

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Raisz Dezső: Közlemény a budapesti kir. magyar Pázmány Péter-tudományegyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi tanár.) Intracardialis injectiók a pallid asphyxia terapiájában. 385. oldal.

Pfeiffer Miklós: Közlemény a székesfevárosi Szt Margit-kórház belbeteg-osztályáról. (Főorvos: Marsovszky Pál dr.) Az izületi betegségek kénkezeléséről. 387. oldal.

Baál Károly: Közlemény a Szt. Gellért-kórház dysenteria-osztályáról. (Osztályos főorvos: Torday Árpád dr., egyetemi magántanár.) Az ideai dysenteria lefolyásáról. 389. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Torday: Mamák könyve. — **Lapszemle. Sebészet.**

Guleke: A csigolya-sarkomák prognózisáról. — **Guleke:** Aorta-aneurysmának tehermentesítő mediastinotomiával operált esete. — **Idég- és elmekörtán. Scharncke:** A nystagmus neurológiai jelentőségéről. — **Gyermekorvostan. Stoeltzner:** Mészanyag-cserevizsgálatok és rachitis. — **Baar:** A liquor cerebrospinalis globulintartalmának diagnosztikai értékéről. — **Veneréus betegségek. G. Stümpke:** A lues congenitalisról. — **Kisebb közlések az orvogyakorlatra.** 391—391. oldal.

Vegyes hírek. 391. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti kir. magyar Pázmány Péter-tudományegyetem I. számú női klinikájáról. (Igazgató: Bársony János dr., egyetemi tanár.)

Intracardialis injectiók a pallid asphyxia terapiájában.

Irta: **Raisz Dezső** dr., klinikai tanársegéd.

1871-ben jelent meg **Schultze** közleménye az algid asphyxiában született újszülöttek felélesztésére szolgáló mesterséges légzésről. Erről csakhamar igen kiterjedt irodalmi vita indult meg, a melynek folyamán elsősorban a methodus ártalmasságát, veszélyeit (clavicula-törés, traumás pneumothorax, haematomák) sorolják föl egyes casuistikai közlemények. Ezek a szerzőt is több ízben megszólalásra bírták, a ki a fentemlített ártalmakat részben az asphyxiának magának, de nagyobb részben a helytelen lóbalásnak tudja be. Majd különféle módosításokat, új módszereket ajánl **Lazarevits, Rosenhal, Prochownik, Tolmatschew, Lahs, Ahlfeld, Dew, Budin, Laborde, Ogata**, úgy, hogy e themának csakhamar tekintélyes irodalma alakult. Végül azonban **Torggler, Kupffer, Lahs, Schauta** bebizonyította, hogy a **Schultze-f** le mesterséges légzés a legjobb, mert ezzel jut a legtöbb levegő a tüdőkhöz, majd pedig **Beuttner, Keilmann** nemcsak veszélytelennek jelezte, hanem alkalmasnak találta akkor is, ha extractio közben a kulcscsont eltört. Eképpen **Schultze** methodusa mint legcélszerűbb vezetett el diadalra s úgy alakult a helyzet, hogy a többi módszer csak mint kiegészítője, egyes esetekben helyettesítője, sorakozik mellé.

„A legjobb methodus“, mint a hogy maga **Schultze** nevezi a módszert, csak annyit mond, hogy a többi között a legjobb; kérdés azonban, hogy valójában mit, mennyit tudunk a lóbalásokkal elérni.

Toppel 158, Wieks 89, Pinard 12%-ra teszi a fel nem éleszthető magzatok számát. **Kerntler** szerint (1905) klinikánk öt évi anyagának összeállításában 104 lóbalással kezelt pallid asphyxiás újszülött közül 31 nem volt feléleszthető, tehát 29,8%. Az utolsó három évben: 1919-ben 22-ből 10 (45%), 1920-ban 21-ből 9 (42%), 1921-ben 18 algid asphyxiás közül 10 (55%) nem volt feléleszthető. E nagy különbségek oka abban rejlik, hogy az egyes intézetekben alkalmasint nem egyforma rigorozitással különböztetik meg egymástól a pallid és livid asphyxiát. Mi szigorúan csak azt tekintjük algid asphyxiásnak, a kin a szív működésén kívül semmiféle más életjelenség nincs, minden reflex teljesen hiányzik. Másrészt a klinikán mint tanintézetben sokszor gyakorlatlan kezdőre hárul a felélesztés néha bizony nagyon súlyos adata, a mi természetes szintén nagyban befolyásolja az eredményeket.

Egyelőre mellőzve a halál közvetlen okát, feltűnően nagy-nak kell mondanunk a fel nem éleszthető magzatok számát.

E körülmény nagyon is érthetővé teszi, hogy legutóbb is újabb élesztési módszerekkel igyekeztek a szomorú számadatokat csökkenteni. Így 1920-ban új ajánlással áll elő **Thies**. Az algid asphyxiás magzat köldökzsinórján át erős fejt mozgásokkal minél több vért igyekszik a szívhez juttatni. Ez eljárással az utóbbi tíz évben 35 asphyxiás újszülött közül csak egyet nem sikerült felélesztenie. De maga is elismerte, hogy gyakran kellett e mellett bőringereket, sőt lóbalást is igénybe vennie. A szerző úgy okoskodik, hogy a köldökzsinór fejése által a vér a tüdőerekbe jut. A tüdőerek teltsége következtében több vér jut a bal pitvarba s ezáltal a bal szívfélben a nyomás fokozódik, a minek következtében a foramen ovale zárul. A tüdőerek erősebb teltsége s a bal szívfélben beállott erősebb nyomás ingerként hat a vagus-végződésekre s ezzel egyúttal a légzőcentrumra is. Habár ab ovo kétségbe vontuk, hogy légzőmozgás nélkül juthat vér nagyobb mennyiségben a tüdőkhöz és elméletben is helytelennek ítéltük, egy pár esetben mégis megpróbálkoztunk ezzel az eljárással, de a legkisebb eredményt sem láttuk tőle, csakhamar sürgetően szükségessé vált a köldökzsinór átvágása, hogy hozzá kezdhesünk a nélkülözhetetlennek mutatózó lóbaláshoz.

Ama sikeres eredmények után, a melyeket intracardialis injectiókkal felnötteken elérték, több reménnyel fogtunk hozzá **Vogt** ajánlatára a pallid asphyxiásoknak direct szívinjectiókkal való kezeléséhez.

Ezideig az irodalomban 19 sikeres, maradandó hatású eredmény van leírva (Ober Rheinische Gesellschaft f. G. u. G. 1921 októberi ülése). Ezek azonban mind felnöttekre vonatkoznak. Újszülötteken tudtommal csak **Vogt** próbálkozott meg ilyenekkel, sajnos, sikertelenül. Részletesebb leírást **Vogt** nem adott. Ez indított arra, hogy az intracardialis injectiók ily irányú használhatóságáról, értékéről eseteink alapján véleményünket közlést tegyünk.

Sikerrel végződött mindjárt az első esetünk:

1186/1087, 1921. L. I. III.-P. Beszállítása előtt hozzátartozóinak állítása szerint 4 eclampsiás rohama volt. Felvételekor a fej a bemenet felett, a méhszáj kétujjnyi, a burok ép. Therapia: 40 gr. vérlebcsojítás, **Siroganoff**, a mely alatt a későbbi műtétig 0,03 morphint és 4 gr. chloralhydratot kapott, közben a belső vizsgálat, venaepunctio alatt chloroformot. Miután ennek ellenére a szülőszobán újabb 4 rohamot észleltünk 50, 65, 60 és 70 mp. tartammal, a szülést befejezzük. Méhszáj-tágítás **Bonner** szerint, méhszáj-bemetszés, labrafordítás, extractio. A magzat (3430 gr., 52 cm.) algid asphyxiában születik. Nyálkakisziás, **Schultze-lóbalás**. A harmadik turnus után a szív működés erősen romlik, felületessé válik. Tonogen intracardialisán (1/2 cm³ Locke-oldat + 8 csepp tonogen). A szív működés alig pár másodperc múlva tetemesen erősödik s még egy turnus **Schultze** után a gyermek hangosan felsír. A XI. napon egészen elbocsájtjuk.

A többi esettel nem voltunk ily szerencsések. Ezeket a további tárgyalások szempontjából két csoportba osztom. Az első csoportba sorozom azokat, a melyekben az injectióknak igen jó hatását láttuk ugyan a szívre, de ez múló volt, a nélkül, hogy a légzés megindult volna. A második csoportba

tartoznak azok, a melyekben az injectio után a szív működésén sem mutatkozott semmiféle hatás.

Az első csoportba három eset tartozik:

I. 2125/1944, 1921. II.-P. Placenta praevia lat. Champetier-ballon bevezetése. Egy órával a ballon megszületése után a szívhangok erősen romlanak; a kimenetben levő fejet exprimáljuk. A magzat algid asphyxiában születik (3 80 gr., 52 cm.). Nyálkakisvás, Schultze-lóbalás, 11 perc múlva a szív működés erősen gyöngül. Tonogen intracardialis, mely után a szívverés erőteljessé válik, száma 124. Ilyen marad 34 percig, de ekkor 108-ra esik, majd hirtelen romlik. Az újabb intracardialis injectio hatástalan. Egy óra öt perczel a születés után a szív működés teljesen megszűnik. Bonczlelet: haematoma convexitatis cerebri.

II. 1588/1456, 1921. I.-P. Eclampsia in graviditate. Poliklinikus orvosunk négy rohamot állapított meg. A szülészobán 1—1 órai időközben 50—60 mp.-ig tartó 5 rohama volt. Vérnyomás 160. A Stroganoff alatt kapott 3 mgr. morphint, 2 gr. chloralhydratot. 500, majd 200 gr. verlebocsajtás chloroform-narcosisban. Tekintettel a sűrűn jelentkező rohamokra, a fájáshiányra s az egyujnyi méhszájra, cervicalis császármetszést végzünk. A magzat (2500 gr., 46 cm.) algid asphyxiában születik. Nyálkakisvás, Schultze-lóbalás. A harmadik turnus lóbalás után a szív működése erősen romlik, gyöngül. Intracardialis injectio. Közvetlen utána igen kifejezett hatás, a mely körülbelül $\frac{3}{4}$ óráig tart. Ezalatt a mesterséges légzést folytatjuk. A háromnegyed óra eltelte után a szív működés újra romlik. A második injectio hatástalan. 10 turnus lóbalás után exitus. Bonczlelet: suffocatiós tünetek.

III. 759/725, 1922. IV.-P. Burokrepedéskor a baba a szüléshez készülődve, a hüvelyben előesett, nem pulzáló köldökzsinórt tapint. A félórával előbb még jó szívhangok most egyáltalában nem hallhatók. A halottnak gondolt magzatra való tekintettel a szülest magára hagyjuk. Fél óra múlva megszületik a gyermek, a kin igen gyenge szív működést észlelünk. A harmadik turnus lóbalás után ez is terminális összehúzódásokká válik. Intracardialis injectio. Utána a szív működés rendszeres, rythmusos, erőteljes s ilyen marad egy óra hosszat, a mi alatt 16 turnus lóbalást végzünk. Azután a szív működés fokozatosan romlik. Bonczlelet: suffocatiós tünetek.

A második csoportba négy esetet sorozunk.

I. 1909/1756, 1921. I.-P. I. fokban szűk medence. 4 ujjnyi méhszáj, fej a bemenetben, arczél a harántban, állcsúcs balra. 18 óra múlva arczél a jobb ferdében, felső állkapocs a symphysisen fennakadva, fej a kimenetben. Tekintettel az elhúzódó szülésre, az élő magzatra s arra, hogy sem tiszta homlok, sem arcztartással, hanem úgynevezett átmeneti állással vagyunk szemben, megpróbáljuk a még élő magzatot az arcztartás mechanizmusa szerint fogóval extrahálni. Bűzös meconiumos magzatot. A gyermek (3000 gr., 50 cm.) algid asphyxiában születik. A harmadik turnus Schultze-lóbalás után a szív működés erősen romlik, a szívverés száma 42. Intracardialis injectio, a mely azonban csaknem teljesen hatástalan. A szívverés száma 51. Ezt az injectiótól számítva 30 percig. Bonczlelet: mandibula-törésen kívül negatív.

II. 2157/209, 1921. I.-P. Placenta praevia centralis indicatiójából császármetszés. A magzat livid asphyxiában születik (2300 gr., 45 cm.), halkán nyöszörgő s daczára az élesztési kísérleteknek, a tetszhalál pallidá válik. Intracardialis injectio, mire a gyenge szív működés csak alig észrevehetően javul és rövidesen újra romlik. A megismételt injectio hatástalan. Exitus. A bonczolást a szülők kívánságára mellőztük.

III. 1926/1762, 1921. I.-P. Normalis medencejű primipara. Rövid vajudás után kora magzata születik (1770 gr., 43 cm.). Algid asphyxia. Az ötödik turnus lóbalás után a szívverések száma 96. Intracardialis injectio, a mely teljesen hatástalan. Exitus. Bonczlelet: haematoma convexitatis cerebri.

IV. 225/218, 1922. VII.-P. I. dorsoposterior harántfekvés. Burokrepedéskor előesik a nem pulzáló köldökzsinór, mire decapitatiohoz készülünk. Ezenközben jó fájások alatt megjelenik a szeméremben s a bal térd s a far. Daczára annak, hogy a magzatot halottnak tekintjük, exercendi causa extrahátjuk. A köldökzsinór a bal boka köré csavarva. A gyermekkel együtt megszületik a placenta is. Az újszülöttön még valami kevés szív működést találva, azonnal hozzákezdünk az élesztéshez. A második turnus lóbalás után intracardialis injectio, a mely azonban tökéletesen hatástalan. Exitus. Bonczlelet: anaemia, fulladás jelenségek.

Sikerrel járt tehát az intracardialis injectio alkalmazása egy eclampsias, Stroganoffal kezelt, chloroformmal altatott asszony algid asphyxiás gyermekén. A szív működést erősen élénkítette, de végeredményben célhoz nem vezetett egy másik eclampsias újszülöttön s egy előesett, nem pulzáló köldökzsinórral született pallid asphyxiáson. A harmadik esetben intracranialis vérzés volt a halál oka. Semmi eredményt sem láttunk egy nehéz fogóműtét után, egy placenta praevia centralis miatt végzett császármetszéses újszülöttön s egy időelőt levált placenta okozta asphyxiában. A magzatok közül három kora volt 270 gr. alatti súlylyal.

Tegyük fel már most a kérdést: 1. mit céloz az intracardialis injectio s 2. e célzt el tudjuk-e érni vele?

1. A magzat intrauterin fulladozásakor, bármilyen okból történjék is az, az eddig nyugalomban volt légzés-centrum a

szénsav-felhalmozódás következtében izgalomba jön, be-következik az első légzőmozgás, a nélkül azonban, hogy levegő juthatna a tüdőbe. A köldökereken át hiányos a gázcsere, a légzőmozgás is eredménytelen marad s a nyúltagyi központ előzetes izgalma után bénulásos állapotba jut. A magzat megszületésekor halottnak látszik, csak a szívverés tanuskodik még az életről. Most már a mesterséges légzés feladata levegőt juttatni a tüdőbe. A Schultze-lóbalás e mellett még a szív működését is kedvezően befolyásolja. Amde a szív izomzata sokat szenvedett a szénsavfelhalmozódás következtében, összehúzódásai mind gyengébbek lesznek. A mesterséges légzés csak úgy járhat eredménnyel, ha a szív izomzata még reagálni tud az arteriás vérré. A szív ingerlésére az asphyxiás magzatra semmiféle úton sem tudunk gyógyszerrel juttatni. Per os adagolásról szó sem lehet, a capillaris keringés teljes hiánya eredménytelenné teszi a subcutan injectiókat, venát sehol sem látunk, így tehát nem marad más hátra, mint a szív izgatására szánt gyógyszert magába a szívbe fecskendezni. Az intracardialis injectióknak pallid asphyxiás magzatokon tehát az a célja, hogy a szénsavtól megbénított szívet erősebb munkára serkentse, életben tartsa mindaddig, a míg a mesterséges légzés útján bejuttatott oxigen a bénult nyúltagyi centrumot ismét működésre tudja bírni. E célra a gyógyszerek közül legalkalmasabb az adrenalin, mert a test összes ereinek a szűkítésével a vérnyomást emeli, de tágtván a coronariákat, a szívnek vérrel való átáramlását lényegesen elősegíti. Mi is Vogt előírása szerint 8—10 cseppet használtunk Locke-oldatban s azt a negyedik bordaközben, szorosán a sternum széle mellett fecskendeztük be. Magától az injectiótól káros következményt sohasem láttunk.

2. De vajjon a szívnek ezen, hogy úgy mondjam utolsó felkorbácsolásával el tudjuk-e érni a mesterséges légzés által arteriássá tett vér segítségével a légző centrum felélesztését? Az intracardialis injectiókkal foglalkozók csaknem egyértelműen megegyeznek abban, hogy az injectio sikerrel leginkább ott alkalmazható, a hol a különben teljesen egészséges szervezet mellett a szívet csak egy rövid tartamú acut bántalmon kellett keresztülsegíteni. A hol a szív izomzata már tartósan bántalmazott, ott kevesebb a kilátás, ezért infectiosus betegségben *Greuel* kivételével (2 eset) a többi kísérletező semmi eredményt sem látott. Mindjárt itt reá kell mutatnunk arra, hogy ebből a szempontból nagy a hasonlatosság a felnőttek infectiosus bántalmai s az újszülöttek asphyxiája között: mindkettő erősen mérgezi a szív izomzatát. Másrészt *Hesse* szívbetegségeken végzett intracardialis injectióinak sikertelenségét azzal magyarázza, hogy a betegek előzőleg már mindenféle izgatókkal kezeltetvén, az injectio alkalmazása idején a szív már eljutott teljesítő képességének legvégére, tartalék-ereje is felhasználódott. Vegyük még e mellett tekintetbe azt a nagy fokozati különbséget, mely a szívizomzat s a légzőcentrum vitalitásában van. *Zeller* chloroform okozta szív megállásnál Locke oldattal, majd vérrel végzett szívátáramoltatási kísérleteiben úgy tapasztalta, hogy a míg elsődleges szív bénulásnál az átömlesztés prompt hatással járt, a kísérleti állat újra légett, magához tért, addig ott, a hol a légzés megszűnése után a szív megállás csak hosszabb idő múlva következett be, eredménytelen maradt, mert ez idő alatt a légzőcentrum már elhalt. A szív izomzata kevesebb oxigennel tovább beéri, mint az élelállásában a többi agyvelőcentrum között még legresistensebb légzőközpont.

Benestadt az újszülött táplálkozási viszonyaival foglalkozó munkájában az anyagcsere insufficientiájára utaló sajátosságoknak magyarázatakor azt mondja, hogy minden szervnek, de az egész organismusnak is, ha a funkcióját jól akarja végezni, bizonyos gyakorlatra van szüksége. Így eleinte nem tökéletes még a fehérjebontás, nem tudja még a polypeptideket aminosavakká bontani, hiányos a máj működése is s *Heller* vizsgálatai, a melyek szerint az újszülöttnak közvetlenül a szülés utáni vizeletében nincs fehérje, csak a későbbiben, szintén azt mutatják, hogy eleinte a vese is insufficientis az extrauterin élet követelményeivel szemben.

Ugyanezt látjuk a légzésnél is. A légzőcentrum első, gyakorlat nélküli működése még irregularis, egyenlőtlen, olykor apnoével megszakított légzésben nyilvánul. Ha normalis viszonyok mellett is ilyen kisebb zökkenésekkel tud csak rendes kerékvágásába jutni, könnyen elképzelhető, hogy mennyivel súlyosabb helyzetbe jut akkor a lélekző központ, ha legelső szereplése után mindjárt a functionalis zavar leg-súlyosabbikával, a bénulással kell megküzdenie.

