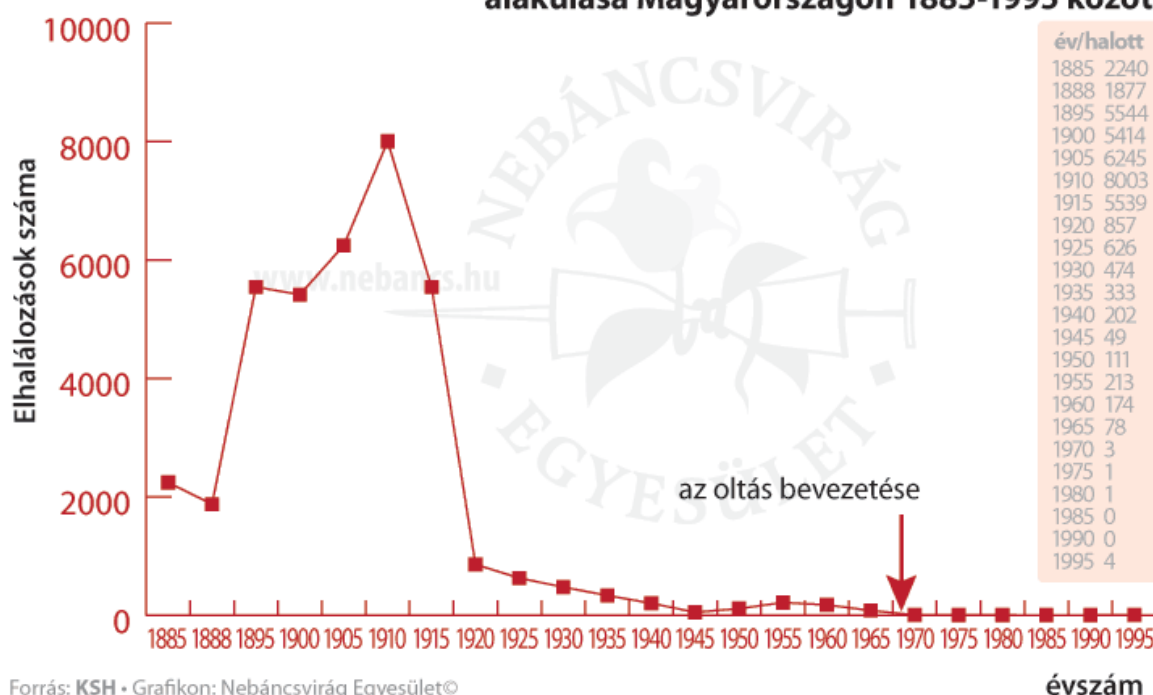
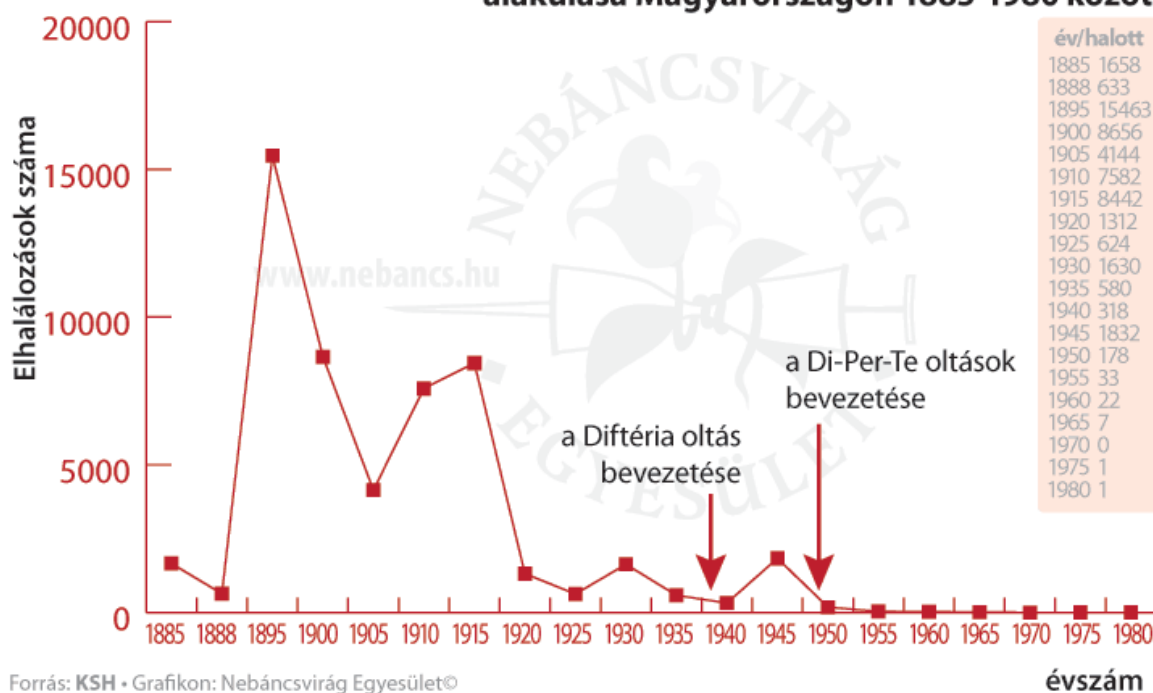


## KANYARÓ

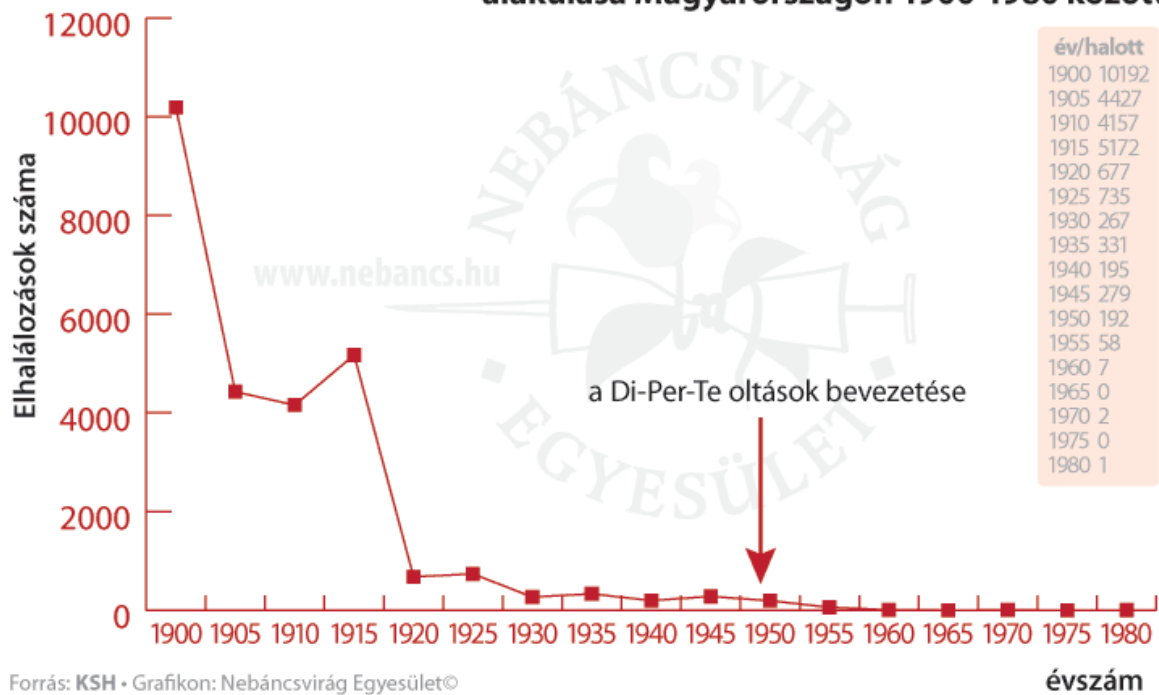
A kanyaró következtében elhunytak számának alakulása Magyarországon 1885-1995 között



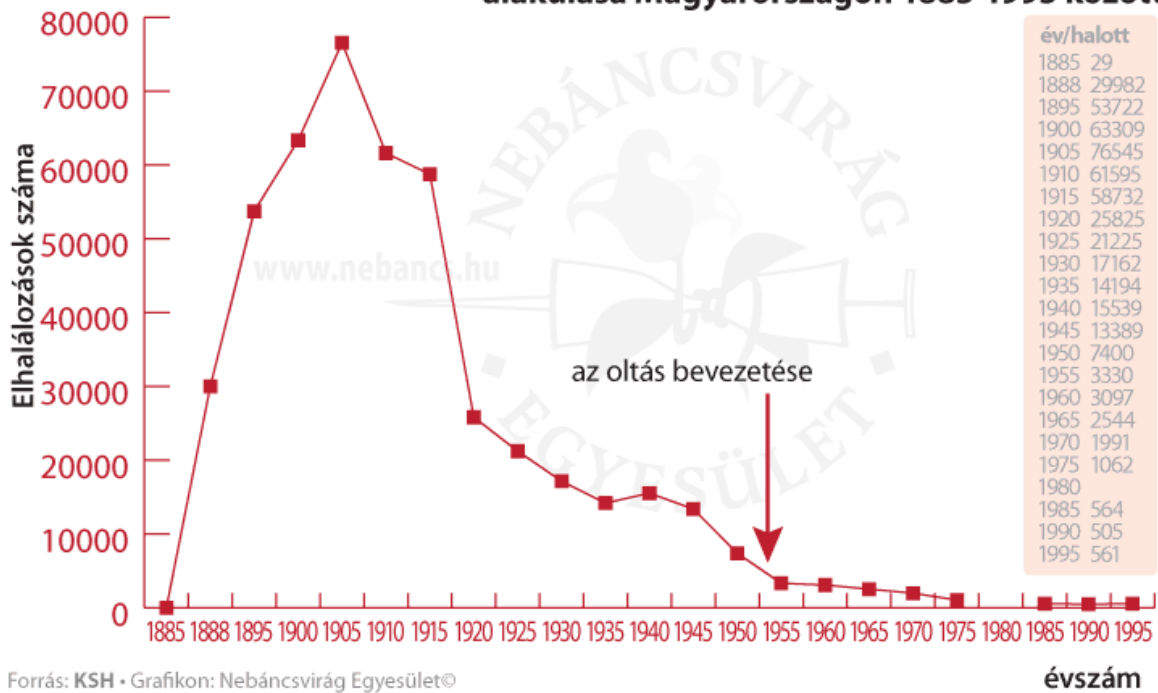
**DIFTÉRIA** (torokgyík–toroklob)  
A diftéria következtében elhunytak számának alakulása Magyarországon 1885-1980 között



## PERTUSSIS (szamárköhögés) A szamárköhögés következtében elhunytak számának alakulása Magyarországon 1900-1980 között



## TBC (tuberkulózis – gümőkór) A tüdőgümőkór következtében elhunytak számának alakulása Magyarországon 1885-1995 között



Forrás: KSH • Grafikon: Nebáncsvirág Egyesület©

évszám



**Előfizetési ár:** helyben egész évre 9 frt., félévre 4 frt. 50 kr., vidéken egész évre 10 frt., félévre 5 frt. A közlemények és fizetések bérmentesítendők.

**Hirdetésekkért** soronkint 10 ujkr.

**Megjelen minden vasárnap.**  
Megrendelhető minden cs. kir. postahivatálnál, a szerkesztőségnél, ujtér 10. sz., és Kilián Gy. könyvkereskedésben vaczi-utca Parkfrieder-féle házában.

# ORVOSI HETILAP.

Honi s külföldi gyógyászat és kórbuvarlat közlönye.

**Tizedik évfolyam.**

Felelős szerkesztő és tulajdonos **Markusovszky Lajos** tr. Főmunkatárs **Balogh Kálmán** tanár.

**Tartalom:** Bókai J. tr: Jelentés a jelenleg Pesten uralgó kanyaró-járványról. (Vége). — Hamary D. tr: Magán-gyakorlati naplóból. II. Petroleum égetés által okozott nagy terjedelmű sebek és fekélyek. Gyógyulás. III. Függyök a czombokon. IV. Idegen testek az orrlükakban és fülben. — Könyvismertetés: A gégebajok. Irta Navratil Imre tr. — Lapszemle. Lányéktáji ütér-tárgulat; a külső csipőütr lekötése; gyógyulás. — Az Addison-féle kórról. — A végbél hőmérséke az ázsiai choleraanál. — Beszélési képtelenség egy esete.  
**Tárhoza:** A háború és az orvosi hivatás. — Torday Ferencz tr. január—ápril havi kimutatás a pesti szegény-gyermekkörházról. — Győri orvos-gyógyszerészi egylet. (Vége). — Vegyesek.

## Jelentés a jelenleg Pesten uralgó kanyaró-járványról.

Bókai János tr., gyermekkörházi igazgató főorvostól.

(Vége)

A járvány kezdetén a kanyaró a legtöbb esetben szövődések nélkül folyt le, április közepe óta azonban ezeket gyakrabban észleltem. A befolyás, melyet a szövődések a körlefolyásra gyakoroltak, leginkább azok természetétől és kiterjedésétől, nemkülönben a gyermek korától függött; mert míg egyszerű hörglob, vagy körülírt tüdőlob, vagy csekélyebb bélhurut a lefolyást nagyobb gyermekeknél nem zavará, addig hasonló természetű és kiterjedésű bántalmak képesek valának a kisebb koru gyermekek életét veszélyeztetni; ugyanazon természetű szövődések pedig, ha tovább terjedtek, nagyobbaknál is okoztak veszélyes rendellenességet a lefolyásban.

Részletezve a különféle szövődéseket, eddig következőt tapasztaltam:

Az idegrendszer részéről azon eseteken kívül, melyekre a kezdeti és kitörési időszak tárgyalásánál hivatkoztam, csak még néhány gyermeknél fejlődtek az elősoroltakhoz némileg hasonló kórtünetek, a nélkül azonban, hogy mindig bizonyos önálló agybántalmi szövődésig emelkedtek volna. Magán-gyakorlatomban észleltem egy 4 éves fiúcskát, kinél a virágzási időszakban a gyorsan fellépett tünetek összege a lágy agykérlob fejlődését kétségen kívülé tette; a gyermek 2 nap alatt meghalt, de nem bonczoltathatott. Több ily esetet nem észleltem, s általában mondhatni, hogy ezen szövődések a ritkák közé tartoznak.

A külérzéki szervek közt leggyakrabban találkoztam szembántalmakkal, melyek sok esetben nagyobb foku hurutos köthártya-, egyesekben szemhéjmirigy- és néhányban hártvás köthártyalobalakjában léptek fel. Fültakárokot csak kivételesen észleltem. Gyakrabban láttam, hogy az orrtakthártya elválasztása rendellenesen növekedett s a különben híg váladék sűrűbb lön.

Száj és garatür-bántalmak szövődésükpen május kezdetéig ugyan ritkán fordultak elő, de azóta igen számos esetben van alkalmam ezek észlelésére és azon kedvezőtlen tapasztalásra, hogy a kanyaró rendes enyhülése és eltünése után is a beteg üdülését fölötte késleltetik, minthogy a gyógykezelésnek makacsul ellentállanak s az elgyengült szervezet igenis szükséges táplálását gátolják. Ezen bántalmak közé nem számítom az egyszerű hurutos száj- vagy garatlobot, melynek jelei néha már a kezdeti időszakban — mint fenn említettem — találhatók, — hanem sorolom ide azon roncsoló természetű fekélyeket, melyek nevezetesen az ajkakot lepik el s itten a belfelületről igen gyorsan a külfelület felé terjednek. Fejlődésük kezdetén a sötét-vörös duzzadt ajkakon vagy szennyes fehéres réteggel bevont s könnyen vérző repedéseket találunk, vagy pedig az ajkak pirját szennyes fehéres foltok fedik, melyek csakhamar tömöttebb s kiterjedt réteggé válnak; mindkét esetben a rétegek oly hártvává alakulnak, mely a takhártya szövetével szorosán összefügg s róla le nem válik, vagyis a hártvás réteggé alakult rostonyás izzadmány a takhártya szövetébe szürödött. A további lefolyás alatt azt látjuk, hogy a hártvás réteg szétmállik s az illető felület szétroncsoltatik, hogy ezen roncsolás az ajkak pirját egész hosszában, leggyakrabban a szájzugokban és kifelé túlhaladja, miáltal az ajkak kirágódott nyers csupasz külemet nyernek. Befelé a folyamat az ajkáról a foghúsra szokott terjedni; sokszor a nyelven, a pofák belfelületén, a szájpádon, a lágyínyen, mondolákon és a garat falzatán is kisebb-nagyobb kiterjedésben találhatik s akkor a kórjósolatot igen kétessé teszi. Én ezen kórállapotot tisztán diphtheriticus természetűnek tartom és diphtheriticus szájlóbnak nevezem, eltérven a stomatitis ulcero-membranacea elnevezéstől, mely hasonló bántalmak jellegzésére sok gyermekorvos által használtatik, de tág fogalma miatt sok másnemű szájbántalomra is alkalmaztatik. Különbözik a vörhenynél fellépő diphtheriticus torokbántalomtól észleléseim szerint az által, hogy az utóbbinál az



izzadmányos kórfolyamat legtöbbször a mondolákon kezdődik s innen a lágýínyre, a garat falazatára, felfelé az orrüregbe, az Eustach kürtön át a dobüregbe, lefelé néha a gégére terjed s magát megfelelő tünetei által külföli; kanyarónál ellenben többnyire az ajkakon kezdődik az s innen a fennemlitett módon terjed tovább. Vörhenynél a torokbántalom első kezdete már a kezdeti időszakba esik, kanyarónál azonban a vázolt szájbántalom inkább a lehámlási időszakban fejlődik ki. Természetükre nézve különbséget nem találtam.

Ép erős alkatu egyéneknél a kanyaró tartama alatt fejlődött ronszoló szájbántalom nem teszi azon pusztításokat, melyeket gyenge alkatu senyves gyermekeknél oly gyakran bekövetkezni látunk, hanem a korlátolt rakodmányok szétesése után kezdődik a sarjadzás és hegedés, azon éktelenítő forradások hátramaradása nélkül, melyeket sokszor kiterjedt ronszolások után a száj körül későbbben találunk.

Gégébántalmakat szövődésképen a mostani járvány alatt ritkán észleltem; a fenn elősorolt eseteken kívül május folytán fordult ugyan elő még néhány, de ezek valódi crouposus jelleggel nem bírtak, mint azt a későbbi lefolyás is bizonyítja. Részesülését a gégének a száj- és garatür diphtheriticus bántalmában egyes esetekben a lefolyt hétben észleltem; ezek lefolyása kedvezőtlen volt. Egyszerű hurutos gégelobok nem nehezítik a kanyaró folyamatát.

A leggyakrabban észlelhető szövődéseket képezik a mostani járvány alatt a hörg- és tüdőbántalmak, nevezetesen a hörg-, hörgöcs-, hurutos tüdőlob és néha a crouposus tüdőlob is. Az első három bántalom gyakori fellépése kanyaró alatt könnyen megfejtethető a heveny fertőzési kór természetéből, melynél fogva itt a légutak takhártyája a szenv körébe már kezdetileg bevonatik, önálló bántalmak fejlődésére tehát annál könnyebben szolgáltat alkalmat; hozzá járul továbbá a gyermek szervezete részéről azon kedvező körülmény, mely szerint a hörgtakhártya különös hajlammal bír hurutokra, s hogy ezen hajlam annál nagyobb, minél fiatalabb és gyengébb a gyermek. Ha ily hörghurut az első gyermekkori időszakokban fejlődött, csekély befolyások kívántatnak arra nézve, hogy hajszáli hörglob — hörgöcslob, bronchitis capillaris — fejlődjék, s ez bekövetkeztén, ismét legegyszerűbben történhetik átmenet a hurutos tüdőlobba, és pedig vagy egyenesen: az igen heveny esetekben a hurutos lobnak a tüdősejtek falazatára való elterjedése által, — vagy hevenydeden: a bekövetkezett tüdősejtek lohadása — tágulatlansága, atelectasis — folytán. És valóban számosak voltak azon eseteim, melyekben ezen fokozatos továbbterjedést észlelhettem. Fenn tartom magamnak más alkalomra ezen kórállapotok részletes taglalását, ne hogy a kitűzött tárgytól nagyon eltérjek; jelenleg még csak azon mozzanatokat akarom felemlíteni, melyek a kanyaró lefolyására hatással voltak. A hörghurut, ha kiterjedt volt is, nagyobb gyermekeknél nem okozott komoly szövődést, de annál veszélyesebb volt kisebb gyermekekre nézve, kiknél hamar a hajszáli hörgökre terjedt, a

légzést nagy fokban nehezítvén; ily körülmények közt a váladék felköhögése is gátoltatván, a légutak megteltek nyákkal, a levegő felvétele elégtelenné vált s akkor a kis beteg élete gyakran nagy veszélyben forgott. A hurutos- vagy hörgtüdőlob fejlődése még komolyabbá tevé a kórképet, főleg ha az elterjedtebb vala, ha mindakét tüdőben fellépett. Az utolsó időben — május havában — ezen szövődésnek több gyermek esett áldozatul.

Mind ezen szövődés alatt fokozódott a láz és növekedett a köhögés az egyes bántalmaknak megfelelő sajátságával. Kórjóslati tekintetben sok függött a bántalmak elterjedésének meghatározásától, mi gyermekeknél elég gyakran nehéz feladat, mely azonban némi ügyességgel és tapintatos eljárással mégis mindig megoldható.

Crouposus tüdőlob a kanyaróhoz csak kivételesen szövődött; megkülönböztetése a hurutos tüdőlobtól kanyarónál nehézségekkel jár, de irányúl szolgál: hogy a hurutos tüdőlob inkább a tüdő alsó karélyaiban kezdődik s innen a gerincoszlop közelében felfelé halad, ellenben a crouposus tüdőlob a karélyok időmát követi; hurutos tüdőlobnál a láz foka inkább ingadozik, míg crouposusnál állandóbb nagy foku; a láz enyhülése ott hosszabb idő alatt s kevésbé rendszeren történik, itt ellenben rövidebb idő alatt és rendszeres fokozatban; a természettani kórjelek amott kevésbé jellemzők, mint itt a crouposus tüdőlobnál; a lefolyás a hurutos lobnál gyakrabban szerencsétlen, a crouposusnál többnyire szerencsés.

A légzési szerveknek ezen bántalmi többnyire már a kitörési és virágzási időszakban társultak a kanyaróhoz.

Néhány esetben a kanyaró hőkhurutban szenvedő gyermekeknél fejlődött; ezen szövetkezés fölötte kedvezőtlen volt, minthogy ilyenkor a légutak lobos bántalmi annál bizonyosabban felléptek és kisebb gyermekeknél kedvező lefolyásra csekélyebb reményt nyújtottak.

Az emésztési szervek bántalmi sem hiányoztak a kanyaró szövődései közt; legtöbbször a bélhurutot — hurutos hasmenést — láttam szövetkezni e küteggel. Mérsékes hasmenés, ha a kitörési szakban jelentkezett is, nem zavarta a virágzást; igen számos nyálkás vagy savós székürülések azonban nem maradtak káros befolyás nélkül a kanyaró további folyamára. Vérhast nem észleltem a mostani járvány alatt kanyarós betegeknek.

Vesebántalmak, nevezetesen heveny Bright-kór iránt figyelemmel voltam főleg kórházi betegeimnél, de a különböző időszakokban vizsgált számos esetek egyikében sem sikerült fehérvérnyét a húgyban feltalálni.

A zavarok, melyeket az elősorolt szövődések a kanyaró lefolyásában okoztak, nyilvánultak majd a láz rendellenes fokozódása-, majd a kitörés késleltetése-, majd a virágzás tökéletlen előtünése vagy ennek időelőtti elhalványulása által. A virágzó kütég rögtöni eltünését egy 8 hónapos csecsemőnél tapasztaltam, kinél az igen elterjedt hurutos tüdőlob fejlődése



alatt a foltok még az nap tökéletesen eltűntek, úgy hogy a délutáni órákban már azok nyomait sem találtam. Különböző ezen tökéletes gyors eltűnés csak ritkán jön elő, s a foltok nyomait sokszor napok után is láthattam még magasabb fokú szövődéseknél is. Megjegyzem egyszersmind, hogy a kúteg időelőtti rendellenes elhalványulása vagy gyors eltűnése mindenkor csak a szövődés fellépése után észleltetett, de sohasem előtte; a kútegnak úgynevezett visszalépése tehát mindig a fejlődött veszélyes szövődés jelenlétéből magyarázható, nem pedig ellenkezőleg, mint az még ma is sokszor hibásan történik.

Az általam észlelt utóbántalmak eddig többnyire olyanok voltak, melyek a szövődésekből származtak; ezek közül leginkább találkoztam hörghurutokkal, melyekből egyesek hökhuruttá váltak; némely esetben párosult a hörghurut gégehuruttal. Roncsoló szájlob szintén fordult elő utóbántalom gyanánt, de vízártot — nomát — és roncsoló szeméremajklobot a mostani járvány alatt még nem láttam. Tiszta croupus gégelobot e napokban egy 3 éves fiúcskánál a kanyaró lehámlási szakában találtam. Tüdőgümőkór fejlődése, utóbántalom gyanánt, már több esetben bizonyult be, s valószínűleg ezentúl még számosan fog előfordulni. Vízkór eddig egyetlen egy esetben sem tapasztaltatott, mi azon körülménnyel, hogy fehérszínét a húgyban nem találtam, összhangzásban áll. Görvélyes gyermekeknél többször kelevények (furunculi) fejlődtek a kanyaró után, angolkórosoknál makacs hörghurutok, gümőkórosoknál-bujasenyveseknél sorvadás, ha a betegek a kúteg tartama alatt a szövődéseknek — melyekre ezen senyvek kiváló hajlamot szolgáltatnak — áldozatul nem estek.

