles írónk Szikra is), s nem téveszt meg ezen meggyőződésemben semmiféle bürokratikus okoskodás, mely előtérbe tol számtalan formai nehézséget, valahányszor ilyen vagy hasonló gondolat megvalósításának veszélye nyugalma fenyegeti.

A ki képes arra, hogy lemondjon egy üdvösnek ígérkező intézmény megvalósításáról csak azért, mert hamarosan nem tudja jól elképzelni, hogy miképpen illeszkedik be egy különben már elavult és számos esetben csődöt mondott közigazgatási szervezetbe; a ki legyőzhetetlen nehézségeket lát már abban is, hogy a népjóléti és közegészségügy végrehajtó közege esetleg összeütközésbe kerülhetne a főszolgabíróval vagy alispánnal, ahelyett, hogy módot keresne ilyen összeütközések megakadályozására; a ki nem mer egy életbevágó nemzeti kérdésben a cél felé vezető határozott lépést tenni csak azért, mert nem utánozhat valami külföldi példát és sémát, mely felmenti az önálló gondolkodás és munka terhe alól: az nem tarthat igényt arra, hogy ellenvetéseit megszívleljük. Már elérkezett az ideje annak, hogy végre önállóan mi is merjünk valamibe fogni, hogy a magunk szükséglete szerint, a saját viszonyainkhoz mérten tervezzünk és létesítsünk olyasvalamit, a mit nem importálhattunk külföldről azért, mert ott nincs olyan nagy szükség rá. Már pedig ilyen a népjóléti és közegészségügyi ministerium terve is, mely nálunk azért szükséges, mert eltérőleg más civilizált országoktól még nem ment át a köztudatba a közegészségügy alapvető fontossága. Még a nép felső rétegeiből is sokan a tájékozatlan ember paraszti gyanakodásával fogadják mindazt, a minek bizonyos tudományos színezete van, mert nem hisznek a tudományban, legkevésbé az orvosiban, melynek művelése módjáról, eredményeinek értékéről alig van halvány fogalmuk s melynek ennél fogva hazai képviselőit még kevesebbre becsülik. Az a benyomásom, hogy a tudománnyal foglalkozókat többnyire az ország kitarthatatlanságának tekintik, kiknek az a feladatuk, hogy a külföld előtt inkább csak a magasfokú műveltség látszatát keltsék...

Nagyon mélyre menő gyökerei vannak ezen felfogásnak és sajnos, nem merem mondani, hogy teljesen alap-talan volna, mert ott a hol a politika annyira dominál, mint a hogy eddig nálunk dominált, a hol szenvedélyes pártküzdelmek a népelet minden vonatkozásában éreztették demoralizáló hatásukat, ott csak általános bizalmatlanság lehetséges.

De mert a viszonyok ilyenek, a néphangulat ilyen, s mert másrészt a közegészség és a népjóléti ügyének gyökeres reformja, intenzív ápolása nélkül meg nem állhatunk: szükséges, ha erőszakkal is, hozzáfogni ahhoz a nagy munkához, melyet csak egy külön ministerium végezhet eredményesen, már csak azért is, mert ha nem csinálunk belőle politicumot, ha nem nyújtunk alkalmat arra, hogy külön minister személyes ambícióját elégítse ki tárczája ügykörének ápolásával, mely ápolás ily módon biztosítva van akkor is, ha politikai viszonyok változást okoznak a minister személyében: célunkat nem fogjuk elérni, mert a közegészségügy és népjóléti sokkal nagyobb dolog, semhogy meg lehetne elégedni azzal, hogy egy különben is nagy ügykörű ministeriumnak egyik aránylag csekély befolyású osztálya által képviseltessék.

Beszédem folyamán már szóba hoztam azt a sokszor hallott ellenvetést, hogy az önálló egészségügyi és népjóléti ministerium már azért is lehetetlen, mert a végrehajtásban a belügyministerium alá tartozó közigazgatási közegekre van utalva.

Engedjék meg, hogy erre még egy pillanatra visszatérjek. Semmit sem tartok mesterkéltnek vagy legalább túlkonzervatívabb ellenvetésnek, mint ezt, s jóllehet előre látom

azt a megütközést, melyet nézetem sok helyen kelteni fog, mégis ki merem mondani a következőt: ha lehetséges volt a pénzügyi érdekek megvédésére az egész országot a pénzügyigazgatóságok egész hálózatával bevonni és végrehajtó közegekként fegyveres pénzügyőrséget szervezni, ha minden szolgálatban levő pénzügyőrnek joga, sőt kötelessége bármely házba betenni lábát, melyben gyanítja, hogy engedély nélkül pálinkát főznek, vagy az engedélyezettnél nagyobb üstben vagy nagyobb mennyiségben; ha az országban senki sem szívhát szűzdohányt a nélkül, hogy ki ne volna téve azon veszélynek, hogy egyszer csak betoppan a pénzügyőr stb. stb., vajjon miért ne lehetne a közegészségügy sokkalta nagyobb érdekeinek megóvására ugyanilyen mintára egészségügyi igazgatóságokat vagy felügyelőségeket és egy közegészségügyi őrséget szervezni, mely nemcsak az észlelt és közegészségi törvénybe ütköző hiányokat volna hivatva megszüntetni, de olyan functiókat is végezne — p. o. fertőtlenítést, betegszállítás stb. —, melyekre az ország legtöbb helyén eddig hivatott közeg nincs.