Mindezek figyelembe vételével tekintsünk most végig sikertelenül végződött eseteink két csoportján. Az első csoportban a szívműködés feltűnő javulást mutatott az injectio után. A szívizom tehát még reagált gyógyszeres ingerre. A bonczletek szerint minden esetben a tüdő légtartalmú volt, tehát ily értelemben a lóbálás is eredményes volt. A légzés mindennek daczára mégsem indult meg. Nem tekintve az agyvérzéses esetet, nyilvánvaló tehát, hogy a kevesebb oxigént igénylő szív még működő s reagáló állapotban van akkor, midőn a légzőcentrum a szénsav-mérgezés következtében már irreparabilisan sérült. A második csoportba sorolt esetekben a szív sem reagált már az injectióra. Ezekben már eljutott teljesítő képességének határpontjához. Ezentúl már sem mechanikai (maga a szűrés), sem gyógyszeres ingerekre nem reagál. Így értelmezendő az is, hogy a megismételt injectio minden esetünkben hatástalan maradt, az első injectio eredményében a szív minden még megmaradt ereje elhasználódott.

Hogy egyik esetünk sikerrel végződött, azt annak tudhatjuk be, hogy véletlenül eltaláltuk az injectio alkalmazásának helyes időpontját. Akkor adtuk, mikor az általa kiváltott erősebb szívműködéssel a légzőcentrumhoz juttatott oxigenes vér (mesterséges légzés) a légzőközpontot még ingerületbe tudta hozni. Az, hogy a harmadik turnus Schultze-lóbálás végén a szívműködés erősen gyengülni kezdett s hogy az injectio következtében beállott erőes contractiók alatt alkalmazott lóbálás után a gyermek felsírt, nagyon valószínűvé teszi, hogy az eredmény tisztán az injectio javára írható. A míg felnőtteken a szív megállása után is — az eddigi tapasztalatok szerint — bizonyos esetekben sikerrel alkalmazható, addig pallid asphyxiás újszülötteken már megállott szívműködés mellett eredményt sohasem fogunk elérni, mert addigra a szívizom is helyrehozhatatlanul bénult s a légzőcentrum, ezen vitalitásában általában is, de újszülöttekben különösen sokkal gyengébb idegközpont már jóval előbb elhalt. Pallid asphyxiásokon tehát csak akkor kapunk jó eredményt a direct szívinjectióval, ha azt gyógyszerre még reagáló szívbe adjuk olyankor, a mikor az idegrendszerben beállott változások még reparabilis stadiumban vannak. Ennek az időpontnak a felismerése, eltalálása azonban rendkívül nehéz. Egyrészt, mert jó szívműködés mellett nehezen határozzuk el magunkat a beavatkozásra, másrészt, mert a nyúltagy centrumának pillanatnyi állapotáról az algid asphyxiás gyermekem semminemű jel által sem szerezhetünk tudomást. A szívműködés romlásakor az idegrendszerben elváltozások már legtöbbször helyrehozhatatlanok. Az asphyxia kezdetét s így tartamát csak néha tudjuk megállapítani, úgy, hogy ez sem szolgálhat támpontul. Így tehát csak tapasztalatokra vagyunk utalva. Felhasználhatók ebben az irányban a Schultze-lóbálások, a melyek eredményéből visszafelé következtetve, valamelyes képet tudunk alkotni az egyes asphyxiák súlyosságáról.

Igy Kerntler adatai szerint: 3 turnus Schultze-lóbálás után feléledt 32 magzat, elhalt a lóbálás alatt 11 = 23%; 4—6 turnus Schultze lóbálás után feléledt 8 magzat, elhalt a lóbálás alatt 15 = 65%; 7—10 turnus Schultze-lóbálás után feléledt 4 magzat, elhalt a lóbálás alatt 12 = 75%; 11—15 turnus Schultze-lóbálás után feléledt 0 magzat, elhalt a lóbálás alatt 8 = 100%.

Az utolsó három évben: 3 turnus Schultze-lóbálás után feléledt 24 magzat, elhalt a lóbálás alatt 1 = 4%; 4—6 turnus Schultze-lóbálás után feléledt 7 magzat, elhalt a lóbálás alatt 7 = 50%; 7 turnus Schultze-lóbálás után feléledt 1 magzat, elhalt a lóbálás alatt 21 = 95%.

Ebből az összeállításból kitűnik, hogy azok a pallid asphyxiák, a melyekből 3 turnussal, körülbelül 30 lóbálással a magzatot nem sikerült feléleszteni, oly súlyosak, hogy legalább a fele a magzatoknak áldozatul esik. A felélesztéshez szükséges lóbálások számával a fel nem élesztetők száma arányosan nő. Vogt, a ki az intracardialis injectiókat pallid asphyxiások kezelésére először ajánlotta, a sikertelenséget annak tudja be, hogy nem alkalmazta azokat elég korán. Tapasztalataink s a fenti adatok alapján úgy vélem, mondhatjuk, hogy asphyxiásokon az intracardialis injectiók alkalmazásának helyes időpontja akkor van, ha a magzat állapota a harmadik turnus lóbálás után nem javul s szívműködésén hanyatlást észlelünk.

Greuel szerint az egész irodalomból összeállított esetek alapján felnőtteken az intracardialis injectióknak 13%-ban van eredményük. Eseteink száma még kevés ahhoz, hogy ily százalékos megállapítást tehesünk, annál kevésbbé, mert eddig újszülötteken csak Vogt próbálta meg s eredménytelenül; de azt hiszem nem csalódom, ha az asphyxia mi-benlétét s az újszülött minden ártalom iránt oly igen érzékeny szervezetét véve tekintetbe, a sikerrel járó injectiók százalékát még kevesebbre jósolom. Minthogy azonban az injectiótól magától soha semmi kárt nem láttunk: ha vele csak egy életet is meg tudunk menteni a biztos elpusztulástól, mint ultimium refugium megkísérlendő.

Szülész-tevékenységünket azonban csak úgy fogja igazán siker koronázni, ha nem a therapiában bízunk, hanem az asphyxia megelőzése van mindig szemünk előtt. A magzati szívhangok pontos észlelése, az egyes eltérések helyes értelmezése, az idejekorán történő beavatkozás mindig meg fogja hozni a maga gyümölcsét. Minthogy az asphyxiák legnagyobb része a kimenetben áll be, gyakran egészen csekély beavatkozással is célhoz érhetünk. Így az elmúlt három évben rosszabbodó magzati szívhangok indiciójából 82 expressiót végeztünk, s ezen magzatok közül csak három vesztettünk el; 101 magzati indicióból végzett fogóműtét után pedig csak két újszülött lett az asphyxia áldozata. Kettő intracranialis vérzésben halt el.

Mindent összefoglalva tehát eseteink alapján megállapítjuk, hogy:

1. Az intracardialis injectióktól pallid asphyxiás magzatok felélesztésében még annyi eredményt sem várhatunk, mint felnőttek hirtelen szívbénulásánál. Ennek oka egyrészt az asphyxia természetében, másrészt az újszülött idegrendszerének csekély ellenállóképességében rejlik; tudniillik ha a szív a gyógyszeres ingerre reagál is még, az esetek túlnyomó részében a nyúltagy centrum már irreparabilisan sérült.

2. Mindennek ellenére megkísérlendő, de hogy sikert érthessünk el, korán kell alkalmazni. Legjobb akkor, ha a harmadik turnus lóbálás után a magzat állapota nem javul s szívműködése hanyatlak.

3. Legtöbbit a prophylaxistól várjunk. Egészen a kimenetben álló fejnél az expressio, magasabban állónál a fogó aránylag elég könnyű beavatkozás, a mely a súlyosabb asphyxiák kifejlődésétől megóvhat.

Közlemény a székesfehérvári Szt. Margit-kórház belbeteg-osztályáról.
(Főorvos: Marsovszky Pál dr.)

Az izületi betegségek kénkezeléséről.

Irta: Pfeiffer Miklós dr., segédorvos.

Pár év előtt francia szerzők ajánlották az izületi megbetegedések gyógykezelésére a kénbefeckendezéseket, a melyeket azután néhány német vizsgáló, többek között Meyer-Bisch,¹ Erklentz,² Weskott³ szintén kipróbált. Nálunk Molnár⁴ közölte e kérdésben szerzett tapasztalatait, értékes következtetéseket vonva le belőlük. Osztályunkon az elmúlt és a folyó évben mintegy 40 esetben alkalmaztuk ezt az eljárást, még pedig a Meyer-Bisch és Molnár ajánlotta formában, a kénolaj 1%-os olajos emulsiójának intramuscularis befecskendezésével. Az alábbiakban rövid képet nyújtom tapasztalataimnak, megjegyezvén, hogy csak 28 esetről számolhatok be ezúttal,

mert közben szolgálati viszonyaim megváltoztak és a még kezelés alatt álló betegeket nem figyelhettem tovább.

Eseteinket két csoportba osztva bíráltuk el a kénolajos kezelés szempontjából s megkülönböztettünk

1. fertiós alapon létrejött arthritiseket,
2. olyanokat, a melyek aetiologiájában az fertiós componens nem szerepel.

Olyan eseteket, a melyek kimutatható módon nem valamely előző fertiós izületi affectio eredményei voltak, a kénkezelésnek nem is vetettünk alá. Kénnel kezelt eseteink ennek folytán az alábbi felosztás szerint volnának csoportosíthatók:

1. Acut vagy subacut, lázas, esetleg exacerbált arthritisek.
2. Megnyugodott, deformitást mutató chronikus arthritisek, a hol fertiós jelleg állott fenn.

Acut, subacut, lázas, vagy intermittáló-exacerbáló típusú esetünk 21 volt. A megbetegedés localisatiója szerint monarthritis volt 2, polyarthritis a többi, a hol két vagy több izület részéről állottak fenn elváltozások. A polyarthritisek állapota a kezelésbevetelkor a legkülönbözőbb volt. A két monarthritis-esetben a gonorrhoeát nem lehetett egészen kizárni E csoportba tartozó eseteink közül 14-ben kizárólag kénkezelés történt, míg hét esetben más gyógyszereket is használtunk. Valamennyi beteg Wassermann-reactiója negatív volt s valamennyi gyógyultan hagyta el a kórházat. A befecskendezés idejétől számítva, átlag négy óra mulva állott be a reactio hidegrázás, erős helybeli fájdalom, magas láz, esetleg hányás, főfájás stb. alakjában. A continuus vagy remittáló lázas szak tartama átlag 58 óra volt. Törvényszerűséget azonban hiába keresnénk az injectio ideje és a reactio ideje, valamint annak tartama között. Ellenkezőleg, rendkívül nagy hullámzásokat tapasztaltunk, a reactio teljesen individualis. Volt olyan, a mely minden prodroma nélkül egy órán belül 40^o C-os lázzal köszöntött be s a láz 16 óra multán kritikusan leesett; viszont volt olyan is, a hol a láz csak 12 óráig tartott; ezzel szemben volt olyan, a hol a láz 18 óra mulva köszöntött be, de tíz napig elhúzódott. Általában azt tapasztaltuk, hogy a hol a reactio lassan, lépcsőzetesen fejlődött, ott a helyi tünetek mindig viharosabbak voltak; viszont a heves melléktünetekkel (hányás, izzadás, főfájás) jelentkező reactiók lezajlásának tartama feltűnően rövidebb volt. Hidegrázás mindig megelőzte a lázat, négy esetet kivéve. Az első injectióra egyáltalán nem reagált két beteg, ezek közül az egyik jól reagált a második befecskendezésre, míg a másik erre is alig. A kísérő tünetek igen enyhék voltak ezekben az esetekben, a panaszok azonban prompte megszűntek. Az esetek legtöbbszörében alig volt lényegesebb fájdalom az injectio helyén s legfeljebb 48 óra alatt teljesen megszűnt; leginkább hideg borogatással csillapítottuk a fájdalmat ott, a hol erősebbnek jelezték a betegek. Injectiós tályogot egyet sem láttunk, herpest az ajkakon egyszer; icterust nem észleltünk. Hányás állott be hat esetben, közülük kétfőben igen makacs és kínzó formában; de oly fenyegetőleg, mint azt Meyer⁵ leírta, egyszer sem láttuk jelentkezni. Az injectio napján és másnap fennálló étvágytalanság jóformán minden esetben beavatkozás nélkül megszűnt a láz elmúltával. A teljes gyógyulás eléréséhez szükséges volt egy injectio 6 esetben, két injectio 5 esetben, három injectio 3 esetben, négy injectio 1 esetben.

Az ápolási tartamot illetőleg, a mit igen fontos tényezőnek kell tartanunk arthritisek esetében, azt tapasztaltuk, hogy a kénkezelés lényegesen megrövidíti azt. Volt olyan beteg, a ki hat nap alatt tünetmentesen, gyógyultan távozott, holott súlyos állapotban jött be; viszont volt olyan, a ki 9 hétig feküdt a kórházban. Az átlagos ápolási tartam azonban nem haladja meg a négy hetet. A mi a testsúlyváltozást illeti, kilencz esetben lényeges súlyváltozás nem állott be, öt esetben átlag 4—5 kgr.-ot híztak a betegek, természetesen azok, a kik a teljes tünetmentesség és munkaképesség helyreállása érdekében hosszabb időt töltöttek a kórházban és a kellő roboratióban részesültek. Minden reactio teljes lezajlása után langyos fürdőt kaptak a betegek, a minek igen jó hatását tapasztaltuk főleg az erősebben izzadó betegeken. A sorozatos

vizeletvizsgálatok a fajsúlyt nem mutatták törvényszerűen megváltozottak, a láz alatt kevés fehérje, néha urobilin volt kimutatható. Diazoreactiót két esetünk mutatott.

Hat esetben controll-injectiót iktattunk közbe steril olivajjal, ezek nem okoztak semmiféle reactiót, a localis fájdalmat a betegek egészen csekélynek jelezték. Zsinórmértékül az adagolásban a Molnár⁴ ajánlotta módszer szolgált; e szerint kezdő adagnak 3 cm³-t adtunk s a szükséghez képest 12 cm³-ig emelkedtünk. Nem látjuk igazoltnak Meyer-Bisch⁶ aggodalmát, melyet a túlságos nagy adagokkal szemben táplál, bárha a hatásmódra az Arndt-Schulz-törvény⁷ el kell ismernünk.

Nem tisztán kénnel kezelt eseteinkben részint salicyl, részint chinin szerepelt a therapiában a kénen kívül. Indokolták ezt részben a szövődményesen fennálló betegségek, részben pedig az elhúzódó, lázas állapot. Kapcsolatban ezzel azt tapasztaltuk, hogy a salicyl a reactio lefolyására igen kedvező hatással volt. A lázas eseteket, akár állott fenn az endocardium részéről tünet, akár nem, systemásan először salicylrel igyekeztünk láztalanná tenni, hogy azután a kénnel térjünk át. Két esetben a Highmoor-üreg gyuladása miatt chinint adtunk. Három esetben endocarditises elváltozások, billentyűdefectus daczára a betegek a reactiót minden baj nélkül viselték el.

Chronikus rheumás polyarthritisek hét esetében alkalmaztuk a ként. Ezek közül kétfőben a Wassermann-reactio +++ volt; ezekről alább szólunk. Teljesen megegyező elvek szerint inaugurált kezelés mellett ezekből az esetekből nem reagált egy, a hol kilencz év óta fennálló folyamat volt, nagy deformitással és határozott progressiv hajlammal. Jól reagált három beteg, a kik közül kétfő teljesen munka- és járásképtelen állapotban került a kórházba és három, illetve öt hónapi kezelés után bot nélkül jártak, sőt az egyik — középkorú asszony — kézimunkázni tudott addig teljesen hasznavehetetlen kezeivel. Meghalt egy, a ki csak egy injectiót kapott és igen csekély mértékben reagált. Fennálló és erősen progrediáló tüdőfolyamata miatt a további kezeléstől elállottunk, az injectio után két hónapra disseminált tuberculosishalált halt meg. Mindezekben az esetekben teljesen hasonló elvek szerint jártunk el, pusztán az volt a különbség az acut esetekkel szemben, hogy intensivebb hydrotherapiát alkalmaztunk és az ízületek mozgékonyosságát mechanice is igyekeztünk befolyásolni.

A positiv Wassermann-reactiót adott betegek egyikén kezdődő aortaaneurysma állott fenn, az injectiókat jól tűrte és az izületi elváltozásai igen szépen javultak. A másiknak semmi lueses manifestatiója nem volt, izületi panaszai a kezelés folyamán szépen visszafejlődtek, azonban feltűnő volt, hogy a gastrikus melléktünetek minden injectio után viharos erővel köszöntöttek be. A vérsavó reactióját a kezelés nem befolyásolta.

* * *

Az előbbieken vázolt tapasztalatok elsősorban annak a kutatására indítottak, vajjon miért oly eltérők a vélemények a kénkezelés hasznosságáról? Azt hiszem, nem tévedünk, ha ennek okát abban keressük, hogy némely szerző nem járt el a kellő szigorú kritikával az alkalmas esetek megválogatásában. Ha ugyanis azt az elméleti álláspontot foglaljuk el, hogy a kénkezelés a nemspecifikus védőberendezések aktiválását célozza, a fajidegen fehérjetest-therapiához hasonlóan, akkor nem alkalmazhatjuk a ként eredményesen olyan esetekben, a melyekben az fertiós componens ab ovo kizárható a betegség aetiologiájából. S ilyenformán nem lehet jogosult a kénkezelés az arthritiseknek ama tekintélyes csoportjában, a hol akár mechanikai, akár belső secretiós zavarokon nyugvó, akár anyagcsereváltozások, akár pedig egyéb okokon alapul az izületek elváltozása. Még az fertiós aetiologiájú betegségekben is hiábavaló lesz az alkalmazása ott, a hol már kézzelfoghatóan durva anatómiai elváltozások állanak fenn az izületekben. Az irodalomban eddig közölt felosztások és csoportosítások pedig különböző aetiologiai momentumokat vettek alapul, holott a felosztás csak quantitativ különbségeknek és az ezzel kapcsolatos klinikai megnyilvánulás különbözőségeinek alapján történhetik.

A kén hatásmódjáról nem lehet egységes és végleges véleményt mondanunk, hiszen mindaddig, míg a parenteralisan bevitt kén további sorsa tisztázatlan, még a specificitás kérdése sem dönthető el. A parenteralisan bevitt kén a szervezetben alakulhat úgy át, hogy — theoretice legalább — specificussá válhatik az ízületek lobjai ellen folytatott küzdelemben. Támogatni látszik ezt az, hogy a heteroproteintest-therapiában alkalmazott egyéb anyagoknál határozottan gyorsabb és elektivebb hatást gyakorol az ízületekre; továbbá a régi empiria, mely jóformán évezredek óta alkalmazza a ként az ízületi megbetegedések kezelésében (a rómaiak kénes fürdői, a délamerikai bennszülöttek kén-bedörzsölései stb.). Pontos biológiai-chemiai és további klinikai vizsgálatok dönthetnék el e kérdést.

Gyakorlati szempontból azonban végső következtetés gyanánt mindenesetre levonható marad az, hogy a kén igen értékes segédeszköznek bizonyult, mely az eddig alkalmazott gyógymódok és gyógyszerek mellett igenis megérdemli, hogy a mindennapi életben is polgárjogot nyerjen. Túlbecsülik a veszélyeit, viszont nem alkalmazzák talán mindenütt a megfelelő helyen, ez okozhatja az eltérő véleményeket. Roppant fontos előnye azonban az, és ez a körülmény éppen az ízületi megbetegedések kérdésében nem csekély jelentőségű az orvosra és a betegre egyaránt, hogy a kezelés tartamát lényegesen megrövidíti és gyors hatást ér el, a mi nem kicsinylendő, ha meggondoljuk, mily kínos próbálkozásoknak van kitéve az ilyen beteg sok esetben, midőn a régi gyógytényezők egymásután való alkalmazásában merült ki az ízületi betegségek kezelése. A gyakorló orvos egyelőre nem alkalmazhatja talán oly mértékben, mint az intézetek, de a további kísérletezést és próbálgatást feltétlenül megérdemli.

Irodalom. ¹ Meyer-Bisch: Münch. mediz. Wochenschrift, 1921, 17. sz. — ² Erklentz: Berliner klin. Wochenschrift, 1921, 36. sz. — ³ Weskott: Münch. mediz. Wochenschrift, 1922, 18. sz. — ⁴ Molnár: Orvosi Hetilap, 1921. — ⁵ Meyer: Med. Klin., 1922, 12. sz. — ⁶ Meyer-Bisch: Klin. Wochenschrift, 1922, 12. sz.