Egy 5 éves fiúcskánál a kanyaró rendes lefolyása után erős váltóláz rohamszerűen jelentkeztek; nehánynál ezen rohamszerű kevéssé tiszták voltak, de kinalra szűntek.

A felemlített szövődések és utóbetegségek, tapasztalataim szerint, nem annyira külső káros hatások folytán fejlődtek, mint inkább azon különös egyéni hajlamnál fogva, melyet a gyermek kora, alkata, szervezetének gyöngesége egyik vagy a másik bántalom iránt mutatott. Mert láttam, hogy számtalan gyermeknél még a legegyszerűbb hygienicus rendszabályok sem vétettek figyelembe, — s a kanyaró lefolyása nem zavartatott; láttam, hogy gyermekek a virágzó kúteggel zordonabb időben is az udvarban játszottak, az utcán kóborogtak s mint kóborlók a gyermek-kórházba hozattak, a nélkül, hogy szövődések vagy utóbántalmak fejlődtek volna. Ily tapasztalatok — úgy hiszem — a szövődések iránt eddig táplált megrögzött ferde nézetek módosítására befolyással leendnek.

A kóroktant illetőleg a kanyarónak ragályos általi továbbterjedése a legtöbb esetben kimutatható vala; ha egy családban valamelyik tag a kútegtől megfertőzött, az rendszeren rövidebb-hosszabb idő alatt több gyermeknél, néha felnőtteknél is kifejlődött. A mely házban a kanyaró egyszer fellépett, annak mindig több lakóját látogatta. Felmentve maradtak a családokban azon gyermekek, kikről bebizonyult, hogy

más alkalommal már a kanyarón át estek. Arra nézve: vajjon fejlődhetik-e kanyaró ugyanazon egy egyénben kétszer, tapasztalataimból merített tényekkel egyelőre igenlőleg nem felelhetek; mert azon eseteimben, melyekben én a kúteget már máskor észleltem volt, eddig nem tapasztaltam, hogy az másodszor is fejlődött volna. Orvosok és szülők által említettnek ily esetek, de kérdés nem csaldóttak-e első vagy második ízben? Így egy tapasztalt tábortorvos társam, kinek két gyermeke jelenleg kanyaróban szenvedett, állítja, hogy gyermekei három év előtt egy vidéki városban már ezen kútegen át estek volt; hasonló más orvos-társaim is állítanak. Hogy fölcserélések néha könnyen történhetnek, ezt egyszer-mászor mindnyájan tapasztaltuk.

Az elkülönzés elégtelennek bizonyult, ha a gyermekek a kezdeti időszakban együtt voltak, s határozottan állíthatom, hogy a kanyaró már ezen szakában is ragályos természettel bír; czáfolyhatlan tapasztalataim tanúskodnak állításom mellett.

A gyermek különböző korában általában egyiránt bír ugyan hajlammal a kanyaró-ragály fogamzására, de tagadni nem lehet, hogy a csecsemőkori első fele aránylag csak kis részlet által van képviselve a mostani járványban.

A kóralakok közül leginkább a légzési szervek bántalmái növelték a hajlamot kanyaró iránt, s én hajlandó vagyok a járvány gyors és nagy kiterjedését épen ama körülménynek tulajdonítani, hogy a járvány kezdete idején a légzési szervek hurutos lobjai kiválóan uralkodtak.

Gyógyeljárásom az esetek egy részénél szigorú étrend mellett beváró volt, másoknál a tünetek súlyosbulása szerint választottam meg a szereket és rendeltem nagy fokú láz mellett légsavas szikéleget (natrum nitricum) vagy magában, vagy ha tüdőlobos tünetek fenyegettek, gyűszünke-forrázatban; a hánytatóborkövet kerültem, azon kedvezőtlen mellékhatása miatt, melyet gyakran a bélhuzamra gyakorol; agyi tünetek fellépésénél hideg borogatásokhoz nyúltam s két esetben nadályokat is alkalmaztattam; fenyegető gégeloboknál hánytatókat adtam, s ezek hatása után savas szénsavas szikéleget (bicarbonas sodae) vagy szénsavas haméleget (kali carbonicum) rendeltem, de ilyenkor mindig nagy adagban (1—2 terecs 2—3 obon vízre). A hörgöcslobnál sokszor, a hurutos tüdőlobnál néha adtam hánytatót, többnyire hánytatógyökérből, utána vagy gyöngye hánytatógyökér- vagy senega-forrázatot liquor ammonii anisatussal. (Dec. senegae ex scrup. 1. unc. duas; Liq. ammon. anisati gutt. octo; Syr. simpl. unc. semis. Óránkint gyermekkanállal), vagy a körülmények szerint szénsavas szikéleggel. Bóditó szereket, nevezetesen mákonyt — Doverport, mákony-föstenyt — elég gyakran használtam részint hörg-tüdő-bántalmaknál, részint hasmenéseknél, utóbbi esetekben sokszor cersavval kapcsolatban. Roncsoló szájlob ellen a halvsavas haméleget (kali chloricum) belsőleg-külsőleg használtam, ezenkívül többször belsőleg kinalt, külsőleg pokolkövet. Italtól betegeimnek vizet nyújtottam, felmentvén



őket egészen az izzasztó theák ivása alúl. Nyolczadik napra a virágzás után a gyermekeket rendesen kibocsátottam; több esetben a második hétben langyos fürdőt is alkalmaztattam.

### Magán-gyakorlati naplóból.

Hamary Dániel tr.

#### II. Petroleum égetés által okozott nagy terjedelmű sebek és fekélyek. Gyógyulás.

Egy élte legszebb virágában levő 18 éves piros pozsgás, arányos testalkatu tatai hajadon mult évi február végén, este amint egy kerek asztal mellett ülve farsangutói beszélgetésbe merült, az asztalon levő nagy üveg-gömbös petroleum lámpa, az asztal megtaszittatván, eldült s a házias öltözetére loccsanó, folyó és égő petroleumtól pillanat alatt lángok közé jutott, a midőn az asztalt, a mellette levő pamlagot, székeket és padlót szinte hatalmasan fellobogó lángok borították el. Kétségbeeső ijedelem közt, rivalgva rohant, lánggal égvén egész öltönye, a mellék szobába segélyért, onnan a konyhába, innen az udvarra; míg a szobában a veszélyen kívül levők a butorok és pallók lángjait iparkodtak ijedten oltani, addig az ijesztő rivalgásra az udvarban levők is fölriadva rohantak az égő hajadon felé, ki dézsa vízzel, ki hóval törekedett a szerencsétlent a pusztító lángoktól megmenteni, a házi gazda pusztá kezeivel horzsolta, nyomkodta az égő ruhákat, majd tépte, szaggatta, a mint a vészes pillanatban ötlete hozta magával; és sikerült is a lángokat eloltani, de csak akkor, mikor már a kétségbeesett leány minden öltönye fölemészte a lángoktól, fekete, barna mállékony foszlányokban hullott le megégett teteméről. Negyed óra nem telt bele, hogy a rémitő eset után a hely színén megjelentem; akkor már a „tűz próbát“ valóban kiállott szép hajadon ingbe s fehér alsó szoknyába átöltözve gyorsan járkált fel s alá egy szobában jajgatva, sirva, zokogva szörnyű helyzetében, valamint a háziak is mind elrémülve valának az esemény megrendítő volta miatt.

Mint hogy ily esetekben is a női szemérmes és szüziesség érzelmét kimélni tartozunk, csak a legnagyobb gyöngédséggel kémelem ki a test részeit a kinok közt levőnek, melyeken a pusztító lángok égetőn fájó nyomokat hagytak és melyeket megkimélték.

Homlokán, szájszélein, valamint állán és nyakán 2—3 heiyen  $\frac{1}{4}$  hüvelyknyi téren mutatkoztak égetett részek; fekete kondor hajfürtjeit halántéka és homloka fölött valamint szemöldjeit is megpörzsölték a lángok. A jobb fölkarja belfelületén kisebb-nagyobb térben, a könyök-bőr pedig egészen első fokulag megégett. A bal fölkar bőre, a hónaljtól egész az alkarra áthatólag a megkeményedésig megégve, kivevén a fölkar közepetáját, hol a ruha ujja valami ruganyos kötővel volt megszorítva, e kötőnek alatta félhüvelyknyi szélességben menten maradt a bőr s később gyógyulás alatt is, midőn a fölkar, leválván a keményre égett bőr róla, csupasz volt, ritka látványt nyújtott, mint épen maradt bőrgyűrű, melytől igen szépen kezdődött alá és fel a szemcsésedés. A hát a laposontoktól mindakét oldalon egész a keresztjáig, valamint az alfél domborai a lángok martalékaul jutottak, úgy, hogy azokról is a felbőr lehámlott. A czombok belfelületei csak itt-ott voltak érintve a tüztől, de a térdek a kalácsok fölött s oldalvást fölpiroslottak a megégetéstől.

A reményvesztett leány rimánkodva esdett segélyért, mit azonnal eczetsavas szunyal belsőleg való adagolásával, valamint jeges víz borogatásokkal azon helyeken, hol csak első fokulag égetés volt, meg is kezdtük, hol a bőr leválva volt, olaj, zsír és faggyu keverékéből készült irat ruhákra kenve alkalmaztunk.

Másnap, harmadnap s így tovább mindig jobban, de leginkább úgy a 15—20-dik nap körül az eset után tünt fel egész borzasztóságában e sokat tűrő és szenvedő, de egyszersmind lélekerős hajadon testi állapota, midőn bal felkarjáról az üszkösödésnek indult bűzös bőr, a már említett ép gyűrű alakú

rész kivételével levált, s folyton vérszörkedések által lett nedvessé. Hasonlag lefoszlott a hátról is a bőr, de itt a genyedés nem volt oly nagy foku mint a fölkaron, lefoszlott az alfél domborairól is, valamint a térdekről.

Gyógyeljárásunk az egész idő alatt mindig csak fájdalom-nyhító szerekből állott, valamint belindítókból belsőleg, — külsőleg tisztán tartás, naponkint 3—4-szer lemosogatva langyos mályva-lévvél és zsír, faggyu, és olaj keverékéből álló kenőcs alkalmaztatott minden tisztázás után. Midőn a sebláz nagy fokulag előtérbe lépett, légsavas haméleg adagoltatott zilizgyökér-főzetben s egyéb elvezetők.

Tanácskozmányban egy orvos társam borogatóul olajos-mészvizet ajánlott, de e szer, a mellett hogy rendkívüli fájdalmat okozott, a bőrtelen részeken erős vérszivárgást idézett elő. Félre kellett tennünk s az előbbeni szereket használnunk. Hiszen a jól szemcsésedésnek induló részeket a mésvizzel csak akadályoztuk volna, mert az szárít, pedig ott, hol szemcsésedésnek kell lenni, arra nem csak szükség nincs, hanem még káros is. Igen is, büszhődt fekélyeknél megjárja egy ideig, de a hol a seb tiszta, ott enyhén bevonó szerek legajánlhatóbbak, ezek pedig általában csak a zsír, faggyu és olajfélék. A bujalkodó sebfelületeket itt-ott pokolkövel érintgettem.

A derék, jó kedélyű leány, kinek életéhez senki nem kötött reményt kivültem, három hónap alatt meggyógyult s azóta barátnői, általában jó ösmerői előtt élénken szól sokszor a kiállott „tűzpróbáról.“

Az említett házi gazda öt hét alatt heverte ki baját, akkor t. i. mikor minden ujja utolsó perczéről a tenyérfelületen a megégett bőr levált s szemcsésedés útján uj keletkezett; az első hétben mások ettették és itatták, mert kezével a nagy fájdalom miatt semmit nem foghatott; öt is eleinte jeges vízborogatásokkal láttattam el, midőn a visszaható lob támadt, zsír, olaj, majd faggyu keverékéből készült kenőcsöt használtunk miként a hajadonnál, belsőleg időnkint fájdalom-nyhítóket és elvezetőket.

#### III. Fügölyök a czombokon.

A bujaszerelem mezején küzdött, alig 20 éves, deli természetű, igen előzékeny magaviseletű tatai hajadon, szinlett félelemmel és álszemérmes szenvelgéssel kopogatott be hozzám ez előtt mintegy öt évvel, s előadá, miszerint Pesten léte alkal-mával alkalmasint (!) fürdés közben (?) társnejától (!?) göröngyös kiütéseket kapott czombjain, mely baja miatt a pesti Rókus-kórházba kilencz hónapig hiában gyógyszereltetett; ha lehetséges segítsek én rajta, csak arra az egyre nagyon kér, hogy „lapis“-szal ne bántsam, mert a kórházban úgy is eleget szenvedett a miatt s ez már neki mitsem használ.

A pusztá elbeszélést nem tarthatam elég alaposnak a körjelzésre nézve, szemlét kellett tartanom; de csaknem a boszankodásig vitt szüességet szinlelő modora és vonakodása, míg utóbb leveté álarczát s bemutatá magát egész meztelenségében. Szép, arányos hengerded, fehér czombjainak belfelületén tenyérnyi terjedelemben reszelt tézta morzsalékhoz hasonló kisebb-nagyobb emelkedések voltak láthatók. A göndör fannal jól benőtt petyhüdt kül ivarszervek sok heves összeütközések kellemetlen nyomait mutatták. Az álszüz azonban ezen megjegyzésemet érzékeny sértésnek vevé, a mint arczvonásaiból és kissé aprehensiv hangjából kivehettem.

Lápis-szal nem bántam — mondám — hanem más valami folyadékkal, mely szinte igen fájni és égetni fog, de ha elég türelme lesz, 6—8 hét alatt meggyógyul. Rá állt.

Minden negyed-ötöd nap a fügölyök közül a nagyobbakat egyszer bekentem tömény kénsavval, melybe, hogy annyira folyékony ne legyen, sáfránt tettem, midőn a bekent fügölyök körül visszaható lob támadt, a kisebbeket kentem be minden negyed-ötöd nap s midőn már ezek között is visszaható lob támadt, a bekenést abban hagytam.

A vény formulája ez volt: **Rp.** Acid. sulphuric. concentrat. drach. duas; Croci austriaci drach. semis. MDS. Külhasználatra. E szer kátrány külemű.

A visszaható lob genyedése alatt a fügölyök tenyész-helyeikről lassankint mind eltűntek, míg rendes szemcsésedés



**Előfizetési ár:** helyben egész évre 9 frt., félévre 4 frt. 50 kr., vidéken egész évre 10 frt., félévre 5 frt. A közlemények és fizetések bérmentesítendőek.

**Hirdetésekkért** soronként 10 ujkr.

**Megjelen minden vasárnap.**  
Megrendelhető minden es. kir. postahivatalnál, a szerkesztőségnél, újtér 10. sz., és Kilián Gy. könyvkereskedésében vázlatos utca Parkfrieder-féle házban.

# ORVOSI HETILAP.

Honi s külföldi gyógyászat és kórbuvarlat közlönye.

**Tizedik évfolyam.**

Felelős szerkesztő és tulajdonos **Markusovszky Lajos** tr. Főmunkatárs **Balogh Kálmán** tanár.

**Tartalom:** Bókai J. tr.: Jelentés a jelenleg Pesten uralgó kanyaró-járványról. — Hamary D. tr.: Magán-gyakorlati naplóból. I. Állkapocs-fizsam. — Könyvismertetés. Die medizinische Physik. Von Prof. A Fick. — Lapszemle. A sziklacsont szuvasodása, a belső fejűtér átfekélyedése, a közös fejűtér lekötése. Új készülék a csípőízületi lob kezeléséhez. Az átjárhatlan Wharton-féle vezeték kitérítése.

**Tárca:** A Liebig-féle leves csecsemők számára. Függelékül korábbi közlésekhez. — Győri orvos-gyógyszerészegylet. — Vegyesek. — Szerk. levelezések.

## Jelentés a jelenleg Pesten uralgó kanyaró-járványról.

Bókai János tr., gyermekkorházi igazgató főorvostól.

Az utolsó kiterjedtebb kanyaró-járvány Pesten 1863-ban uralkodott; azóta 1864 és 1865-ben a kanyaró csak szórványosan fordult elő. 1866-ki januárra a gyermekkorház járólagos és bennfekvő betegei közül csak 1 kanyaró esik, februárra 2, mártiusra 16, aprilisra 50 és május 12-éig 15, vagyis összesen a 4 hónap alatt 84 kanyaró eset került kezelés alá. Ha a magán gyakorlatomban az utolsó 8 hét alatt előfordult 40 esetet hozzá számítom, akkor ezen időszak mintegy 120 kanyaró-esettel terheltetik, mi csakugyan a kanyaró-járvány nagy s még növekedő kiterjedéséről tesz tanuságot.

Ha a lefolyt 10 évre vissza tekintünk, kiderül, hogy Pesten 1858, 1861, 1863-ban kanyaró-járványok uralkodtak; a többi években a kanyarós esetek száma csekély volt, sőt 1859-ben egy sem észleltetett a kórházi betegek közt.

Érdekelt tudni a viszonyt, melyben a kanyaró-járvány az összes megbetegedésekhez, a légzési szervek bántalmihoz, a hökhuruthoz áll, és miként viszonylik a vörhenyhez. Ezen viszony földterítésére alapul vettem a kórházi évi kimutatásokat, s könnyebb áttekintés végett az illető számokat táblázatban ide iktatom:

Év	A betegek összes száma	A légzési szervek bántalmái	Hökhurut	Kanyaró	Vörheny
1855	3018	517	65	6	25
1856	3367	735	91	8	8
1857	3207	605	102	23	3
1858	3756	899	115	75	3
1859	3725	609	106	—	6
1860	4007	745	93	11	80
1861	4470	765	121	93	19
1862	4209	756	161	3	4
1863	4629	776	87	164	11
1864	4391	625	45	35	29
1865	4665	784	133	6	52
1866	jan.	390	69	3	1
	febr.	392	93	11	—
	mar.	486	148	4	—
	apr.	557	140	19	50

Ezen összehasonlításból sem a kanyarónak a hökhuruthoz való viszonyára nézve nem nyerünk felvilágosítást, sem pedig a légzési szervek bántalmihoz való viszonyából nem magyarázhatjuk a járvány időnkénti gyors kiterjedésének okait, noha az 1858-ik évi és az 1866-ki martius-aprilisi számok figyelembe veendő adatokat nyújtanak.

A jelen kanyaró-járvány kezdete mártiusba esik, kiterjedése igen gyorsan történt, úgy hogy aprilisban már a város minden részéből a járvány föllépése jelentetett. Budán eddigelé — május közepéig — kanyarót nem észleltem, s ottan gyakorló ügytársaink szerint a kanyaró május kezdete óta csak szórványosan lép fel.

A járvány eddigi jellegét illetőleg azt mondhatni, hogy az általán véve mostanáig jónemű; előfordultak ugyan halálos lefolyású esetek is, de ezek száma aránylag csekély s eddig csak 4-re terjed, noha szövődések (complicatio) elég sok esetben észleltettek.

A kanyaró egyes időszakait birálatilag tekintetbe véve, tapasztalataim következők:

A lappangási időszak (stadium incubationis) tartama igen különbözött, mert míg egyik gyermeknél a ragályzás után már 3—4-ed napra jelentkeztek a kezdeti időszak (st. prodromorum) tünetei, addig másoknál 8—10 és több nap múlt el, míg azok bekövetkeztek, úgy, hogy észleléseim alapján ezen időszak tartamát bizonyos számú napokra nem tehetném. A lappangási időszak alatt sok gyermeknél a rozslét semmi tárgyilagos jelét sem tapasztalhattam, míg másoknál már ezen időben kedvtelenség, ingerlékeny kedély, félbenhagyó gyengébb lázas mozgalmak, zavart étvágy észleltettek.

A kezdeti időszak tartamára nézve hasonló különbségeket találtam; többnyire 4 napig tartott, de voltak betegek ennél sokkal rövidebb kezdeti időszakkal, — így nevezetesen egy 5 éves leánykánál ki, miután öt délelőtt egészen rendes állapotban találtam, a déli órákban még kísértalt, délután mérsékelt láz kíséretében már a kanyaró vöröses foltjait arcában tisztán



szemléltetém. Voltak továbbá oly eseteim is, melyeknél a kezdeti időszak rendkívül hosszúra nyúlt és a heves tünetek más bántalom fejlődését gyanították. Így észleltem egy felnőtt kisasszonyt, ki 11 napon át a legnagyobb fokú lázban feküdt, mely alatt a hőfok  $40,5^{\circ}$  C.-ig emelkedett, kit folytonos fejfájás, álmatlanság, néha-néha elmetévangés kinezott, s kínél a hurutos tünetek azon egész idő alatt hiányozván csak 9-ik napon mérsékes fokban jelentkeztek; — itt rendelő ügytársam beteg rokona fölötti azon aggodalmát és nézetét, hogy valószínűen heveny agybántalom fejlődik, osztani kénytelen voltam, s kedvező jóslattal csak akkor vigasztalhattam, midőn az első elszórt vörös foltocskákat az arczon fölfedeztem. Gyermekeknél sokszor szintén 5—6 napig tartott a kezdeti időszak, de közönségesen csak a rendes hurutos tünetek által vala jellegezve. Ily kezdeti kórjelek voltak: orrhurut híg váladékkal s feltűnő gyakori tüsszköléssel, néhány esetben orrvérzéssel; köthártya-belövelés (ha nem általában, legalább a szemhéjakon) bársonyszerű duzzadással, bő könnyezéssel és fényiszonynyal; gyakori száraz ingerlő köhögés, néha fátyolozott hanggal, rekedtséggel párosulva: 2 fiúnál és 1 leánykánál — mindhárman a 4—5-ik évben — a hangtalanság, az ugató köhögés, a fűrészelő légzés az egész kezdeti és virágzási időszak alatt aggasztá a szülőket és gyanítottá a hártvás gégelob fellépését. Csak egyes esetekben észleltem torokizgatottságot nehezített nyeléssel, a garattakhártya vörösségével és duzzadásával. Hányás a kezdeti szakban ritkán jelentkezett, gyakrabban székrekedés. A láz még a leggyengébb esetekben sem hiányzott, de sokszor oly csekély vala, hogy jelenlétéről csak a hőmérő által nyerhettünk tudomást; sok gyermeknél többször órákon át feltűnően enyhült s mintegy félbenhagyott; — másoknál folytonos és nagyobb fokú volt, ezeknél a kanyaró rendszeren erősebben fejlődött. Fejfájás nagyobb láz mellett nem hiányzott; a közérzés többé kevésbé zavartatott, ha nemis az egész kezdeti időszakban, de legalább a kitörést megelőző órákban, azonban sokszor oly gyenge mértékben, hogy a kitörés a gyermeket az ágyon kívül lepte meg.

A kitörési időszak (stadium eruptionis) jellegezve volt fokozódott láz és zavartabb közérzés által; sok esetben már a kezdeti tünetek hevesebb vagy enyhébb fellépéséből, a kezdeti szak hosszabb vagy rövidebb tartamából lehetett némi biztossággal az erősebb vagy gyengébb kitörésre következtetni, s általában mondhatni: ha a kezdeti időszakban a tünetek enyhék s ezen időszak tartama rövid, akkor a kitörés rendes és mérsékes, — és megfordítva; kivételek azonban itt sem hiányoznak, főleg kisebb koru gyermekeknél, kiknél bizonyos (későbbben felemlitendő) szövődések könnyen társulnak a bajhoz. Egy 3 és egy 4 éves fiúcskánál és egy  $4\frac{1}{2}$  éves leánykánál a kitörés idején agybántalmi tünetek jelentkeztek, jellegezve összehúzódott láta, nagy nyugtalanság, hánykolódás, felsikoltások, félrebeszélés, ránggöresök által; az előhaladt kitöréssel a súlyos tünetek már az első 24 óra mulva enyhültek s azután végkép szüntek, a kanyaró további lefolyását nem zavarván.

A kitörés legelőször mindig az arcban kezdődött, nevezetesen a szemek környékén és a halántéktájon, hol elszórt apró halvány sárgás-vöröses, kissé emelkedett foltocskák jelentkeztek, melyek finom bőrű egyéneknek könnyen, durvább bőrűeknek azonban ezen szakban még nehezen voltak felismerhetők; az első 24 órában az élénkebben fejlődő foltok rendszeren a nyakra, a mellre, a felső végtagokra, a hátra, a hasra terjedtek; a második 24 órában már az alsó végtagok is találtattak ellepve a virágzó kütég által; a harmadik nap végével, vagy a negyedik nap kezdetén a kütég azon rendben, melyben jelentkezett, ismét halványulni kezdett, a láz szünt, a hőmérsék rendes fokára szállott le, a közérzés javulván a gyermek jó kedélye visszatért s az üdülés beköszönt, mérsékes köhögésen kívül más utóbántalmak által nem zavartatván.

A kitörési és virágzási időszak (stadium florescentiae) tehát rendszeren 3 napig tartott; a láz a kitörés alatt érte el tetőpontját,  $39,5^{\circ}$  C. sőt  $40,5^{\circ}$  C.-ig emelkedvén a hőfok; az általános kitörés után a hőfok már a virágzás alatt rendszeren néhány tizedrészszel lejjebb szállott, és azon arányban a melyben a kütég halványulni kezdett, csekély ingadozásokkal, a rendes fok felé süllyedt. Ezen adatok azon esetekre vonatkoznak, melyeknél a kanyaró szövődések nélkül folyt le, jelenlétök a lefolyást mindég zavarta.