Tehát azzal végzem beszédemet, hogy nemcsak egy külön közegészségi és népjóléti ministeriumra van szükség, hanem hogy annak végrehajtó, a megyei közigazgatástól független szerveiről is kell gondoskodni, azaz megyei vagy kerületi egészségügyi igazgatóságokról vagy felügyelőről és az ezek rendelkezésére álló, a pénzügyőrség mintájára szervezett közegészségügyi őrségről.

Ha az említett pénzügyi szervezetet bele lehetett illeszteni az állami gépezetbe, akkor biztos, hogy módot lehet találni ezen új szervezet beillesztésére is.

PÁLYÁZATOK.

146/1916. eln. sz.

Az igazgatásom alatt álló pozsonyi állami kórházban üresedésben levő, évi 1600 K fizetéssel, természetbeni lakással, fűtéssel, világítással és I. osztályú élelmezéssel javadalmazott másodorvosi állásra ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom ennél fogva az érdeklő orvosudor urakat, a kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy I K-s bélyeggel ellátott szabályszerűen okmányolt pályázati kérvényeiket hozzám 1916. évi november hó 6-án délelőtt 11 óráig annyival is inkább nyújtsák be, mert a később érkezett vagy kellően fel nem szerelt pályázatokat figyelembe venni nem fogom.

Pozsony, 1916 október 12.

Dobrovits Mátyás dr., kir. tan., főorvos, igazgató.

Diplomás orvos vagy orvosnő kerestetik a lipótmezei állami elmegyógyintézetben.

Az állás javadalmazása 2200 korona évi fizetés, lakás, fűtés, világítás és I. oszt. élelmezés.

Az állás lehetőleg azonnal elfoglalandó.

A budapest-lipótmezei állami elmegyógyintézet igazgatósága.

Orvos helyettesítést vállal

délelőtt 10 órától. Választ a fizetés megjelölésével a

„Petőfi” irodalmi vállalatához, VII., Kertész-utca 16



Tabl. Ferri Protoxal.

Dr. Deér

sine et cum arseno

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

4437

Walthers' Elixir Condurango peptonat. Immermann?



Kiváló stomachicum.

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

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

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

Irodalom és próbálvegek mindenkor szívesen állnak rendelkezésre.

Egyedüli készítő

F. WALTHER, Chem.-pharm. Laboratorium

STRASSBURG, Elsass, Rheinziegelstr. 12.

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

FÁJÓS LÁBAKRA ajánlja —
FEGERŐ ADOLF FIA készítményeit
ortopéd orvópáster
Budapest, Kossuth Lajos-u. 4

Narsodil Dr. Szelényi

A szakkörök egyhangú véleménye szerint a subkután alkalmazásra szolgáló legtekélyesebb magyar arsenkészítmény. Köbcentiméterenként 0.05 gramm, illetve 0.10 gramm dimethyl-natrium arsenatot tartalmaz ampullákban.

Teljesen steril.

Mellékhatásoktól mentes.

Legerősebb arsen gyógyhatás.

Nem mérgező.

Sohasem bomlik, tartós.

Dr. Szelényi-féle Narsodil-injectio a vörös vérséjtek számát szaporítja. Különösen indikáltak anaemia, kezdő tuberculosis, chlorosis, malária, neufalgia, neurasthenia, stb. stb. eseteiben, továbbá idült bőrbajoknál: psoriasis, ekcema, lichen ruber stb.

Kis doboz 3 korona. Nagy doboz 4 kor. 50 fill.

Gyártja: Dr. Szelényi Árpád, vegyészeti gyára, Debreczen.

Dr. EGGER-féle készítmények külföldi szerek pótlására:

Syrup Hypophosphit comp. Dr. Egger.

Natr. Kakodyl injectio Dr. Egger.

Strophantin és Strophantus-Tabletta Dr. Egger.

Kola Granulée Dr. Egger.

Theobromina Dr. Egger.

Corrosol. Inject. intramusc. antiluetic.

Tablion Dr. EGGER az angol tabletták helyettesítésére.

EGGER EMULSIÓ
KITÜNŐ CSUKAMÁJOLAJ KÉSZÍTMÉNY