Közlemény a Szt. Gellért-kórház dysenteria-osztályáról. (Osztályos főorvos: Torday Árpád dr., egyetemi magántanár.)

Az idei dysenteria lefolyásáról.

Irta: Baál Károly dr., osztályos orvos.

Az idei dysenteria-járvány alkalmából a Szt. Gellért-járványkórházban háromszáznál több esetben volt módunkban megfigyeléseket és tapasztalatokat szerezni.

Az osztályunkra behozott betegeknek csak 66,3%-ában találtunk klinikailag dysenteriát; a többinek nagyjából csak enteritise volt, vagy legalább is mi sem klinice, sem bacteriologicé nem vehettük dysenteriának; egy kis töredék került be más betegségekkel, mint typhus abdominalissal, colitis mucosával, enteritis tuberculosával, enteritis mercurialissal; azonkívül a csecsemők egy része decompositio alimentarissal.

A dysenteriának bizonyult esetek 80%-a hagyta el a kórházat e betegségéből gyógyultan, 1%-ban lett a dysenteria chronicussá, klinikailag a chronicus enteritis képét mutatva, és az esetek 19%-a meghalt. Ez az eléggé magas százalék azonban nem esik egészen a dysenteria rovására, mert 6%-ában az elhalt dysenteriás betegeknek a halál oka csak közvetve volt a dysenteria, voltaképpen azonban más betegség — myodegeneratio cordis, vitium in stadio incompensationis, diabeteses coma, marasmus senilis, tuberculosis pulmonum stb. idézte elő, úgy hogy tulajdonképpen a dysenteriára 13% esik.

Ez is elég magas szám, de tekintetbe veendő, hogy betegeink jó része más kórházak osztályairól került át és így egyéb betegségekben is szenvedtek, a mi miatt egyrészt ellenállásuk csökkent volt, másrészt a heveny fertőző betegség régebbi betegségük kifejlődését rohamosabbá tette s így a dysenteria tulajdonképpen csak elősegítette a más betegségben esetleg ügyis bekövetkezendő exitust.

Az általunk kezelt, klinice dysenteriás betegeken azt vettük észre, hogy az esetek nagy részében a dysenteria

súlyossága a 8—12. napon fordult meg. Klinice súlyosnak vettük a véres székletéteket, az elesettséget, a többnyire szaporá gyenge pulsust, a rossz táplálkozást, a végtagok hűvöségét, a bőr szárazságát, a nyelv száraz, barna lepedékes voltát, a beleknek nagyfokú érzékenységet s a görcsöknek és tenesmusnak állandó jelenlétét.

A vérnek a székletéből való eltűnése után többnyire megszűntek vagy csökkentek a görcsök s a tenesmus, a nyelv kezdett feltisztulni, szárazsága szűnt, a szék nyálkássá, hígga, pépessé, majd faeculenssé vált; a has, különösen a sigmabéltájék érzékenysége többnyire még hosszabb ideig fennállott. Szóval a dysenteria súlyosságának mintegy mutatójául a vérnek a faecesban való jelenlétét vehetjük.

Azokban az esetekben is, a melyekben az exitust csakis dysenteria idézte elő, az exitus vérnek a székletében való megjelenésétől számított 12 napon belül következett be a nélkül, hogy a székletéteket véres-nyálkás jellege megváltozott volna.

Statisztikailag az általunk észlelt gyógyult dysenteria-esetek 58,4%-ában a fordulat — azaz a vérnek a székletéből való eltűnése s vele együtt a beteg közérzetének javulása, a tenesmus és görcsök erősségének és számának csökkenése — a 8—12. nap között következett be.

Az eseteknek 38,7%-ában a fordulat a nyolczadik nap előtt következett be. Ezen százalékarány azonban nem megbízható, mert hisz a betegek egy része odahaza nem observálta magát, az incubatio tartamát pontosan kiszámítani alig lehet s az anamnesisben nem tudtuk mindig biztosan kimutatni, hogy hány nap óta áll fenn a véres-nyálkás székletét. Valószínűnek tartom, hogy ebből is egy jó rész az előbbeni százalék javítására szolgálna.

Az eseteknek 2,9%-ában pedig 12—20 napig tartottak a súlyos tünetek.

Igy az általunk észlelt esetek többségében kimutatható volt, hogy a dysenteriának is van a közepsúlyos esetekben krízise, melynek pontosabb meghatározására persze még több beteg észlelése volna ebben az irányban szükséges.

Ezen megfigyelésünket megerősíteni látszik két recidiva, melyekben a súlyos tünetek nyolcz és kilenc napig tartottak. Hasonlóképpen kórházunk egy másik osztályán malariával, sebészeti osztályán osteomyelitis mütéttel fekvő betegeken a súlyos klinikai tünetek szintén nyolcz napig tartottak. Ez esetekben módunkban volt egészen az elejétől megfigyelni a betegség lefolyását.

A mi a dysenteria complicatióit illeti, egyetlen egy esetben sem volt módunkban osztályunkon perforatiót észlelni. Peritonitises izgalmaakra valló tüneteket összesen nyolcz esetben láttam, melyek közül kettő végződött halállal s mint a bonczolás kimutatta, mindkét esetben perforatio is volt jelen, mit azonban a betegek nagy elesettsége és a tünetek hiánya miatt klinikailag kimutatnunk nem sikerült. A peritonitises izgalma mindegyik esetben öt-hat napig tartottak.

• Egy esetben láttam arthritis purulentát, melylyel kapcsolatban azonban tuberculosis is állott fenn; több esetben polyarthritises tüneteket, melyek azonban a szokott kezelésre pár napon belül eltűntek. Ugyancsak két, elejétől kezdve igen súlyos esetben volt alkalmunk encephalitises tüneteket megfigyelni, melyek hosszú ideig állottak fenn, de mindkét esetben a beteg gyógyultan távozott. Gyakori még, különösen kis gyermekeken, a prolapsus ani, mely a tenesmusok csökkenésével megszűnik. Egy esetben láttam parotitises complicatiót és ugyancsak egy igen érdekes esetben appendicitis gangraenosával való szövődményt, mely azonban rögtön műtetre is került perforatiós peritonitis következtében. Több esetben fordult elő typhussal való vegyes fertőzés. Összesen négy esetben vált a dysenteria chronicussá, mely, mint már említém, klinikailag a chronicus enteritis képét mutatta; ezek közül egy parotitis-esetben és egy erysipelas septica-esetben complicatio következtében 24—48 óra alatt beállt a halál; a másik két esetben pedig, dacolva minden kezelésünkkel és kísérletünkkel, fokozatos elgyengülés mellett következett be a halál.

A mi a dysenteria kezelését illeti, sokféleképpen megpróbáltunk. Legczélszerűbbnek tartjuk a hashajtók alkalmazása után férfiakba 1%-os, nőkbe 0.5%-os, gyermekekbe 0.25%-os formalinnak naponként egyszeri beöntését, vele parallel bismuth-, tannalbin-porok, illetőleg oldatok, opium, domopon adagolását. A tenesmus ellen 1/100-s atropin-injectiók tesznek kitűnő szolgálatot; felnőtteknek 1—2 fecskendővel lehet adni. Belladonna-cocain-kúpok is csökkentik a tenesmust, persze individualizálni kell. Ha a vér a székletből eltűnt, úgy a formalinos beöntést, mely nagy fájdalmakkal és görcsökkel jár, 0.5%-os tanninos, lapisos vagy kamillatheás beöntésekkel váltjuk fel. Formalinos beöntést egymás után négyszer szoktunk adni s ha tovább is szükséges az adása, akkor is közbeiktatunk egy tannin-beöntés napot. A dermatol-jodoformos beöntést chronikus dysenteria eseteiben a betegek jól tűrik, de hosszabb alkalmazásától — tekintettel a mai gyógyszerek drágaságára — el kellett állanunk.

Igen fontosnak tartom a betegeknek meleg palaczkokkal való állandó melegben tartását.

Ha igen erősen véres és gyakori bő, híg a székletét s a beteg a nagy folyadék- és vérvesztéségtől igen elesett, tonogenes physiologiás konyhasós infúziókkal igyekszünk a beteg állapotát megjavítani, ami több esetben directe életmentően hatott.

A mi a dysenteria bacteriologiai vizsgálatát illeti, minden egyes esetben küldtünk faecet vizsgálatra, azonban a vizsgálatok eredménye többnyire negatív volt. Újabban *Lentz* ajánlata szerint minden egyes betegről vérsavót küldünk agglutinációs próbára a központi laboratoriumba, mely vizsgálatok eddig elég szép eredményt nyel jártak, a mennyiben az általam mintegy ötven esetben küldött vérsavó több mint felében positiv volt az eredmény; legnagyobbbrészt Shiga-Kruse volt kimutatható 1:50—1:100 hígításig agglutinálva, két esetben Flexner és ugyancsak két esetben Flexner + Shiga-Kruse lett kimutatva; egyébként az ez irányú vizsgálatok még folyamatban vannak.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Torday: Mamák könyve. 2. kiadás. Légrády testvérek kiadása.

Hosszú idő után nemrégiben jelent meg *Torday* könyvének 2. kiadása. Abban a nagy munkában, a melyet az állam és a társadalom megindított a jövő nemzedék érdekében, ez a könyv nagy segítségére lesz mindenkinek, különösen a vidéken, a hol a csecsemők gondozása, a beteg gyermekek kezelése még nagyon sok kívánni valót hagy.

A kis könyv, az újabb vizsgálatok eredményeit feldolgozva, bőven és kimerítően foglalkozik úgy az egészséges, mint a beteg csecsemővel és gyermekkel, születésétől az iskola padjáig. A természetes táplálás előnyeit és hasznát hangsúlyozva, leírja a modern mesterséges táplálás módzatait s a táplálék elkészítését. Könnyen érthetően vázolja a különféle csecsemőkori megbetegedéseket s az otthon is elvégezhető kezelésmódokat. Terjedelmével arányban foglalkozik a 2—6 éves gyermekekkel, ezek életrendjével, nevelésével.

Nélkülözhetetlen vezérfonalul szolgál minden anyának, de haszonnal forgathatják a szakemberek is e könyvet, mely a hasonló tárgyú külföldi műveket teljesen pótolja.

A könyv kiállítása a nehéz viszonyokhoz képest igen jó.

Lapszemle.

Sebészet.

A csigolya-sarkomák prognosizáról ír *Guleke* tanár. A prognosiz nem annyira rossz, mint a hogyan általában gondolják. Némelyik esetben nagyon lassú a növekedés. Operatív beavatkozás után pedig 7—27 évig tartott gyógyu-

lást írtak már le. Noha a műtéti beavatkozásnak ilyen kedvező eredménye nem gyakori, mégis javult az operatio megkísérlése, annyival is inkább, mert már sokszor fordult elő összetévesztés más bajokkal (fibroma, tuberculosis, ostitis fibrosa, echinococcus), a mi sokszor csak az operatív feltárással előzhető meg. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh., 65. kötet, 167. lap.)

Aorta-aneurysmának tehermentesítő mediastinotomiával operált esetét mutatta be *Guleke* a jeni orvosegylet június 28-án tartott ülésén. A beteg évek óta munkaképtelen volt, súlyos fulladásrohamokban és állandó nagyfokú fájdalmakban szenvedett. A műtét 1 1/4 év előtt történt; a beteg 1/2 év óta teljesen panaszmentes, foglalkozását folytatja, noha az aneurysma kissé nagyobbodott. A tehermentesítő mediastinotomiával eddig kezelt aorta-aneurysmás betegek közül *Friedrich*, valamint *Brunner* betege a műtét után nemsokára meghalt; *Rehn* betege pedig nagyon javult. De olyan hosszú ideig megfigyelt eset, mint a bemutatotté, eddig még nem volt közölve.

Ideg- és elmekórtan.

A nystagmus neurológiai jelentőségéről ír *Scharneke*. Fontos, hogy különbséget tegyünk himbáló nystagmus (Pendelnystagmus) és rángási nystagmus (Rucknystagmus) között. A vestibularis eredetű nystagmus mindig rángási nystagmus, de nem mindegyik rángási nystagmus vestibularis eredetű, például a vasúti nystagmus stb. Ha a rángási nystagmus a peripheriás vestibularis sérülésének az eredménye, akkor mindig rotatorius és horizontalis nystagmusnak a kombinációjában áll. Ha nem ilyen, akkor intracranialis eredetű. A kisagyi eredetű nystagmus lehet mind a kétféle, úgy himbáló, mint rángási nystagmus, például sclerosis multiplexnél; a *Friedreich*-betegségben azonban csak a rángási nystagmus fordul elő. Kisagyvelő-abscessusnál a beteg oldal felé csap a rángási nystagmus, labyrinthus-pusztulásnál az egészséges oldalra. Az experimentalis nystagmus gyors phasisának localisatiója a homloki lebenyben keresendő, a cortexben. Az experimentalis nystagmusnak differentialdiagnostikai jelentősége lehet, mert 1. hysteriásokon normalisan viselkedik, epilepsziásokon pedig úgy, mint az öntudatlanokon; 2. szemizombénulások megállapítására alkalmas; 3. megítélhető belőle, hogy valamely sérülés peripheriás, illetőleg nuclearis avagy supranuclearis eredésű-e, mert utóbbi esetben csak a gyors phasis hiányzik, a lassú megvan, míg az előbbiben egyik sincs meg; 4. féloldali térszűkítő folyamat diagnosizát megkönnyíti, mert a beteg oldalon a gyors phasist közvetítő corticalis pálya működésének kiesése várható, míg a lassú phasis megmarad; 5. épp így gyakran idiotismusnál és esetleg arteriosclerosisnál is, miáltal ez a neurastheniától elhatárolható. (Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 65. kötet, 1.—3. füzet.) (Meg kell ehhez jegyeznünk azt, hogy az egészséges oldal felé csapó nystagmus csupán többnyire, de egészséggel nem minden esetben jelenti azt, hogy labyrinthus-eredetű a laesio. Ilyenkor esetleg még több másodlagos momentum döntheti csak el a kérdést, vajjon nem szövődött-e a helyzet a cerebellummal is, a mi nagyon gyakori, továbbá hogy hányadán állunk a másik oldali labyrinthussal; így néha az exspectatio, az esési irány és a fejtartás viszonya és a cochlearis épsége vagy bántalmazottsága. Lásd *Sonntag-Wolf*: Anleitung zur Funktionsprüfung des Ohres. Berlin, Karger, 1920. Ref.) *Kluge* dr.

Gyermekorvostan.

Mészanyagcserevizsgálatok és rachitis címen ír *Stoeltzner*. Mint ismeretes, a rachitis a mészgyensúly zavara, mely a klinikai tünetek megjelenését megelőzi, viszont a gyógyuló rachitis-esetekben már normalis. A rachitises osteoid szövet nem azért marad méasztelen, mert a megfelelő mennyiségű mész nincs meg a szervezetben, hanem azért válik negatívvá a mészgyensúly, mert a rachitises osteoid szövet nem tudja fölvenni a meszet. A mészanyagcsere zavara tehát másodlagos jelenség. Fontos tehát a mészanyagcserevizsgálatoknál a rachitis pathogenesise. Kiderült, hogy a phosphor

ép csontrendszerű egyéneken a csont sclerotizálódását és a mészretentiót fokozza, a különböző álrachitises osteoporosisokban a negatív mészgyensúlyt megjavítja, ellenben rachitiseben a negatív mészgyensúlyt phosphor-adagolás dacára is negatív marad. Viszont a csukamájolaj ott, a hol rachitises osteoid szövet van, ezt mészfelvevő-képessé teszi, s így a mészgyensúlyt pozitívra változtatja. Nem rachitises gyermekekben pedig nem befolyásolja a mészgyensúlyt a csukamájolaj.

A Quest inaugurálta adrenalin-therapiát elveti, mert ő, épp úgy, mint a Czerny iskolájába tartozó Schiff és Peiper, nem rachitises állatokon és gyermekeken kísérletezett. (Monatschrift für Kinderheilkunde, 1921, november.)

Láczay Szabó Kálmán dr.

A liquor cerebrosppinalis globulintartalmának diagnostikai értékéről ír Baar. A lumbal punctatumok egész sorozatát vizsgálta az idegrendszer functionalis és organikus megbetegedéseiben. Gyengén pozitív Pándy-reactio a functionalis megbetegedések legfőbbjében előfordulhat; uraemiás eclamsiánál és gyakori spasmophil görcsökknél akár oly nagyfokú is lehet a globulintartalom, mind meningitis tuberculósánál; de míg az előbbiekben a görcsök megszüntével eltűnik a globulin a liquorból, addig a meningitis tuberculósánál a görcsöktől függetlenül állandó növekedést mutat a halálig (Wiener klin. Wochenschrift, 1921, 51. szám.)

Bakay Emma dr.

Venereás betegségek.

A lues congenitalisról ír G. Stümpke (Hannover). A szerző a betegségről főként kórházi anyagán felépülő statisztikai adatok alapján nyilatkozik. Úgy a szerzőnek, mint általában másoknak is a statisztikai adatai valóban megrendítő képet tárnak fel a lues congenitalis kimeneteléről. A halálozás különösen az első életévben fölülte nagy, de ki kell emelni, hogy bár a gyermekek egy részét egyenesen a syphilis öli meg, a betegek zöme intercurrents bántalmakban pusztul el. Heine adatai szerint a syphilis mint közvetlen halál oka a halálos eseteknek mintegy egyharmadában deríthető ki. A lues congenitalis halálozási aránya az irodalmi adatok szerint 50—80% között mozog (Stümpke 190 esetében 53%, illetőleg az utolsó három esztendő anyagában 60 $\frac{1}{2}$ %). A legtöbb haláleset természetesen az első életévre esik (szerző eseteiben 85%). A szerző észlelései megerősítik Heine adatait, a mennyiben ő is az elhaltak $\frac{1}{3}$ -ában közvetlen haláloknak a syphilist állapította meg. Ezen szomorú statisztikai adatok után kezelési eredményről szólni csaknem alapránkülinek látszik. De csak látszólag, mert nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a kórházak statisztikája e tekintetben különösen rossz s nem vonatkozhatik a congenitalisan lueses gyermekekre általában. A kórházakban ugyanis rendszerint a legelhanyagoltabb s legsúlyosabb esetek kerülnek felvételre. A szerző a lueses csecsemők kezelésében azt az elvet ajánlja, hogy az első kúra körülbelül 12 hétig tartson. A kis gyermekek ezen idő alatt hetenkint 1—1 intramuscularis neosalvarsan-injectiót kapnak (0.02—0.03 gr., egy éven felül 0.05 gr. is lehet). A kéneseit kenőkúra alakjában alkalmazza leginkább (naponként $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ gr.), bár néha sublimatot használt a kenőkúra helyett (hetenkint egyszer-kétszer 1—2 mgr. pro dosi). Az eredmény igen kielégítőnek látszik. Ezt a kúrát 3—4 hónap után ismételni kell több ízben. Sajnos azonban, hogy a szülők tünet hiján alig hozzák be többé a gyermekeket további kezelés céljából. (Münch. mediz. Wochenschrift, 1922, 15. sz.) Guszman.

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

Yatrennel kezelt actinomycosis esetét közli Eckert a jenai egyetem gégebeteg-klinikájáról. A géget és a nyakat elfoglaló nagy, inoperabilis actinomycosis-esetben (45 éves férfi), a melyben a jod- és a Röntgen-kezelés eredménytelen volt, yatren fokozódó adagainak intravenás befecskendezése után teljes gyógyulás következett be. Az 5 $\frac{1}{2}$ -os oldatból 5—100 cm³-t fecskendeztek be naponként, később 1—2 napos időközökben, úgy hogy a beteg 7 hét alatt összesen 1215 cm³-t kapott, a mi megfelel 60 gr. yatrennek. Daczára a nagy

adagoknak (egy ízben 150 cm³-t kapott a beteg), káros mellékhatás sohasem mutatkozott. (Klinische Wochenschrift, 1922, 36. szám.)

Epilepsia ellen már évekkel ezelőtt ajánlotta Pribram, Curschmann-nal egyidőben a calcium lacticumot vagy chloratumot egyedül, vagy még helyesebben bromnatriummal együtt napi 3 gramm mennyiségben, utóbbi esetben konyhaszegény diéta mellett. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 3.1 szám.)

Vegyes hírek.