Eltéréseket a virágzás tartamára és kiterjedésére nézve elég gyakran észleltem, a nélkül hogy a kanyaró lefolyása azért veszélyesebbé vált volna; így voltak kivételes eseteim melyeknél a virágzás, a kitöréstől számítva, alig 2 napig tartott, de ezeknél a kütéget többnyire igen enyhének találtam; voltak ellenben számos oly eseteim is, hol a kanyaró 6 napon át virágzott, s itt a kütég többnyire erősebben és terjedtebben fejlődött; a láz pedig, mely az elsőknél gyengébb volt, az utóbbiaknál rendszeren magas fokra emelkedett, — vagy pedig a virágzás első-második napján csekélynek mutatkozott ugyan, de azután a virágzás erősebb fejlődésénél feltűnően emelkedett.

A virágzás magaslata (fastigium) ritkán tartott tovább 12 óránál; hosszabb tartamát észleltem a súlyosabb esetekben; itt a hőmérséklet is hosszabb ideig állapodott meg magas fokon.

Észleléseim nyomán némi biztossággal vélem állithatni, hogy a kütég enyhülése (defervescentia) annál rövidebb idő alatt történik, minél gyengébb a virágzás, minél rövidebb ennek és magaslatának tartama; ellenben annál hosszabb idő alatt és annál tökéletlenebb módon történik az ellenkező esetekben.

A virágzás elterjedése számos változatosságokat mutatott, melyek az észlelőt könnyen tévútra vezethették volna, ha csupán a kütéget veszi figyelembe és nem a kísérő tüneteket is. Ugyanis előfordult, hogy a kitörés idején foltocskák helyett apró, gombostűfejnyi emelkedések — kis bibircsók — keletkeztek, melyek főleg a járvány elején nem ritkán fölcserélésekre szolgáltatattak alkalmat még tapasztaltabb gyakorlóknál is, kik a kütéget kezdődő himlőnek vélték tarthatni. Többször történt, hogy állítólagos vörhenyhez hívtam, minthogy a kanyarós



foltok számos helyen, főleg a háton nagy területen összefolytak; de ezen esetekben is felvilágosítást nyújtott a kütég természetére nézve a terjedelmes vörösségnek foltos kinézése, és azon körülmény, hogy a vörösség körül, vagy az összefolyt foltok közt ép bőrszín találtatott, mi ily módon még úgynevezett scarlatina variegata-nál sem fordul elő. Egy kórházi esetenél, több hét óta hasmenésben és hörghurutban szenvedő gyenge 3 éves leánykánál, a kitörés bevégeztével és az enyhülés beálltával az eddig élénk vörös foltok nem halványultak, hanem szederjesekké váltak és ujjali nyomásra többé nem színtelenültek, jelül, hogy ez esetben vérömlenyek is jöttek létre — morbilli petechiales.

A lehamlási időszak (stadium desquamationis) többnyire már a virágzás enyhülésével állott be, és pedig leginkább az arcon, az áll körül, a nyakon; ezen helyeken a korpaalakú lepikkelyezést annál szembetűnőbbnek találtam, minél nagyobb vala a virágzás foka. A többi testrészekben mindig kisebb fokban állott be a lehamlás, gyengébb lefolyású kanyarónál pedig általában oly csekély volt az, hogy fel sem tűnt. A lehamlásnak kisebb vagy nagyobb foka sem az általános állapotra, sem az üdülésre nem gyakorolt befolyást, s utóbántalmakat, csupán csak ezen időszak zavarából, a jelenlegi járvány alatt eddig nem láttam fejlődni. (Vége köv.)

#### Magán-gyakorlati naplóból.

Hamary Dániel tr.

Ha mindenki följegyezgetné azt hűséggel, mit orvosi gyakorlatában tapasztalt, s följegyezgetné azt, mit a fölmerült bajok körül akár közvetve akár közvetlen tett jól avagy rosszul, ha följegyezgetné eszméit, melyek a kórosok száz és száz alakjainál, módosulásainál, lefolyásainál, kimeneteleinél fölmerülnek, s a tudat tisztá világnál is megnyerhetik a helyeslést: akkor a roppant orvosi adathalmaz mellett nem jelentéktelen orvosi kincshalmazra is tennénk szert, melyet annak útja és módja szerint, közös örökségül hasznosíthatnánk; föltéve, hogy mindezt kiki híven közre is bocsátaná.

Igaz ugyan, hogy a statistika — mintegy kitűnőségünk mondá — száraz tudomány; de olykor — tegyük hozzá mi, hogy a gyógyászat mezején igen sokszor — ékesen szóló is tud lenni, s világosan megérteti azt, mit a rabulisták — tegyük hozzá mi, mit az üres fejtű és színű lármás kontárok és nyeglék — elcsürtek csavartak, hogy homályossá tegyenek.

De valóban oly tapasztalati tan mint a gyógytan, nem is építheti bizonyítékait szilárdabb alapra, mint a siker vagy sikeretlenség tényeire; bár a siker, mint igen jól tudjuk, nincs mindig helyes oki viszonyban műveletünkkel, valamint a sikeretlenség, nem állhat mindig vádkint eljárásunk ellenében. Az élet közemberei azonban, még mindig igen hajlandók, ösztönük nyomán, a sikerből ítélni.

Mint eddig, úgy most is némely magán-gyakorlati kóros esetet s gyógykezelésem folytán történt kimenetelét akarom a lapokban közrebocsátani; mely közlésnek semmi egyéb célja nincs, mint csak az említett orvosi adathalmazt néhány, épen nem szokatlan vagy ismeretlen, de azért tán mégis érdekes esettel szaporítani.

Nem rend végett, előbb az úgynevezett sebészi eseteket hozom fel, azután a belgyógyászat körébe tartozókat.

Igaz, hogy a sebészetnek és belgyógyászatnak sok esetben teljesen kimutatható határai vannak, de vannak sok érintkezési pontjai is; sokszor bajos volna, egyik vagy másik tan

határát kiszabni. Ha valaki ujját bemetszi, ezt a sebész gyógyítja, ha valaki karját eltöri s megsebzí, ezt is meggyógyítja a sebész; ha külső okok miatt támadt alszári sebek idült fekélyekké fajulnak el, szinte gyógyítja a sebész az az a művelet minősége helyes fogalomként nyújtja a sebész címet; de ha valaki például értágulati fekélyekben vagy pedig száraz vagy nedves üszökben (mumificatio et gangraena) szenved alszárain, mely bántalmak kisanyarván végképen a különben is sinlődő egyént, többnyire hideg sirt adnak a kínos életért: ezen nyomasztó bajokat csak pusztán sebészi gonddal enyhíthetjük-e? vagy egyszersmind belgyógyászatiilag is? Mindkét módon: tudjuk ugyanis, hogy az értágulati fekélyek vagy is ércsomósodások, melyek legtöbbször az alszáron támadnak s az ilyen alszárat köznyelven bodzás lábagnak nevezik, vérkeringési zavarokból veszik eredetüket, még pedig leginkább, a visszerkörnyei vérfolyás lassudásaiból, pangásaiból; tehát belsőleg és külsőleg egyiránt kell hatni a gyógyásznak s a gyógytervet inkább a rendetlen folyású vér rendbehozatalára kell fordítani, mintsem a külbántalmakra, minthogy ezek eredményei, okozatai a belső állapotnak. A száraz vagy nedves üszökben? Tudjuk, hogy ezek meg az ütéri vérkeringés hiányosságaiból támadnak, mely hiányosságok belgyógyászati mőgonddal hárrithatók el vagy legalább mérsékelhetők.

Főlöszleges tán említenünk az üszök létrejöttét bővebben?

Szívbetegségek, különösen szívbellob következtében nem ritkán mutatkoznak. A szívből ugyanis a keringő vér például rostonya czafatot ragad magával az üterekbe s azt valamely alszári szűkebb ütérbe szorítja, miután az ütér alatti részekbe tápláló vér nem juthat, azon rész nedves vagy száraz üszök áldozata lesz, ha ugyan az egyéni élet is nem roskad utána.

De tán kissé vissza élek hosszadalmassággommal? Legyenek elnézők a nagy érdemű olvasók, minthogy a szabatoság kiderítése vagyis inkább a már kiderített szabatos fogalmak ismétlen figyelembe vétele végett időzőm. A sebészet ugyanis haladottsága és szabatosítása végett váltanokra vagy tanszakokra oszlik, azon műveletek szerint, melyeket az egyes testrészek és szerveknél felmutatni képes. Azért is helyes a sebész elnevezés mellett a mütő elnevezés, kinek ismét kétféle lehet véres és nem véres mütete. A nem véres mütetekhez például joggal számíthatni a ficzamok és némely sérvek helyretevését stb. stb.

Ezen nem minden czél nélkül felhozott elmékedések után, áttérek magán-gyakorlatom némely eseteinek elősorlására, melyek közül némelyik tán épen azért nyújt érdeket, mert könnyed bajkint tekinthető, mind alanyilag mind tárgyilag, s lesznek ezen kórosok közt tisztán sebészi, lesznek mütősebészi, lesznek sebész-belgyógyászati, lesznek tisztán belgyógyászatiak.

Lássuk rendre.

#### I. Állkapocs ficzam.

Állkapocs ficzam alatt, az alsó állcsontnak rendes helyéből való olyatén kitérését értjük, melynél annak működése teljesen akadályozva van; tehát a beszéd, evés, ivás, és nyelés alkalmával föl, le, jobbra, balra, előre, hátra, majd körleg való mozgékonyosságának megszűnését.

Ily rendellenesség megszüntetésére valék megkérve egy korosult, a nyomorúság fekete kenyerén tengődő, magas, szikár özvegy nő által; ki tátott szájjal, a középhossz iránytól balra eltérő állcsúccsal, a jobb állkapocsont ízület táján való pofa csekélyes bemélyedésével, a bal felén az állkapocs ízület körében a pofának kemény kidudorodásával s nyomasztólag nyugtalankodó kedélylyel várt reám.

Ez éktelen, kissé ijesztő ábrázat-állapot azonnal fölismérhető s egyszerű mőfogással el is hárritható.

Tudva van előttünk az állizület: a halántékesont a szikály izgödre fogadja be az állkapocs ágain levő porcizott büttyöt, mely izületet rostos vékony tok fedi be, ezen tokot külső és belső oldalszálag erősziti. Föl és lefelé jobbra és balra való mérsékelt mozgáskor a büttyök nem tér ki az izvölgyből,



saját fűrészzeit ajánlja, melyeket ő nevezetesen a félköri csontmetszésekénél alkalmazott, de követőkre nem igen számíthat.

Alakra nézve (Knochenschnittform) Mayer az általa végrehajtott csontmetszéseket következőleg osztályozza: 1) osteotomia transversa, 2) ost. obliqua, 3) ost. semicircularis, 4) ost. angularis vagy cuneiformis és pedig a) totalis, b) partialis.

(Folytatása következik).

**A kanyaró-járvány köréből. 1)**

SZEREMLEI MIHÁLY tr.-tól Miskolczon.

(Vége).

A lehamlási szak (stad. desquamationis) körében észlelteket röviden össze lehet foglalnom. Az eseteknek mintegy felében semmi lehamlás se volt található; a hol pedig lehamlás jelen volt, az mindig korpaszerűnek mutatkozott. Szövmény fellépését még e szakban is lehetett észlelni. Így a kanyarónak egyik nem ritka szövményét, a kúteges köt- és szaruhártyalobot egy esetben (P. F., 3 éves fiú) ezen szakban észleltem kifejldni. Továbbá egy esetben (M. B., 3 1/2 éves fiú) ezen szakban, anélkül, hogy az illető gyermek a szobát elhagyta volna, croupus tüdőlob fejlődött ki. Végül egy harmadik esetről (W. K., 1 1/2 éves fiú) ugyancsak ezen korszakban a keresztcsonttáján nagy kiterjedésű sejtszövetlob fejlődött, melyből néhány nap alatt tenyérnyi tályog képződött.

Utóbaj a kanyarónál két esetben észleltem. Egyiknél (P. R., 9 hónapos leány) két hétre a lehamlási szak bevégeztével heveny agyvízkór (hydrocephalus acutus) fejlődött, mely bántalom újabb két hét alatt halállal végződött. Hajlandó vagyok pedig e bántalom és a megelőző kanyaró között oki egybefüggést venni fel azért, mert az agyvízkór fejlődésének kezdete tudvalevőleg nem akkorra teendő, mikor már a jellemző tünetek is legnagyobb részben feltalálhatók, hanem korábbi időre, mely időt némi kétséges, különösen a nem-orvos figyelmét könnyen elkerülő tünetek jelölnék. Ezen kétséges tünetek pedig esetünkben mindjárt a kanyaró után mutatkoztak, mennyiben a gyermek ez időben folyvást álmatlan, nyugós és étvágytalan volt. A másikonál (K. J., 4 1/2 éves leány) a kútegzés után 3 hóig folyvást erős és gyanús tüdőhurut tartotta magát. Mennyiben pedig e gyermek a kútegzés alatt croupus tüdőlobot, a lehamlási szakban pedig több typicus lázrohambot állott ki, lázas mozgalmaktól azután is nem ritkán látogattatott; kedélyhangulata folyvást nagyon ingerlékeny és komor volt; tápláltsága és erőbeli állapota igen aláhanyatlott: a fizikai tünetek hiányában is tüdőgümőkór gyanúját lehetett e gyermeknél táplálni. Gondos ápolás, kellő étrend és orvoslás mellett azonban az aggasztó tünetek megszűntek, s a gyermek ez idő szerint egészen jól érzi magát.

A kanyaró kezeléséről, mely, a szövmények kezelésétől eltekintve, úgyszint csak óvó, étrendi vagy tüneti lehet, az ismert eljárásokon kívül újat nem mondhatok.

Végre, áttekintés céljából, a különböző viszonyok szerint osztályozva eseteimet, úgy találok, hogy 40 eset között volt:

I. Nemre nézve:	elsőleges szövményes	13
fiú . . . . .	ezek között utóbaj	1
leány . . . . .	másodlagos nem-szövményes . . . . .	1
II. Korra nézve:	másodlagos szövményes	2
1 éven alól . . . . .	A különböző szövményekről	
1—3 év között . . . . .	a kanyaró egyes szakainál, az	
3—7 „ „ . . . . .	utóbajokról pedig e szakok be-	
7—14 „ „ . . . . .	végeztével tettem említést.	
III. A fellépés szerint:	V. Kimenetre nézve:	
elsőleges kanyaróeset	gyógyult . . . . .	34
másodlagos „ . . . . .	meghalt . . . . .	6
Azon bántalmak, melyek-	halandóság 50/10.	
nek folyamában a kanyaró má-	A halált 4 esetben szövmény	
sodlagosan fejlett ki, e követ-	(croup 1, hörgőcslob 1, hurutos	
kezők voltak: bélhurut 1, tü-	tüdőlob 2), 1 esetben utóbaj	
szős béllob 1, hagymáz 1.	(heveny agyvízkór), 1 esetben	
IV. A lefolyást illetően:	pedig a kanyaró fellépte előtt	
elsőleges nem-szövmé-	már jelen volt bántalom (tüszős	
nyes . . . . .	béllob) idézte elő.	
ezek között utóbaj 1		

**KÖNYVISMERTETÉS.**

*Culturgeschichtliche Abhandlungen über die Reformation der Heilkunst von Dr. Alexander Rittmann. III-dik füzet. Brünn, 1870. Karafiat F. bizománya. A szerző kiadása. 8-rét. 223 l.*

Az orvosok az orvosi tudomány történetével nem sokat törődnek, s csak a jelent tekintve, feleslegesnek tartják, hogy a múlttal foglalkozzanak; azonban hisszük, hogy a történet iránt ezen közönyösség meg fog szünni, mihielyt a buvárlat ki fogja mutatni a múlt dolgok ismeretének fontosságát, s azon ismeretek szükségessége a gyakorlatban érezhetővé fog válni. A történet feladata ugyanis a helytelenül felfogott eseményeket kellő világításba helyezni, a káros tévedéseket megezáfolni, s azon ártalmas irányt leküzdeeni, mely a múltak emlékeit tekintetbe venni és elődeink tapasztalatait felhasználni nem akarja, hanem mindazt, mi nem a jelen korból való, megbírálatlanul félrelökve, az orvosi tudományt egészen újból akarja felépíteni. Való ugyan, hogy a természettudományok haladásának világánál az orvosi tudomány előbb nem sejtett fejlődésnek indult; azonban a régi orvosok között is voltak jó észlelők, jeles buvárok és nagy gondolkodók, minélfogva nem egy igazságot sikerült nekik napfényre hozni, s valóban félszerek lennének, ha erőnket és időnket oly dolog felderítésére fordítanók, melyek már őseink is jól ismertek, s becses örökségképen hagytak reánk. Ezért nagyon örvendetes, hogy újabb időben ismét találkoznak szorgalmas ügyfelek, kik a régebben viselt dolgokat buzgó kitartással kutatják, s buvárlataik eredményét érdekes és vonzó alakban közzéteszik. Ezek közé tartozik Rittmann tr. is, kinek előttünk fekvő munkáját eléggé nem ajánlhatjuk. A jelen füzetben ugyanis A. Hieronymus Fracastorius Veronensis (1483—1553) és Fernel B. (1487—1557) jelentékeny alakjaival találkozunk. Az előbbi a ragályelmélet megalapítója volt, s úgy ennek tevékenységét mint Fernel újítási törekvéseit a szerző tudományos alaposággal, bő irodalmi ismeretre mutató körültekintéssel és a gyakorlati életre beható tárgyilagossággal taglalja, s ennélfogva mondhatjuk, hogy az előttünk levő munka hasznos olvasmány, mihez járul még, hogy egyszersmind csinos irályú is.

Olvasóinkat figyelmeztetjük, hogy Rittmann tr. történeti munkálatainak második füzetét „Grundzüge einer Geschichte der Krankheitslehre im Mittelalter“ az Orvosi Hetilap jelen évi 5-dik számában méltányoltuk, midőn a munka előnyei mellett annak hiányait is kiemeltük; azonban kötelességünknek tartjuk megemlíteni, hogy ezen dolgozat amannál sokkal szabatosabb, s még amarról megjegyeztük, hogy inkább népszerű, erről azt kell mondanunk, hogy kiválólag orvosoknak való. Ugy látszik, hogy a szerző, mint történeti tanulmányaiba belemélyed, a népies iránytól mindinkább eltér, s komolyabbat, tudományosabbat vesz fel.

A következő negyedik füzetben Paracelsussal fogunk találkozni.

**L A P S Z E M L E.**

(—h—n) Mellkasbeli ütértágulat kezelése távoleső lekötés által.

Heath Christopher esetet közöl, melyben nónél a jobboldali szegy-kulcs-izület táján ütértágulatot talált, mi miatt a névtelen, s egyszersmind a kulcsalatti üteret a lábtóizom külső szélén, továbbá a közös fejüteret a lap-szakizom felett lekötötte. Ennek folytán a nyelési nehézségek, a nehéz légzés és a bal kar elfajulása, mely tünetek a műtétel előtt jelen voltak, megszűntek, s a daganat kisebbedvén, a beteg végtére gyógyulva hazabocsáttatott. Annak daczára, hogy a beteg életmódja egészen rendetlen volt, az ütértágulat csak négy év múlva nőtt meg újra, s megrepedés következtében halálosan végződött. Bonczoláskor kitént, hogy a tágulat zacskószerű volt, s a főér felhágó részének jobb oldalától indult ki.

Mint hogy a közölteknél fogva a véghezvitt műtétel után az eredmény elég tartósan kedvező sikerű volt, Heath azt tartja, hogy a főér mellkasbeli tágulatainál a kulcsalatti és közös fejüter lekötését többször meg lehetne kíséreni. (The Lancet. 1870, jul., II köt., 1 sz.)



# A gyermekbénulás kezelése



Dr. Ananya Mandal, MD

Áttekintette *April Cashin-Garbutt, MA (szerkesztő)*

A gyermekbénulást vírus okozza. A legtöbb esetben klinikailag nem jelentkezik (szubklinikai fertőzés) általában magától megszűnik. Ez a fajta fertőzés az esetek 95%-ában fordul elő.

A gyermekbénulás nem paralitikus és paralitikus változata általában nem gyógyítható. A kezelés általában a tünetek ellenőrzését jelenti, amíg a fertőzés a szokásos lefolyását követi.

## A gyermekbénulás kezelése

A gyermekbénulás kezelésének vázlata a következőket foglalja magában (1):

- Tünetei a láz, fejfájás, hát-, nyak- és izomfájdalom. fájdalomcsillapítók és izomlazító gyógyszerek használatával enyhíthető. Általában az olyan NSAID-ok, mint az ibuprofén, a diklofenák és az acetaminofen előnyben részesülnek.

Az aszpirin vírusfertőzött gyermekeknél nem alkalmazható a Reye-szindrómától való félelem miatt, amely súlyos, visszafordíthatatlan májkárosodást okoz.

Az olyan opioidokat, mint a morfium stb. nem írják fel, mivel ezek tovább nyomhatják el a légzést, ami légzési elégtelenséghez vezethet.

- Az izmok fájdalmára, görcsösségére és merevségére nedves meleg törülközőkkel és melegítő párnákkal történő melegítés alkalmazható.
- A légzési nehézségekkel küzdő vagy a légzőizmok bénulásában szenvedő betegeknek szükségük lehet a légzés mesterséges támogatására, például lélegeztetőgépekkel.
- A húgyúti fertőzésben szenvedőknek antibiotikumokra van szükségük. Lehet, hogy vizeleti problémák a vizelet megkezdésének nehézsége miatt. Ez a vizelet visszatartásához vezethet.

A vizeletvisszatartás enyhítésére olyan gyógyszereket írnak fel, mint a



Bethanechol. Egyes betegeknel szükség lehet vizeletkatéter behelyezésére a vizeletürítéshez.



- A bénulás miatt szövődmények, például tüdőgyulladás léphetnek fel. Ez megfelelő antibiotikumos kezelést igényel.

Egyes betegeknél kialakulhat Cor pulmonale, amely a szívelégtelenség egy formája, amely a szív jobb oldalán jelentkezik. Szívproblémák, mint a szívizomgyulladás és a magas

egyed betegeknél vérnyomáscsökkenés is megfigyelhető. Ezek megfelelő terápiát igényelnek.

A hosszan tartó mozdulatlanság miatt a bélrendszerben a normális mozgás megszűnhet, ami székrekedéshez vezethet. Ez megfelelő gyógyszerekkel kezelhető. A vesekövek szintén gyakoriak a hosszan tartó bénulásban szenvedő betegeknél.

- A bénulásban szenvedő betegek számára hasznos lehet a fizioterápia, a gyakorlatok rögzítése vagy a korrekciós cipő. Ezek segíthetnek az izomerő és a funkció visszanyerésében. Egyes betegeknél ortopédiai műtétre is szükség lehet.
- A gyermekbénulás-fertőzés kimenetele a fertőzés súlyosságától függ. Ha a gerincvelő és az agy nem érintett, ami az esetek több mint 90%-ában így van, a teljes gyógyulás valószínű.

Másrészt az agy és a gerincvelő érintettsége orvosi vészhelyzetet jelent, és a légzés megbénulásához vagy halálhoz vezethet.

Az alsó vagy felső végtagok bénulása gyengeség vagy bénulás formájában fennmaradhat, ami egész életre szóló rokkantsághoz vezet. A rokkantság gyakoribb, mint a halál. Az alsó gerincvelő sérülései rokkantsághoz, a magasabban fekvők pedig légzésbénuláshoz vezetnek.

## A gyermekbénulás megelőzése

A gyermekbénulás megelőzése az egyik legjobb megközelítés a betegséggel szemben. A bénulásos gyermekbénulás nem gyógyítható, és halálhoz és rokkantsághoz vezethet.

A gyermekbénulás megelőzése magában foglalja (2-4):

- A megfelelő higiénia fenntartása a vírus átvitelének megelőzése érdekében. Ez magában foglalja a tiszta víz ivását, a rendszeres kézmosást és a megfelelő



az orrváladék és a nyálkahártya váladékának eltávolítása.

- A vakcináknak két típusa van. Az egyik az inaktivált gyermekbénulás elleni vakcina (IPV), a másik az orális polio vakcina (OPV).



## IPV vakcina a gyermekbénulás ellen

Az IPV-t, amelyet Salk vakcinának is neveznek, életkortól függően a lábba vagy a karba fecskendezik.

Az IPV-t 2, 4 és 6-18 hónapos korban kapja a gyermek. Az emlékeztető adagra 4-6 éves korban van szükség.

Felnőtteknek általában nincs szükségük gyermekbénulás elleni védőoltásra, ha gyermekkorukban beoltották őket. Azonban azoknak, akik olyan helyre utaznak, ahol gyermekbénulás járvány van, azoknak, akik laboratóriumban poliovírus-mintákkal dolgoznak, és azoknak, akik poliovírussal fertőzött személlyel érintkeznek, szükségük lehet a védőoltásra.

A terhes nők, a csökkent immunitásúak és a HIV-fertőzöttek számára szükséges az IPV elleni védőoltás. A felnőttek oltási rendje az első dózis bármikor, majd 1-2 hónappal később a második dózis, és a harmadik dózis 6-12 hónappal a második után.

## OPV vakcina a gyermekbénulás ellen

Az OPV-t Sabin vakcinának is nevezik. Élő, de jelentősen legyengített poliovírust tartalmaz, amelyet szájon át cseppentve adnak be.

Segít a befogadó immunrendszerének felismerni a vírust és létrehozni ellenanyagokat, hogy amikor szembesülnek a tényleges fertőzéssel, képesek legyenek leküzdeni azt.

Az OPV másik előnye, hogy a cseppekkel beoltott gyermekek kiválasztják a vakcinavírust, amely sokkal gyengébb.

A gyermek nem oltott kontaktjai másodkézből kapják meg tőlük a vakcinavírus dózisát. Ez tartalmazza a gyermekbénulás kitörését, és fontos a gyermekbénulás felszámolása szempontjából.

## Források

1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
2. <http://www.patient.co.uk/doctor/Polio-Vaccination.htm>
3. <http://www.immunize.org/catg.d/p4215.pdf>



## További olvasnivalók

- [Minden Polio tartalom](#)
- [Polio - Mi a polio? • A gyermekbénulás okai](#)
- [A gyermekbénulás tünetei • A gyermekbénulás diagnózisa](#)

Utolsó frissítés: május 27, 2023



Írta

### **Dr. Ananya Mandal**

Dr. Ananya Mandal szakmája szerint orvos, hivatása szerint előadó, szenvedélye szerint pedig orvosi író. Az alapképzés (MBBS) után klinikai farmakológiára szakosodott. Számára az egészségügyi kommunikáció nem csak bonyolult ismertető írását jelenti a szakemberek számára, hanem az orvosi ismeretek érthetővé és elérhetővé tétele a nagyközönség számára is.



# Treatment of Polio



By Dr. Ananya Mandal, MD

Reviewed by April Cashin-Garbutt, MA (Editor)

Polio is caused by a virus. In most cases it does not manifest clinically (subclinical infection) usually resolves by itself. This type of infection occurs in 95% cases.

Polio infection of its non-paralytic and paralytic varieties usually does not have a cure. Management usually involves control of symptoms while the infection runs its usual course.

## Treatment of polio

Treatment outline of polio involves (1):

- Symptoms of fever, headache, back, and neck and muscle pain are relieved by using pain relievers and muscle relaxant medications. Usually NSAIDs like Ibuprofen, Diclofenac and Acetaminofen are preferred.

Aspirin is not used in children with viral infections for fear of Reye's syndrome that causes severe irreversible liver damage.

Opioids like Morphine etc. are not prescribed as they may suppress breathing further leading to respiratory failure.

- For pain, spasm and stiffness in the muscles moist heat using warm towels and heating pads may be used.
- Patients who have difficulty breathing or have paralysis of respiratory muscles may need breathing support using artificial support like ventilators.
- Those with urinary tract infections need antibiotics. There may be problems in urinating due to difficulty in beginning urinating. This may lead to retention of urine.

Drugs like Bethanechol are prescribed to relieve urinary retention. Some patients may need placement of a urinary catheter to relieve the urine.



- There may be complications like pneumonia due to paralysis. This requires appropriate management with antibiotics.

Some patients may develop Cor pulmonale which is a form of heart failure that occur in the right side of the heart. Heart problems like myocarditis and high blood pressure may also be seen in some patients. These need appropriate therapy.

Due to prolonged immobility there may be loss of normal movement within the intestines leading to constipation. This can be treated with appropriate drugs. Kidney stones are also common in patients with prolonged paralysis.

- Patients with paralysis may benefit from physical therapy, exercises braces or corrective shoes. These may help recover muscle strength and function. Some patients may also need orthopaedic surgery.
- Outcome of polio infection depends on the severity of the infection. If the spinal cord and brain are not involved, which is the case more than 90% of the time, complete recovery is likely.

On the other hand involvement of the brain and spinal cord is a medical emergency and may lead to paralysis of respiration or death.

Lower or upper limb paralysis may persist as weakness or paralysis that leads to disability for life. Disability is more common than death. Lesions of the lower spinal cord lead to disability and those high up lead to respiratory paralysis.

## Prevention of polio

Prevention of polio is one of the best approaches towards the disease. Paralytic polio has no cure and may lead to death and disability.

Prevention of polio involves (2-4):

- Maintenance of good hygiene to prevent transmission of the virus. This involves drinking clean water, regular hand washing and appropriate disposal of nasal and mucus secretions.
- Vaccines are of two types. One is the inactivated polio vaccine (IPV) and the other oral polio vaccine (OPV).



## IPV vaccine for polio

IPV also called Salk vaccine, is injected in the leg or arm, depending on age. IPV is given to a child at age of 2, 4 and 6-18 months. A booster dose is needed at 4-6 years.

Adults usually do not need polio vaccine if they have been vaccinated as children. However, those who are travelling to a place where there is a polio outbreak, those working with samples of polio virus in a laboratory and those living in contact with a polio virus infected person may need to be vaccinated.

Pregnant women, those with a suppressed immunity and those with HIV require to be vaccinated with IPV. Adult regimen of vaccination is first dose at any time followed by second dose 1 to 2 months later and third dose 6 to 12 months after the second.

## OPV vaccine for polio

OPV is also called Sabin vaccine. It contains live but much weakened polio virus given as oral drops.

It helps the receiver's immune system to recognise the virus and create antibodies against it so that when they are faced with the actual infection they may be able to fight it.

Another benefit of OPV is that children vaccinated with the drops excrete the vaccine virus that is much weakened.

The contacts of the child who are not vaccinated receive the dose of the vaccine virus second hand from them. This contains the polio outbreaks and is important for eradication of polio.

## Sources

1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
2. <http://www.patient.co.uk/doctor/Polio-Vaccination.htm>
3. <http://www.immunize.org/catg.d/p4215.pdf>



## Further Reading

- [All Polio Content](#)
- [Polio - What is polio?](#)
- [Causes of Polio](#)
- [Symptoms of Polio](#)
- [Diagnosis of Polio](#)

Last Updated: May 27, 2023



**Written by**

**Dr. Ananya Mandal**

Dr. Ananya Mandal is a doctor by profession, lecturer by vocation and a medical writer by passion. She specialized in Clinical Pharmacology after her bachelor's (MBBS). For her, health communication is not just writing complicated reviews for professionals but making medical knowledge understandable and available to the general public as well.



### Jelentés.

a magyar orvosok és természetvizsgálók X-ik nagygyűlése tárgyában.

A nagyméltóságú erdélyi kir. kormányzék 1864-diki június 2-án 2842. elnöki sz. a. kelt leirata értelmében „jóváhagyólag tudomásul vétetett“, hogy a magyar orvosok és természetvizsgálók X-dik nagygyűlése Maros-Vásárhelytől 1864-iki augusztus 24-kétől kezdve a következő napokon tartassék meg, mi oly megjegyzéssel közöltetik, hogy az említett nagy gyűlésben résztvenni kívánók ebbeli szándékukat neveik és lakhelyükkel Szabó József kir. tanácsos és igazgató tanár, mint egyik alelnöknél Kolozsvárott f. év augusztus 10-ig jelenteni szivesek legyenek, hogy közlekedési és elszállásolási tekintetben a szükséges intézkedések megtörténhessenek, mire vonatkozólag annak idejében nyilvános jelentés tétetik közzé. A beírás és díjfizetés augusztus 24, 25 és 26-ik napjaiban Maros-Vásárhelytől fog megtörténni, s 27-én lesz az alakító közgyűlés, míg a zár-ülés szeptember 2-án menend véghez. — Kolozsvárott 1864-iki június 9-én.

### A magyar orvosok és természetvizsgálók X-ik nagygyűlésének ügyvivői.

### Vegyesek.

Pest, június 16. — A magyar orvosok és természetvizsgálók X-ik nagygyűlése iránti jelentést mai számunkban tesszük közzé. Erdélyi ügytársaink, mint értesülünk, szép számmal készülnek megjelenni. A mivel osztályok nagy részvétet tanúsítanak a tudományos gyűlés iránt. Reméljük, hogy magyarországi ügyfeleink sem maradnak el. Sajnos, hogy, amint látszik, az elnök Hajnald püspök nem vehetend részt a gyűlésben. A vendégek elfogadására a marosvásárhelyi polgárság kivétel nélkül szívesen vállalkozott. Az ügyvivők gondoskodni fognak az utazók olosó és kényelmes szállításáról N.-Váradról M.-Vásárhelyig. Kiállítás is rendeztetik, melyben Erdély természetkincsei lesznek képviselve, s kirándulás a parajdi és szovátai nagyszerű sóbányákba.

— Rózsay József tr., kórházi első orvos f. hó 7-én tartotta a m. akadémia ülésében székfoglaló értekezését, melyben a pesti aggpolda statistikai adatait közölvén, egyszersmind az aggkór kórtanáról szólott.

\* A pesti egyetem orvostanári kara, Rupp tanár és k. tanácsos indítványára bold. Schordan tanár, mint tanintézetünk jóltevőjének mellszobrát Izsó szobrász által készítetteti el; a minta, mint olvassuk, Arányi tanár műve.

— A budai Werther-féle gyárban, a köztetszéssel fogadott s különösen női bajoknál hatályos maláta fürdők egy külön, kert által elválasztott épületben újonnan és czélszerűen rendeztetek. A fürdőszobák — szám szerint 15 — első és másod osztálybeliek, de a butorzat mindkettőben csinos és tiszta. A zuhanyok jól működnek; a szolgálat, úgy látszik, pontos. Az árnyas és virágos, eleven zöld színben egész éven át tündöklő kert, szép kilátással a Dunára és Margitszigetre, a fürdővendégek számára nyitva áll; úgyszinté egy lapokkal ellátott olvasóterem.

— A m. k. helytartótanács a hazánkban szinte meghonosult marhavész kiirtását célba vévén, 20 bizottmány felállítását határozta e végett; a beteg marhák agyon fognak bunkóztatni, a tulajdonosok kármentesítést kapnak. A siker, e czélszerű rendelet mellett, most csak az erélyes kivitelől függ.

— A dunagőzhajózási társulat házában a felső dunasoron, a Duna vízállásának emelkedésével, a lakosok nagy száma két izben makacs és erőtlentő hasmenésben szenvedett. Az endemicus baj oka a kútvíz rossz minőségében rejteni, melynek íze és kinézése ily alkalommal változott. A felügyelőség ennél fogva a víz vegyöntését Springsfeld gyógy szerész úr által eszközölte, melyből kiderült, hogy az 0,0176 r. ammóniakot tartalmaz, tehát a legrosszabb vizek sorozatába tartozik, s mint

a fennemlített bajnak oka valóban szerepelhetett. Ha ily rossz vízhez még azon pango levegőt veszszük, mely az új bécsi modorban épült négy emeletes, emberekkel megrakott, szűk udvarú, nehezen szellőztethető házaknál honos, nem fogunk csodálkozni, ha bennük időfolytán nemcsak ilyféle, hanem sokkal súlyosabb bajok is fejlődnek, vagy erősebben dühöngenek. Ilyenek kivált a hasi hagymáz, cholera és diphteria.

— Burow tanárnak Königsbergben erős strychnin-mérgezést worarával (curare) állítólag meggyógyítani sikerült.

### Heti kimutatás

a pestvárosi közkórházban 1864. évi június 10-től egész 1864. június 16-ig ápolt betegekről.

1864.	felvett		elbocsátott			meghalt		visszamaradt							
	beteg		gyógyult			beteg		beteg		szülők	gyermek	elmekór	összeg		
	férfi	nő	összeg	férfi	nő	összeg	férfi	nő							
június 10.	21	8	29	14	6	20	2	2	4	309	381	5	4	25	724
" 11.	14	10	24	6	9	15	2	4	6	316	378	5	4	25	728
" 12.	9	8	17	15	15	30	—	2	2	310	369	5	4	25	713
" 13.	7	4	11	8	4	12	5	3	8	305	367	5	3	24	704
" 14.	23	13	36	14	11	25	1	4	5	312	364	5	3	26	710
" 15.	20	13	33	14	11	25	3	1	4	318	367	4	2	23	714
" 16.	6	17	23	9	6	15	1	4	5	314	364	4	2	23	717

A létszám e héten fogyott; hagymáz, tüdőlobok s csúszók nagyobb számmal mutatkoznak; a halottak száma csekélyebb.

### Pályázatok.

1. A cs. k. sz. tiszavidéki vasútnál az orvosi szolgálat szervezése befejeztetvén, a vasúti orvosi állomások mind újra betöltetnek, és pedig a következő helyeken: Czegléd 200, Szolnok 500, Mezőtúr 200, Gyoma 200, Csaba 200, Kurtics 200, Arad 300, Török Sz. Miklós 200, Kis-Ujszállás 200, Püspök-Ladány 300, Debreczen 400, Hadráz 200, Nyiregyháza 200, B.-Ujfalu 200, M.-Keresztes 100, N.-Várad 400, Tokaj 200, Tiszaluc 200, Miskolcz 500, Szikszó 200, Hidas-Némethi 200, Kassa 300 o. é. frt évi díjjal.

A pályázni óhajtok kellően felszerelt kérvényeiket a kor, akadémiai rangfokozat, eddigi szolgálat és nyelvismeretük kimutatása mellett, a cs. k. szab. tiszavidéki vasúti igazgatóságához Bécsben f. é. július 10-ig nyújtásuk be.

2. Igló városa a v. községe gymnasiumát a VII-dik osztályllyal szaporítani szándékozik, s e végett két új tanszéket alapít meg, a matematika és természettudományok, — meg a nyelvészet, történelem és bölcsészettanból. Évi díj 525 frt, az összes tanárok közt egyaránt felosztandó tandíj illető része, 84 frt szálláspénz, vagy a viszonyokhoz képest természetbeni lakás és 10 b. öl puha tüzelő fa. — A kellően felszerelt folyamodványok f. év július 15-ig Glos János egyházi felügyelőhöz intézendők.

3. Torontálmegyébe levő T.-Kanizsa m. városában gyógyszer-tár állittatik fel. A folyamodványok f. év jul. 12-ig a megye alispáni hivatalához küldendők be.

### Szerkesztői levelezés.

F1-er Fr. tr. úrnak: A könyvkiadó társulati díj ki van fizetve.

H-k J. tr. úrnak: Szívesen.

H-i E. tr. úrnak: Utána nézünk. A jövő évre még semmiféle intézkedés nem történt. Tudatni fogjuk.

### Tisztelt olvasóinkhoz!

Kérjük azon t. olvasóinkat, kiknek előfizetésük e hóval lejár, annak mielőbbi megújítására, nehogy a lap szétküldése hátramaradást szenvedjen.

### Előfizetési árak:

Egész évre helyben 9 frt, vidékre 10 frt.

Félévre helyben 4 frt 50 kr, vidékre 5 frt.

Negyedévre helyben 2 frt 25 kr, vidékre 2 frt 50 kr.

Előfizethetni Pesten az Orvosi Hetilap szerkesztőségénél, új-tér 10-dik szám, és Kilián György könyvkereskedésében, váczai-utca Parkfrieder-féle ház; vidéken a cs. k. postahivatalok útján a lap szerkesztőségéhez címzett levelekben.

Az „OHL.“ szerkesztősége csak az egyenesen önánál előfizetők irányában vállalja el a felelősséget.



A megnyitás a gyűpörce felett történt — ezen műtét egyes momentumait részletesen leírni nem lehet a jelen kórrajzban az én föladatom; annyit azonban följegyzendőnek vélek, hogy Balassa tnr. saját nyilatkozata szerint a legkedvezőtlenebb anatómiai viszonyok, a légső rendkívüli rövidsége miatt, gége vagy légsőmetasztést nehezebb körülmények közt alig vitt véghez.

Az utólefolyás eleintén a legkedvezőbbnek mutatkozott, a láz mérsékelt, a seb külleme, még a nyelési tünetemények is várakozásunknál jobbak voltak — csak a kóros térről kiürített rendkívüli bő bűzös eves váladék volt az egyedüli jelenség, a mi az egyenkint igen kedvező utólefolyás feletti örömről féken tartotta. — A műtét kilenczedik napján erős lázzal és rázó hideggel a mellkas bal oldalán szúró fájdalmak álltak be rögtön, melyekhez nem sokára dörzszőrej is társulván, a baloldali mellhártyalob kifejlődését kétségkívülivé tették.

Ezen a műtét után 10 napra fölszivódás útján kifejlődött mellhártyalob a beteg hosszas szenvedésének f. é. mart. 13-án véget vetett. (Vége következik.)

#### A hökhurut (tussis convulsiva) gyógykezelése néhány londoni kórházban.

Minden öreg asszonynak van valami specificuma a hökhurut ellen. Alig van betegség, melynél több tér nyílnék az empiricus kísérletésre, s ha valamely szer csak egyszer is idéz elő látszólag valami eredményt, mi ideges bántalmaknál néha nagyon könnyű, már meg van állapítva a gyógyszer hire, kivált ha nem-orvos vagy legalább nem allopathának csufolt orvos rendelte azt, mert ezek csoda kórisméket nem tehetvén, természetesen csodakúrát sem vihetnek véghez, exceptis excipiendis. A londoni kórházak orvosai nagyobb részt azon véleményben vannak, hogy e bántalomnak épen oly kevés van eddigelé egyenesen gyógyító szere mint a typhusnak, de hogy van igenis olyan életrend és vannak oly gyógyszerek, melyek annak befolyását enyhítik s a veszélyeket eltávolítják. A következő sorokban hat ily kórház gyógyeljárását ösmertetjük meg az olvasóval, melyet járó betegeknek alkalmaznak.

##### St. Thomas Hospital.

A legközelebb mult 18 hónap alatt rendkívül nagy számmal jelentek meg hökhurutban szenvedő gyermekek a rendelésnél. Legnagyobb részénél a baj már 1—3 hetes volt, bár ugyanannyi hónapos is találkozott. Miután a baj rendszeren hurttal kezdődik, s ez később is többnyire jelen van, Gervis tr. rendelésénél azt tekintetbe veszi. Ily esetekben a gyógyelvény, körülbelül 4 éves gyermeknél, közönségesen ekként hangzik: **Rp.** Solut. acetatis ammoniae un c. sem is; Spiritus aetheris nitrici drach. un a m. Aetheris chlorici drach sem is; Oxymelis squillae drach m. un a m et sem is; Syr. tolutani drach. duas; Aquae dest. s. unc. duas. Két kávé kanállal hat óránként. — A halványgény ezen rendelvény állandó alkatrésze, a többi szer sokszor változik vagy el is hagyatik. Azonkívül Gervis tr. sikeresnek tapasztalta a chloroform kenőcsöt, mit reggel és este elől és hátul dörögletet be a mellkas falaiba. A baj hevessége ezen gyógyszerelés s célszerű élet- és étrend mellett a legtöbb esetben egy hét alatt enged. — Idült eseteknél, midőn a hurut jelenségei már elmúltak, az eczetsavas ammonia helyett G. timsót rendel halványgényvel, külsőleg pedig a főlebb említett chloroform kenőcsöt; oly eseteknél pedig, hol egyszersmind nagyobb fokú gyengeség fejlődött ki a baj alatt, a timsó és halvány aetheren kívül még kinalt is ajánl; végre ha agytünetemények — rángásokkal vagy azok nélkül — mutatkoznak, igen jó hasznát vette a morphiumnak kis adagban, mely néha varázsképen szüntette meg úgy a tüdő mint az agybeli tüneteket, holott calomel, nadályok, hólyaghúzókat mit sem segítették,

##### St. George's Hospital.

Dr. Dickinson hökhurutnál nem becsüli nagyra a szerek gyógyhatását, bármi névvel jelöltessenek azok, pedig elég ajánlatot. Itt is ugyanazt tapasztaljuk, mit más kóroknál, minél több a specificum, annál valószínűbb, hogy a betegség természeténél fogva gyógyíthatlan. D. a szereket hökhurut tekintetében két részre osztja — olyanok, melyek ártanak és olyanok, melyek jót nem tesznek. Az antimón-készítmények s más lehatalmitó szerek szerinte úgy látszik az által ártanak, hogy a beteg erejét még inkább alászállítják, a nélkül, hogy a betegségre befolyással volnának; a bromammoniumról és acidum nitricumról pedig legfőlebb azt mondhatni, hogy észrevehető kárt nem okoznak. Mindamellett D. is megengedi, hogy a tünetek s a bonyolódások ellen, melyek veszélyt hozhatnának, igen is lehet jó eredménnyel működni.

Midőn hökhurutnál a köhögési rohamok igen erősek, bódító szerek igen jó szolgálatot tehetnek. Ilyenek a mákony és készítményei, a belladonna s kivált az acidum hydrocyanicum dil. Ph. Angl. 2—3 cseppenkint adagolva.

A hörg- és tüdőlob hökhurutnál akként kezelendő, a mint azt a kimerítő elsőd betegség megkívánja. A hökhurut egyedüli specificuma az idő.

##### King's College Hospital.

Dr. W. S. Playfair a betegség első időszakában csak a legegyszerűbb expectorans szereket használja. Midőn a hökhurut egészen kifejlett, bromkaliumot vagy bromammoniumot (e két szer úgy látszik lényegesen egyformán hat) rendel, egy szemert számítván a gyermeknek egy-egy életévére. Az adag azonban emelhető, ha tapasztaljuk, hogy jó hatással van. Ez néha feltűnő, máskor meg egészen elmarad; okát nem tudni. Legjobb hatása volt leginkább oly esetekben, midőn a görcsös köhögés igen erős és gyakori volt, mi az idegrendszer nagyobb fokú bántalmazására mutat.

Legközelebb hasznosnak bizonyult ez után a belladonna, mit P. akkor rendelt, midőn a bromsónak nem volt sikere. A betegség későbbi szakáiban, kivált gyöngye gyermekeknel ezzel egyszersmind csukamájolaj és vasas iblanyszörp adagoltatott. Kórházba hozott szegény gyermekeknel szerinte a zsongító szerek nélkülözhetlenek.

A hydrokiansavnak kis adagai a kinahéj valamely készítményével egyesítve néha jót tesznek, több esetben azonban a bromsók sikeresebbek. Meglehet, hogy ez onnan van, mivel járó betegeknel csak igen nagy óvatossággal lehet a szert rendelni s az adagolás felett nem örködhetnek szakértők.

A légenysav több ízben megkíséreltetett, de nem különös sikerrel.

A chloroform belehelése a magán gyakorlatban sokszor jótékony, a kórházba járó gyermekeknel nem használtatott.

A mell másod bántalmi gyakran észleltettek, meglehet azért, mivel a betegek rossz időjárásnál is hozattak a kórházba. Ezeknél a lehatalmitó gyógykezelés a legkevésbé sem ajánlható. Legjobb lenmagliszt-péppel borogatni, vagy meleg vízbe áztatott wattával, mire viaszos selyem borítottatik, körülfontni a mellkast; hasznosak továbbá gyöngye bőrízgatók; a lenmagpép mustárliszttel hinthető be. Belsőleg a sesquicarbonas ammoniae és az aether chloricus kis adagban, e mellett tápláló étrend s néha izgató szerek kívántatnak meg.

##### Westminster Hospital.

Dr. Gibb, ki sok száz esetenél tapasztalta, hogy hökhurutnál a húgy czukrot tartalmaz, a légenysavat 19 év óta jó sikerrel használja, és pedig a kór mind a három időszakában. Rendelvénye sokszor a következő: **Rp.** Acidi nitrici diluti unc. unam; Tinct. cardamomi compos. unc. semis; Syrupi simplicis unc. quatuor semis. Kis gyermek ezen vegyítékből 3—4 óránként kap egy kávé kanállal; 2—5 évesek 2—3 nehezéket hasonló időközökben. Néha egy obon glycerin vegyítették a szerhez, midőn a szörp ugyanannyival kisebbítették. Az erős rohamok folytán fejlődő gégeérzékenység és fájdalom ellen G. helybelileg pokolkőoldatot használ — 20 szemert egy obon vízre — mit meghajtott nyelvű kefécskével (szivacs-sal) alkalmaz.

Ellenben, midőn az ideges elem a túlnyomó s agyi tünetemények is mutatkoznak, jobb hasznát vette a bromammoniumnak —



4—15 szemert a korhoz képest, ipecacuanha borral s közbe-közbe néhány kis adag kénsavas horganyt.

Jó hatását tapasztalta Gibb ezen gyógymódnak különösen benn fekvő gyermekeknél, meleg öltözet és jó táplálék mellett, a baj rendszeren 3—5 hét alatt engedett.

#### Foundling Hospital.

A lelenczek kórházában 1865 második felében kitört a hőkhurut. Összesen 26 beteg volt, 3—4 életév közt. Halálozás nem fordult elő. A betegség leghosszabb tartama 103 nap; a legrövidebb 21; középszámmal 50.

A gyógykezelésnél következő szereket kísérelt meg P o l l o c k J. tr: conium, bromkali, főleresztett acid. hydrocyanicum, timso, horgany, ipecacuanha, tinct. camphorae comp., oleum ambrae és Pearson vegyítéke, chloroform belégzés, jodfestvény beecsetelése a nyakmirigyek hosszán. Hánytatónak a kór elején s valahányszor nyák gyülemlt meg, ipecacuanha rendeltetett, porban 10—20 szemer.

A bromkalinak nem volt hatása, a conium nem bizonyult jobbnak mint a mákony. A hangyanyhalvány a görcsöt csilapította, de az alkalmazás nehézsége miatt ritkán vétetett használatba. Egy szerről sem állithatni határozottan, hogy a kórt rövidítette volna. A legjobbnak következő gyógybánás találtatott: meleg szobában tartózkodás; hánytató a kór elején és szükség esetén később is; háromszor napjában a következő vegyíték: 2—3 csepp (1—2 minim) acidum hydrocyanicum, ipecacuanha bor 10—20 csepp, tinct. camphorae comp. 20—40 csepp, viz fél obon.