Kinevezés. Szabó József dr. egyetemi magántanárt a kormányzó a Ferencz József tudomány-egyetemen az elme- és idegyógyászat nyilvános rendes tanárává nevezte ki. — A népjóléti miniszter Kluge Endre dr. egyetemi tanársegédet a budapest-lipótzemei m. kir. állami elme-gyógyintézethez másodorvossá nevezte ki.

Új magántanárok a budapesti egyetem orvosi karán. A m. kir. vallás- és közoktatásügyi miniszter Fekete Sándor dr.-nak a terhesség és szülés élettanából, Verzár Gyula dr.-nak a fülbetegségek kór- és gyógytanából, Lipták Pál dr.-nak a gyógyszerismereti vizsgálatokból, Schmidt Ferencz dr.-nak „a szív és vérerek bajai és ezek orvoslástana, különösen tekintettel a fizikai orvoslásmódokra” című tárgykörből, Csépai Károly dr.-nak a belső secretiós és anyagcsere-betegségekből, Máthé Dénes dr.-nak az odontotechnikából, Hüttl Tivadar dr.-nak a sebészeti diagnosztikából, Tóthfalussy Imre dr.-nak a hasüreg sebészeti-éből, Kóds Aurél dr.-nak a gyermeksebészettől és Bakodý Aurél dr.-nak az elmekórtani diagnosztikából egyetemi magántanárrá történt kinevezését megerősítette.

A Magyar Orvosok Tuberculosis-Egyesülete szeptember hó 22. és 23.-án tartotta meg báró Korányi Sándor egyetemi tanár elnöklése alatt V. nagygyűlést. A congressus látogatottsága örvendetes volt, vidékről és a megszállott területekről is számosan jelentek meg. Különösen élénk vita fűződött a Friedmann-féle szer. értékéről szóló előadásokhoz. A hozzászólók túlnyomó többsége nem tartja gyógyító hatásának a szert. A közgyűlés a titkári, pénztárnoki és pénztárvizsgálói jelentések elfogadása után Tüdős János dr., debreczeni t. főorvost az igazgatótanács tagjává választotta meg és az alapszabályok módosítását elhatározta. Az 1923. évi nagygyűlést szeptember havában Debreczenben fogják megtartani. Referatum megtartására felkértek Fáy Aladár, Bálint Rezső és Gáli Géza, azonkívül még egy referatum kitűzését tervezik. A munkálatok 1921. évi kötete elkészült s a nagygyűlés alkalmával kiosztásra került. Az V. nagygyűlés tárgyalásait legközelebb részletesebben fogjuk ismertetni.

Szemorvosi továbbképző tanfolyam Bécsben. Október hó 2.ától november hó 25.-éig Bécsben szemészeti továbbképző tanfolyam lesz angol nyelven. A hallgatók minimalis száma 10. A tandíj fejenként 200 dollár, azaz 500.000 magyar korona vagy 15 millió osztrák korona. Az egész cursus 2000 dollár bevételre számít, azaz 5 millió magyar koronára és 150 millió osztrák koronára! A müncheni kéthetes tanfolyam részvételi díja 60 márka, azaz 120 magyar korona, a budapesti tanfolyam pedig díjtalan volt! E számok sokat mondanak. G. E.

Személyi hírek külföldről. W. Straub freiburgi tanár elfogadta a meghívást a müncheni egyetem farmakológiai tanszékére. — B. Heine (főorvostan) és L. Zumbusch (börkórtan) müncheni rendkívüli tanárt rendes tanárrá léptették elő.

Physicalis, Röntgen-, serológiai és bakteriológiai vizsgálatok. Specifikus oltások, quarz- és művi pneumothorax-kezelés. **Dr. Rajnik Pál** Budapest, VII., Vilma királyné-út 11. sz. (Fasor). Tüdőbetegségek diagnostikai intézete. Telefon József 14—51.

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

DAJKA- INTÉZETBEN Wassermannra vizsgált dadák állandóan találhatóak. Sürgőnyil g. telefonon (93-22) rendelkezésre állanak: Szív-utoza 69.

Iszapkúrák orvosi felügyelet mellett **Dr. Pajor-Sanatoriumban** Budapest, VIII., Vas-utoza 17. Ugyanitt Zander-massage és vízkúrák.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Pneumothorax. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh koronától kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással utlevél-ügyben szolgál: Menetjegyiroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-tér 1.

Dr. GRÜN WALD SANATORIUMA VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—20. — Sebészeti-, női-, belbetegeknek, szülőknek. Radium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bogyó-gyító és kozmetikai intézete IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56—76.

ISTVÁNUTI SANATORIUM ÉS VIZGYÓGYINTÉZET

Budapest, VII., István-út és Hungária-körút sark.

A Városliget legszebb részében.

Klinikailag vezetett idegosztály. Vezetője: Schuster Gyula dr., igazgató-főorvos, a budapesti kir. magy. tudományegyetem elme- és idegkórtani klinika v. I. tanár-segédje. — Belgyógyászat. — Sebészet. — Nőgyógyászat.

Telefon: József 4-12.
Igazg.-tulajd.: Dr. Melha
Armand, Dr. M.-né Hilt
Paula, Dr. Mandler Ottó.

ZANDER- Gyermektorna

a Dr. Reich-féle
ZANDER-gyógyin-
tétben, IV., Sem-
melweis-u. 2. I. e.

PÁLYÁZATOK.

19.168/1922. szám.

A Ferencz József kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára a saját kórházának sebészeti osztályán lemondás folytán megüresedett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az ezen állással járó illetmények a következők: évi 2400 korona törzsfizetés, 1000 korona lakpénz, 13.750 korona drágasági és 24.000 korona rendkívüli pótlék, 463975 korona átmeneti segély, továbbá természetben nyújtandó tízórai és ebéd, illetve inspectio esetén teljes élelmezés.

Csak szakmabelileg képzett és gyakorlattal bíró orvosok pályázatai vétetnek figyelembe.

Az alkalmazás egyelőre ideiglenes jellegű.

Pályázati határidő jelen hirdetésnek a Munkásbiztosítási Közlönyben való megjelenésétől számított 15 nap.

A pályázati kérvények a Pénztár vezetőségéhez címelve nyújtandók be VII., Bethlen-tér 1. szám alatt, a hol a Pénztár igazgatója a szóbanlevő állásra vonatkozólag hétköznap délelőtt 11-1 óra között bővebb felvilágosítást nyújt.

B u d a p e s t, 1922 szeptember 19.

Igazgató megbízásából:

Szilasi Simon s. k.
aligazgató.

Kerekes Pál dr. s. k.,
h. államtitkár.

19.004/1922. szám.

A Ferencz József kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára a rendelőintézetének fogászati osztályán megüresedett **vezető főorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az ezen állásra alkalmazandó orvos teendője a hétköznaponként délután 4-6 óráig a fogászati osztályon rendszeresített kettős (II. és III. számú) rendelés vezetése, illetve az említett idő alatt jelentkező fogbetegek orvosi ellátásáról való gondoskodás.

Az ezen főorvosi állással járó illetmények a következők: egy-egy rendelés után évi 4800 korona törzsfizetés, 22.500 korona drágasági és 30.000 korona rendkívüli pótlék, továbbá 9270 korona átmeneti segély. A két rendelés után ezen illetmények kétszeres összege jár.

Csak szakmabelileg képzett és gyakorlattal bíró orvosok pályázatai vétetnek figyelembe.

Az alkalmazás egyelőre ideiglenes jellegű.

Pályázati határidő jelen hirdetésnek a Munkásbiztosítási Közlönyben való megjelenésétől számított 15 nap.

A pályázati kérvények a Pénztár vezetőségéhez címelve nyújtandók be VII., Bethlen-tér 1. szám alatt, a hol a Pénztár igazgatója bármely hétköznap délelőtt 11-1 óra között a szóbanlevő állásra vonatkozólag bővebb felvilágosítást nyújt.

B u d a p e s t, 1922 szeptember 14.

Igazgató megbízásából:

Szilasi Simon s. k.
aligazgató.

Kerekes Pál dr., s. k.
h. államtitkár.

270/1922. szám.

A vezetésem alatti budapesti m. kir. állami szemkórháznál megüresedett **másodorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Közlebbi feltételek a Budapesti Közlönyben egyidejűleg megjelent pályázati hirdetményben tudhatók meg.

B u d a p e s t, 1922 szeptember 21.

Blaskovics László dr.,
egyetemi tanár, igazgató.

6367/1922. kig. szám.

Elhalalozás folytán megüresedett nagykovácsi községi orvosi állásra pályázatot hirdetek.

Községi orvos javadalma:

1. 1600 korona évi kezdőfizetés a törvényszerű korpótlékokkal.
2. A törvényes drágasági és háborús segélyek.
3. A törvény szerint megállapított látogatási díjak.
4. Három szobából és melléképítményekből álló természetbeni lakás.
5. Egy öl tűzifa vagy ellenértéke.

Felhívom a pályázni öhajtókat, hogy oklevéllel és működési bizonyítványokkal ellátott kérésüket folyó évi október hó 16.-áig hivatalomba küldjék be, annál is inkább, mert a később érkezőket nem fogom figyelembe venni.

Választást folyó évi október hó 18.-án délután 4 órakor fogom Nagykovácsi községházán megtartani.

P o m á z, 1922 szeptember 16.

Asztalos s. k., h. főszolgabíró.

Jász-Nagykún-Szolnok vármegye I. Ferencz József-kórháza.
1754/1922. ki. szám.

Pályázatot hirdetek alábbi orvosi állásokra:

1. **Osztály-főorvosi állás** a bőr- és nemi kórtan számára, mostanig hozzákapcsolva az elmefigyelő osztály vezetése is.

2. **Boncznak-főorvosi állás** (kórboncztan, szövettan, bacterio-serologia).

Előbbi kezdőfizetése a VIII. állami fizetési osztály 3. fok, utóbbié a IX-3. szerint (de utóbbiét is a VIII-3. szerint szándékozom már 1923-ra előirányozni) és mindkettőnek a szabályos pótlékok; előbbinek mostani pénzáradósága körülbelül évi 96.000 korona, utóbbinak évi 91.000 korona; továbbá mindkettőnek családi pótlék és kedvezményes természetbeni élelmiszer- és ruha-ellátás.

Utóbbi állás betöltője törvényszéki II. orvosi állandó megbízott is remélhet.

Pályázó orvosok jelöljék meg, illetve mutassák ki, hogy a bőrnemi-kórtani, illetve boncznoki ismereteknél kívül minő más képesséssel, gyakorlattal, eddigi működéssel bírnak, vagy melyiket hajlandók ezután megszerezni? (Elme-, szem-, orr-, fül-, gége- stb. gyógyászat, törvényszéki orvosi, szakképesítés stb.)

3. **Segédorvosi állás** beosztás szerinti osztályra. Javadalom: Lakás, teljes ellátás, 2000 korona évi fizetés a szabályszerű pótlékokkal, mostan összesen körülbelül évi 45.000 korona s némi ruha-kedvezmény. Minden kötelező kórházi gyakorlati idő itt eltölthető.

Pályázati kérvényt méltóságos **Almásy Sándor** főispán úrhoz intézve, hozzáam **1922 október 20.-áig** kell beadni, személyes bemutatkozás és megbeszélés czélszerű. Ha valamelyik állásra egyik pályázó sem nevezetnék ki, szükség szerint új pályázatot fogok hirdetni.

S z o l n o k, 1922 szeptember 1.-én.

Óvári-Papp dr., igazgató-főorvos.

4472/1922. szám.

Zala vármegye alispánjának 355/1922. kb. számú rendeletére a keszthelyi **községi orvosi állásra** pályázatot hirdetek.

A községi orvos törzsfizetése 1600 korona s a megállapított pótlékok és segélyek.

A pályázók az 1908: XXXVIII. t.-cz. 7. §-ában előirt minősítésüket, előéletüket s a forradalmak alatt tanusított magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket október hó 10. napjának déli 12 órájáig adják be hozzám, mert a később érkezettek nem veszem figyeembe.

A választást 1922. évi október hó 14.-én reggeli 9 órakor Keszthelyen, a városház tanácstermében fogom megtenni.

K e s z t h e l y, 1922 szeptember hó 21.

Oltay dr. s. k., főszolgabíró.

4030/1922. szám.

A lemondás folytán megüresedett Vas vármegye czellömölki járásához tartozó Ostffyasszonyfa székhelyvel 8 községből, úgymint: Ostffyasszonyfa, Csőnge, Pápóc, Szentmiklósa, Rábakecskéd, Kenyeri, Nagyimonyi és Kemenesmihályfa községekben álló közegészségügyi körben levő **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek. Javadalmazás: 1600 korona törzsfizetés, korpótlék, 900 korona útiátalány, 600 korona lakás-pénz, valamint a törvény szerint járó háborús és drágasági segélyek, esetleg családi pótlék.

Pályázni öhajtókat felhívom, hogy az 1908. évi XXXVIII. t.-czikk 7. §-ában előirt képesítésüket és politikai megbízhatóságukat igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket hozzám folyó évi október hó 30.-án déli 12 óráig annál is inkább nyújtják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

A választás határnapját később fogom meghatározni.

C z e l l ö m ö l k, 1922. évi szeptember hó 22. én.

Pósfay Gusztáv, főszolgabíró.

ORVOSI MŰSZERÜZEM
Főüzlet:
BUDAPEST IX., Üllői út 1.
TELEFON: JÓZSEF 32-73.
Fióközlet:
DEBRECZEN Kistemplom Bazár.

Egyetlen ideális sebhintőpor
(egész sárgaszínű).
Hatásánál fogva felülmúlja az eddig használt ő-szes sebhintőporokat.
1000-2000%-kal olcsóbb mint Jodoform, Dermatol, Xeroform stb., stb.

Teljesen méregtelen, legerősebb baktericid saját-sága, szagtalan, csiramentes, steril, álható, hatalmas nedvszívó, váladékgátló, genyedést csök-kentő, erőlyesen desodoráló, haemostyptikus sa-játságú, renyhe sarjak életképeségét elősegíti.
Kötszerekben és kenőcsökben alkalmazható.

DERMAFORINE
KATONA

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hógyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Bársony János: Rectori beszéd. 393. oldal.

Ströszner Ödön: Közlemény a székesfővárosi közegészségügyi és bakteriologiai intézetből. (Igazgató: Vas Bernát dr., egyet. tanár.) A vörheny elleni védőoltásokról. 396. oldal.

Irodalom-szemle. Lapszemle. Belorvosstan. Grassmann: Az angina pectoris kezeléséről. — Sebészet. Reye: Az erysipelas kezeléséről jodtincturával. — Szemészet. Marquez: Kettős hályog egy szemben. — Kisebb közlések az orvosgyakorlatra. 398–399. oldal.

Vegyes hírek. 399. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Rectori beszéd.

A Pázmány Péter-tudományegyetem tanév-megnyitó díszülésén elmondotta
Bársony János dr., egyetemi tanár.

Mélyen tisztelt hölgyek és urak! Kedves fiatal barátaim!

Elkövetkezett az idő, reám esett a sor, a tudós electorok megválasztottak. A mai naptól fogva egy éven keresztül, ha Isten élnem enged, én leszek a Pázmány-egyetem rectora.

Ebben a reám nézve magasztos első pillanatban úgy érzem, illendő, hogy azoknak, a kik nem ösmernek, bemutassam magam: 62 évvel ezelőtt magyarnak születtem. Színtiszta keresztény tejen cseperedtem. Magyar iskoláknak, ennek az egyetemnek vagyok a neveltje. Idestova 39 éve, hogy orvosá lettem. Ez idő óta kutatva tanulom a nagy természetet és élénken figyelem kiváltképpen az emberi testet, szellemet és lelket. Specialis foglalkozásom a földi világot fenntartó, az embert reprodukáló asszonytest istápolása és a productum épsége felől való gondoskodás. E funcióim közben csodálatos történéseket s ezek megvalósulásában bámulatos cél-szerűséget tudtam tapasztalni. Két kis sejt összeolvad s ettől a percztől fogva elkezd oszlani és gyorsan szaporodni, az újak tudatos tervszerűséggel helyezkednek el, tökéletes praecisitással rakják össze a mechanikai, physikai, chemiai, optikai, acustikai és egyéb berendezéseket s kilencz hónap multán készen van egy perfect miniature ember, a ki pedig sem kisebb, sem nagyobb, hanem mathematicai pontossággal kimérten éppen olyan nagy, hogy átférjen az asszony medenczében és mire ilyenné fejlődött, késedelem nélkül munkába lépnek az addig szunnyadott hatalmas erők, melyek törvényes előírás szerint végzik a feladataikat s kártevés nélkül praesentálnak egy legújabb embert. Minél tovább figyeltem az eseményeket, minél mélyebben és alaposabban foglalkoztam velük s minél idősebbé lettem, annál kevésbé tudtam elhinni, hogy az ember csupán csak a sejtek véletlen vagy ösztönszerű csoportosulásából szerkesztődnek össze. Ezen eseményeket meg lehet figyelni, meg is lehet tanulni, hogy miként szoktak azok rendszerint lefolyni, de magyarázatukat adni, tehát megérteni a gyűszűnyi emberi elme nem fogja sohasem. Az emberrel foglalkozó természetbúvárnak a helyzete különleges, elűt a többi búvárétól. Ő nem maradhat rideg alapokon. Neki, minden tudományos próbálgatás ellenére is, egy belső kényszer befolyása alatt előbb-utóbb meg kell hajolnia. Ez történt t. hallgatóság rajtam és bennem is. Én hiszek az Istenben!

Az emberfölötti lény, az Isten fogalma az ősembernek is életszükséglete volt. A számtalanszor megnyilvánuló tehetetlenség érzéséből önkéntelenül folyt, hogy a gyenge ember feltételezett maga felett valamely hatalmat, a kihez egyedülvalóságában és kétségbeesésében is felfohászkozhatott. Egy

test és a belőle sugárzó lélek alkotja az embert. A test a leg-tökéletesebb apparatusok bámulatos szövetkezése, a lélek meg egy valami, a minek a definitióján mindmáig a legelőkelőbb tudósok eredménytelenül törték és törtek a fejüket. Az apparatusok összműködésének megnyilvánulása egymagában nem alkothatja az emberi lelket, mely az embert az egész világ urává avatja, hiszen hasonló tökéletes rendszerek állítják ki az állat testét is, a melynek pedig van ugyan ösztöne, vannak a megszokáson alapuló tapasztalatai, van a fajtájával és testi erejével harmoniában szelid vagy agressiv természete: de az a megfoghatatlan sajátos tehetség, a mely az embert minden más teremtmény fölé emeli, semmiféle a földön létezett élő lényben sem a régen multban, sem a jelenben nem található fel s a melyet a legméltóbban csakugyan úgy jellemezhetni, hogy egy szikrányi különös ajándék az Isten részéről, a saját lényéből. A test magában teljesen állati, a lélek benne az a felsőbb érték, mely az embert megkülönbözteti s egy nálánál magasabb hatalom elősmerésére is kényszeríti. A lelkében elborult ember állattá korcsul le. A merev istentagadó meg önmagát túlon értékeli és egyrangba helyezi a mások Istenével. Ez is elborultság. A lélek érzékenyebb a testnél is, az öröklésen kívül a legcsekélyebb külső s belső motívum is befolyásolhatja. Kétségtelen, hogy minden emberi lélekben a jóra való törekvés közvetlen szomszédságában ott van a rosszra való hajlandóság is. Vannak, a kiknek ez az utóbbi hajlamosság válik uralkodó tulajdonságukká, a nagy többségben mégis a jóindulat kerekedik felül. A korlátok közé szorított gyermekidőkből kinőtt emberen bizonyára nyomokat hagy a fészek, a melyből kirepült, szabad repülése közben az irányt azonban már maga választja meg. A ki balra téved, az a mások kárán örvendező gonosz emberré lesz, a másik meg az összehasonlításokból a legnemesebbnek bizonyult irányban próbálja beállítani az élete szekere rudját. Magam a Krisztus tanítását találtam olyannak, a mely az állatembert tiszta emberré tudja átformálni. Bemutatkozásomkor tehát azt mondhatom, hogy én Krisztust követő Istenfélő keresztény magyar ember vagyok s a midőn ezt a díszes helyet elfoglalom, fogadom, hogy a feladatot, melyre vállalkoztam, ebben a szellemben fogom megoldani.