### KÖNYVISMERTETÉS.

*Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen von Eduard Martin Dr. der Medicin und Chirurgie, Director der geburtshilflich-klinischen Institutes zu Berlin etc. Erlangen, 1867. Enke Ferdinand kiadása. 8 rétt, 270 l. A szöveg közé nyomott fametszetekkel. 2-ik kiadás. Ára 2 forint 80 kr.*

Sokan megkísérelték, hogy a bábák számára szülészeti írjanak, mi azonban valami könnyű dolognak nem épen mondható, a dolog nehézsége abban lévén, hogy se több ne adassék elő, mint mennyire a bábának foglalkozása közben szüksége van, de ennél kevesebb sem; azonkívül pedig a népszerű könnyen érthető irány elmulasztatlan kellék, s minthogy a szakavatottság és a gördülő, könnyű írásmód nincsenek mindig együtt, vajmi kevés szülészetre akadunk, mely a bábáknak ajánlható lenne. Az előttünk fekvő munkát azért hiányt pótlónak kell tekintenünk, mert szakavatottság, hosszú tapasztalás érett gyümölcse az, értelmes, a bábaközönség felfogásához mért egyszerű világos előadással.

Hasonlóképen könnyű dolognak tekintetik nem csak a bábák oktatása, mit a tanárok szívesen segédeikre biznak, hanem azon fontosság sem tulajdonittatik neki, melyre közegészségi szempontból érdemes. Ha a praeventiv gyógymód, a hygienicus szabályok, az ész- és természetszerű kezelés valahol jó haszonnal vannak, akkor az kétségkívül a terhesek, gyermekágyasak és ujszülöttek ápolásánál a legnagyobb mértékben történik. Ez uton, ha valahol, szemlátomást sikerül sok életet megmenteni és fenntartani; s itt veszt el vagy válhatik nyomorékká sok egyén, mit idején alkalmazott segély, kis óvatosság, vagy egy-két szóból álló jó tanács is megmenthet vala.

Meggyőződésünk szerint a bábák oktatása állami és társalmi tekintetben minden esetre ugyanoly fontos mint az orvosoké, sőt a szegény népre nézve ennél is fontosabb, mert a szegény sorsú anya a maga és gyermeke szenvedő állapotánál könnyebben fordulhat a bábához mint az orvoshoz, valamint szívesebben is fordul.

Szerző munkája írásánál hasonló szempontokból látszik kiindulni, mert a bábát nem neveli egyszerű géppé, hanem beavatván azt mivelése fokához képest mindazon boncz-élet- és kórtani viszonyokba, melyek a fogamzással, a terhességgel, a szüléssel, a szoptatással sat. összefüggenek, képessé iparkodik őt tenni arra, hogy itélni s tanácsolni is legyen képes mindazon körülményekben, melyek az ímént említett állapotok folytán előállhatnak.

A szerző a bábák tevékenységét a következőkben fejezi ki:

Először a terhesség, szülés és szoptatás egészséges lefolyása közben az anyát és gyermeket tanácsos és tettel segíteniök kell, s

másodszor az említett működések alatt felléphető azon veszélyeket, melyek az orvos jelenlétét szükségessé teszik, elég jókor észre kell venniök, s annak megérkezéséig a fenyegető zavarok ellenében lehetőleg intézkedniök, végül pedig az orvos által megrendeltek pontosan és ügyesen véghez vinniök.

Ezen felállított tételekhez a szerző mindvégig hű marad, s hozzájuk méri az általa előadottak mennyiségét.

A bevezetésben a baba feladatát, annak tulajdonságait és tanulmánya módját adja elő.

Az első részben, miután a női testről s annak működéséről általában véve röviden szólott volna, áttér annak ivarszerveire, így a medenczét, a tulajdonképeni ivarszerveket, a hószámot, a szülészeti vizsgálmódot tárgyalva. A szöveg közé több fametszet van nyomva, melyek a leirt részek boncztanát érzékitik.

A második rész foglalatját teszi az egészséges lefolyású terhesség, szülés és szoptatás, nemkülönbön azon köteleességek, melyeket a bábának azok lefolyása alatt teljesítenie kell. Itt ismét több fametszettel találkozunk, melyek a magzatnak rendes fekvésére vonatkoznak.

A harmadik részben a terhesség, szülés és gyermekágy zavarait, nemkülönbön azt találjuk, hogy a bábák azok előfordulása eseteiben miképen viseljék magukat. Itt a felebb előadott vezérelvek szerint tárgyalatnak a terhesek vérzései, a nyák- és vizkiömlések a terhesek ivarszerveiből, a lábdaganatok, visszércsemők, méh- és hüvelyelősések, sérvek, vizelési és székelési bántalmak, az undor és hányás, az ájulások és a tetszhalál; továbbá a szülés különféle akalállyai s a szülönők és az ujszülöttek betegségei — épen oly részletezve és érthetően, mint azt előbb a terhesekre nézve kimutattuk.

Vége a negyedik rész első szakaszában utmutatást kapnak a bábák azon kezelésben és azon műtételekben, melyeket hivatásuknál fogva végre hajtaniok kell — csőrözés, hüvelykifeeskendés, hügyesapolás, nádályok alkalmazása sat. — s a második utolsó szakaszban azon köteleességekkel ösmerkednek meg, melyekkel a hatóságok irányában tartoznak.

A munka áttekintése közben köszönetet szavaztunk lelkünkben tisztelt ügyfelünk, B ó k a i gyermekkórházi igazgató főorvos urnak azon szerencsés gondolatért: a gyermekek ésszerű ápolására oktatni a bábákat, s óhajtjuk, hogy az állam is hozzá méltó feladatának tekintse minél jobb tanításban részesíteni a szülészönket s gondoskodni azoknak állása emeléséről és érdemeik méltó elösmeréséről.

— 7 —

*Compendium der speciellen Pathologie und Therapie unserer Haus-säugethiere für Aerzte, Thierärzte und Landwirthe von Leopold Gottlieb Kraus, Doctor d. Medicin etc. Erlangen. Verlag von Ferdinand Enke 1867. 8-rétt 611 l. Ára 6 frt. 30 kr.*

Az állatgyógyászat mivel államok nemzetgazdaságában mind jelentékenyebb szerepkört viv ki magának, mennyiben az okszerű állattenyésztésre mind jobban és jobban befolyván, ezáltal a mezei gazdaság lényeges tényezőjévé válni iparkodik. Sokáig igen elhanyagolt tér volt az, s csak az embergyógyászat mellékágaként türetett, az újabb kornak lévén fenntartva, hogy a természettani kutatási rendszer behozatala által önállást küzdjön ki, mely törekvésben annak elösmerése, hogy a nemzeti vagyonosodás elősegítheti, igen előmozdította. Az alforti, bécsi, berlini állatgyógyászati oskolák nem csak hasznos, hanem fényes intézetekké váltak, s nem csak az állatok kórtanát és gyógytanát vitték előbbre, hanem a kórtan és gyógytannak általában véve szolgáltak, mert beteg állatokon sok oly kísérletet tehetni, melyek véghez vitele az embereken tiltva van.

Minthogy pedig az állatgyógyászat fejlődésében szépen előhaladott, annak írójától sokat kívánhatunk és szigorúan ítélhetjük meg, s csak örvendhetünk, midön Kraus tudor könyvét mint olyant mutathatjuk be, mely sok tapasztalással, bő olvasottsággal és a legjobb tájékozással van irva. A szerző tudja, hogy a tanulóknak és a gyakorló orvosoknak mire van leginkább szüksége, e mellett pedig érti, mikép kell mindazt a tudás mostani állásának és olvasói értelme fejlettségének megfelelően előadni; szóval a házi emlősök előttünk fekvő különös kór-és gyógytanát ügyfeleinknek kézi könyvül bátran ajánlhatjuk, mely alkalommal megjegyezzük, hogy ezen munka nemcsak azoknak tehet hasznos szolgálatot, kik



# ORVOSI HETILAP.

Szerkesztőség:

IV. ker., Calvin-tér 4. sz.

A lap megjelenik minden héten vasárnap 1½—2 íven. Mellékletei a „Szemészet” s a „Közegészségügy és Törvényészeti orvostan” minden 2 hónapban 1—2 íven.

Kéziratok, közlemények a szerkesztőséghez bérmentve küldendők.

## A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KORBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ

HÖGYES ENDRE

egyetemi tanár.

Kiadóhivatal:

IV. ker., Calvin-tér 4. sz.

A lap előfizetési ára: helyben és vidéken egész évre 10 frt, fél évre 5 frt, negyed évre 2 frt 50 kr. Orvos- és gyógyszerész-hallgatók felét fizetik. Hirdetéseikért soronként 15 kr.

Fizetések, reklamációk a kiadóhivatalba bérmentve küldendők.

**Tartalom. EREDETI KÖZLEMÉNYEK.** Bókai János dr. Gyermekkorházi casuistika: Szegő Kálmán dr. IV. Morbilli recidivi hőkhurutos gyermeknél. — Mann Mór dr. Adatok az ophthalmoplegia nuclearis tanához. — Neuman M. József dr. Közlemények Navratil Imre főorvos gégeészeti osztályáról. II. Kórtani adatok a gége beidegzése és mechanizmusa ismeretéhez. — Bókai János dr. Orvosi jelentés a „Stefánia” pesti szegény-gyermek-kórház 1889-dik évi működéséről. — **TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.** Biharmegyei orvosgyógyszerész és természettudományi egyesület szakülése Nagyváradon. — Központi magyar fogtani társulat 1890. június 16-dikán tartott szakülése. — **IRODALOM-SZEMLE. I. Könyvismertetés.** Influenza. Eine geschichtliche und klinische Studie von Kusnezow und Hermann. — Dr. Hans Schmaus: Die Kompressionsmyelitis bei Karies der Wirbelsäule. — **II. Lapszemle. Belgyógyászat.** Az epehólyag áttörése a légutakba, epekövek kiköpésével. — Az ízületi csúz mikrobia. — **Sebészet.** Tenonitis influenza után. — A tuberculotikus ondtóhólyag kiirtása. — A papilloma okozta urethritisről. — A fájó lúdtalp kezelése massageval. — **Bőrbajok.** A heveny ragályos pemphigusról. — **Fülgyógyászat.** A dobüreg heveny vérömlédes lobja. — A fül leggyakoribb bántalmairól influenza alkalmával. — A hallószerv bántalmairól az utolsó influenza-járvány alkalmával. — A fül megbetegedéséről az influenza-járvány alatt. — A középső fülben előforduló cholesteatomáról. — **Apróbb jegyzetek az orvosgyakorlatra.** — **TÁRCZA.** Az Országos közegészségügyi egyesület „Trefort-alapja”. — **Tanárky Árpád,** Úti vázlatok a német- és franciaországi sebészeti kórodákról. — **Heti szemle.** A spanyolországi cholera-járvány. — A budapesti kir. orvosegyesület balneologiai bizottságának meghívója a f. évi október havában tartandó balneologiai értekezletre. — **Vegyesek.** — **Boríték:** Előfizetési felhívás az „Orvosi Hetilap” 1890. július-szeptemberi folyamára. — Pályázat. — Hirdetések.

Melléklet. A „Szemészet” 3. száma.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Gyermekkorházi casuistika.

Szerkeszti Bókai János dr. igazgató-főorvos.

IV.

#### Morbilli recidivi hőkhurutos gyermeknél.

Közli Szegő Kálmán dr. kórházi segédorvos.

Sz. M. 4½ éves leánygyermek, 1888. év április 30-dikán azon panaszszal hozatott be nyilvános rendelésünkre, hogy néhány nap óta izgatottan köhög. A kis beteget, ki az orsz. kisdédvő-intézet növendéke volt, izolálás és megfigyelés céljából hőkhurut gyanújával kórházunkba felvettük és őt egyelőre külön szobába helyeztük el. Beteg variolán kívül eddig heveny fertőző bántalomban nem szenvedett.

A kis beteg megvizsgálatván rajta a lefolyt himlőnek megfelelő hegek voltak találhatók. Azonkívül feltűnt arca fel-fúvódott, pastosus külleme; a felső szemhéjak duzzadtak; nyelvféki fekély nem látható. A nyaki mirigyek kis babnyi mekkoróságban kitapinthatók. A tüdők felett hurut, vagy egyéb kóros jelenség nem constatálható. Beteg közérzete, vegetabil működései teljesen normalisak.

A további megfigyelés alatt kitént, hogy beteg izgatottan, erőlködve, egyes rohamokban köhög, miközben arcát congestionalis pir futja el.

A pertussis diagnosisa már az első napon kétségtelenné válván, a beteg a megfelelő osztályra helyeztetett el. A rohamok, megfelelőleg a betegség kezdeti szakának, csak gyenge mértékben jelentkeztek. A rohamok napi számát egy nagyobb, hasonlóan pertussisban szenvedő értelmes leányka jegyezte fel. Gyógykísérletképen az azon időtájjban több oldalról ajánlott antipyrin adagolását kezdtük meg, még pedig ez esetben 0,5 gm. napi adagtól, fél gm.-os dosisokban egész 2 gm.-ig emelkedve, majd ismét 0,5 gm.-ig süllyedve nyújtottuk az anti-

pyrint, úgy hogy beteg egy napi adagot 3 részletben reggel, délben és este fogyasztott el.

Ezen kezelés mellett a rohamok száma napról napra csökkent; típusuk és intenzitásuk azonban nem változott. A rohamok továbbra is hasonló rövidiek maradtak, izgatottságban nem növekedtek és a rohamok göresös inspiriuma csak olykor jelentkezett. A beteg különben jól, teljesen normalisan érezte magát és az aránylag gyenge fokú pertussis sem mechanikus — congestionalis — sem accidentalis irányban zavart nem okozott. Az első cyclus végeztével 7 nap multán, miközben a köhögési rohamok száma 20-ról 4-re süllyedt és a beteg összesen 8 gm. antipyrin fogyasztott el, control-kísérlet kedvéért a szereléssel felhagytunk.

A betegség ezen kedvező lefolyását május 11-dikén, kórházi tartózkodása 12-dik napján a következő complicatio zavarta meg.

Este hirtelen, minden előző tünet nélkül 40,8° C. hőemelkedés kíséretében beteg arcán és hátán lenese egész fillér nagyságú, halványpiros, kissé papulosus foltokból álló, sehol össze nem folyó kütég jelentkezett és e mellett kisfokú torokbelőveltség és kötőhártyahurut is volt látható. Orrhurut és rekedtség nem észlelhető. Erősebb nyaki vagy filmögötti mirigydagyanat nem constatálható. Beteg a diagnosis függőben tartása mellett megfigyelés céljából egy külön szobában helyeztetett el.

Másnap (12-dikén) reggelre a kütég az egész testre kiterjedt, az arczon diffus halvány pirba folyt össze, a törzsön azonban a foltok különállóak, a tegnapihoz hasonló halványpiros színárnyalatot mutatnak, a papulosus jelleget, kivéven az arcot, mindenütt megtartották. A kísérő kötőhártyahurut és torokbelőveltség nem fokozódott. Beteg láztalan. Este a hőfok 38,3°. Kütég változatlanul fennáll az egész testen, a végtagokon csak kevésse kifejezett. 13-dikán a kütég mindenütt halványul, hőfok 38,0°. 14-dikén beteg láztalan; a kütég csak nyomokban látható. 15-dikén a kütég eltűnt, bőrhámlás vagy korpádzás nincs.

A leirt tünetek után az *enyhe morbilli* diagnosisa kétségtelenné vált előttünk. Ezen felvételben megerősített bennünket



azon körülmény, hogy ugyanazon időben a szomszéd épület kanyaró-osztályán több heveny eset fektűt és ugyanakkor a főváros területén is nagyobb számban jelentkeztek a kanyarós megbetegedések. Azért is beteget a kütteg teljes kifejlődésekor 12-dikén a kanyaró-osztályra helyeztük át.

E complicatio a köhögési rohamok típusára vagy intenzitására semminemű befolyással sem volt; csak a rohamok száma (az antipyrin-kezelés már 10-dikén az első cyculus után elhagyatott) kezdett újból felszaporodni, úgy hogy 16-dikán, 12 napi roham jegyeztetett fel. De nem is várhattuk, hogy ezen enyhe complicatio, mely a légutakat alig afficiálta, a főbetegség lefolyását valamely irányban megzavarja.

Úgy látszott, hogy ezen enyhe kütteggel a complicatio teljesen véget ért. Azonban nem így történt!

17-dikén reggel újból hőemelkedés jelentkezik  $38^{\circ}$  C. és este  $39^{\circ}$  C., mi mellett az arcon, nyakon, mellen, vállakon és a végtagok feszítő oldalán nagyobb lenesényi egész fillérnyi, vörösbarna, újjnyomásra el nem tűnő, helyenként maculosus, másutt papulosus részint különálló, részint nagyobb területekbe összefolyó foltokból álló kütteg jelentkezett. E mellett az újból előállt kötőhártyahurton kívül semmi egyéb kóros tünet nem észlelhető. A nyákhártyák szabadok, vizelet, széklet rendes. Közérzet teljesen normalis; köhögési rohamok nem változtak. 18-dikán a haemorrhagikus foltok száma nem szaporodott; nyákhártya vérzések nem jelentkeztek. 19-dikén a foltok sötétebb színt öltenek; egyéb vérzések nem jelentkeztek. Ezen időtől kezdve a vérömlenyos foltok lassanként tűnedezni kezdtek és 22-dikén már csak nyomai voltak láthatók.

Vizsgáljuk már most közelebbről e kóresetet. Egy hőhurutban szenvedő gyermek, ki himlőn kívül, más heveny fertőző kütteges bántalomban nem szenvedett, kórházi tartózkodása 12-dik napján hirtelen  $40.8^{\circ}$  C. láz mellett gyenge hurutos tünetek kíséretében kiütést kap, melyet, tekintetbe véve, hogy pertussisban szenvedő gyermekek oly hajlamosak a kanyaró-fertőzés iránt, továbbá tekintve az akkor különben is járványos morbillit, és hogy több heveny eset fektűt a szomszédos épület kanyaró-osztályán, már eleve is a morbillira gyanúsna kellett tekintenünk. Feltűnő mindenesetre a minden prodromok nélkül beköszöntött igen heveny kezdet, a lázzal egyidejűleg már is a kütteg megjelenése, annak halvány volta és a tünet-csoportban a küttegnak praevaleálása, minden kísérő jelenség felett. Mindenekelőtt azonban számolnunk kellett azon körülménnyel, hogy beteg a megelőző 7 napon át 8 gm. antipyrin fogyasztott el, tehát, hogy e heveny tünetek nem-e talán *antipyrin intoxication*nak a következményei.

Ha tekintetbe vesszük e kütteg fellépési módját, a lázat, a kísérő bár enyhe hurutos tüneteket, ha megfigyeljük a körülményeket, melyek között a kütteg jelentkezett és főleg az elfogyasztott antipyrin kis adagját (7 nap alatt 8 gm.), továbbá, hogy a későbbi időben, midőn az antipyrin-kezelés újból megindult, azt a kis beteg minden kellemetlenség nélkül jól tűrte, úgy e feltevést minden habozás nélkül elejthetjük. Mélyebbre ható ezáfolatot kíván azon feltevés, *nem-e volt e kütteg rubeola!*

Sok körülmény van, mely e kütteg felvétele mellett szól! Így a heveny, minden prodromok nélkül beköszöntött kezdet; a kütteg színe, a foltok további magaviselete, illetve hogy izoláltak maradtak mindvégig, kivéven az arcot, sehol sem folytak össze; a kísérő tünetek enyhésége. Ha e kütteg valóban rubeola volt és az morbilli hiszemében a kanyaró-osztályra helyeztetett át, úgy ott a szomszéd ágyon fekvő heveny esetek által okvetlen megfertőztetett és ekkor az áttétel után 5-dik nap jelentkezett haemorrhagikus kütteg okvetlen mint morbilli fogandó fel. Bármilyen tetszetősnek látszik is ezen combinatio, az még sem fogadható el. Mindenekelőtt ritka volna, hogy a rubeola  $40.8^{\circ}$  hőemelkedés mellett jelentkezne, midőn majdnem az összes szerzők megegyeznek az enyhe, gyenge hőemelkedéstől kísért vagy egyáltalában láztalan kezdetben és lefolyásban. És a mi tapasztalataink is, melyeket 1887. nyarán szereztünk, a mikor is az „Erzsébet leány-árvaház“ és a magy. gazdasszonyok intézete növendékei közt nagyobb számban fordultak elő kétségtelen rubeola megbetegedések, arról győztek meg bennünket, hogy úgy a kezdet, mint a lefolyás láztól nem,

vagy csak alig kísért. Ugyanakkor tapasztalhattuk, hogy a foltok apró lenese nagyságú, tehát kisebb mint a jelen esetben, rózsaszínű, izolált, rendetlen csoportokban jelentkező, össze nem folyó kütteget képeznek és a kiütésnek egyik főjellege: a lassú, lökesszerűleg való (schubweise) fellépés jól bevésődött emléktünkbe. Az ezen idő óta a rubeoláról megjelent közlemények többé-kevésbé megegyeznek ezen mi általunk is tapasztalt sajátságokban.

De ha ezen, a mi esetünkben észlelt első kütteget rubeolának vesszük, úgy egyszerűen törülnünk kell a morbilli enyhe alakjait a pathológiából, úgy a rubeola és enyhe morbilli között oly hosszú időn át fáradsággal felépített válaszfal újra ledől és újból előáll a zavar, melyből kibontakozni csak nehezen lehetett.

Felvételünk szerint tehát ezen első kütteg kórházi fertőzés által okozott enyhe morbilli, mely fertőzés a fent leirt viszonyoknál fogva megütkezésre nem adhat okot. A második kütteg, mely inkább azon területeket illeti, melyeket az első megkimélt, mint visszaesés (recidiva) fogható fel, mely haemorrhagikus jellege daczára a betegség enyhéségén mit sem változtatott. Hasonló visszaesések leírásával, bár ritkán, találkozhatni egyes közleményekben „*eruptio duplex, triplex*“ vagy úgynevezett „*Nachschübe*“ elnevezés alatt és ezek a valódi „*recidivák*“, Gerhardt értelmében, midőn t. i. a küttegek megjelenése közt nem telik el több idő, mint az egész betegség tartama, beleértvén az incubatiót is.

Némely szerző, így Hensch, Johanness, újabban Embden említést tesznek kanyaró után fejlődött hórbántalmakról, így *purpura simplex*ről is; a mi esetünkben azonban a haemorrhagikus kütteg jelentkezési módja eléggé jellegzetes volt morbillire, úgy hogy ez irányban történhető összetévesztés kizárható.

### Adatok az ophthalmoplegia nuclearis tanához.

Mann Mór dr. gyakorló orvostól Szatmáron.

Nem vagyunk azon helyzetben, hogy az ophthalmoplegia centralist minden esetben pontosan localisálhatnók, azonban gyakran a kísérő tünetek s physiologiai ismereteink alapján némileg mégis tájékozódhatunk. Ezen bántalom localisatiójánál ugyanis főképen akkor találkozunk nehézségekkel, midőn az mint önálló megbetegedés nyilvánul más cerebralis tünetek nélkül. Sok esetben azonban súlyosbítja feladatunkat annak eldöntése, hogy vajjon az ophthalmoplegia valamely agybántalomnak kísérő tünetét képezi-e, vagy talán két különböző okból fellépett megbetegedésnek véletlen találkozása. Ezek s az agynak még elég pontosan nem ismert functiói eredményezik azt, hogy az ophthalmoplegia centralis localisatiója felett különböző nézetek merülnek fel.

Öt év előtt azonban Mauthner<sup>1</sup> az előbbi szerzők és saját észleletei alapján pontosabban írta le ezen bántalmat, melynek székhelye gyanánt az idegek nucleusait, továbbá a corona radiatanak az agyi idegek ezen magvaihoz futó rostjait és végre az agykérget jelöli meg.

Ezen három substratum egymáshoz való viszonya eléggé ismeretes, a mennyiben tudjuk, miszerint az akarat ingere a szemizmokra nézve, a kéregnek még eddig biztosan ki nem jelölt pontjaiból kiindulva, a corona radiata rostjain áthaladva, részben a III. agygyomrocsban, aquaeductus Sylvii s a IV. agygyomrocs szürke állományában elhelyezett ganglion-sejtekig (nucleus) érve s ezen sejtek által a megfelelő agyidegre áttételve jut a szem izmaihoz, mely utóbbiakban összehúzóást, működést kelt.

Ezen kijelölt három topographikus helynek megfelelőleg Mauthner ophthalmoplegia nuclearis, o. fascicularis és o. corticalist vesz fel, noha elismeri, hogy a két utóbbi clinice biztosan nem diagnosztisálható s csupán az ophthalmoplegia nuclearis képezheti a clinica diagnosis tárgyát.

<sup>1</sup> Vorträge aus dem Gesamtgebiete der Augenheilkunde. XII. Heft. Wiesbaden, 1885.



hat. Ezért alkalmazásának csakis úgy lehet eredménye, ha *intralumbalisan* történik. Saját tapasztalatunk szerint legcélszerűbben úgy alkalmazandó a gyógyító savó, hogy először is lumbalpunkcióval genyet bocsátunk le a gerinczcsatornából. A lumbalpunkciót, kivált a geny lebocsátását mindig a beteg oldaltfekvő helyzetében végezzük! A geny kiürülése után ugyanazon tűn át a gerinczcsatornába fecskendjük a serumot; felnőtteknek  $20\text{ cm}^3$ -t, gyermeknek  $10\text{ cm}^3$ -t szoktunk adni. Súlyos esetben a serumbefecskendést naponta ugyanígy, mindig a geny előzetes kibocsátása után alkalmazzuk. Különösen súlyos esetben a gerinczcsatornát átöblítjük serummal: a geny lebocsátása után serumot befecskendve, lassan kifolyni hagyjuk, s 2—3-szori serumos átmosás után a fent megjelölt serummennyiség benthagyása után kihúzzuk a tűt. A serum alkalmazásának kiváló hasznossága ma már beigazolt. A halálozás arányszámának jelzett nagyfokú csökkenése a gyógyító savó alkalmazásának tudandó be.

## Poliomyelitis anterior acuta. Gyermekbénulás.

### Heine-Medin-kór.

A járványos gyermekbénulás rövid lázas időszak után jellemző bénulással járó acut fertőző betegség. A betegség leginkább gyermekeken, legtöbbször 5 éven aluli gyermekeken fejlődik ki, bár a serdültebb, ritkán a felnőtt korban is előfordul. Más országokban, nevezetesen az északi országokban, Svédországban és Norvégiában a felnőtt korban jóval gyakoribb, mint minálunk.

A betegség rövid lappangási szak után lázzal kezdődik, a lázat hidegrázás nem szokta megelőzni.



A nagy láz 1—3 napig szokott tartani. A 3.—4. napon hirtelen fejlődik ki a betegség legjellemzőbb tünete: a bénulás. A bénulás foka és kiterjedése igen különböző, egy izomcsoport enyhe paresisétől a szándékosan beidegezhető izomzat teljes hűdéséig változó. A betegség halálozási arányszáma igen különböző, járványonként 10—40% között ingadozó. A kifejlődött hűdés igen lassan javulni szokott.

A betegség okozója minden valószínűség szerint a *Flexner-Noguchi* felfedezte igen apró coccusszerű, kettős elrendeződésben elhelyezkedő gömbszerű képlet, mely *Gram* eljárásával megfesthető s a Berkefeld-szűrőgyertyán áthatol. Csakis teljesen oxygenmentes közegben tenyészthető emberserumot, ascitesfolyadékot tartalmazó tenyésztőtalajon. Majomba beoltva, a majom 9—10 napos lappangási idő után ugyanolyan tünetekkel, bénulással járó betegséget kap. A reconvalescens beteg savójában, valamint a fertőzött majom savójában antianyag mutatható ki. Ezen antianyag jelenléte a reconvalescens savójában fontos diagnostikai segítőnk. Ha ugyanis beoltott és megbetegedett majomnak a betegség vírusát magában foglaló agypépet ily antianyag-tartalmú savóval hozzuk össze, a savó védőanyaga a vírust elpusztítja s így e keverék beoltása egy második, egészséges majomba nem fog betegséget okozni; míg ha a savó antianyagot nem tartalmaz, az agypépnek épen maradt vírusa a második, egészséges majomnál a jellemző betegséget okozza. Így a savó antianyagtartalmának kimutatásával kétes esetben a lefolyt betegség diagnózis megállapítható.

A betegség pathogenesis még nem egészen ismeretes. A legnagyobb valószínűség a mellett szól, hogy a kórokozó belélekezéssel jut be az orrgaratürön át a szervezetbe, majd pedig a vérpályán vagy a nyirokutakon át az idegrendszerbe. A szervezetet



egyrészt a kiköhögött köpetrészcsekkel, másrészt mindenképpen a bélcsatorna útján hagyja el. Így a fertőzés terjesztése szempontjából is elsősorban a beteg köpetére, székletére kell ügyelnünk. A betegség leggyakrabban nyárutókor és ősszel jelentkezik járványszerűen, e körülmény is nagyban az ürülék útján terjedő fertőzés mellett szól (mint a typhus, dysenteria tárgyalásakor részleteztük). A poliomyelitis fertőzés terjedése nagyban emlékeztet a járványos nyakszirtmerevedés terjedése módjára. A baj ugyanis leggyakrabban nem valamely beteggel érintkezés közvetlen contactus-fertőzése révén, hanem virushordozó közvetítésével terjed. Mai tapasztalataink szerint a betegség csakis az első lázas szakban fertőző, a bénulási szakban a vírus úgy látszik már elpusztult vagy legalább is már nem hagyja el a szervezetet. Ezzel kell magyaráznunk a betegség fertőző volta ellen hosszú ideig emelt ellenvetést, t. i. hogy kórházi fertőzés alig ismeretes. Csak azt kell meggondolnunk, hogy a poliomyelitis gyermek a lázas bajt otthon szenved végig s majdnem kivétel nélkül csakis a bénulásos időszakban jut kórházba! A betegség ritkán jelentkezik nagyobb számmal, pl. egy iskola-osztály növendékei között. A fertőzésmentes vidéken hirtelen jelentkező betegség járványügyi vizsgálatok rendszerint kideríthető, hogy valamely családtag vagy látogató oly helyről érkezett, ahol poliomyelitis fordult elő s az illető vagy magával a beteggel, vagy környezetével érintkezésbe jutott. A poliomyelitis vírusa ugyanis a mi viszonyaink között felnőttekre igen ritkán kórteremtő, azonban a beteggel érintkezésbe jutott egyének belelékekezhetik a beteg kiköhögött s a nyálrészcsekkel a levegőben libegő vírusát, miáltal *virushordozóvá* válnak. Ezen egészséges és ezért teljesen szabadon mozgó virushordozók a fertőzés legfőbb



terjesztői. Ezért a fertőzés tovaterjedése leküzdésének legfontosabb fegyvere a betegnek s környezetének szigorú elkülönítése, ürülékének ártalmatlanná tétele, a vele érintkezésbe jutott tárgyak gondos fertőtlenítése.

## Diphtheria.

Diphtheriának nevezzük a *Löffler*-bacillus előidézte fertőző betegséget, melyre jellemző, hogy a bacillus okozta, aránylag csekély terjedelmű nyálkahártya-elváltozás mellett a kórokozó toxinja által előidézett súlyosabb általános tünetekkel jár. A betegség leggyakoribb localisatiója az orrgaratür nyálkahártyája, továbbá a gége, a légcső, esetleg a bronchusok nyálkahártyája, ritkább a kötőhártya, a vagina, esetleg valamely sebfelület *Löffler*-bacillus okozta megbetegedése. A betegség kifejlődését 2—8 napig tartó lappangási szak előzi meg; a prodroma általános tünetei után csakhamar kifejlődik a garatürben a jellemző helybeli folyamat, a nyálkahártya megduzzad, erősen belövelt, kivált a tonsillák duzzadtak, a tonsillát szürkés-fehér színű lepedék, a jellemző diphtheriás álhártya borítja. A garatmanduláról e rostonyás gyuladás tovaterjedésével járó álhártyaképződés ráterjedhet a garatívekre, a szájpadra, az uvulára, úgy hogy 5—6 nap alatt az egész garatürt ily álhártya bélelheti ki, sőt a folyamat ráterjedhet az orr és a gége nyálkahártyájára is. E jellemző álhártyás garatüri megbetegedés mellett előfordul a torokdiphtheria lacunás formában is, midőn a tonsillán az egyszerű anginára emlékeztető, lacunás formában jelentkező, pettyszerű, szürkés-fehéresen kiemelkedő csapok látszanak és a bakteriologiai vizsgálat mégis diphtheria-bacillus jelenlétét mutatja ki. A toroküri elváltozással egyidejűen megduzzadnak a nyaki nyirokmirigyek,



az egész nyak igen fájdalmas. A torokürbeli elváltozással karöltve jár a hőmérsék emelkedése, eleinte igen magasra,  $40^{\circ}$  fölé is; utóbb lassanként sülyed a hőmérsék, úgy hogy a 7.—10. napon a beteg a reconvalescentia stadiumába jut. A nagy lázzal a szívműködés szaporodása, gyakori febrilis albuminuria jár, a beteg többnyire igen elesett. A jellemző toroküri elváltozás nem mindig fejlődik ki. A diphtheria lefolyhat egyszerű katarrhusos angina alakjában, máskor egész könnyen leváló genyes lepedék vagy éppen csak egyes foltokra szorítkozó lepedék borítja a tonsillát. Epidemiologiai szempontból különösen fontos ezen enyhébb esetek felismerése. Persze súlyosabb alakban is lefolyhat a diphtheria; a garatüri folyamat leg-súlyosabb formája a gangraenás diphtheria, mikor a garatürt borító álhártya-tömeg evesen szétesik, mélyreható pörkösődéssel, elhalással; természetesen a súlyosabb garatüri folyamat súlyosabb általános tüneteket is okoz. A folyamat leterjedése a gégebe a larynx-stenosis veszedelmével fenyeget. A betegség leghevenyebb lefolyású alakja a diphtheria gravissima seu fulminans, mely a kórokozó toxinja előidézte mérgezésnek a kórképe; itt a garatüri folyamat bármily kifejlődött is, teljesen háttérbe szorul a toxin általános mérgezést előidéző hatása mellett; a mérgezés főként a szívet és az idegrendszert támadja meg; a szívműködés igen szapora, acut szívdilatatio fejlődik ki, az idegrendszer mérgezését az öntudat mély elhomályosodása árulja el.

A vizelettel kiválasztott toxin megtámadja a vesét is, a csaknem állandó fehérjevizelésen kívül gyakran valóságos vesegyuladást is okoz. A diphtheriatoxin a peripheriás idegekben gyakran gyuladást, neuritist okoz, ennek következtében hűdés, pl. lágyszájpadhűdés, szemizombénulás fejlődhetik ki. A bénulás gyakran jóval a garatüri folyamat után jő létre.



A diphtheria egyéb localisatiói közül epidemiologiai szempontból a garatür megbetegedése mellett főként az orrüreg nyálkahártyájának diphtheriája, a rhinitis diphtherica érdekel bennünket, mely lehet a garatürből felterjedő másodlagos folyamat, de lehet a fertőzés elsődleges localisatiója is. A nyálkahártya megbetegedésének foka igen különböző, lehet egyszerű nátha képében lefolyó catarrhus, de lehet az egész orrüreg nyálkahártyáját kibélelő álhártyás diphtheria is.

A diphtheria kórokozója a *Löffler*-féle diphtheria-bacillus, változatos, szabálytalan hosszúságú és vastagságú, rendszeren kissé meghajlott testü, egyik vagy mindkét végén bunkószerű vastagodással végződő bacillus, melyet éppen e jellemző bunkós végződése miatt a hozzá morphologiailag és kulturailag igen hasonló xerosis- és pseudodiphtheria-bacillussal együtt koryne-bacteriumok közé szokás sorolni. A diphtheria-bacillusnak csillangója nincsen, mozgási képességgel nem bír. Egyszerű anilin-festékkel jól festhető, a Gram-féle eljárás szerint is jól megfestődik. Jellemző, hogy teste nem egyenletesen festődik, hanem szakaszosan, azaz jól festődött tagokkal halvány szakaszok váltakoznak. Legjobban tenyésztethető serumos bouillonban; serumos agaron kolóniája finom lapos képlet, melynek széli része keskenyebb a középső kiemelkedő résznél, széle rendszeren egyenetlenül csipkézett. A 24 óránál fiatalabb tenyészetből származó bacillusnak két polusán, az idősebb tenyészetből származó bacillusnak testében is több, bizonyos festődési eljárással jól feltüntethető, erősebben fénytörő, differenciálódott szemcséket, az ú. n. *Babes-Ernst*-féle szemcséket lehet látni, melyek a diphtheria-bacillusban állandóan kimutathatók, míg a többi koryne-bacteriumban rendszerint hiányoznak s így megkülönböztető értékkel bírhatnak, bár e különbség nem absolut érvényű,



mert a pseudodiphtheria-bacillusban is előfordulhatnak. Feltüntetésükre legalkalmasabb a *Neisser* methylviolett chrysoidin kettős festése, de kimutatásuk gyakran sikerül úgy is, ha az alkaliás (*Löffler*-féle) methylenkékkel erősen megfestett praeparatumot híg ( $\frac{1}{3}\%$ -os) eczetsavval kezeljük. A diphtheria-bacillusnak legjellemzőbb tulajdonsága, melyen a legbiztosabb meghatározása is alapszik, a méregtermelő képessége. A diphtheria-bacillus termelte méreg, melyet a bacillus a tenyésztőtalajnak átad, illetve a fogékony állatban termel, a diphtheria-toxin, melynek a diphtheria pathogenesisében legfontosabb szerepe van. A tengeri malaczbba subcutan beoltott  $\frac{1}{2}$ —1 cm<sup>3</sup> levestenyészet az injectio helyén lobos beszűrődést okoz, a bacillus csak az injectio helyén szaporodik el s itt termelt toxinja okozza az állatnak 2—4 nap alatt bekövetkező halálát. A legjellemzőbb sectiós lelet a mellékvese nagyfokú duzzanata és hyperaemiája, emellett a mell és szívburok ürében gyakran találunk izzadmányt, mindehhez még parenchymás nephritis és myocarditis csatlakozhatik. *Ehrlich* vizsgálataiból ismeretes, hogy a diphtheria-bacillus mérge nem egységes, legfőbb komponensei az említett kórboncztoni elváltozásokat okozó toxin és a lassúbb hatású, nevezetesen a hűdéseket okozó toxon. A diphtheria-bacillus elsősorban a localis megbetegedés helyén, a tonsillán, az álhártyában mutatható ki. A diphtheria gyógyulása után a bacillus még rendszerint hosszú ideig kimutatható a gyógyult beteg garatüregében. Kimutatható azonban a bacillus néha egészséges emberek szájgaratüregében is (bacillusgazdák), elsősorban a beteg környezetében élő emberekében; az ily egyén vagy észrevétlenül esett át igen enyhe lefolyású megbetegedésen, vagy természetből fogva mentes. Belátható e körülmények fontossága a betegség terjesztése szempontjából. A betegség leginkább közvetlen érintkezés



folytán terjed, a beteg váladékai, a kiköhögött álhártyarészletek a fertőzés főforrásai. A diphtheria egyszeri átállása a szervezetet immunossá teszi, igen ritka a másodszori megbetegedés.

A fertőzés terjesztésének főforrása tehát a fertőzést terjesztő egyénnel közvetlen érintkezés. A beteg felköhögött köpése tartalmazza a kórokozót, mely a köpet apró nyálrészecskéivel hosszasan a levegőben libegve, a beteget környező levegőt a diphtheria bacillusával úgyszólván telíti. Így válhatik a felköhögött s a levegőben libegő köpetrészecske beléleklés útján a fertőzés terjesztőjévé. Kivált fontosak a fertőzés terjesztése szempontjából a betegségnek igen enyhe klinikai tünetekkel járó alakjai, melyek a beteg fennjárása miatt s azért, mert az ily beteget nem izolálják, nagyon terjeszthetik a fertőzést. Kivált a csecsemők súlyosabb náthája, melyet igen gyakran a diphtheria-bacillus okoz, terjeszti a tüsszentés, köhögés révén a fertőzést. A reconvalescens beteg orrgaratürében a diphtheria-bacillus még hosszú ideig kimutatható, tehát a beteg *bacteriumhordozó* lett. 2—3 hétig rendszerint megtalálható, 5 hétig gyakran, ezentúl ritkábban, bár ismerünk eseteket, melyekben még két hónappal a betegség lezajlása után is ép és fertőzőképes diphtheria-bacillus volt kimutatható a garatürben. A diphtheriás fertőzés terjesztésében igen fontos szerepet játszanak a *bacteriumürítők*, kik maguk teljesen egészségesen maradván, szabad mozgásuk folytán különösen veszedelmes terjesztői a fertőzésnek. A diphtheriás beteggel érintkezésbe jutott egyéneknek átlag a feleszámában a diphtheria-bacillus a garatürben kimutatható.

A betegség bakteriologiai diagnosisa a kórokozónak a váladékban, a lekapart álhártyarészletben kimutatásával történik. E célból a megfelelő helyről, garatüri álhártyáról, a garatmandolát borító lepe-



dékről, az orrüreg váladékából üvegbotra vagy fapálcikára kötött s jól záró kémlőcsőben sterilizált vattacsomóval szedünk le megfelelő részletet s a vattára jutott váladékot részben közvetlenül mikroskoppal, részben tenyésztés készítésével vizsgáljuk. Ha a váladék nagy mennyiségű diphtheria-bacillust tartalmaz, például a tulajdonképpeni diphtheriás álhártya, a vattacsomó rákenésével fedőlemezen nyert és megfestett készítményben a diphtheria bacillusa a leírt jellemző alakjáról, szokásos festődéséről, a Babes-Ernst szemcsékről s a bacillus jellemző csoportos elhelyeződéséről közvetlenül is megismerhető. Ha a bacillusok száma kisebb, serumos agaron, Löffler-íjemen szélesztjük a vattával vett váladékot s a tenyésztet vizsgáljuk. Ha a kinőtt törzs mérgeztelőképességéről akarunk meggyőződni, az állatoltáshoz, nevezetesen tengeri malacznak beoltásához kell folyamodnunk.

A diphtheria-bacillus legfőképpen a lélekző apparatus kezdeti részén, belélekzéssel jut be az emberi szervezetbe. A diphtheriás beteg, a bacteriumhordozóvá vált diphtheria-reconvalescens és az egészséges bacteriumürítő a fertőzés főterjesztője. Természetesen ezek váladékaival rákerülhet a diphtheria-bacillus a beteg fehérműjére, evőeszközére, poharára, olvasmányára, a gyermek játékkára, szóval minden tárgyra, mely a beteggel, illetve váladékával érintkezésbe jutott, miáltal mindezek a fertőzés közvetítőjévé válhatnak; e közvetett fertőzés szerepe azonban igen alárendelt jelentőségű a bacillust ürítő emberével szemben. A diphtheria-bacillus az orrgaratürben megtelepedve, létrehozza a jellemző helybeli elváltozást s itt termelt toxinjával mérgezi a szervezetet. Néha azonban átlép a vérpályába is, innen magyarázható, hogy egyes esetekben a vizelettel is kiválasztatik. Az esetek túlnyomó többségében



azonban csak az orr-garatür váladékával, a köpettel s kiköhögött álhártya-részletekkel hagyja el a szervezetet.

A diphtheria leggyakoribb a 2—5. életosztályban; a felnőtt korban is előfordul, de aránytalanul ritkábban. A felnőttkor e nagyfokú immunossága valószínűen a gyermekkori igen enyhe megbetegedés, egyszerű torokfájás alakjában lefolyt megbetegedés árán szerzett activ immunosság eredménye. Az esetek száma a téli hónapokban szokta elérni a tetőfokát.

A fertőzés terjedésének leküzdésében legfontosabb feladatunk a köhögésével, köpetével diphtheria-bacillust ürítő ember ártalmatlanná tévése. Ezért oly fontos a diphtheriás beteg kötelező korai bejelentése. Okvetlen szükséges azonban a beteg vizsgálatán s azonnali elkülönítésén kívül a beteg környezetének, ápolószemélyzetének, családtagjainak, esetleg az iskolába járó gyermek osztálytársainak bakteriologiai vizsgálata is. A beteg elkülönítésén kívül köpetének, a vele érintkezésbe jutott tárgyaknak gondos fertőtlenítéséről kell gondoskodnunk. A bacteriumürítőt lehetően szintén el kellene különíteni, mindenesetre azonnal kezelésbe kell venni; a kezelés a garat-orrüregnek fertőtlenítő oldatokkal ecseteléséből, öblítéséből álljon, toroköblítőnek hydrogenhydroxydos vizet, ecsetelésre jódtincturát (15 rész jódtinctura, 5 rész glycerin) szoktunk használni. A diphtheria-reconvalescens beteg addig maradjon elkülönítve, míg az ötnapos időközben végzendő, legalább is három ízben eszközölt bakteriologiai vizsgálattal orr-garatürében bacillus már nem mutatható ki. A fertőzés veszélyének különösen kitett gyermekeken, pl. a beteg családtagjain, osztálytársain, fertőző-gyerekkórház egyéb osztályainak betegein a *prophylaxisos serum*-oltás alkalmazandó. E védőoltás céljára 300—600 immunosság-egységet fecskendünk a védendő szervezetbe a bőr



alá. Ujabban *Behring* e passiv védőoltás helyett, mely kb. 3 heti védelmet nyújt, az activ védő immunozó eljárást ajánlotta. A diphtheria toxinjának és antitoxinjának keverékével a szervezet maga ingerelhető antitoxin termelésére; az ilyen oltás fokozott védőhatása jóval hosszabb ideig tart. E védőoltás eddigi eredményei igen biztatók.

A *betegség specificus* kezelése a diphtheria-bacillussal rendszeresen immunozott ló antitoxint tartalmazó vérsavójával történik. A savó alkalmazásában fődolog a savó lehető korai alkalmazása. 1000—2000 immunossági egységet tartalmazó savót lehető korán s gyorsabb hatás elérése czéljából intravenásan vagy intramuscularisan alkalmazunk. A savó alkalmazásának kedvező hatása főként az általános tünetek jóformán rögtönös enyhülésében, a szív működés javulásában, az öntudat feltisztulásában mutatkozik, de elősegíti e kezelés a diphtheriás helybeli folyamat gyógyulását, az álhártyák lelöködését is. Epidemiológiai szempontból fontos s szem előtt nem tévesztendő, hogy a savó csak antitoxint tartalmaz, tehát csakis a bacillus termelte mérget közömbösítheti, ellenben bacteriumpusztító hatása nincsen. Ezért a savókezelésre gyógyuló beteg épp oly fertőző marad, orr-garatürében a diphtheria-bacillus épp úgy tovább is megél és szaporodik, mintha savót nem alkalmaztunk volna.

## Skarlát.

A skarlát a gyermekkorban egyik typosos, kiütéssel, angínával, többé-kevésbé súlyos általános tünetekkel járó acut fertőző betegsége, mely tüneteiben, lefolyásában rendkívül változatos. A lappangási szak rendszeren 4—7 napig tart, bágyadtsággal, főfájással, étvágytalansággal jár; máskor a betegség minden meg-



előző rosszullét nélkül, teljes jólétben hirtelen kezdődik főfájással, hányással, hidegleléssel. Ezután a hőmérsék rohamosan emelkedik  $40^{\circ}$  köré, sőt e fölé is a megfelelő általános tünetekkel. Gyakran már ilyenkor duzzadt a garatür nyálkahártyája és a garatmandula. Az első vagy második lázas napon jelentkezik a jellemző skarlátos kiütés. A kiütés egészen apró, gombostűfejnyi, élénkpiros, rendkívül sűrűn egymás mellett levő foltokból áll, úgy hogy megszibbról az egész bőrterület diffuse vörösnek látszik, míg közlről, kivált ha ujjnyomással halványítjuk el, az ismét előtűnő kiütésen jól látható, hogy apró foltokból áll, melyeket ép bőrterületek választanak el. A kiütés először a törzsön, a has, hát, mellkas bőrén jelentkezik, majd ráterjed a czomb és kar bőrére, esetleg a nyakra; az arcz bőre rendszeren mentes marad a kiütéstől. A mindjobban terjedő kiütés legnagyobb intenzitását az 5.—7. napon éri el, azután rendszerint egy napig még megmaradva, halványodni kezd; rendszerint ezzel egyidejűen a bőr is kezd hámlani, még pedig rendszeren nagyobb terjedelmű lemezek alakjában válik le a felhám, különösen a végtagokon, a hol egy-egy ujj bőre egy darabban válhat le. A hámlás máskor jóval később kezdődik, esetleg csak 2—3 héttel utóbb s jóval tovább, 4—6 hétig is eltarthat. A lehámló felhám a fertőzés egyik legfontosabb terjesztője. A szájgaratür bővérsége és az egész nyálkahártya duzzanata fokozódik, a garatmandula igen erősen megduzzad, felületét sárgás-zöldes genyes lepedék borítja, a nyaki nyirokmirigyek duzzanata nő. A kiütés halványodásával, illetve a bőr hámlásával alászáll a hőmérsék, lassanként lelohad a garatür nyálkahártyájának duzzanata, a garatmandula lepedéke lelöködik.

A betegség e röviden vázolt típusától sokféle eltérést mutathat. Epidemiologiai szempontból



különösen érdekel bennünket a rendkívül enyhe módon lefolyó skarlát. A gyermeknek enyhe anginája van, kissé lázas, a kiütés oly rövid ideig, esetleg csak egy éjjelen át tartott, hogy elkerülte a figyelmet s csak a bőr meginduló hámlása árulja el a betegség valódi természetét. Az enyhe esettel szemben áll a betegség igen súlyos, ú. n. foudroyans, inkább intoxicatióra, mint fertőző betegségre emlékeztető alakja a skarlátnak. Súlyos lehet a garatür megbetegedése is; nevezetesen a tonsilla gyuladását mélybehatoló elhalás követheti (angina scarlatinosa maligna seu necrotisans), mely másodlagos általános streptococcus-sepsis forrása lehet. A skarlát leggyakoribb s legfontosabb utóbetegsége a vesegyulladás.