* * *

A magyar voltom folyományaképpen szeretném, ha az egész világ magyarból telnék ki és hogy minden magyar az Isten szikrájára méltó egészséges testtel és lélekkel a Krisztusi socialismus felebaráti szeretetében igaz ember volna. A földi élet harmoniájához mindenekelőtt tökéletes testi épségre kell törekednünk. Beteg testben többnyire beteg a lélek is és akkor a legjobb szándék, a legszebb tehetség sem tud érvényesülni. Az épen született testben fejlődő lelkiek azonban ugyancsak gondozást kívánnak, mert azoknak az elhanyagolása még több keserűségnek és elégedetlenségnek lehet a forrása, mint a testi nyomorodás, a mely különben a lelki

zülles nyomában csakhamar be szokott szintén következni. Nem elég a lues, a tuberculosis, az alkoholismus stb. ellen küzdeni, hasonló energiával kell a sorompóba lépni az emberi szellem védelme tekintetében is, mert a világi élet perspektívájában mindakettőnek, és pedig egymással szoros kapcsolatban egyenlő szerepe van. Azt hiszem, hogy e reám ünneplés napon a rendelkezésemre álló időt legjobban úgy használom fel, ha az ember, kiváltképpen a magam fajtája eugenetikájáról, a nemesítésének a módzatairól, és pedig főképpen orvosi szempontból fogok elmélkedni.

Hogy meg tudjam értetni magamat, szükséges bevezetésképpen néhány orvosi tételt ösmertetni.

I. Két kis sejt egybeolvadásából lesz megint egy ember. A nőneműsejt egy ötödét, a hímnemű egy huszadát teszi egy milliméternek. A sejtek azonban nem teljes egészükben, hanem csak egy kisebb hányadukkal járulnak hozzá az új ember felépítéséhez. Számban kifejezve, úgy mondhatnám, hogy a milliméternek körülbelül $\frac{1}{80}$ részét teheti ki az a kis fehérjemennyiség, a mely mint további ember érvényesül. A két sejt részéről tökéletesen aequivalens, egyenlő mennyiség keveredik össze. Az összeolvadás tagolódással megy végbe. A tagokat az embriologus chromosomáknak nevezi. Az apai és anyai chromosomák egyenlő alakúak és nagyságúak. Az összeolvadás után az apai és anyai chromosomákat szétválasztani többé már nem lehet. Ezek viszik magukkal az apai és anyai sajátságokat. Egyszer az apai, máskor az anyai chromosomák jutnak előtérbe, a szerint egyikre vagy másikra hasonlít inkább, az egyiknek vagy másiknak a testi, szellemi vagy lelki sajátságai érvényesülnek inkább a közös gyermekben. Van rá akárhányszor példa, hogy bizonyos sajátságokkal vagy tehetségekkel felszerelt chromosomák egy-két generáción keresztül is inactív állapotban vannak s egyszer csak egy déd- vagy ükunokában jelennek meg újra a hozzájuk kötött gonosz vagy értékes tulajdonságok. Mendel hét generáción keresztül tudta követni az öröklés befolyását az új nemzedékre. Sőt már a biblia szerint is az apák bűneit az utódok hetediziglen sínylik meg. Könnyű belátni, hogy a közvetlenül következő gyermek legtöbbször örököl az édes szülőitől. Ideviszonyítva az unokának és dédunokának már lényegesen kevert az öröksége. Az apai és anyai befolyás is a legváltozatosabb formákban szokott nyilvánulni. Schopenhauer szerint az intelligencia fokát és minőségét az anyától, a character és hajlandóságokat az apától, La Torre szerint meg a külső formát az apától, a belső structurát és a character az anyjától örököli a gyermek. Az éppen előadottak alapján azt lehet mondani, hogy ezek a beállítások nem állják meg a szigorú kritikát, mert mindenkinek volt nagy-, déd-, széppapja és anyja s a chromosomák sem viselik magukat egyformán minden családban és minden generációban. Egy dolog azonban kétségtelenül bizonyos, hogy t. i. az apából kiválik az a sejt, a melyből a fia vagy leánya fog majd kifejlődni, az anya azonban kilenc hónapon keresztül a legszorosabb kapcsolatban marad a két sejt összeolvadásából keletkezett új productummal, és pedig a keletkezése legelső pillanatától mindvégig, addig, a míg már mint önálló individuum új életet nem kezd. Vagyis a legzsengebb, a legérzékenyebb, a leginkább befolyásolható, a legkritikusabb, a formatív időszakában, a fejlődésnek „á”-jától a „z” betűjéig az anyja testéből él, azon és abban épül fel a teljes befejezettségéig a kettőjüktől leszámazott harmadik ember. A megszületés után következő kilenc hónapon át való anyai táplálásnak, bár hasonlíthatatlanul kevesebb s inkább csak a testiekre, de bizonyára szintén van hatása. Ilyenformán erős argumentumok támogatják azt az állítást, hogy az anyai befolyás erősebb, mert az anya organismusának több ideje és módja van nyomokat hagyni az utódra, mint az apának. És ezt ne felejtjük. A fajtánk nemesítésének problémája felett való töprengéseimkor erre nyomatékkal hivatkozni fogok.

II. Az emberi szervezetben többféle mirigyek játszanak szerepet. Vannak, melyek a váladékaikat csatornába, üregbe vagy éppen a testből kifelé ürítik, milyenek például a nyirok-, a nyál-, a verejtékmirigyek, és vannak, melyeknek

nincsen kivezető csövük s melyek a váladékukat egyenesen a vérbe szolgáltatják. Ezeket endokrin, vérmirigyeknek nevezük. Ilyenek például a kedsz-, a pajzs-, a mellékpajzs-, a turha-, a toboz-, a hasnyál-, az ivarmirigyek és a mellékvese. Ezeknek rendkívüli befolyásuk van az emberi test fejlődésére, és pedig nemcsak testi, hanem szellemi tekintetben is. A testi és lelki deformitások nagy része ezeknek a mirigyeknek a hiányos vagy túlságos működésében leli az alapját. Például a mindössze lencsényi mellékpajzsmirigy kiirtására testileg hibás, szellemileg cretin, hülye lesz az ember. Ezek a mirigyek egymással kapcsolatban vannak és ezt a kapcsolatot kiváltképpen az akarat befolyásától független és a szervi működéseket szabályozó úgynevezett együttérző idegrendszer tartja fenn. Vannak e mirigyek közt synergisták és antagonisták, vagyis együttműködők és ellenlábások, vannak, melyek egymást támogatják és helyettesítik, az antagonisták meg egymást munkára serkentik vagy éppen ellenkezően a munkában és a befolyásban korlátozzák. Azután meg egymással szemben egyszer pro, máskor meg contra is viselik magukat, számtalan variációban. A mirigyek munkamegosztása a serdülő korig a hím- és nőneműben teljesen azonos. Eddig t. i. a csiramirigyek csendesek, szunnyadnak. Fiú, leány suhanczkorban vannak. Ettől az időtől lépnek actióba s most már nagyot változik a külső forma is s megváltozik a szellemi és lelki character is. A férfitest csiramirigye az élet végéig, illetőleg a fáradt aggyáig végzi a munkáját. Vagyis ez a munka nincs időhöz kötve. A férficlimaxot tárgyaló közlések nem fedik a valót. A nőtestben azonban másként bonyolódik le a dolog. A serdülő kortól kezdve átveszik az ivarmirigyek a többi összes vérmirigy, sőt bátran mondhatjuk, az egész test felett is az uralkodást és azt 25—30 éven át, az ivarkor idején valóságos diktatúrával tartják hatalmukban. Innen van, hogy a kezdetén és a végén ezen uralkodásnak a női testben és pszichében zavarok jelentkeznek. A serdülő 15—18 éves leány ideges, ingerült és türelmetlen s a teljes egyensúlyt körülbelül 20 éves korával éri el, a 45 éves asszony meg néha pár évig is szenved a csiramirigy váladékának kimaradásából, a dirigáló mirigy nyugalomba vonulásából származó testi és lelki kellemetlenségeket, a functionalis zavarok következményeit. Évig, sőt évekig is eltarthat, míg az egyensúly valahogy helyreáll, de ha helyreáll is, nem lesz már a régi, többnyire fáradt, csendes, a megérdemelt nyugalomra vágyó lesz az egész asszony. Összegezve tehát, húsz éves koráig épül és fejlődik nővé a kis leány, húsztól negyvenötig, a nemi mirigyek protectoratusának idején, virágkorát éli, azután pedig már a hanyatló délután, vagyis lassanként az ősz következik.

III. Constitutio alatt az organismusnak az összes sajátságait szokás érteni, a melyeket az apjától és anyjától a két sejt egyesülése pillanatában örököl az ember. A constitutio tehát szintiszta örökség. A dispositio lehet a constitutio folyamánya is, de többnyire szerzett tulajdonság. Minden izében hibátlan és utóbb sem rongált constitúcióval 150 évig is élhet egy ember. A constitutio természetesen nemcsak a testiekre, hanem a szellemiekre és lelkiekre is értendő. Lenhossék írta 1905-ben egy értekezésében: „A legbámulatosabb tények, a legnagyobb csodák egyike, hogy oly parányi anyag, mint aminő a spermium, át tudja vinni az apai szervezet tulajdonságait, szellemi és testi egyéniségének számos árnyalatát az utódra”. A mit mond Lenhossék a spermiumról, ugyanez áll az anyai ovulumra. E kettő adja össze a harmadik, az utód örökségét, a constitúcióját.

IV. A mondottakhoz még a lélekről kell egy pár szót csatolnom. Mindenekelőtt a legnehezebben megoldható, illetőleg tudományosan meg sem oldható problema. Idősebb Jendrassik professor a központi idegrendszer, az agy élettanának tanítása közben odanyilatkozott, hogy a lélek mibenléte felől jobb nem is töprengeni, merthogy e töprengésbe a megoldás helyett elméjében akár meg is hibbanhatik az erőszakosan töprengő ember. Jendrassik junior pedig 1919-ben úgy írta, hogy a „Lélek: működés, agyvelőnk működése. Minden agyvelőnek működése csakis két tényezőtől függ: a

szerv organisatiójától (öröklött fejlődési fokától) és a benne fölvetett emlékképek milyensége és mennyisége fokától.“ . . . „A két keret: az organisatio és az emlékképgyűjtemény mevéven szabják ki lelki működésünket s ezt az egyéni merev keretet: jellemnek nevezzük.“ . . . „A lélek tehát az agyvelő-szerkezet és emlékképgyűjtemény egyéni voltán alapuló reactio.“ Magam inkább *Jendrassik* senior álláspontjára helyezkedem, semhogy meghibbanjak és szívesen elhiszem, hogy a parányi emberi elme sohasem lesz képes sem ezt, sem az Istenség fogalmát sem megoldani, sem megérteni, merthogy „az“ annyira emberfölötti, hogy az emberke elméje számára már hozzáférhetetlen. Itt lehet hinni, vagy nem hinni. Tertium non datur. Egyet azonban mégis ki kell emelnem a *Jendrassik* junior elmékedéseiből, azt tudniillik, hogy a lélek székhelyeként supponált agyvelő organisatiójának, öröklött fejlődési fokának szerepet tulajdonít a lélek alakulására. Vagyis, hogy az öröklés a jellem és a lélek fejlődésére alapozó befolyást gyakorol.

Ezen rövid bevezetés után áttérek a tulajdonképpeni tárgyamra, az eugenetikára.

A „nemes“ fogalma alatt a többinél jobbat, tökéleesebbet, a közönségesnél kiválóbbat szokás érteni. Amiképpen vannak nemes fémek, nemesített állatok, növények, olyképpen vannak nemesek az emberek között is. Ez utóbbiak csoportjába azonban szakértő szempontból nem mindig éppen azokat lehet beosztani, a kiket államfők rokonszenve nevez ki ilyenné, hanem azokat, a kik testi és lelki sajátságaikkal, egészséges testtel, egészséges lélekkel, jellemben, gondolkodásban, szellemi erőben és tehetségekben kiváló mintapéldányok, a kikből és a kikhez hasonlókból óhajtanók látni nemcsak a magunk társadalmát, a magunk fajtáját, hanem az egész világot. Az élettelen érczek évezredeken keresztül passive fejlődtek, a chemia máig sem jutott azon magas fokra, hogy a fémek között felsőbb nemesítéseket tudna eszközölni. Az élő lények tekintetében ellenben e törekvések minden kilátással tudnak kecsegtetni. Első pillanatra szinte contradictio számba megy, hogy az élő lények legnemesebbikét, éppen az embert a legnehezebb megnemesíteni. Ennek a magyarázatát azonban nem nehéz megadni. A növényt, az állatot úgybelső, mint külső körülményeikben generációkon keresztül a kedvünk szerint befolyásolhatjuk, irányíthatjuk és a szükséghez mérten válogathatjuk is. Az emberrel szemben azonban nem hatalmaskodhatunk. Minden egyes ember egy önmagával rendelkező apró államocská, a kinek egyéni szabadsága megsértése nélkül nincsen jogunk a belső ügyeibe beavatkozni, legfeljebb annyira, a mennyire az ő berendezkedése vagy cselekményei az őt is befogadó nagy államközösség kárára válnának. Azonfelül az embert fenyegető ártalmak és betegségek hasonlíthatatlanul nagyobb számmal, több alkalomból és kevés kivétellel hosszabb időn keresztül leselkednek és leselkedhetnek az emberi testre és lélekre, mint a növényekre, meg az állatokra. Minthogy pedig a fajjavítás szempontjából a legutóbbi időnkig édeskevés történt, könnyű megérteni, hogy az emberiség általában korcsul. Különbséget legfeljebb a degeneratio módjában és gyorsaságában lehet megállapítani. Mert hogy ne a külső formák után tessék elindulni. Lehet valaki testileg tetszetős, lelkileg pedig romlott, vagy teljesen ostoba. Gyönyörködhetik a szemünk egy csinos megjelenésű fiatal emberen, a ki pedig már a születésétől elő van jegyezve a korai halálra. Általános orvosi tapasztalás szerint a sorvasztó betegségek rohamlépésben terjednek. A nyomorult test meg a saját hibáival együtt éppen úgy ismétli önmagát, mint az egészséges. Irigységtől s a belőle származott egyéb gonosz indulatoktól mentes lelki sajátságok az arra való érintetlen talajban tudnak fészket verni. Pedig csaknem minden testi hibás ember, és méltán, rendszerint irigy is. Kiváltképpen az utóbbi évtizedek szembeszökő módon tárják eléink az általános és rohamos hanyatlást. Egészen és nagyban megromlott a világ. Nemi betegségek, görvélykór, alkoholismus, megbízhatatlanság, kétszínűség, erkölcstelenség, lelkiismeretlenség, hatványozott önzés és hasonló sok egyéb árnyékolt testi és lelki sajátságok adják ma az emberiség általános testi és

jellembeli rajzát. Tagadhatatlan, hogy a lezüllesnek a külső körülmények is, kiváltképpen pedig rosszindulatú önös emberek szándékosan is vetették az ágyát, de a főtényezőit én mégis az elbetegesedésben, a testi szenvedésben látom, ennek híján a lelki nyomorultság sem emelkedett volna a mai fokára. A ki nem zsarolt ősz talajba akár magától hullott hitványabb magból is színpompás buja növényzet tud burjánozni.

Ilyen és hasonló gondolatok közt természetes, hogy az embert ápoló szakember önkéntelenül is foglalkozik az eugenetikával.

Az eugenetika tulajdonképpen az emberiség feljavítását tűzi ki céljául. Az emberiség fogalma azonban nagy complexumot egyesít magában. Az 1800 milliót kitevő emberfaj sok fajtából kapcsolódik össze. A fajtákat javítani szándékoló törekvés nem lehet sablonos, mert hogy az erényeik éppen úgy, mint a hibáik nagyon különbözők. Vannak közöttük színben: fehérek, sárgák, feketék; physikailag: átlagban egészségesebbek és elbetegesedettek, nagyok és kicsinyek, erősebbek, gyengék; szellemileg: elsőrangúak, közepesek és alsóbbrendűek; jellemben: bátrak és gyávák, őszinték és alattomosak, hivek és árulók, jóravalók és destructiv rombolók stb. Ha jól megfigyeljük, kiderül, hogy ezek a sajátságok azután nemcsak az egyesnek, hanem az egész fajtának, és pedig örökös és generációkon keresztül állandó tulajdonságai. *Lenhossék*, az embertan tanára azt tartja, hogy a fehérekben rejlik a legtöbb szellemi tehetség, utánuk a sárgák következnek s a legkevésbé intelligens a fekete fajta. A fekete van testi egészségben is leginkább elrontva, talán ezért is a betegségek bennük nagyobb vehementiával és igen nagy pusztítást tudnak elkövetni. Testi egészségben az utolsó időkig általában a fehér állotta legjobban a próbát, de a fajták szerint közöttük is ebben a tekintetben is megvan a különbség. És még több különbséget lehet köztük felfedezni szellemi és lelki tekintetben. Tessék csak szemlét tartani a világtörténelmen. Ott megírva kapjuk, hogy van olyan fajtája az emberiségnek, a mely mindenha cselszövő, vagy egy másik, a melynek a hűség, az adott szó szentsége iránt nincs meg az érzéke. Velük szemben megint akad még olyan is, a mely ha önmagában viszálykodik is, de ezer éven keresztül az ellenségével sem volt sohasem kegyetlen, vagyis alapjában mindig jószívű volt s a ki az adott szavát még a maga kárán is állotta s a legnehezebb körülmények között is a veleszületett öröksége szerint megbízható, egyenes és becsületes maradt. Ezt a sajátságot egy másik például felérni sem tudja s innen van, hogy élhéttelenségnek szokta elnevezni.

Az eugenetikus általában az egész emberiség javításán járhatja az esztét. De minden jóravaló eugenetikus elsősorban a maga fajtáját óhajtja a többi fölé is emelni. A végső cél volna, hogy minden a világon élő emberi lény testben kifogástalan, de szellemi és lelki tulajdonságokban is elsőrangú nagybirtokos legyen. Egy külsejében formásan izmos, belső szerveiben harmonikusan tartós testben hibátlan vér- és agyrendszerrel és fertőzetlen lélekkel képzeljük el az ideális embert. A fajnemesítés munkája tehát két részből tevődik össze. Az egyik feladat az évezredeken keresztül rongált testi egészségnek a helyreállítása, a másik nagy feladat pedig az emberi léleknek az úgynevezett „civilisatio“ mocskaitól való megtakarítása. Miután pedig csak egészséges testben lakozik kifogástalan egészséges lélek, a testtel foglalkozó eugenetikusra háramlik a kezdés kötelezettsége. Eredményes gyógyításnak a helyes diagnosis adja az alapját. Az első lépéssel tehát a reparatióra szoruló hibákat szükséges megállapítanunk. E megállapításoknál van azután tere a szűkebb körű, a saját fajtánk eugenetikájának.

Embernemesítés szempontjából már most a következőképpen állítom össze a tennivalókat. A világeugenetika a testi egészség helyreállítását tűzi ki céljául, a mi jóformán kizárólag orvosi functio. *Schopenhauer* mondja „Életbölcsetség“ című munkájában: „Az egészség felér az összes külső javakkal úgyannyira, hogy boldogabb az egészséges koldus a beteg királynál“. A különös faji eugenetika már nemcsak a testre, hanem a lélekre is kell hogy vonatkozzék. Ennél a tételnél

pedig az orvosokon kívül a jóra való paedagogusra van a legnagyobb szükség. És végül ne felejtjük, hogy úgy orvosi, mint paedagogus szempontból a him- és nőnemű eugenetika specialisan, és pedig egymástól külön kezelendő.