A skarlát kórokozója eddig ismeretlen. A skarlátos beteg vérében, véresejtjeiben leírt bizonyos lefűződött képleteket a betegség kórokozójaként nem fogadhatjuk el. A skarlátos betegség lefolyásában egy jól ismert mikroorganizmusnak, nevezetesen a streptococcusnak, igen fontos szerepe van. A beteg vérében az első hét utolsó napjaitól kezdve a streptococcus a beteg véreből rendszerint kitenyészthető. Így bár a betegség pathogenesisében kiemelendő a streptococcus fontos szerepe, különösen a complicatiók s utóbetegségek szempontjából, mégis a streptococcus szerepét ma általában csak másodlagosnak tartjuk. A streptococcus behatolása is a tonsillának a skarlát vírusa előidézte megbetegedésén át történik. Hogy a streptococcus nem előidézője a betegségnek, azt az bizonyítja, hogy a betegség legelső lázas napjaiban a keringő vérben streptococcut kimutatni eddig nem sikerült, sőt hogy foudroyans esetekben egyáltalán nem volt található; továbbá ellene szól az a körülmény, hogy a skarlát egyszeri átállása állandó immunosságot nyújt a szervezetnek, rendkívül ritka a



másodszori megbetegedés, míg a streptococcus-betegségek, pl. az erysipelas, inkább növelik a fogékonyságot s gyakran ismétlődnek.

A skarlát a gyermekkor betegsége, leggyakoribb a 3—7. évben, csecsemőben igen ritka, felnőttben ritkán fejlődik ki, 45 éven túl alig észlelhető. A skarlát ismeretlen vírusa elsősorban belégzéssel jut a szervezetbe, azonban minden a beteggel érintkezésbe jutott tárgy közvetítésével is bejuthat a szájgarat-űrbe, honnan mindenestre a keringés útján terjed el az egész szervezetben. Skarlátos beteg vérének beoltásával majmon skarlátos megbetegedést sikerült előidézni. Valószínű, hogy a vizelettel is kiürül a szervezetből, bizonyos, hogy a beteg köpetével, a leváló hámmal a vírus a külvilágba jut, geny, pl. középfülgyulladás genye szintén tartalmazza a vírust. A beteg a vírust betegségének egész tartama alatt üríti, már a kiütés megjelenése előtt is s bizonyára a hámlás teljes befejeztéig. Sok epidemiológiai tapasztalat szól a mellett, hogy a skarlát vírusát a meggyógyult beteg néha hosszú ideig üríti szervezetéből, tehát virusgazdává lett, valamint a mellett is, hogy a beteg egészségesen maradó környezete virushordozóvá válhatik. A fertőzés leggyakoribb alakja a közvetlen fertőzés: a beteg köhögésével kiürített apró nyálkárészecskék tartalmazzák a skarlát vírusát, e nyálkárészecskék a levegőben libegnek s belégzés útján új fertőzés forrásává válnak. A beteg köpetével, egyéb váladékaival, vizeletével, genyével, leváló hámmal érintkezésbe jutó minden tárgy, a beteg fehérneműje, ágyneműje, evőeszköze, játéka a reájutó vírus révén a fertőzés közvetlen terjesztője lehet. A vírus ugyanis úgy látszik a szervezeten kívül is meglehetősen ellentálló. A közvetett fertőzésnél nagyobb jelentőséget kell tulajdonítanunk a virusgazda és virus-hordozó szerepének. A sebfelületre, így a gyermek-



ágyas nő uterusába jutó vírus a sebfelületről kiinduló skarlátot hozhat létre. A fertőzés a téli hónapokban terjed legjobban; megjegyzendő, hogy a skarlátos fertőzés iránt nem minden gyermek egyenlően fogékony, gyakran a beteg környezetében a fertőzésnek épp oly mértékben kitett egyik vagy másik gyermek nem betegszik meg.

A fertőzés terjedésének leküzdésében legfontosabb a beteg gyermek korai elkülönítése. Ezért oly fontos a skarlátos beteg azonnali bejelentése. A beteggel érintkezésbe jutott egyéneket, kivált a környezetében levő gyermekeket legalább is 10 napra szintén el kell különíteni. A beteg ágy- és fehérműjét, ürülékeit ártalmatlanná kell tenni, minden vele érintkezésbe jutott tárgyat gondosan fertőtleníteni kell.

A betegség kórokozója ismeretlen lévén, specifikus gyógyító eljárással nem rendelkezünk. A másodlagos streptococcus-fertőzés gyógyítására szolgálhat a streptococcus-savó. A *Moser*-féle savó kedvező hatását mind többen dicsérik.

## Kanyaró. Morbilli.

A kanyaró a felső légzőutak és a kötőhártya megbetegedésével járó, igen nagy mértékben fertőző kiütéses betegség. A lappangás szaka 10—11 napig tart, bizonytalan általános panaszokkal jár; ez állapot után a tulajdonképpeni betegség rendesen erősebb nátha tüneteivel kezdődik, mihez csakhamar a kötőhártya gyuladása csatlakozik. A nátha fokozódásával a gyuladás a szájgaratür nyálkahártyájára is átterjed, a garatmandula megduzzad. A 2.—3. napon már kifejlődik a szájgaratür nyálkahártyáján az enanthema, mely lencsenagyságú élénkpiros foltokból áll. Ezzel egyidejűleg, gyakran még előbb jelentkeznek a szájür nyálkahártyáján a *Koplik*-féle foltok, rendesen a prae-



molarisokkal szemben elhelyezkedő, pirosas udvartól körülvevett apró, fehérés kiemelkedő foltok. A prodromás tünetekkel egyidejűen áll be a láz is, rendszeren hideglelés nélkül emelkedik 39—40<sup>o</sup>-ra, azonban hamar lesülyed a normalis köré, 2—3 napig marad ily alacsony s harmadnapra a kiütés kifejlődésével jelentkezik ismét mint eruptiós láz. A kanyarós kiütés eleinte gombostűfejnyi nagyságú, később nagyobbra növő, élénkpiros, az ujjnyomásra elhalványodó, a bőr színéről alig kiemelkedő foltok alakjában jelentkezik; a foltok összefolyásából nagyobb papulák keletkezhetnek. A kiütés először többnyire az arczon jelentkezik, innen terjed a hajzatos fejbőrre, a nyakra, a mallkas, törzs és végtagok bőrére. A kiütéssel ismét beköszöntő láz állandó típusú, a hurutos tünetek, nevezetesen a bronchitis, illetve a bronchiolitis is fokozottabb. A kiütés visszafejlődésével csökken a láz, javul az általános állapot, a hurutos tünetek megszűnnek, a bőr apró kis pikkelyek alakjában hámlik. A betegség rendszeren 10—12 nap alatt gyógyulással végződik, a lefolyás azonban igen változatos.

A kanyaró kórokozója ismeretlen. A fertőzés forrása mindenkor a kanyarós beteg, aki elsősorban a közvetlen érintkezés útján, még pedig váladékai, köpete, a hurutos nyálkahártyáknak, mint a kötőhártyának, az orr és szájür nyálkahártyájának váladéka útján terjeszti a betegséget. Hogy a jelzett váladékok a kanyaró vírusát tartalmazzák, az kétségtelenné vált azon majomátoltási kísérletekből, melyekben kanyarós beteg vérének, orrváladékának, szájnyálának beoltásával a majom kanyarós megbetegedése volt előidézhető. A beteg tehát a betegség legelején a legfertőzőbb, mert ilyenkor legerősebb a nyálkahártyák hurutja és legnagyobb a váladéktermelés. A vírus a szervezeten kívül kevésbé ellentálló, hamar



elpusztul. Ezért legfontosabb a fertőzés terjedésében a közvetlen érintkezési fertőzés, illetve a vírust tartalmazó kiköhögött nyálkarészecskének belehelése. A beteg fehér- és ágyneműje, a vele érintkezésbe jutott tárgyak tartalmazhatják ugyan a kanyaró vírusát, jelentőségük a fertőzés terjesztése szempontjából azonban igen alárendelt a közvetlen érintkezési, illetve váladékbelélezési fertőzési mód jelentőségéhez képest.

A kanyarós fertőzés iránt a fogékonyság általános. A betegség ugyan leggyakrabban a 2.—5. életévben fejlődik ki, de azért mégsem tekinthetjük tulajdonképeni gyermekbetegségnek. A mi viszonyaink között ritka ugyan a felnőtt kanyarós betegsége, de csak azért, mert a legtöbb ember gyermekkorában átesett a kanyarón, a kanyaró egyszeri átállása pedig az egész életre szóló immunosságot nyújt, igen ritka az ismételt megbetegedés. Ezért ha oly országrészbe, pl. bizonyos szigetek lakossága közé hurczoltatott be a kanyarós fertőzés, ahol hosszú ideje ismeretlen volt a kanyaró, a felnőttek épp oly gyakran betegedtek meg, mint a gyermekek.

A fertőzés terjedésének leküzdésében legfontosabb a kanyarós beteg korai elkülönítése. Ehhez pedig a korai diagnosis szükséges. Ezért fontos minden náthás gyermek alapos vizsgálata, mert a kiütés megjelenése előtt már terjesztheti a kanyarós fertőzést. Jó segítőnk a Koplík-folt, mely rendszerint igen korai tünete a kanyarónak. A kanyarós gyermek környezetét is 14 napra el kell különíteni; hogy virushordozó és vírusürítő fejlődik-e, nem tudjuk. A legnagyobb fontossággal mindenestre a köhögő s váladékával a vírust a napvilágra hozó beteg elkülönítése, váladékának ártalmatlanná tévése bír. A beteg fehérneműje, minden érintett tárgya tartalmazhatja a vírust s ezért mindez gondosan fer-



tőtlenítendő, úgyszintén formalin-gőzökkel a beteg szobája is. Minthogy a vírus a szervezeten kívül igen hamar elpusztul, azért az érintett tárgyak fertőzésterjesztő jelentősége aránytalanul csekély a beteg váladékának jelentőségéhez képest.

## Rubeola.

A rubeola jóindulatú, mérsékelt fokú általános tünetekkel járó acut kiütéses fertőző betegség. Kiütése apró, gombostűfej nagyságú, élénk rózsaszínű foltok alakjában jelentkezik, melyek nagyobb foltokká, mint a milyen a kanyarós kiütés, nem szoktak összefolyni. A kiütés először az arczon jelenik meg, ezután szabálytalan sorrendben hol az egyik, hol a másik végtagon, majd a törzsön mutatkozik. A kiütés e nem folytonosságban való terjedése jellemző; mire az egyik helyen kifejlődik, másutt már kezd is halványodni. A kiütéssel láz jár, a száj-garatür nyálkahártyája, a garatmandula mérsékeltén megduzzad. A kiütés a 2—3. napon kezd halványodni, ezzel szűnik a láz s visszafejlődik a garatür hurutja is. A betegség kórokozója ismeretlen; a betegséget sokáig a kanyaró, illetve a skarlát enyhe alakjának tartották; önállóságát bizonyítja, hogy a rubeola, melynek átállása immunosságot nyújt, nem mentesít a kanyarós és skarlátos fertőzéssel szemben s megfordítva. A betegség leginkább közvetlen érintkezés útján terjed, leginkább a beteg felköhögött s a levegőben libegő köpetrészcskéinek belehelése útján. A vírus igen hamar elpusztul a szervezeten kívül, ezért a közvetett fertőzés alig játszhatik szerepet. A betegség a 2—8. életévben a leggyakoribb.

A fertőzés terjedésének leküzdése azonos a kanyarós fertőzésével.



## A tuberculosisról általánosságban.

A tuberculosis kórokozója a *Koch Róbert* által 1882-ben felfedezett tuberculosis-bacillus. A tuberculosis bacillusa karcsú rövid pálczika, mely a kóros váladékban, nevezetesen a tüdőgümőkóros beteg köpetének göbcséiben nagy csoportokban fordul elő. A bacillus nem festődik meg egyenletesen, hanem szakaszosan, azaz jól megfestődött részletek világosabb, festéket kevésbé felvett tagokkal változnak benne. Az egyszerű anilin-festékekkel kissé nehezebben festődik meg, mert viaszos hüvely veszi körül. Ezért melegítve festjük meg, például meleg carbolvizes fuchsinnal jól megfesthető s ha megfestődött, a felvett festéket a rendes elszíntelenítő eljárásokra nehezebben adja le. E tulajdonsága, nevezetesen a savakra nehezebben elszíntelenedése miatt a tuberculosis-bacillust a lepra, smegma stb. kórokozójával együtt az úgynevezett saválló bacteriumok csoportjába soroljuk. A gümöbacillus e tulajdonsága, t. i. hogy melegítés közben erősen megfestve, a felvett festékét 5%-os kénsavval vagy 25%-os salétromsavval és alkohollal való utánkezelésre nem adja le, mikrochemiai reactio jelentőségével bír, a mennyiben e tulajdonsága rendkívül megkönnyíti a kimutatását. A köpet s más kóros váladék rendkívül sokféle egyéb bacteriuma, melyek némelyike morphologiai tulajdonságai alapján a festett praeparatumban nem különböztethető meg biztosan a gümöbacillustól, a savval kezelésre elszíntelenedik, miáltal ezen electiós festési eljárás a gümöbacillus felismerését gyorsan lehetővé teszi. A gümőkór bacillusa Gram eljárásával is megfestődik. A gümöbacillus tenyésztése a mesterséges tenyésztőanyagokon kissé nehezebb; jól tenyészik megalvasztott vérsavón, glycerines és szőlőcukros levesben,



burgonyán, agaron. Fejlődése igen lassan indul meg. 1—2 hét is eltelik, míg apró, mákszemnyi telepek lesznek láthatóvá. Kolóniája sajátos módon száraz és morzsolékony, az alappal összekapaszkodó. Csakis oxygent tartalmazó közegben fejlődik, legjobban testhőmérséken. A gümöbacillus ellenállóképessége meglehetősen nagy. Kiszáradt állapotban hónapokig megél, pathogen képességét fél évig is megőrizheti. Váladékban 20 perces, kiszáradt állapotban csak 30—60 perces forralás pusztítja el.

A tuberculosis-bacillus leírt alakján kívül *Much* leírása óta megkülönböztetjük a vírusnak szemcsék alakjában előforduló alakját is. Ugyanis néha biztosan gümőkóros váladékban nem találunk saválló bacillust, hanem különböző nagyságú finom szemcséket, többnyire csoportokban (pálczika-hosszúságban) elrendeződve, melyek a rendes saválló festésre elszíntelenednek, azonban a Gram-festéssel jól feltüntethetők. *Much* e szemcséket a tuberculosis-bacillus egy fejlődési alakjának tartja, mivel belőlük saválló bacillusok képződését tudta kimutatni.

Az emberi gümőkór bacillusának, a tuberculosis-bacillus „human typus“-ának e vázolt tulajdonságaitól eltérő a szarvasmarha gümőkórjának, a gyöngykórságnak kórokozója, a tuberculosis-bacillus „bovin typusa“. Nevezetesen a bovin-bacillus rövidebb, de vaskosabb, nehezebben festhető, pathogen képessége is fontos különbséget mutat, a mennyiben a bovin-bacillus házinyúlra sokkalta erősebben pathogen, mint a human-bacillus. Sokat vitatott kérdése volt a tuberculosis aetiológiájának, hogy a human- és bovin-typus állandó varietas-e, avagy bizonyos alkalmazkodás folytán az egyik a másikká átalakulhat. E kérdéssel természetesen összefügg az, hogy az emberi gümőkórt csak a human-typusú bacillus idézi-e elő, avagy a bovin is s így a szarvasmarha gümőkórja



a fertőzés veszélyével fenyegeti-e az embert. A mai csaknem általánosan elfogadott nézet az, hogy a human- és bovin-typus két oly állandó különbséget mutató varietas, mely nem alakul át egymássá. Az emberi gümőkór aetiologiájában domináló szereppel a human-törzs bír, még pedig úgy a felnőttek, mint a gyermekek gümős megbetegedéseiben. A bovin-törzs is pathogen az emberre, e pathogenitása azonban aránytalanul csekélyebb; az ember gümőkóros fertőzését alig 8%-ban okozza a bovin-bacillus; kivált a tüdőgümőkór aetiologiájában az eseteknek elenyésző csekély számában (1%-on alul) szerepel a bovin-bacillus. A táplálkozási viszonyok folytán aránylag gyakoribb a bovin-bacillus által okozott gümős megbetegedés a gyermekkorban, bár itt is igen csekély a jelentősége (4—5%-ban lehetett bovin-bacillust kimutatni) a human-bacilluséhoz képest.

A gümőkóros fertőzés behatolásának kapuját rendszeresen végig tárgyalva, sorrend szerint foglalkozunk kell először a directe átöröklési fertőzés lehetőségével, bár ez jelentőség szempontjából alig jön számba az extrauterin, legfőképpen az inhalatiós fertőzéssel szemben. E germinativ infectio lehetséges volna, ha a termékenyítő ondószál (spermiogen infectio) vagy a megtermékenyített petesejt (ovogen infectio) vinné át a fejlődő szervezetbe a bacillust. A fertőzés ezen elméletileg elképzelhető módjai a valóságban alig jönnek számba. Talán némileg gyakrabban fordul elő, hogy az anya húgyivarszervi gümős megbetegedéséből a placenta tuberculosisa fejlődik ki, miből az intrauterinalis életben a magzat fertőzése válik lehetségessé. A direct germinativ és placentaris fertőzésnél sokkal nagyobb a szerepe az átöröklésnek a tuberculosus dispositio öröklésében.



Túlnyomóan az extrauterinalis életben történik a gyakorlatilag egyáltalán számító behatolása a Koch-bacillusnak a szervezetbe. Az egyes behatolás-módok közül legfontosabb a belégzési fertőzés. A tuberculosis-bacillus a szervezeten kívül nem tud szaporodni s így a fertőzésnek forrása mindenkor — közvetlenül vagy közvetve — a gümőkóros beteg vagy állat váladéka. A gümőkóros, elsősorban a tüdőgümőkóros beteg, ki úgynevezett nyílt tuberculosisban szenved, azaz fertőzött góczából bacillusokat ürít a külvilágba, köhögése közben a felköhögött s a környező levegőbe jutó nyálkarészecskékkal nagymennyiségű tuberculosis-bacillust juttat a levegőbe, mely belelegettetvén, fertőzést hozhat létre. *Flügge* figyelmeztetett a fertőzés e módjára. A tüdőgümőkóros betegnek a földön beszáradt, Koch-bacillust tartalmazó köpete szétporladva, a széllel a levegőbe juthat s belégzés útján más szervezetbe kerülhet.

A többi nyálkahártya közül elsősorban az emésztőtractusé jön szóba. Az emésztőtractus fertőzése nem tekinthető tisztán alimentaris fertőzésnek, minthogy a gümöbacillust tartalmazó eledelen kívül részben a lenyelt tüdőváladék, részben a belégzéssel vagy az alább részletezett módon a szájürbe jutott bacillusok is okozhatják a fertőzés kifejlődését. A szájürbe jutó bacillusok elsősorban a tonsillába s ebből a nyaki nyirokutakba jutnak, a lenyelt bacillusok főleg a vékonybél alsó részén s a vastagbélben telepednek meg, mert a gyomor s a duodenum felső részének savanyú nyálkája meglehetősen védelmet nyújt a nyálkahártyának. A gümöbacillust tartalmazó táplálékok közül régóta tekintik elsősorban a tejet a vírus hordozójának. *Behring* annyira ment, hogy a fertőzés létrejöttét csaknem kizárólag a gümöbacillust tartalmazó tej rovására írja s szerinte a fertőzés már a



csecsemőkorban történik meg, azonban a vírus a bél nyirokapparatusában latens marad s később a nyirokutakon át fertőzi a távoleső szerveket, a tüdőt. E mindenestre rendkívül túlzó állásponttal szemben elsősorban hangsúlyoztatnunk kell, hogy a gümőkóros tehén tejébe természetesen csakis a bovin-bacillus megy át, melynek pedig alárendelt a jelentősége az emberi pathológiában; másrészt a biztosan primaer bél-tuberculosis meglehetősen ritka. Számba kell vennünk, hogy a régebbi tej- és vajvizsgálatok eredménye nem egészen megbízható, mert a tejben és vajban több, morphologiai szempontból a gümöbacillus-hoz hasonló, másféle saválló bacillus is előfordul. Tagadhatatlan, hogy a gümőkóros állat tejébe átlépő bacillusok fertőzést, primaer bél- illetve mesenterialis nyirokmirigy-tuberculosis-t okozhatnak, azonban a fertőzés e módja aránytalanul ritka. Igen nagyszámú gümőkóros csecsemő- és gyermekhulla pontos anatómiai s bakteriologiai vizsgálata alapján számos szerző (*Escherich* stb.) kimondja, hogy a gyermek gümős fertőzésében is az inhalatiós infectio bír a legnagyobb jelentőséggel. A tej fertőző szerepénél jóval nagyobb fontosságot kell tulajdonítanunk a más táplálékkal történő, illetve a lenyelt por s piszok által közvetített fertőzésnek. *Behring* működése óta a tej fertőzőképessége átment a köztudatba, s az a szülő, ki csak forralt tejet mer a gyermeknek adni, viszont gyanútlanul nézi, hogy a földön, az utcán s a szoba padlóján játszó gyermeke ujját szopogatja s az ujjára jutott porral, piszokkal szájába viszi a fertőző virust. A gyermekkori gümőkórnak, elsősorban a nyaki nyirokutak és mirigyek gümős megbetegedésének, a scrophulosisnak aetiológiájában az ily módon piszokkal, porral a szájba jutott virusnak tulajdonítjuk a legnagyobb jelentőséget. A hámoztalanul fogyasztott nyers gyümölcs s más az utca



porával átívódott tápszer ugyancsak tartalmazhat a porral rákerült beszáradt gümöbacillust, mely a szájba jutva, fertőzést okozhat.

Sértetlen bőrön át a gümöbacillus nem hatolhat be a szervezetbe, azonban kaparás, felvakarás útján megtelepedhetik a bőrben s bőrtuberculosisist okozhat. Vágott sebbe hasonlóképpen bejuthat a tuberculosis-bacillus, így jut be az állatorvosok, bonczoló-orvosok sebzett bőrébe gümőkóros hullák bonczolásakor.

Az összes fertőző betegségek közül a tuberculosis az, melyben a fertőzés létrejöttéhez szükséges két factor közül a kórokozó vírus pathogenitása mellett a szervezet fogékonyságának a legnagyobb szerepe van. A tuberculosis óriási elterjedtsége úgy az emberek között, mint az állatvilágban okozza, hogy a fertőzött emberi s állati szervezetből a külvilágba állandóan s óriási mennyiségben kijutó vírus mindnyájunk szervezetébe bejut. Hogy a fertőzés nem minden esetben fejlődik ki, az a szervezet ellenállóképességének köszönhető. Az újabb diagnostikai specifikus eljárások kimutatták, hogy a tuberculosis klinikai tüneteiben nem szenvedő felnőttek legnagyobb része megküzdött a tuberculosis-bacillussal, de tulajdonképpeni (klinikai értelemben vett) fertőzés nem jött létre, betegség nem fejlődött ki, hanem körülírt, eltokolt gócz képződött, a szervezet ellenállóképessége a betegség kifejlődését legyőzte. Ahhoz tehát, hogy betegség kifejlődhessék, a szervezet dispositiója is szükséges. E dispositio részben chemiai, részben anatomiai, illetve mechanikai. A tuberculosis dispositio ezen első két factora endogen. Ennyiben van tehát a gümős megbetegedés létrejöttében az átöröklésnek szerepe. A gümőkóros szülőktől származó gyermek nem a fertőző virust, hanem a betegségre való hajlamosságot örökli, amiben a szervezet



nedvei chemiai összeállításának biztosan fontos szerepe van. A dispositionnak könnyebben felismerhető második endogen factora a szervezet általános, veleszületett silányabb fejlődése. Az ily szervezet csontrendszere gracilis, szíve a rendesnél kisebb, lefolyó, elnyújtott csöpp alakú, arteriás rendszere hypoplasiás, vérmennyisége kisebb, a rendesnél csekélyebb a haemoglobintartalma, az anaemia miatt a bőr sápadt, a látható nyálkahártyák halaványak. A mellkas csontváza jellemző átalakulást mutat, mely abban áll, hogy a mellkas hosszú és lapos, a sternovertebralis átmérő csekély, a bordaközök igen szélesek, a kulcs feletti és alatti árok mély, a lapoczkák elállók, a szegycsont mélyre leér, a bordaív a szegycsonttal hegyes szögben izesül, az első borda porcza korán elcsontosodik, a szegycsonthoz merev ízülettel kapcsolódik. E jelenségekből tevődik össze az ú. n. thorax paralyticus, a habitus phthisicus legjellemzőbb része. A tüdőnek, nevezetesen a betegségben legelőbb s leggyakrabban résztvevő tüdőcsúcsoknak különös dispositióját helybeli okokkal szokták magyarázni. Általában a tüdőnek leggyakoribb megbetegedését az inhalatiós fertőzés legfontosabb szerepe eléggé magyarázza. A tüdőcsúcs praedilectiós fogékonyágát megmagyarázza, hogy a tüdőcsúcs vér- és nyirokkeringése csekélyebb s lassúbb, mint a többi tüdő-részleté, hogy a tüdőcsúcs lélekezési kitérése a legkisebb, a mi az előbbi két factort még fokozza s előmozdítja, hogy a belé jutott idegen anyag, pl. a bacillus is, a pangó váladékban hosszasabban megmaradjon, megtelepedjék s elszaporodjék. Tetemesen fokozza mindezt az első borda porcának korai elcsontosodása s szegycsonti ízületének ankylosisa. Ezért az első borda szorosán odafekszik a tüdőhöz, melyen szorításával vályut hoz létre, s a keringési viszonyokat s a tüdőcsúcs lélekezési kitérését



még inkább megakadályozza. A mellkas felső aper-turájának e stenosisa a tüdőcsúcs leggyakoribb megbetegedésének a helybeli oka. Ezenkívül a mellkas rhachitises vagy scoliosisos csontelváltozása lehet a helyi megbetegedés előmozdítója.