A világeugenetika évezredekre terjedő, a herculesinél sokkalta nehezebb munka. Az öröklésnek hét generáción keresztül van befolyása. Az emberi constitutio pedig a züllés útján halad. Hogy meg ne állapodjék, az alkohol, a dohány, a görvélykór, kiváltképpen a nemi betegségek gondoskodnak róla. Pedig a betegséget éppen úgy lehet örökölni, mint az egészséget. Alig van már ember, a kinek a nagy- és déd- szülői is teljes egészségben magas kort értek meg. Az ilyen leszármazottnak, ha nem lesz könnyelmű s a szép örökségét el nem pocskolja, jogosan lehet reménye hasonló nagy korra. Velük ellentétben a mérgezett vagy fertőzött örökség nem praedestinálhat hosszú életre. Ezek a selyemben és bársonyban született, anyagi javakkal felülhalmozott apró emberek, a kik méltán irigyelhetik azt a mezitlábás, garastalan, jókedvűen hangos utcai gyereket, a kinek nem árt meg sem eső, sem hó s a ki egyenes lábszárával, pirosan pozsgás arczával azt dokumentálja, hogy akárhány kastélynál és százezer holdaknál is sokkalta többet örökölt az édes szülőjétől. Itt kellene tulajdonképpen a dolgot megfogni. A forrást tisztítsuk meg előbb, azután kerülhet a mederre is a sor. A megoldás nem lehet csakis kosmopolitikus. Visszamenőleg pedig nem tehetünk semmit s ez a nagy akadály.

Az egész emberiséget a mai állapotából megjavítani csodátétel nélkül az egyetlen „Übermensch“, az „Istenember“ Krisztus Jézus sem volna már képes. Nézzünk csak például egy tanulságos képet. *Mühlens* hamburgi egyetemi tanár hat hónapig tanulmányozta mostanában az éhes Oroszország hygienejét és odanyilatkozott, hogy a nyilvánosságra jutott adatok egytizedrészben sem fedik a való igazságot. Oroszországban nincs már egészséges ember. Állatok ök emberi formában. Az éhesek követelésére az elhalt emberek húsának méltányos szétosztásáért nyilvános mézarszékeket állítottak már fel, mint nálunk a lóhús árusítására és az sem megy büntény számba, sőt mindennapi dolog, hogy az édes anya a kis leányát lemészárolja, hogy egyszer levest is láthasson a fazekában. A még életben tengődő orosz paraszt az állati züllés azon fokára süllyedt le, hogy a legborzasztóbb kiütéses typhusjárvány kellő közepette ellene szegül a tetvetlenítésnek, merthogy azt a bogarat tekinti már csak a vagyonának s ettől az egyetlen barátjától nem akar megválni. A művelt nyugat pedig ezt a szörnyű tragédiát összetett kezekkel, szinte kedvteléssel nézi s csak azon spekulál, hogy az emberevésből hol és mennyi haszon néz ki a számára. Vitan felül áll, hogy a művelt nyugat lélekben sokkal betegbb annál az élősdiektől ellepett, gyermekhúst fogyasztó orosz asszonytól. És ezt a züllést az Istenember sem teheti hamarosan jóvá. Mert mint a hogy a nélkülözések és betegségek elroncsolta testben nem lehet egyhamar lelki egyensúly sem, éppen úgy a bomlott agyú nemzedék képtelen egészséges utódok közvetlen produkálására. Valamikor, Isten tudja mikor, de egyszer mégis bizonyosan megjön a kijózanodás s az emberek nem mint győzők és legyőzöttek fogják egymást sanyargatni, hanem fátyolt borítva a sok gyalázatos embertelenségre, meg fogják kezdeni együttes munkával s jó szívvel az emberiség testi s lelki jobbrafordítását.

(Vége következik.)

Közlemény a székesfővárosi közegészségügyi és bakteriologiai intézetből. (Igazgató: Vas Bernát dr., egyet. tanár.)

A vörheny elleni védőoltásokról.

(Előzetes közlemény.)

Irta: *Ströszner Ödön* dr., egészségügyi tanácsos, a székesfővárosi közegészségügyi és bakteriologiai intézet helyettes igazgatója.

A vörheny pathogenesisének felderítésére irányuló kutatások, sajnos, mindezeideig eredménytelenek maradtak, s így ama reményünk, hogy a vörheny prophylaxisában mutatkozó hiányok és nehézségek elhárításával a vörheny elleni harcot az eddiginél kedvezőbb kilátással vehetjük fel, egyelőre nem

teljesült, de nem is semmisült meg teljesen. A vörhenyvédelem ugyanis — felhasználva azt a sajátos szerepet, a melyet a *streptococcusok* a vörhenyben játszanak — új ösvényekre talált s máris oly biztató eredményeket, sőt sikereket tudott elérni, hogy joggal lekötik figyelmünket.

Ismeretes, hogy a *streptococcus-lelet* vörhenyben a leggyakoribbak közé tartozik. *Jochmann* a vörhenyhullák 70%-ában, *Rumpel* azoknak 20%-ában talált *streptococcusokat*, míg *Lingelsheim* jelenlétüket vörhenyben „majdnem szabálynak“ tartja. Leginkább található a betegség első hetének végén, a mikor a nekrosisos folyamatok a garatban kezdenek fejlődni (*Jochmann*).

A *streptococcusokról* két vélemény áll egymással szemben. Az egyik szerint a vörheny maga *streptococcus-infectio* (*Baginsky, Babes, Sommerfeld, Fraenkel, Freudenberg, de Marniac, Kurth*, stb.), míg a másik szerint a *streptococcusok* csak a vörheny folyamán rendkívül gyakran fejlődő és az egész körképen uralkodó szövődményeknek az előidézői (*Jochmann, Lingelsheim* és mások).

Nem tagadhatjuk, hogy a *streptococcusok* mint a vörheny kórokozói ellen sok érv szól; így például, hogy *streptococcusok* *scarlatina fulminans* eseteiben nem fordulnak elő; hogy vörheny után, ha nem is mindig, de rendszerint állandó immunitas marad vissza (*Heubner* 3358 eset közül csak 6-ban észlelte a vörhenynek 1–5 év után másodízben jelentkezését), holott *streptococcus* okozta más betegségek után igen gyakran fokozott hajlam észlelhető irántuk (orbáncz, angina); továbbá, hogy a vörheny epidemiológiáját és annak lefolyását nem tudjuk összhangzásba hozni sem a *streptococcus* biológiájával, sem az ismert *streptococcus*-betegségek lefolyásával stb.

Vizont annak a támogatására, hogy a *streptococcusok* a vörheny előidézői, felhozható az a körülmény, hogy azok — a mint az imént már említettem — vörhenyben feltűnő gyakran található, hogy *streptococcusokkal* fertőzött sebekből kiindulva typosos vörheny fejlődhetik, továbbá talán az is, hogy a *streptococcus*-oltóanyaggal valódi vörhenyhez hasonló úgynevezett „oltási vörheny“ idézhető elő (lásd később), s végre a *streptococcus*-védőoltásokkal elért igen kedvező eredmények a vörheny leküzdésében. Érdekes fényt vet különben a *streptococcus* kórokozó szerepére *Jochmann* és *Leube* „esete“. *Jochmann*, a ki véletlenül vörheny-*streptococcusokkal* inficiálta magát, utána phlegmonet kapott, míg *Leube*-n, a ki vörhenyhulla boncsolásakor bal alkarján fertőződött, hányás és angina kísérete typosos vörheny jelentkezett, utána hámlás és nephritis.

A *streptococcus*-kérdés mai állása mellett tényként csak azt állapíthatjuk meg, hogy egyrészt „az alapmegbetegedés kórokozó bacteriumaira vonatkozó nézetek még egyáltalában nem tisztáztak“ (*Bókay*), másrészt pedig azt, hogy a *streptococcusok* és a vörheny közt rendkívüli szoros, talán *symbiosis* alapon nyugvó kapcsolat áll fenn.

E szoros biológiai viszonyt, a mely a klinikai képen oly typosos szokott nyilvánulni, a prophylaxis szempontjából vagy egyáltalán nem, vagy csak elvétve méltányolták kellőképpen, a minek okát talán teoriás aggályokban kell keresnünk, bár ezeket — a mint az alábbiakból kitéjük — a gyakorlati élet, mint legilletékesebb bíró, már megdöntötte.

Be kell ugyanis ismernünk, hogy a *streptococcus*-immunitas problémája egyike az immunitastan leghézagosabb fejezeteinek általában, mert azokat a tényezőket, a melyek a *streptococcus*-immunitas létrejöttében voltaképpen szerepelnek, mint például a *streptococcusok* biológiai viszonyait, azoknak állatpathogenitását, immunisatorius tulajdonságait stb., alig, vagy egyáltalában nem is ismerjük. Hozzájárul ehhez még az is, hogy a mesterségesen előidézett *activ streptococcus*-immunitásnak serológiai úton való kimutatása még nem nyugszik oly szilárd alapokon, mint a typhusé vagy choleraé, mert azoknak az antitesteknek a jelenléte, a melyek bacteriumok beoltása után a szervezetben rendszeren képződni szoktak, a *streptococcusokkal* való immunizálás után egyáltalában nem, vagy csak részben mutatható ki.

Az agglutininekre vonatkozólag a tapasztalat azt mutatta, hogy azon majdnem törvényszerű parallelizmus, a mely például a typhus-, illetőleg a cholera-oltások és az agglutininek képződése közt fennáll, streptococcusoknál hiányozhatik, illetőleg tökéletlen.

*Bacteriolysin*ek, a melyeknek jelenléte rendszerint a beálló immunitásra enged következtetni (például cholera-oltások után a serum bactericid titere párhuzamosan a kifejlődő immunitással fokról-fokra emelkedik), itt in vivo nem mutathatók ki, in vitro (agarlemezekeken) való kimutatásuk pedig teljesen bizonytalan és téves eredményeket adhat, mert az immunsavó nemhogy nem pusztítja el a streptococcusokat, hanem ellenkezőleg kedvező táptalajt ad a szaporodásukhoz (*Lingelsheim*).

A *bacteriotropinok*ra és az *opsoninok*ra, nemkülönben a *complementumkötésre* vonatkozólag pedig streptococcus-védőoltások esetén megfelelő tapasztalatokkal egyáltalán nem rendelkezünk, úgy hogy ezen antitestek esetleges értékesítését az oltások serologiai hatásának megítélésékor egyelőre szintén függőben kell tartanunk.

Lehet-e azonban mindezekből a negativumokból azt következtetnünk, hogy a streptococcus-oltások után egyáltalán nem állhat be *activ immunitas*? Kolle erre indirecte megadja a választ, a mikor azt mondja, hogy a streptococcusok okozta megbetegedések után visszamaradt hajlam újabb streptococcus-fertőzésre még nem bizonyítéka annak, hogy antitestek nem képződtek; sőt ellenkezőleg, a gyógyulásból ilyen antitestek jelenlétére egyenesen következtetnünk kell, de azok csak múltó védelmet tudnak nyújtani, vagyis az *activ immunitas* csak rövid ideig tart.

A streptococcus-immunitas ezen állása mellett nem lephet meg tehát, ha a streptococcus-védőoltásokat, illetőleg a hozzájuk fűzött reményeket itt-ott pessimismussal fogadják, a min arról kevésbé kell csodálkozunk, mert még a szakmunkák is csak futólagosan vagy egyáltalán nem is emlékeznek meg az oltásokkal *vörhenyjárványok* alkalmazásával máris elért kedvező eredményekről.

Meg vagyok azonban győződve, hogy ha a szakkörök figyelmét ezekre felhívjuk és azok róluk tudomást szereznek, a védőoltások kérdése napirendre fog kerülni és azokat bizonyára kellőképpen méltányolni is fogják.

* * *

Gabritschewsky, a moszkvai császári egyetem bakteriologiai intézetének igazgatója, mirigykóros lovaknak streptococcus equiből készült vaccinával való kezelésekor szerzett kedvező tapasztalataira támaszkodva, készített legelőször *vörheny elleni oltóanyagot vörhenyhullákból származó streptococcus-törzsek-ből* (1906).

Legelőször önmagát oltotta be oltóanyagával (0.8 cm³). Az oltás után helybeli reactio és rosszullét állott be, a mi egy napig tartott. Egyéb tüneteket nem észlelt.

Gabritschewsky kezdeményezésére főleg orosz orvosok (*Langowoy* a moszkvai Szt. Vladimir-, *Zlatogoroff* a szentpétervári gyermekkórházban, továbbá *Wladimiroff*, *Tesjakov*, *Warhoff*, *Raikova* stb.) alkalmazták az oltásokat vörhenyjárványok alkalmazásával, s csak itt-ott más (amerikai, illetőleg angol) orvosok is.

A rendelkezésemre álló irodalomban talált körülbelül 50.000 oltás eredménye a következő:

1. A streptococcus-védőoltásoknak a vörheny leküzdésében fontos szerep jut.

2. A szerzők többsége szerint az oltások közvetlenül a vörhenyfertőzést tudják megakadályozni (épp úgy, mint például a typhusoltások a typhusfertőzést), mások szerint azonban hatásuk csak szűkebb körű, a mennyiben a szervezetnek a streptococcus-fertőzéstől való megóvása által csak enyhítik a betegség lefolyását.

3. Legjobb eredmények érhetők el az oltóanyagok három ízben való alkalmazásával. (Az immunitás tartama körülbelül egy év.)

4. Gyors védelmet nyújtanak a serumos vegyes oltások.¹

5. Az oltások olykor általános reactiók tüneteket (rosszullétet, hányást, torokfájást és azonkívül vörhenyre emlékeztető kiütést, „oltási vörhenyt“) válthatnak ki, a melyek azonban néhány nap alatt minden utóbaj nélkül eltűnnek épp úgy, mint a jelentéktelen helybeli tünetek (infiltratio, pír) is.

6. Az oltások semmiféle veszélylyel nem járnak, még az előírt dosis többszörösének alkalmazása mellett sem.

7. A megbetegedések már az első oltás után lényegesen csökkentek, a második oltás után majdnem teljesen megszűntek (példul 8700 először beoltott közül megbetegedett 528, 5000 kétszer beoltott közül 241, 4553 háromszor beoltott közül 86).

8. A mortalitás a beoltottak közt sokkal alacsonyabb, mint a nem oltottak közt (például *Warhoff* szerint a beoltottak mortalitása 5.7%, a nem oltottaké 17.5%).

* * *

Az 1919. év folyamán a fővárosban rendkívüli módon megsaporodott vörhenyesetek kapcsán a székesfővárosi közegészségügyi és bakteriologiai intézet behatóan foglalkozott a vörhenyprophylaxis tökéletesítésével és a streptococcus-védőoltások kérdésével is.

Az intézetben ez alkalomból termelt oltóanyagom három scarlatinából és egy súlyos phlegmoneból eredő streptococcus-törzsből készült. Mind a négy törzs igen hosszú, Gram-positív lánczokból áll és meglehetősen erős haemolysises hatású. Kísérleti állatokra nézve nem bizonyultak pathogennek.

E négy streptococcus-törzset két napig *Lingelsheim*-féle bouillonban tenyészttem, majd centrifugálás után a rendszerint igen bő — tenyésztéssel physiologiás konyhasó-oldattal teljesen homogen emulsiót készíték, ügyelve arra, hogy benne czafatok ne maradjanak. Ezt az emulsiót 1—1½ óra hosszat 60° C-on tartom, utána pedig 0.5% carbollal konzerválom.

Sensibilizált streptococcusokból álló oltóanyagot is készítettem, Moser-féle streptococcus-serumot használva a sensibilizáláshoz. (Sensibilizált streptococcusokat vörheny ellen eddig még nem alkalmaztak. Ellenben használta a gyermekágyi láz leküzdésére *Lewy* és *Hamm*.)

Az oltóanyagommal kéresemre a székesfővárosi fertőző kórházak igazgatója, *Gerlőczy Zsigmond* tanár végeztetett próbaoltásokat *Buday István* kórházi orvos által 50 esetben 1—35 év közti egyéneken.

A kísérletek az oltások prophylaxisos értékéről — egyrészt az idő rövidsége, másrészt pedig a megfelelő körülmények hiánya miatt — tájékozást ugyan nem nyújthattak, azonban megerősítették egyrészt az oroszok megfigyeléseit a reactiók tünetekről, másrészt pedig ama régi ismert tényt, hogy az oltási reactio beteg, inficiált, avagy legyengült szervezetben egészen másképpen nyilvánul meg, mint egészségesben, vagyis hogy fertőző betegségek után lábadozók és incubatiós stadiumban levők, nemkülönben tuberculosusok és lázas (subfebrilis) betegek az oltásra abnormalisan, illetőleg sokkal erősebben reagálnak, mint egészséges egyének, a kik az oltásokat majdnem kivétel nélkül jól tűrik.

A kórházi észlelések alapján ajánlatos egyelőre az első oltáskor 1—10 éveseken 1—2 millió, 10 éven felülieken 3—6, esetleg még több millió streptococcus befecskendezése. A második és harmadik oltás dosisának nagyságát az első oltás utáni reactio erősségétől tesszük függővé, vagyis — egyetértve az orosz szerzőkkel — a 2. és 3. oltáskor csak akkor adjuk az első adag kétszeresét, illetőleg háromszorosát, ha az első dosist a beoltott jól tűrte. Ha azonban már az első dosis erősebb reactióval jár, a következő dosisokat nem emeljük.

Az oltásokat subcutan — legcélszerűbben a hasfalba —, 8—10 napi időközökben adjuk, lehetőleg három ízben; így várható leginkább siker.

Nem tartom kizártnak, hogy az oltóanyagot talán később az eddiginél nagyobb dosisokban is minden károsodás nélkül

¹ 25—30 cm³ Moser-féle, vagy hasonló módon termelt vörheny-serumnak és streptococcus-oltóanyagok egyidejű alkalmazása.

adagolhatjuk. A míg azonban erre vonatkozólag tapasztalatok nem állnak rendelkezésünkre, mindenesetre óvatosnak kell lennünk.

Tekintettel arra, hogy a különböző származású oltóanyagkészítmények más-más streptococcus-törzsekből készülnek, a melyeknek biológiai tulajdonságai egymástól igen eltérők lehetnek, *Wladimiroff* és mások azt tanácsolják, hogy minden egyes oltóanyag-készítmény dosisát legalább 20–20 próbaoltással kell megállapítani, mielőtt forgalomba bocsátjuk.

A *contraindicationokra* vonatkozólag hivatkozom az orosz szerzőkre, a kik szerint a védőoltásokat *contraindikálja: nephritis, heveny szívgyengeség, magas láz, súlyos műtét, vagy valamely fertőző betegség utáni reconvalescentia.*

Kellő tapasztalatok hiányában *oltunk egyelőre kezdetben és próbaképpen csak kisebb, szűkebb körökben, zárt helyiségekben (internátusokban, nevelőintézetekben stb., vidéken, esetleg tanyákon, majorokban, elszigetelt házcsoportokban stb.)*. Ilyen viszonyok mellett megvan ugyanis a lehetősége annak, hogy az oltások reakciós tüneteit nagyobb figyelemmel kísérhetjük, nemkülönben módunkban áll, hogy a beoltatlanul hagyottak — tehát „controllok” — és a beoltottak közt felmerülő különbségeket megfigyelhessük.²

Itt is, de főleg lömegelőltások végrehajtásakor súlyt helyeznénk a megfelelő oltási eljárás (egyszerű védőoltás, avagy serumos vegyes oltás) helyes megválasztására. Irányadónak tartanám azt, vajjon a fertőzés veszélyének elhárítása *azonnal*, vagy csak *rövid időn belül* szükséges-e. Erre való tekintettel véleményem szerint a beoltandókat két csoportba osztanám, még pedig az egyik csoportba azokat, a kik a fertőzés veszedelmének *közvetlenül* vannak kitéve (például a beteg környezetét), vagyis mindazokat, a kikre gyanunk van, hogy *vörhenybeteggel közvetlenül* érintkeztek, a *másik* csoportba pedig azokat, a kiken a fertőzés veszedelme *nem olyan eminens*, a kiktől tehát nem tartjuk valószínűnek, hogy beteggel vagy annak környezetével érintkeztek.

Figyelembe veendőek azonkívül még a helyi *hygienés és epidemiológiai* viszonyok is.

Az *első csoportbelieken*, a kiknek leginkább van meg az alkalmuk a vörhenyvel való fertőzésre, *gyorsan* beálló immunitás létesítése céljából *serumos vegyes oltást fogunk alkalmazni*.³ (Olyanoknak, a kiket előzőleg már egyszer, például diphtheria miatt serummal beoltottak, a vörheny-serumot — az anaphylaxia elhárítása céljából — in refracta dosi adhatjuk, vagyis először körülbelül 1 cm³-t és csak néhány óra múlva a még hátralevő 25–50 cm³-t. Az adott körülményektől függ, vajjon a simultan oltásokkal elérhető immunitást későbbi streptococcus-vedőoltásokkal még hosszabb időre is szükséges-e állandósítani vagy sem.)

A *második csoportba* tartozók pedig serum nélkül kapják a védőoltásokat, két, vagy ha lehetséges, három ízben.

Ha az oltásoknak ily módon való alkalmazása mellett mi is épp oly kedvező eredményeket tudunk elérni, mint külföldön, akkor igazat kell adnunk *Löffler*-nek, a ki azt mondja, „*hogy a streptococcusoknak a szervezetbe való be-*

hatolásának megakadályozásával egyszersmind a streptococcusokkal egy időben átvitt vörhenyvirus bejuttását is meg tudjuk gátolni”.

Irodalom. *G. Gabritschewsky*: Über Streptococcen und deren Verwendung bei der Druse der Pferde und dem Scharlach des Menschen. Centralblatt f. Bakt., 1906, 41. köt. — *N. Langowoy*: Beobachtungen über die Wirkung der Scharlachstreptococcenvaccine. Centralblatt f. Bakt., 1906, 42. köt. — *S. I. Zlatogoroff*: Über die Anwendung des Staphylococcenimpfstoffes bei Scharlach. Centralblatt f. Bakt., 1906, 42. köt. — *S. I. Golomba*: Präventivimpfungen gegen Scharlach und ihre Bedeutung. Centralblatt f. Bakt. Ref. 1909, 42. köt. — *C. F. Werhoff*: Die Scharlachepidemie im Sosnoff'schen Distrikt und die dort durchgeführten Antischarlachimpfungen. Centralblatt f. Bakt. Ref. 1911, 48. köt. — *J. Raikova*: Die Anwendung der G.'schen Scharlachvaccine im Kopemikischen Distrikt. Centralblatt f. Bakt. Ref. 48. köt. — *Tesjakoff*: Scharlachvaccination bei 15.376 Kindern. Centralblatt f. Bakt. Ref. 48. köt. — *O. Bakkal*: Die G.'schen Antischarlachvaccinationen. Centralblatt f. Bakt. Ref. 30. köt. — *I. Langowoy*: Weitere Beobachtungen über das Vaccin Gabritschewsky's. Centralblatt f. Bakt. Ref. 1911, 49. köt. — *G. E. Wladimiroff*: Über die Scharlachvaccination und Anginen. Archiv für Kinderh., 1911, 56. köt. — *I. A. Kolmer*: Study of streptococcus antibodies in scarlet fever. Arch. of intern. Med. V. 9., 1912. Centralblatt f. Bakt. Ref. 1912, 53. köt. — *M. S. Kalmanovsky*: 287 Antischarlachimpfungen im Saratowschen Gouvernement. Centralblatt f. Bakt. Ref. 1912, 53. köt. — *A. N. Lewin*: Bericht über die prophylaktischen Impfungen mit Streptococci-Vaccine. Centralblatt f. Bakt. Ref. 1912, 54. köt. — *Watters*: Streptococcus vaccines in scarlet fever prophylaxis. Journal of the Americ. Med. Ass., 1912, 58. köt. Centralblatt f. Bakt. Ref. 54. köt. — *G. Jochmann*: Über Immunotherapie bei Scharlach. Veröff. a. d. Gebiete d. Medizinalverwaltung, 1912, 1. köt., 2. füz., 1. old. Centralblatt f. Bakt. Ref. 1912, 54. köt. — *Guy L. Kiefer* and *N. S. Ferry*: Some experiences with bacterial vaccin in scarlatina (1916). Centralblatt f. Bakt. Ref. 66. — *Besredka*: De l'immunisation active contre la peste etc. Annal. Pasteur, 16. köt. — *Dopter*: Vaccination praeventive contre la dysenterie bacillaire. Ann. Pasteur, 23. köt. — *Jochmann* und *Michaelis*: Über neuere Gesichtspunkte der Scharlachbehandlung. Berliner klin. Wochenschrift, 1910. — *I. Czifzuw*: Beobachtungen über des Scharlachsutzimpfungsverfahren. Ref. Weichardt 1909, V., 2.

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Belorvostan.

Az *angina pectoris* kezeléséről ír *Grassmann* (München). Első sorban az okot kell kutatni: lues, nicotin (mérsekelt dohányzás is árt némely embernek!), túlbő étkezés, gyors evés, túlzások a nemi életben, túlságos buzgalom a hivatás teljesítésében, túlsok folyadék felvétele stb. A kin anginaszerű állapotok mutatkoznak, annak minden tekintetben mértékletesen kell élnie. Teljes nicotin- és alkoholabstinentia még a nagyon öreg korban is a rohamok megszűnésére vezethet. A gyomorra és bélre nagy gond fordítandó; erősebb gázelhalmozódás a gyomorban és colonban elősegítheti a rohamokat (bőséges székürülésről gondoskodás, lehetőleg naponként 2–4 magnesium perhydrol-tabletta vagy szén). Jó hatású szokott lenni a mellkas bőrének bővérűvé tévése (ledörzsölés forró sósvízzel, mustárszeszszel, sugárzó hő alkalmazása stb.). A megszokott foglalkozás nem szüntendő be minden esetben tüstént a maga egészében, mert ez sokszor kedvezőtlen hatása a psychére; egyáltalában a psyche kedvező befolyásolása nagyon fontos. Magas vérnyomás esetén első sorban papaverint próbálunk adni (naponként 3–4-szer 0.04 grammot tablettában). Megkísérlelhető a cadechol is vagy ennek összeköttetése papaverinnel, a perichol. A nitroglycerin inkább a kezdődő roham megszüntetésére jó, mint állandó használatra; 10/100-s alkoholos oldatából 10 csepp veendő be a roham első tüneteinek jelentkezésekor. A nitroglycerin-tabletták nem sokat érnek. Megkísérlelhető a Zinn-féle rendszeres erythrotetranitrat-kezelés: az 5 milligrammos kompretekből naponként 3-szor veendő be egy darab vízben, étkezés előtt, 3 héten át, azután 1–2 hetes szünet után újból, hónapokon át. Néha jó hatású a diuretin (1/2 grammos tabletták naponként 3-szor), nemkülönben a theobromin 0.15 grammos adagban naponként 3–5-ször. Digitalis csak az esetben használandó, ha szívgyengeség is fennáll; ilyenkor

² Közleményem befejezése után alkalmam nyílt az oltások gyakorlati alkalmazására, még pedig Budapesten a „Vakok kir. Országos Intézetében”, a hová vidékről jövő új növendékek behurczolták a vörhenyt. F. é. szeptember havában végeztem ott az oltásokat, a melyek csak egy-két esetben idéztek elő minimalis hőemelkedést (37.1–37.5° C).

³ Gyorsan beálló passiv immunitást az immunserum egyedüli befecskendezésével is lehet elérni. *Bókay János* 1908-ban egy uradalomban súlyos vörhenyjárvány alkalmával 18 gyermeket beoltott Bujwid-serummal s az oltás után csak két megbetegedés történt. Segédje, *Szekeres dr.* pedig egy két hónap óta fennálló scarlat-járvány alkalmával használta 22 gyermekben a Moser-féle vörhenyserumot. Utána a járvány véget ért. E prophylaxisos serumoltásoknak hátránya azonban az, hogy az immunitás csak körülbelül két hétig tart, mert a bevitt heterolog védőtesteket a szervezet gyorsan eliminálja, tehát csak ismételt serum-injectiókkal lehetne az immunitást meghosszabbítani, a mi azonban veszedelemmel járhat (anaphylaxia). Ezt pedig elkerülhetjük, ha mindjárt simultan oltást alkalmazunk. Reconvalescentektől eredő serumnak prophylactikus tömegoltásokra való felhasználása a gyakorlatban nagy nehézségekbe ütközik s egyelőre alig vihető keresztül.

legjobb hosszabb ideig kis adagokat adni. Teljesen kifejlődött roham esetén alig nélkülözhető a morphin (0.01—0.015) vagy a pantopon (0.015—0.02), de mindig coffeinnel vagy kámforral együtt; ezt az adagot rövid idő múlva ismételni nem ajánlatos, legfeljebb félannyi fecskendezendő be megismétlés szükségessége esetén. Az aránylag ritka és sokszor nem befolyásolható status anginosus ellen megkísérélhető az intravenás disotrin-injectio, egyúttal 2—4 csepp amylnitritet is kell belélegeztetni; nitroglycerint is megpróbálhatunk. Lueses aetiologia mellett természetesen a specifikus kezelés használandó. *Romberg* szerint a jodkaliumot éveken át kell adni 0.1—0.2 grammos adagban naponként 5-ször az étkezések után, minden hónapban egy hetes, negyedévenként pedig egy hónapos szünetet tartva. (Münchener mediz. Wochenschrift, 1922, 28. szám.)

Sebészet.

Az erysipelas kezeléséről jódtincturával ír Reye. A mióta 1916-ban *Gelinsky* ezt az eljárást ismertette, azóta használja, de nem mindig eredményesen, a mit a hibás bekenésnek tulajdonít. A mióta az eljárást szigorú szabályok szerint végzi, azóta az eredmény tökéletes. Az eljárás a következő: 10 óránként bekenjük a kóros területet jódtincturával. Rendszerint 2—3 ecsetelésre megáll a folyamat. Minél korábbi szakában a betegségnek alkalmazzuk az eljárást, annál hatásosabb. Az ecsetelés után néhány órával, ha a folyamat még nem is szűnt meg, a betegek subjective máris sokkal jobban érzik magukat. 10%-os jódtinctura használandó. A bekenés ecsettel történik addig, míg a terület sötétbarna lesz. Óvatosan kell eljárni a bőr és nyálkahártya határán (szem, anus, vagina). A kóros területet az ép területtől teljesen el kell zárni, tehát például ha a kézen székel az erysipelas, akkor nemcsak a kezét, hanem az alkart is a könyökig beecseteljük. Ha az arczon székel, akkor beecseteljük az egész arczot, a hajas fejbőrt és a nyakat is. A jód-ecsetelés semmiféle utókövetkezménnyel nem jár. A beteg kis égési és feszülési érzésről panaszkodik. Néhány nap múlva lemezes hámlás látható. A barnára kent területen a pír elmúlása nem látható, de a folyamat megállása abból állapítható meg, hogy az érzékenység és a duzzanat megszűnik és a hőmérsék rendessé válik. (Berliner klin. Wochenschrift, 1921, 41. szám.)

Farkas Mária dr.

Szemészet.

Kettős hályog egy szemben rendkívül ritka esetét közli *Marquez* (Madrid). Betegét látszólagos egyszerű hályog miatt operálta. Műtét közben a szaruhártya alsó részére gyakorolt nyomásra sötét, majdnem fekete hályog távozott, a pupilla azonban még ezután is szürke maradt; lencsemaradványnak nézte, de nagy meglepetésére a szaruhártyára gyakorolt ismételt nyomásra az egész mint egy második hályog távozott. Figyelmes vizsgálat után megállapította, hogy két planconvex lencse volt, melyek lapos felszínükkel feküdtek össze; a frontális síkban levő rés választotta el őket egymástól, elülső és hátulsó részre osztva a lencsét, melyek közül a hátulsó nagyobb és domborúbb volt. Az irodalomban két hasonló esetet talált. Az egyik *Graefe*-é, a másik *Erwin*-é. *Graefe* esetében két lapos lencsemag távozott; az elülső valamivel laposabb és barnább volt, mint a hátulsó; rostlefutásuk normalis. *Graefe* lencsefejlődési rendellenességnek vélte. *Erwin* glaukoma miatt többször iridektomizált beteg szemben talált két rendes alakú, 8 mm. átmérőjű, 3 mm. vastag magot. A korábbi iridektomiák alkalmával történt lencsetok-sérülés következményének tartotta. Még talált harmadik esetet is, a mely azonban ezekhez nem nagyon hasonló (*Logetschnikoff*, 1853). Itt a lencse egy a verticalis síkban levő réstől elválasztott temporalis és nasalis részből állott; az egyik eltávozott, a másik magától felszívódott. A frontális síkban levő rés nehezen magyarázható. *Vogt* atlasza („Atlas der Mikroskopie am lebenden Auge“) hasonló hasadékok mutat az embryonalis lencsemag két fele között. Hogy esetében ez volna az oka a kettős lencsemagnak, azt nem állítja, de a lehetőségét nem tartja kizártnak. Más hypothesisok

felállításáról azonban lemond, mert mind önkényesek volnának. Csak annyit hangsúlyoz, hogy esetében először sötét, csakugyan fekete hályogról volt szó s a lencse osztottságát az operatio előtt nem lehetett megállapítani; ez különben az előtte közölt esetekben is csak mint postoperativ lelet szerepelt. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1922, I.)

Pelláthy Béla dr.

Kiseb közlések az orvosgyakorlatra.

A vérkeringés elégtelenségének kezeléséhez szolgáltat adatokat *Pribram*. A mikor gyors digitalis-hatásra van szükségünk, czélszerűnek bizonyult a digitalis-szal együtt calciumot is adni, mint a mely *Löwi* vizsgálatai szerint synergetikusan hat a digitalis-szal. Különösen heveny fertőző betegségekben, főleg pneumoniában látta jó hasznát a szerző a digitalis-szal együtt adott calcium lacticumnak vagy chloratumnak napi 3—5 gramm mennyiségben. Egy másik szer, a mely a digitalis-szal kombinációban néha feltűnően jól hat, az atophan. Különösen inkompenzált mitralis-bajokban volt kedvező a hatás, főleg ha egyúttal még kalium aceticumot is kapott a beteg. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 31. sz.)

A thyoparametron nevű új készítmény, a mely *Wintz* (Erlangen) utasítására készült, lényegében thygenolból és jothionból áll. *Friedländer* nagyon biztató eredménnyel használja a szert fluor eseteiben. A hátulsó hüvelyboltozatba vezetendő be egy tabletta, még pedig hetenként kétszer, makacs esetekben kétnaponként. A szer alkalmazása utáni napon öblítés végzendő 30%-os tiszta vízzel; a naponkénti öblítés felesleges, sőt ártalmas. A legtöbb esetben már 2—3 tabletta elegendő volt lényeges javulás elérésére. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 34. szám.)

Encephalitis utáni parkinsonianismus több esetben *Morawitz* jó hatását látta az atropinnak. Naponként 1—3 milligrammot ad, és 4—5 nap után 2—3 napos szünetet tart. (Würzburger Aerzteabend, 1922 május 16.-án tartott összejövetel.)

Vegyes hírek.

A magyar elmeorvosok VII. értekezlete e hó 1.-étől 3.-áig folyt le nagy érdeklődés közepette. A tárgyalásokról lapunk legközelebbi számában részletesebb ismertetést kezdünk.

A német orvosok és természetvizsgálók legközelebbi összejövetelüket Innsbruckban tartják 1924-ben.

Személyi hírek külföldről. *Manasse* (rhino-laryngologia) és *Rietschel* (gyermekorvos) würzburgi rendkívüli tanárt rendes tanárrá léptették elő. — *N. Jagic* dr.-t a bécsi egyetemen a belorvostan rendkívüli tanárává nevezték ki. — *L. Stubenrauch* címzetes rendkívüli tanárt a sebészet nyilvános rendk. tanárává nevezték ki a müncheni egyetemen.

Franciaország lakosainak száma az 1921. évi népszámlálás szerint 39,209,666, a mi ugyan csak 395,226 minust jelent a tíz év előtti számhoz képest; tekintettel azonban arra, hogy a jelzett számban most már Elsass-Lotharingia lakossága is bennfoglaltatik, voltaképpen 2,104,975 minusznak felel meg. A lakosság sűrűsége négyzetkilométerenként 72, míg Németországban 128. Az idegenek száma 417,763-mal szaporodott.

Meghalt. *Apáthy István* dr., az összehasonlító boncztan és szövettan tanára a Ferencz József-tudományegyetemen, 59 éves korában, szeptember 26.-án. — *J. K. A. Wertheim Salomonson*, az ideggyógyászat tanára, az amsterdami egyetem ezidőszertini rectora, 59 éves korában. — *Prof. P. Jacob*, a München melletti Ebenhausen-sanatorium vezető orvosa, 52 éves korában. — *Prof. C. Hart*, a schönbergi Augusta Viktoria-kórház prosectora, 45 éves korában.

• Az eddig Hungária-keserűvíz néven hirdetett vizet ezentúl *Herkules* néven hozzuk forgalomba. E néven már a háború előtt is ismeretes volt. *Herkules keserűvízforrások üzletvezetősége.*

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

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden

állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Pneumothorax. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh koronától kezdve. Prospektus és bővebb felvilágosítással útlevelekben szolgál: Menetjegyiroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-ter 1.

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

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Boros József: Közlemény a budapesti m. kir. Pázmány Péter-tudományegyetem II. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár.) A relaxatio diaphragmaticáról. **Bárony János:** Rectori beszéd. 403. oldal.
Mészáros Ferencz: Közlemény a szegedi m. kir. állami gyermekmenhelyből. (Helyettes igazgató-főorvos: Kovács Odón dr.) Módosított mustárborogatás. 405. oldal.
Kluge Endre: A magyar elmeorvosok VII. értekezlete. 406. oldal.

Irodalom-szemle. *Lapszemle. Sebészet. Homuth:* A mesenterialis mirigyek gümőkórja által okozott heveny béliileus esete. — *Ideg- és elmekórtan. Stern:* Hirtelen és korai nemi fejlődés encephalitis lethargica után. — *Gyermekorvostan. Freudenburg:* A Moro-féle átkarolási reflex és a Brudzinski-féle nyaktünet mint csecsemőkori reflexek. — *Kisebb közlések az orvostudományról.* 407—408. oldal.
Vegyes hírek. 408. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti m. kir. Pázmány Péter-tudományegyetem II. belklinikájáról. (Igazgató: Jendrassik Ernő dr., ny. r. tanár.)

A relaxatio diaphragmaticáról.*

Közli: **Boros József** dr., tanársegéd.

A relaxatio diaphragmatica meglehetősen ritka jelenség. Pathológiájában még ma is több olyan vitás momentum van, melyre kielégítő magyarázatot találni ezideig nem sikerült. Erre vonatkozó tapasztalatainkat akarom gazdagítani akkor, a midőn az alábbiakban a klinikán észlelt, egymástól több tekintetben eltérő két beteg történetét ismertetem.

1. K. J. 40 éves vasuti szertárnok, a ki mérsékelt szeszivó és dohányos, 16 évvel ezelőtt baleset következtében betegedett meg. Munkája közben két vasuti kocsi közé került, a melyek bal vállát és mellkasát összenyomták és az erős zúzódások miatt hetekig ágyban fektűt. Azóta mellének bal oldalán gyakran fájdalma van, munka közben vagy gyors járáskor fullad. Öt évvel ezelőtt luest szerzett, a mi az azonnal megkezdett és többször megismételt antilueses kúrák következtében úgy látszik maradandóan gyógyult. Wassermann-reactio a vérsavóban negatív.

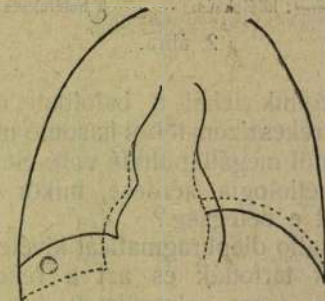
A középtermű, jól fejlett férfi mellkasának mindkét fele egyformán domboru. A jobb mellkasfél alsó része mély légvételkor a balnál észrevehetően jobban tágul; baloldalt Litten-tünet nincsen. Jobboldalt a tüdő alsó határa a XII. hátsíngolya processus spinosusa, oldalt a IX., elől a VI. borda magasságában van. A jobb rekesz mély légvételkor bőven mozog. A jobb tüdő felett a lélekzés sejtes.