A szerzett dispositio főleg a foglalkozásnak következménye. Minden olyan foglalkozás, mely állandóan pornak, kivált ásványi pornak, így köpornak belehelésével jár, pneumonokoniosist, a tüdőnek e porral telítését, ezzel a bronchialis nyálkahártyának állandó hurutját okozza, mely a gümős fertőzés ki-fejlődését előmozdítja. Hasonlóan a vérkeringés aka-dályozása miatt mozdítja elő a tuberculosis kifejlődését minden olyan foglalkozás, melyet állandóan hajlott helyzetben kell végezni.

Ujabban ismét sokat vitatott kérdés, hogy a gümős fertőzés mely életkorban a leggyakoribb. Az kétségtelenül bizonyos a kórbonczolási leletekből s a tuberculin-reactio eredményéből, hogy fiatalabb gyermekben ritkább s a serdültebb korban mind gyakoribb a gümős megbetegedés. A pubertas korán túl alig akad kórbonczolás, mely a szervezet vala-mely részében ne mutatna ki gümős elváltozást. Ebből több szerző arra a következtetésre jut, hogy a gümős fertőzés túlnyomó számmal a gyermekkorban történik s a felnőtt tüdőgümőkóros betegsége a gyerekkori fertőzésnek csak metastasisos localisatiója. Szóval e statistikai adatok ily értelmezése *Bairing* elméletére vezet vissza. Az ily gyerekkori lefolyt fer-tőzés a szervezetnek bizonyos fokú, „relativ“ védel-met nyújtana a később bekövetkezhető fertőzéssel szemben. E magyarázatok alapjául szolgáló adatok két-ségtől helyesek, a serdülés korán túl a betegség sokkal gyakoribb. Ez azonban inkább azzal magyarázandó, hogy a serdülés korán túl a szervezet sokkal gyakrabban juthat érintkezésbe a fertőző anyaggal belélekezés útján



s hogy a fertőzés kifejlődését előmozdító factorok, melyeket a thorax paralyticus tárgyalásakor részletezünk, a serdültebb korban a bordaporczok elcsontosodásával fokozottabban fejthetik ki a fertőzést elősegítő hatásukat. A gyermekkori fertőzésnek újra fellobbanása nem magyarázná meg a tüdőbeli leggyakoribb localisatiót. A tüdőbeli lelet kórszövet-tani vizsgálata sem derít ki a gyermekkorbán lefolyt folyamatot. Ha a serdültebb korban haematogen úton vagy a nyirokkeringés útján jutna el a vírus az új megbetegedés helyére, miért volna az új gócznak legtöbbször a tüdőcsúcs a helye, holott a tüdőcsúcs vér- és nyirokkeringési viszonyai éppen kedvezőtlenek. Mindezek alapján megmaradunk azon az állásponton, hogy azért leggyakoribb a gümőkór a serdülés kora után, mert e korban gyakoribb a belélékezési fertőzés.

A gümőkór aetiologiai diagnosisának megállapításában a Koch-bacillus kimutatása a döntő. A bacillus saválló tulajdonságánál fogva a beteg váladékaiban, köpetében, vizeletében, bélsarában, a punctióval nyert izzadmányban kimutatható. Ha közvetlen festési kimutatása nem sikerül, akkor az antiforminos eljárás tehet igen jó szolgálatot, mely a váladék feloldásával a centrifugálással nyert üledékben a bacillus megtalálását tetemesen megkönnyíti. Ha így sem sikerül a bacillus kimutatása, akkor állatoltást végzünk, még pedig legczélszerűbben tengeri malaczt oltunk intraperitonealisan a gyanus váladékkal; a malaczbán kifejlődő gümős megbetegedés fogja a kórjelzést eldönteni.

A tuberculosis specifikus diagnostikája azon alapszik, hogy azon szervezet, melyben gümőkórob elváltozás van, még pedig akár a vizsgálat végzéskor *activ*, azaz *progrediáló* megbetegedés, akár régebifolyamat által létesített eltokolt, azaz klinikailag gyógyult gümőkóros gócz, a tuberculosisus vírus már oly



kis mennyiségének adagolására reagál, mely normalis szervezetben semmiféle változást sem hozna létre. A különböző eljárások közül legrégebb és legmegbízhatóbb a *Koch*-féle diagnostikai tuberculin-injectio. Ha ugyanis gümőkór gyanuja esetén a vizsgálandó betegbe a *Koch*-féle altuberculinből igen csekély mennyiséget subcutan injectio alakjában bejuttatunk, akkor a gümőkóros szervezet az injectio hatására általános és góczytünetekkel fog reagálni. Az általános reactio tünetei általános bágyadtságban, éjjeli izzadásban, legfőképpen hőemelkedésben nyilvánulnak, a hőemelkedés gyakran egy foknál is nagyobb. Nagy előnye a diagnostikai injectiónak, hogy hatására a gümős góczyban beálló elváltozás helybeli reactió tüneteket fog okozni, melyek ráterelik figyelmünket a megbetegedett szervre, esetleg magára a beteg góczyra. Így a tüdőbeli góczy localis fájdalomosságot, mellkas-szúrást, fokozott váladéktermelést, ezzel kimutatható hallgatózási eltérést, bővebb köpetürítést fog okozni, a köpetben esetleg a *Koch*-bacillus lesz kimutathatóvá. A vesegümőkór vesetáji húzó fájást fog okozni, esetleg a vizelet genyartalma fokozódik, benne szintén sikerülhet a kórokozó kimutatása. Hasonló góczytüneteket okozhat (fájdalmat, duzzanatot) a csontok, ízületek gümős megbetegedése. A diagnostikai reactiót csakis láztalan vagy csekély subfebrilis hőemelkedésű betegen végezzük; haemoptoë, általános vérzékenység, incompenzált vitium, súlyos arteriosclerosis, igen kiterjedt béltuberculosis, diabetes esetén mellőzzük a reactiót. A diagnostikai célból adott injectio előtt több napon át pontosan meg kell figyelni a beteg hőménetét. Első injectiónak 0.2 mgr. altuberculin alkalmazunk; legjobb az injectiót reggel végezni, hogy a lázas reactiót a beteg ne aludja át. Ha e dosisra hőemelkedés, azaz reactio nem következnek



be, 4 nap múlva ugyanezen dosist megismételjük; gyakran e második injectio kiváltja a reactiót. Ha erre sem következnek be hőemelkedés, 4 naponként 0·5, 1·0—5·0 mgr.-ig emelkedhetünk.

A *Pirquet*-féle cutanreactio ugyancsak a szervezet túlérzékenységén, allergiáján alapszik. Ha ugyanis a beteg skarifikált bőrére (célszerűen a felkar feszítő oldalán) 25%-os alttuberculint cseppentünk, már néhány óra, 1—2 nap alatt a bőr e körülírt helyen pirosan infiltrált lesz, reactió papula jó létre. E rendkívül érzékeny reactio azonban csak azt bizonyítja, hogy a szervezet küzdött gümöbacillussal, és minthogy ezen a legtöbb ember átesett, felnőtton a reactio kb. 80%-ban positiv. Sokkal megbízhatóbb a gyermekkorban, hol a 3. életévig a positiv reactio nagy valószínűséggel bizonyít activ folyamat mellett. Hátránya e reactionak a *Koch*-féle diagnostikai injectióval szemben az is, hogy góczytünetet nem okoz, s így a megbetegedés helyét nem árulja el. Negativ a reactio az igen súlyos, lázas tuberculosisban, a miliaris gümőkórban, a kanyaró tartama alatt és oly betegeken, kik therapiás célból rendszeres tuberculinkezelésben részesülvén, a tuberculin iránt immunosak. A reactio végzése oly egyszerű és kényelmes, hogy módosításai (intracutan injectio, mely után a szúrás-csatorna duzzanata jelzi a reactiót, percutan reactio, azaz tuberculint tartalmazó kenőcsnek bedörzsölése a bőrbe stb.) fölöslegesekek, s különben is kevésbé megbízhatók. Az ophthalmoreactionnál (híg, 1%-os tuberculin becseppentése a kötőhártyaszákba) a kötőhártya bővérű duzzanata jelzi a reactiót. A reactio e módja feltétlenül elvetendő, mert a bekövetkező reactio foka kiszámíthatatlan, súlyosabb kötő-, sőt szaruhártyagyuladás követheti, ezeknek minden következményével. Azonkívül az utólagos therapiás tuberculinkezelés minden injectiója alkalmával meg-



duzzad a kötőhártya, a miből idősült hurut fejlődik ki.

A tuberculosis-kérdés egyik legtöbbet vitatott problémája a tuberculosis specifikus therapiája. Itt is az activ és passiv immunozási eljárásokat alkalmazzák. Az activ immunozás a tuberculosis-bacillussal, illetve ennek termékével történő rendszeres subcutan injectiós kezelésben áll. Célja az volna, hogy az ily módon a szervezetbe juttatott vírus, mint antigen, ellenanyagtermelést váltson ki, mely a szervezetet, a benne levő góczban termelt mérgező anyagok hatásától megvédje. Az immunozás céljára felhasznált s immár rendkívül nagyszámú praeparatum lényegében két csoportba osztható. Az első csoport főképviseelője a Koch-féle alttuberculin, tuberculosis-bacillus glycerines levestenyészetének filtratuma, mely a vírus anyagcseretermékeit tartalmazza. A második csoport typusa a neutuberculin, mely szárítással és hevítéssel elpusztított bacillusok szétmorzsolts teste s így inkább endotoxin-tartalmú. Az ezen praeparatumokkal történő rendszeres kezeléstől elméletileg várható eredmény a szervezet immunossága a vírus mérgező termékeivel szemben („Giftfestigkeit“), miáltal a szervezet gyógyító hajlama, a vis medicatrix naturae támogatást nyerne. A kifejlődött gócz közvetlen gyógyulása, a bacillusok elpusztulása, de még csak propagálásuk csökkenése sem várható tehát közvetlenül e specifikus kezeléstől. Már ez elvi szempontokból kiderül, hogy a tuberculosis-gyógyításban a helyes hygienés-diaetás, klimatikai gyógymódról nemcsak nem szabad lemondani, de teljes mértékben alkalmazni kell. Azonkívül kiemelendő, hogy a tuberculin-kezelést csakis megfelelő intézetben tartjuk megengedhetőnek, hol a beteg állandó orvosi megfigyelésben részesül. A kezelésnek legfőbb követelménye, hogy oly kis dosissal kezdődjék s oly lassan emel-



kedő adagokkal folytattassék, hogy lázas reactiót ne váltson ki. Lázas reactio jelentkezésekor a láz lezajlásáig abba kell hagyni az injectiókat és azután kisebb dosissal szabad csak óvatosan folytatni. Az alttuberculin kezdeti therapiás dosisa  $\frac{1}{10}$  mgr.; hetenként két oltást végezve, lassan történjék az emelkedés a maximalis dosisig, mely 1000 mgr. lehet. Az alttuberculin-kezelést neutuberculin-kezeléssel szokták folytatni, mely még óvatosabban végzendő, kezdeti dosisa  $\frac{1}{1000}$  mgr., enyhe haladással elérendő maximalis dosisa 5 mgr. Arra kell törekednünk, hogy enyhe, reactiomentes haladással érjük el a maximalis dosist. A tuberculinkezelés elvi s gyakorlati, rendkívül sokat vitatott részletkérdéseire s a gyakorlatban alkalmazott rendkívül nagyszámú készítmény ismertetésére itt nem terjeszkedhetünk ki.

A passiv kezelés tuberculosis-bacillussal, illetve ennek termékeivel immunozott állat vérsavójának befecskendéséből áll. Elméleti szempontból kiemelendő, hogy a tuberculumban vérér nincsen, sőt ellenkezően a nagyobb gümős gócz körül a vérerek obliterálódnak, így tehát a supponált védőanyag az elváltság helyére (annál kevésbé a gümő belsejében levő bacillusokhoz) nem juthat el.

A gümőkóros fertőzés terjesztésében legfontosabb a nyílt tüdőtuberculosisban szenvedő beteg által felköhögött és bacillust tartalmazó köpetnek belélekzése. Ezért a fertőzés leküzdésében legfontosabb a nyílt tüdőtuberculosisban szenvedő beteg elkülönítése. A gümőkórság óriási elterjedése az államot, a társadalmat fontos általános hygienés és socialis problema elé állítja. A tüdőgümőkórság korai megfelelő kezelése és a nyílt tüdőtuberculosisban szenvedő beteg elkülönítése e célra megfelelően berendezett kórházban a fertőzés leküzdésének legfontosabb factorai. A betegség kezdeti szakában megkezdett



megfelelő kezelés megakadályozza a nyílt tuberculosis kifejlődését, ezért oly fontos, hogy annyi gümőkóros beteg kezelésére szolgáló kórház és bejárórendelő létesíttessék, a mennyi a hazánkban igen nagyszámú beteg kezelésére szükséges, s annyi külön oly kórházi osztály, mely a nyílt tüdőgümőkórságban szenvedő beteg elkülönítésére való. A nyílt tüdő-tuberculosisban szenvedő beteg házi kezelésben nem hagyható; köpete ugyan itt is ártalmatlanná tehető, azonban kiköhögött köpetrészcskéi tuberculosis-bacillussal telített pára kört létesítenek a beteg körül, ami belélekzési fertőzésre fog alkalmat szolgáltatni, továbbá köpetrészcskéi a szoba egész bútorzatára, függönyeire stb. rájutnak. Ezért az ily beteg kórházba szállításakor a szoba egész bútorzata is fertőtlenítendő, még pedig nemcsak a beteg érintette tárgyak fertőtlenítendőek, hanem a szoba is, a falak fertőtlenítő folyadékkal ismételten lemosandók és alapos szellőzés után a szoba újra meszelendő vagy festendő.

## A fertőtlenítésről.

### Fertőtlenítő szerek.

*Sublimatoldat.* A gyógyszerárban kapható, 1 gr. sublimatot s konyhasót tartalmazó, eosinnal megfestett tablettát 1 liter vízben oldjuk, ezzel 1‰-os oldatot nyerünk.

*Carbol.* Acidum carbolicum liquefactumból 50 gr.-ot oldunk, illetve hígítunk 1 liter vízben, ezzel 5‰-os carbololdatot nyerünk.

*Mésztej.* Frissen égetett meszet (calcium oxydatum seu calcaria usta) félannyi vízzel megnedvesítünk, mire az finom mézsporrá mállik szét; e port négyannyi vízben alaposan elkeverve, készen van a 20‰-os mézstej.



*Chlormész* (*calcaria chlorata seu calcium hypochlorosum*), substantiában használjuk.

*Cresololdat*, cresolszappan, liquor cresoli saponatus (50<sup>o</sup>/<sub>o</sub> creosoltartalmú), 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-os vizes oldata használatos.

*Formaldehyd*. A formaldehydum solutum (formalin) 35<sup>o</sup>/<sub>o</sub> formaldehydet tartalmaz.

### A fertőtlenítés módja.

Az egyes fertőző bajok tárgyalásakor kifejtettük, hogy a betegnek mely váladéka és ürüléke tartalmazza a fertőző virust. Azért e váladékok s ürülékek folytonos, állandó fertőtlenítése a betegágynál fertőtlenítés legfontosabb feladata. E váladékaival s ürülékeivel a beteg fertőzi fehér- és ágyneműjét, evőeszközét, felköhögött váladékának a levegőben libegő részecskéivel eljuttatja a virust a környező levegőbe, a szoba egész bútorzatára, falaira. Azért mind e tárgyaknak folytonos fertőtlenítése szükséges. Kiválóan alapos fertőtlenítés végzendő, ha a beteg véglegesen elhagyta szobáját, illetve meggyógyult (záró fertőtlenítés).

A fertőző beteg *széklete s vizelete* ágytálban és vizelőüvegben, vagy kiemelhető, jól fertőtleníthető szobaclosetben fogandó fel. Innen azonnal mészvízzel félig telt edénybe öntendő, a honnan csak két órai állás után szabad árnyékszékre, pöczegödörbe beönteni. Az ágytál és vizelőüveg sublimattal vagy carbollal minden használat után jól kimosandó.

A beteg köpetét sublimattal vagy carbollal félig telt köpöcsészébe ürítse s ez csak két órai állás után öntendő ki; vagy lúgos víz legyen a köpöcsészében, mely azután a köpettel együtt kiforralandó vagy áramló gőzben sterilizandó.

A beteg *hányadékát* ugyanoly módon fogjuk fel, mint a székletét.

A beteg *genyes* váladékát, a vért stb. kötőzserrel, vattával itatjuk le, a vattát elégetjük vagy áramló gőzben sterilizzük.

A beteg *fehér- és ágyneműjét* 5%-os carbollal telt hordóban két óráig áztatjuk s csak azután mosatjuk ki.

A beteg *evőeszközét* szódás vízben kiforraljuk; ha a (forrasztott) evőeszköz ebben tönkremenne, legalább egy óráig 1%-os formaldehyd-oldatban áztatjuk.

A beteg gyermek *játékszereit* legokosabb elégetni.

A beteg *könyveit* gőzölőben sterilizzük, száraz hőben a papiros megbarnul.

A beteg *ruhaneműjét* áramló gőzben kell egy óráig sterilizálni. A gőzlőt nem szabad túlszorosan megtömni, hogy az áramló gőz az egyes ruhadarabokat jól átjárhassa. Bőrneműt, szőrmeneműt hővel fertőtleníteni sem gőz, sem száraz meleg alakjában nem lehet, mert tönkremegy. Ezért a bőrneműt carbollal, sublimatos ruhával ismételtelen lemoszuk, ledörzsöljük s a napon szárítjuk. A szőrmeneműt sublimatos, carbolos oldattal megnedvesítve, ismételtelen kikéféljük, közben sokat szellőztetjük, illetve a napon szárítjuk.

A beteg *takaróját*, az *ágy matrácát* gőzben fertőtlenítyük. Magát az ágyat vagy gőzben fertőtlenítyük, vagy ismételtelen lemoszuk sublimattal, carbollal s a szabadban, lehetőleg a napon szárítjuk. A szalmazsák szalmáját elégetjük, a zsákot gőzben fertőtlenítyük.

Ha a *betegszoba padlója*, fala a betegnek virust tartalmazó ürülékével szennyeződött, akkor e helyek forró lúggal, utána sublimattal, carbollal felmosandók.

A helyiséget, melyben fertőző beteg tartózkodott, következő módon fertőtlenítyük: a padlót, a falakat carbollal áztatjuk, síroljuk, utána a szoba fala újra



ELŐFIZETÉSI ÁR: helyben és vidéken egész évre 10 frt., félévre 5 frt. A közlemények és fizetések bérmentesítendőek.

HIRDETÉSEKÉRT soronként 15 o. é. kr.

MEGJELEN MINDEN VASÁRNAP.

Megrendelhető minden kir. postahivatalnál, a szerkesztőségénél nádor-utca 13. szám és Kilián György könyvkereskedésében váci-utca Drasche-féle házában.

# ORVOSI HETILAP.

HONI S KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

HUSZONKILENCZEDIK ÉVFOLYAM.

Felelős szerkesztő és tulajdonos Markusovszky Lajos tr. Főmunkatárs Balogh Kálmán tanár.

TARTALOM: *Jendrassik E.* tr. Közlemény Wagner János, kir. tanácsos és ny. r. tanár egyetemi belkórodájából. A polio-myelencephalitis viszonyáról a Basedow-kórhoz. (Vége.) — *Konrad J.* tr. Tettetett féldoldali hűdés a gyermekhysteria egy esetében. — *Ónodi A. D.* tr. Mihálkovic Géza ny. r. tr. bonczani és fejlődéstani intézetéből. Rendellenes alakviszonyok az idegtan köréből. (Folytatás.) — *Könyvismertetés.* Ueber Acetonurie und Diaceturie. Von Dr. Rudolf von Jaksch, Privatdocent und Assistent an der I. medicinischen Klinik in Wien. (Vége.) — *Lapszemle.* A dobról.

TÁRCZA: Az országos orvosi és közegészségügyi congressus Budapesten. III. szakosztályi ülés. — *Heti szemle.* Az egészségügyi rendőrség gyakorlása a laktanyákban. Ambró tr. észrevételei a vándor bábatanítókról. — Vegyesek. — *Előfizetési felhívás* az Orvosi Hetilap oct.-decemberi folyamára. — Pályázat.

MELLÉKLET: A Szemészet 5. száma.

## Közlemény Wagner János, kir. tanácsos és ny. r. tanár egyetemi belkórodájából.

*A polio-myelencephalitis viszonyáról a Basedow-kórhoz.*

JENDRÁSSIK ERNŐ tr., kórodai tanársegédétől.

(Vége.)

Már most térjünk vissza ismét betegünkhöz és lássuk, lehet-e összefüggés a nála észlelt Basedow-kór és polio-myelencephalitis sup. közt? Ezen kérdést már azért is fel kell vetnünk, mert nem nagyon valószínű, hogy valaki egyszerre lepelessék meg két aránylag ritka betegség által. Az első pont, melyre válaszolnom kell, az, vajon volt-e már észlelve hasonló szövődés? Az irodalomban egy esetet voltam képes találni, mely sok tekintetben hasonlít betegünkhöz, s melyet *Fr. Warner* 1882-ben mutatott be a »royal medical and surgical society«-ben. Az eset a következő<sup>1)</sup>: »25 éves nő négy év óta szenved Graves betegségben (Basedow). Idegesség, gyomorgörcsök, hányás, dyspnoë és szívdobogás észleltettek nála. Mindkét szem csaknem teljesen mozdulatlan, mi nem az exophthalmusnak tulajdonítandó, ez (a paralysis) 5 hóval a kórházba lépés előtt keletkezett. A szemek mozgása nem volt mindkét szemben egyenlő, s a függőleges irányban kissé nagyobb volt; a kétoldali ptosis kifejezett. Jelen volt még a 7-dik és 5-dik idegpár paresise és az alsó végtagok reszketése. Syphilis nem volt kimutatható. A kezelés mellett a struma csökkent, s a beteg állapota tetemesen javult, de az ophthalmoplegia állandó maradt«. Összefüggést a két bántalom közt sem *Warner* nem volt hajlandó felvenni, sem *Power*, sem *Althaus*.

Igaz, hogy ezen egy eseten kívül több teljes szemideg-bénulás csatlakozása a Basedow-kórhoz nincsen felemlítve, azonban van még több ophthalmoplegiás eset (*Graefe, Lichtheim, Kidd, Matthieu* stb.), melyekben exophthalmust is találtak (más tünetről nincsen szó), s viszont Basedow-kórnál szemizom-bénulást látott *Trousseau*, valamint mozgási rendellenességeket a szemben *v. Stellwag* és *Benedikt*. Ide tartozik *Férrol*<sup>2)</sup> egy komplikáltabb esete is: 41 éves férfi jobb oldali strumával és közepes exophthalmus-szal, melyet

néhány hó múlva szívdobogás követett. Öt hóval később erős fejfájás és szédülés mellett, de minden apoplectikus roham nélkül jobb oldali paresis által lett meglepve; az érzékenységekben is mutatkozott némi eltérés. Emellett a jobb szemben trochlearis-bénulás folytán kettős képet látott. Később a trochlearis helyett az abducens bénulása állott be, de az érzékenység javult.

A legegyszerűbb magyarázat lenne az, hogy az exophthalmus okozza a mozgás bénulását akár mechanikai módon gátolva a szemgolyót, akár idegösszenyomás által; de azon körülmény, hogy igen nagyfokú szemkidülledések mellett is a mozgás rendes marad, kizárja e felvételt. Ilyen ok nem is eredményezhetne egyes szemideg-bénulást, legkevésbé pedig olyan alakút, melyben az oculomotoriusnak szemben belőli ágai épek maradnának.

Tekintve ezen eseteket, megkísérlettem tovább haladni az összefüggés felderítésében a két bántalom közt. Miután pedig a polio-myelencephalitis localisatióját biztosnak ismerjük el, a kérdés oda irányult, vajon nem lehetséges-e, hogy a Basedow-kór is valamely nyúltagyi, vagy középagyi bántalomban találja okát. Igaz, hogy a kérdést megfordítva is lehetne feltenni; azt mondhatná valaki, hogy a n. sympathicus-ból eredő érmozgatók megváltozott beidegzése szolgált okul a szemmozgató magvak elfajulásának. A viszonyok azonban nem felelnek meg ezen gondolatmenetnek; ilyen beidegzési zavarból oly kis helyre korlátolt bántalom, minő némely esetben csak egyes szemizomidegre van feljegyezve, nem található kellő értelmezést.

Hosszú idő óta eléggé be van bizonyítva, hogy a Basedow-kór tünetösszege egységes betegséget képez, s hogy okát az idegrendszer bántalmában kell keresni. Lehet mondani, hogy ezen pontig mindenki egyetért. Másképen áll a dolog, ha tovább akarunk menni, s az idegrendszer elváltozásának helyét akarjuk meghatározni. Három nézet uralkodik e kérdés felett, az egyik általános neurosisnak tudja be a symptomákat, a másik a nyaki sympathicus megbetegedésének, a harmadik centralis eredetű bajnak tekinti.

Azt hiszem, ha a baj okát megakarjuk találni, a következő gondolatmenetből kell kiindulni. Miután a bántalom három főtünete egymástól független, s térben távol eső részeket illet, s igen jellegzően az esetek legnagyobb számában ki van fejezve, szüksé-

<sup>1)</sup> Lancet. 1882. II., XVII. p. 104.

<sup>2)</sup> Union méd. 1874. 153. és 1875. 47. (Virchow-Hirsch).