A bal tüdő alsó határa hátul három harántujjal magasabban van, lélekzéskor a határ mozdulatlanul látszik, a bal tüdő felett a kopogtatás hangja teljes éles, a lélekzés gyengült. Elöl a kulcsfont felett és alatt a III. bordáig a kopogtatás hangja teljes éles, a III. bordától lefelé és oldalt dobos, valamint hangos dobos a Traube-tér felett is. A lélekzés sejtes, gyengült. A szív jobbra helyezett; a csücsökös nem tapintható. Baloldalt csak dobos színezetű relativ tompulat van, a mely a IV. és V. borda magasságában a középvonaltól balra csak 6 cm.-re terjed, míg jobbfelé a középvonalban kezdődő abszolút tompulat egy, a relativ tompulat pedig két ujjal haladja meg a szegycsont jobb szélét. A szegycsont felett a III. borda magasságában relativ tompulat van, a mely annak jobb szélét egy harántujjal meghaladja. Igen mély lélekzéskor a szív tompulata körülbelül 1 cm.-rel jobbra tér el. A szívhangok tiszták. Az aorta II. hangja csengő. Vérnyomás: 160—90 Hg.-mm. (Riva-Rocci). A pulsus telt, percenként 50—55. A hasfal feszes, a has lapos. A lép dobos színezetű relativ tompulata a hónaljvonalban a VIII. bordán kezdődik, a lép alsó polusa nem tapintható. Az idegrendszer ép.

Röntgen: A bal rekesz magasan domborodik a mellkasban, egyenletes domborulatának legmagasabb pontja a bimbóvonalban a IV. borda magasságában van, felülete sima. Felette a tüdő levegőtartalma egyenletes. A rekesz domborulatában a hasüreg felől a gyomor nagy mértékben tágult fundusa hatalmas léghólyagjával és, mint azt a baryum-vezetés beöntés mutatta, a colon flexura lienalis-a van. A jobb rekesz rendes magasságban van, sinusa szabad, felette a tüdő közepesen légtartó, a hilus a szokottnál tömöttebb, belőle szalag húzódik a rekesz felé. A szív jobbra helyezett, árnyéka a basinak megfelelően jobbfelé annyira kiszélesedett, hogy első pillanatra az aorta ascendens aneurysma-szerűen tágultnak látszik (1. ábra). A deformitást azonban nem az aorta tágulata okozza, hanem a dislocatio következménye. A bal rekesz relaxatiója és benuványa (lásd alább) következtében a jobb mellkasfél szívó hatása nagyobb és így a nyomásdifferencia következtében a szív

jobbra húzódik át, legerősebben annak legkevésbé fixált része, a mi körülbelül az aorta eredésének felel meg. Mert a bal rekesz magasan áll, magasabbra kerül a szívcsúc és a bal kamara is, a mi viszont ugyanazon a helyen az aorta ascendens szögletes hajlását eredményezi. Az aorta árnyékának szélesedéséhez hozzájárul az is, hogy az erősebben fixált aorta descendens a nyomásdifferenciának jobban ellenáll, mint a mobilis ascendens és annál erősebben jobbfelé húzódik át, így a részben egymás mögött levő nagy erek — az aorta ascendens és descendens — most inkább egymás mellé kerültek, a mit az is elősegít, hogy a bal rekesz főleg hátrafelé boltosuló domborulata a szívet, annak csücskét előre nyomva, rotálja. Mindezek a körülmények valószínűvé teszik, hogy a különös Röntgen-képet nem az aorta tágulata, hanem annak elhajlása, *skoliosis aortae ascendens*, okozza.

Mély lélekzéskor a jobb rekesz rendes irányban bőségesen, a *bal rekesz* sokkal kisebb fokban *paradox módon mozog*. (1. ábra.)



— : kilékezés. - - - : belégzés.

1. ábra.

2.* A 32 éves hajadon nő, gyermek- és serdülő korában beteg nem volt. Két évvel ezelőtt könnyű, néhány napig tartó influenzában szenvedett, a mely nyom nélkül gyógyult. Mintegy 10 hónap óta és az utóbbi időben majdnem állandóan fáj mellkasának bal oldala, fájdalma nehéz munka végzésekor, lépcsőjáráskor fokozódik; ugyanekkor elfullad, a lélekzése nehezzé válik. A fájdalma arra készíti, hogy a bal oldalának kiméltése végett járáskor balra hajoljon, a minek következtében gerinczén kiskökü, jobbra convex skoliosis fejlődött ki. Anamnesisében semmi olyan betegség vagy esemény nincsen, a melyből a rekeszideg sérülésére vagy megbetegedésére következtethetnénk. Lutesre, potusra adat nincs. Wassermann-reactio a vérsavóban negatív. A nyak jobb oldalán néhány mogorónyi, kemény nyirokcsomó van.

A bal mellkasfél a gerincoszlop görbületének következtében a jobbnál kissé szűkebb, körfogata annál 1 cm.-rel kisebb. Lélekzéskor mindkét mellkasfél egyformán tágul. A jobb mellkasfél felett a kopogtatás hangja mindentűt éles, a lélekzés sejtes. A jobb tüdő alsó határa hátul a X., a hónaljvonalban a VIII. és elől a VI. borda magasságában van. A jobb rekesz belélekzéskor kiadósan mozog. A bal mellkasfél felett hátul a kopogtatás teljes éles hangja a gerincoszlop mellett a legalsó, mintegy tenyérnyi területen erősen rövidült. A tüdő alsó határa itt a tompulat daczára is megállapítható és 1 cm.-rel van magasabban, mint jobboldalt; a bal rekesz belélekzéskor mintegy másfél cm.-nyi lefelé irányuló, tehát természetes mozgást végez.

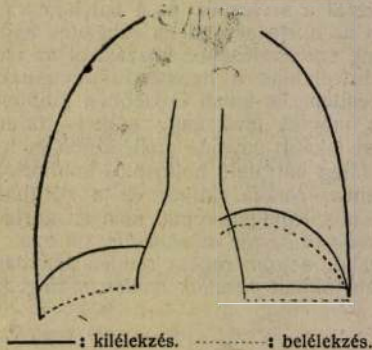
Elöl a kopogtatás hangja a kulcsfontfeletti és alatti árokban teljes éles, elől a III., oldalt pedig az V. bordától lefelé dobos színezetűvé válik és lefelé haladva, mind hangosabb és dobosabb lesz. Az

* A szerkesztőségbe érkezett 1921 július havában.

* A beteget a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1921 február 5-i tudományos ülésén mutattam be.

alsó tüdőrészek és a Traube-tér felett a kopogtatás hangja hangosdobos. Az alsó tüdőrészek felett a sejtes légzés gyengült, valamint gyengült a pectoralfremitus és bronchophonia is. A lép dobos színezetű relativ tompulata a hónaljvonalban a VII. borda magasságában kezdődik; a rekesz lélekző-mozgása itt nem állapítható meg. A szív tompulata megfelelően a kopogtatás dobos hangja a szegycsonttól balra a IV. és V. bordán mintegy gyermektenyényi területen rövidült; a szív tompulata jobbfelé a rendesnél nem nagyobb. A szívcsúcslövés nem tapintható; a szívhangok halkak, tiszták. A has lapos, a hasfal a rendesnél kissé feszesebb. Mély, nagyobbára mellkasi típusú belélezkéskor a jobb hypochondrium kidomborodik, ezzel ellentétben az epigastrium bal oldala kissé besüpped. Baloldalt Litten-tünet nem látható. Mély belélezkéskor a máj alsó széle és a ptosisos jobb vese alsó polusa tapintható.

Röntgen-vizsgálat: A gerincoszlopon jobbra convex skoliosis. Mindkét tüdőmező egyformán levegővel telt. A bal hilusban a szív árnyékával összefüggően néhány mintegy mogorónyi peribronchialis nyirokcsomó árnyéka látható. Az aránylag kis szív árnyéka a központon van, áttolás nem látható, bár ez jobbfelé a gerincoszlop görbülete miatt nehezen ítéltető meg. A jobb rekesz görbülete kilélezkéskor az elülső V. bordáig terjed fel, felszine mindenütt síma és görbülete egyenes. (2. ábra.) Lélezkéskor a jobb rekesz bőségesen rendes irányban, a relaxált bal rekesz sokkal kisebb fokban, de szintén rendes irányban mozog, lélezkéskor mintegy 2 cm.-t száll le. (2. ábra.) A relaxált rekesz domborulatát a hasüreg felől medialis $\frac{2}{3}$ részében a gyomor tágult fundusa nagy lég hólyagjával, oldalt pedig a colon transversum bal oldal felé terjedő részlete és a flexura lienalis tölti ki.



2. ábra.

Mindkét betegünk tehát a baloldali relaxatio típusos esete; a diagnózis a rekeszizom többi hasonló megbetegedésével szemben kétségtelenül megállapítható volt. Sokkal nehezebben fejthető meg az aetiológia kérdése, mikor és minek következtében keletkezett e betegség?

Azelőtt a relaxatio diaphragmaticát kivétel nélkül világhozott anomáliának tartották és azt a rekesz izomzatának hiányos fejlődésével vagy veleszületett gyengeségével igyekeztek magyarázni. Eppinger említi meg először, hogy a féloldali rekeszbénulás hasonló kórképet okozhat. Bermann néhány évvel később (1913) lehetségesnek tartja, hogy az a felnőtt korban is keletkezhetik rekeszidegsérülés következtében. Erre a keletkezésmódra azóta több figyelmet fordítottak és ma általában azt hisszük, hogy a felnőtteken észlelhető rekeszrelaxatiók nagy része rekeszideg-sérülésnek a következménye. A rekeszideg sérülésének ezt az aetiológiai szerepét megerősíteni látszanak azok az irodalomban ismételt előforduló esetek, a melyekben a bonczolás alkalmával az ideg sérülését, elfajlását stb. sikerült kimutatni, másrészt a tapasztalat, hogy annak sérülése vagy átmetszése után féloldali rekeszizombénulás idővel a relaxatióknak mindenben teljesen megfelelő kórképet okoz. Az ilyen módon atóniás rekeszizom a mell- és hasüreg közötti nyomásdifferentiának ellenállni nem tud, azt a viszonylagosan nagyobb hasüri nyomás magasan a mellkasba domborítja be. Az izomzat degenerációja következtében a rekesz aktív contractióra nem alkalmas és a lélekzés különböző phasisaiban a változó nyomásviszonyoknak megfelelően az éppel ellenkező irányban mozog. Ez a paradox lélekző-mozgás (Kienböck-tünet) a teljesen bénult rekesz állandó és jellemző tulajdonsága.

Ha relaxatio diaphragmatica minden esetében activ contractio hiánya mellett paradox lélekző-mozgást észlelhetnénk, a rekeszideg aetiológiai szerepében kételkednünk alig lehetne. Ezt azonban az irodalomban ismertetett eseteknek csak egy részében találjuk, míg több olyan esetre bukkanunk, a hol

a relaxált rekesz csökkent intenzitású physiologiás activ mozgást végez. A rekesz mozgását, különösen a bénult rekesz passiv mozgását, számtalan pathologiás körülmény — pleurás vagy peritoneumos összenövés stb. — befolyásolhatja, a mire kellő figyelmet nem minden esetben fordítottak, de másrészt a relaxatio diaphragmatica diagnosissal ismeretes esetek egy része valószínűleg hernia volt; mindazonáltal közöltek olyan kétségtelen relaxatiót is, melyben a rekesz nem paradox módon, hanem physiologiásan mozgott.

Leendertz nemrégén három esetet írt le, melyek közül kettő a rekeszideg fogyasztsága folytán létrehozott jobb rekeszbénulás, a harmadik baloldali spontan relaxatio. Mindhárom lényegében teljesen egyforma kórképet mutatott, mindháromban teljesen egyező mechanizmusú paradox lélekző-mozgást észlelt. A relaxatio diaphragmaticát legtöbbször szerzettnek és okául a rekeszideg sérülését tartja. A rekesz mechanizmusáról szóló fejtegetések után — melyeket bővebben ismertetni nem czélom — arra a meggyőződésre jut, hogy a relaxált rekesznek, éppen mert bénult, okvetetlenül paradox módon kell mozognia. Meggyőződésében annyira megy, hogy a Neumann esetében hiányzó paradox mozgást is pleura-összenövés következtében megakadályozottnak véli.

A rekesz functiozavarát még sokkal kifejezőbben tudjuk érvényre juttatni a Müller- és Valsalva-kísérletek segítségével. Ha mély belélezkéskor a levegőnek a tüdőbe áramlását megakadályozzuk, a mellkas „viszonylagosan“ negativ nyomása, vagyis annak szívóhatása erősen fokozódik (Müller). Bittorff szerint a has- és mellüreg között ily módon fokozott nyomásdifferentiának az ép rekesz sem tud ellenállani és activ contractiója ellenére mindkét rekesz paradox módon felfelé mozog. Wellmann azt tapasztalta, hogy féloldali rekeszbénuláskor a Müller-kísérlet alkalmával az ép rekesz rendes módon lefelé mozog, a bénult rekesz pedig magasan felhúzódik és ezen tapasztalat alapján a következő tételt állítja fel: Ezt a jelenséget csak a bénult rekesz mutatja és így a Müller-kísérlet segítségével biztosan eldönthető, vajjon a rekesz bénult-e vagy nem? Ezt a tételt Leendertz is megerősíti és ő ugyanezt tapasztalta az ismertetett relaxatio esetében is.

A Valsalva-kísérlet a Müller-kísérlet ellenkezője: csukott felső légutak melletti kilélekezés, a mikor a rekeszek mozgása fordítva történik.

Leendertz és Wellmann tapasztalataival részben ellenkezik a mi megfigyelésünk, ezért betegünk rekeszizmának funkcióját Röntgen-ernyő előtt gondos vizsgálat tárgyává tettük.¹

Első betegünk egészséges jobb rekesze mély belélezkéskor rendes irányban bőségesen mozog, körülbelül 5—6 cm.-t száll alá, miközben rajta a tömött hilusból jövő hozzátapadt szalagok kisebb egyenetlenségeket okoznak. A relaxált bal rekesz, a mely látszólag teljesen szabad és melyet mozgásában semmi sem akadályoz, ellenkező irányban, paradox módon, de sokkal kisebb mértékben felfelé mozog; mozgása kb. 1 cm. Ugyanakkor a mediastinum, megfelelően a két mellkasfél között megnövekedő nyomásdifferentiának, még erősebben jobbra húzódik át, a mi legjobban észlelhető a szívárnyék jobb oldali ívének rekeszmelletti legalsó részletén, a mely jobbfelé és lefelé kitérve mintegy „lecsúszik“ a leszálló rekeszre.

A Müller-kísérlet végzésekor a paradox légzőmozgás és a mediastinum hasonló kitérése még sokkal kifejezettebb volt, a beteg bal rekesz paradox módon mintegy 2 cm.-re a mellkasba húzódt fel, miközben a mediastinum is fokozott mértékben tért ki jobbfelé és a szív még jobban „lecsúszott“ a leszálló jobb rekeszre. (Lásd az 1. ábrát.)

Első esetünk tehát teljes mértékben megerősíti Leendertz tapasztalatait; a relaxált bal rekesz teljesen bénult rekesz módjára viselkedik, a mit bizonyítani látszik az is, hogy a baloldali rekeszideg sem farádós, sem galvanárammal nem ingerelhető.

Második betegünk ép jobb oldali rekesze Röntgen-ernyő

¹ A Müller- és Valsalva-kísérleteket úgy végeztük, a hogy azt Leendertz ajánlja: A beteg a Röntgen-ernyő előtt középpállásból kiindulva csukott szájjal és orral előbb be- (Müller-), majd kilégző (Valsalva-) mozgást végez.

előtt megfigyelve bőségesen kontrahálódik és mozgása mély belélezkéskor körülbelül 5—6 cm.-t tesz ki. A relaxált bal rekesz szintén lefelé mozog, contractiója szabályos, domborúlata egyenletesen lapul le, de mozgása mély belélezkéskor is csak legfeljebb 2 cm., szemben az egészséges rekesz 5—6 cm.-nyi mozgásával. A szív árnyéka egészben kissé lefelé nyúlik meg és alig észrevehetően jobbra tér el (5—6 mm.). A helyzet be- és kilélezkéskor jól látható a 2. ábrán, a mely egy olyan Röntgen-felvétel után készült, a hol egy lemezen vettük fel a be- és kilélekezés pillanatát. A relaxatiót tehát a beteg rekesz atoniája okozza, de csökkent mozgása arra mutat, hogy izomzatának contractilitása, tonusának ilyen nagyfokú csökkenése mellett is még bizonyos fokig megtartott.

A Müller-kísérlet végzésekor azt láttuk, hogy az ép rekesz leszállt, a relaxált rekesz paradox módon a mellkasba húzódtott fel, bár mindkét mozgás a beteg maximalis erőlködése mellett is kisebbfokú volt, mint az teljes bénuláskor lenni szokott és a mint azt első betegünkön láttuk, jobboldalt 4 cm., baloldalt mintegy 1 cm. A mediastinum a mellett csak nagyon keveset tért ki az egészséges oldal felé; a kiterés 1 cm.-nél nagyobb semmi esetre sem volt. Ezután a beteg folytatólag kilélekezett, a mikor az egészséges rekesz és a mediastinum lassan az eredeti állásába tért vissza, a beteg rekesz pedig lefelé, még azon túl is körülbelül $\frac{1}{2}$ cm.-t mozgott.

Az eddig elmondottak folyamán tehát két ellentmondásra bukkantunk.

1. Leendertz állításával szemben azt tapasztaljuk, hogy második betegünkön a relaxált bal rekesz nem bénult és activ contractióra alkalmas, de

2. a Müller-kísérlet alkalmával mégis bénult rekesz módjára viselkedett, a különbség mindössze annyi, hogy a paradox jelenség foka kisebb, mint az első betegünkön, vagyis teljes bénuláskor szokott lenni.

A kettős ellentmondás magyarázatára legegyszerűbbnek látszik az a feltevés, hogy esetünkben a rekesz nem teljesen, csak részben bénult. A rekesz paresise ezt a kórképet teljesen megmagyarázhatja: a velejáró atonia következménye a relaxatio, míg a csökkent contractilitás az activ mozgás tökéletlen voltát magyarázza. Az ily módon atoniás és rosszul működő rekesz a Müller-kísérlet alkalmával megnövekedő nyomás-differentiának ellenállni nem tud s ezért bénult rekesz módjára viselkedik.

A rekeszideg villamos vizsgálata feltevésünket igazolni látszik: a bal rekeszideg farados ingerlékenysége erősen csökken, de galvánárammal elég jól ingerelhető. Míg a Röntgen-ernyő előtt megfigyelve, a jobb rekeszideg ingerlésekor a megfelelő rekesz erőteljes contractiót végez, addig a baloldalt ingerelve, a relaxált rekesz féregszerűen, lassan húzódik össze és mozgása alig 1 cm.-t tesz ki.

Ha ezek után az aetiologia kérdésére térünk vissza, két lehetőséggel állunk szemben: az egyik a régebbi felfogásnak felel meg, a mely szerint a betegség világrahozott anomalia, a mi könnyen elképzelhető, ha figyelembe vesszük azt a tapasztalatot, hogy hasonló betegség az egész életen keresztül is fennállhat a nélkül, hogy a betegnek különösebb kellemetlenséget okozna, úgy hogy sokszor csak accidentalis leletképpen ismerik fel. Ennél azonban sokszor valószínűbbnek látszik, és így van ez a mi eseteinkben is, hogy a betegség a felnőttkorban a rekeszideg valamilyen sérülése következtében is keletkezhetik. Első betegünk betegsége könnyen visszavezethető volna a 16 év előtt szenvedett balesetre, a mely a rekeszideg sérülését okozta. Második betegünk esetében is ezen felfogás mellett szólna az, hogy a betegség csak 10 hónap óta okoz kellemetlen tüneteket: fájdalom, munkadyspnoë stb. és azelőtt a beteg mindig egészségesnek érezte magát; azt gondolhatnánk ugyanis, hogy abban az esetben, ha a betegség világrahozott volna, hasonló tüneteket legelőször vagy sokkal korábban okozott volna, például a pubertas idejében, a mikor a szervezet gyors fejlődése folytán a hasonló rendellenességek érvényre szoktak jutni, vagy egyáltalában még ma sem okozna. A betegség 10 hónap előtti kezdete és a physikai lelet legvalószínűbbé teszi tehát azt a felfogást, hogy

a relaxatio is a rekeszideg sérülésének következménye. Sokkal nehezebb a sérülés természetét megállapítani, mert az erre vonatkozó anamnesis meglehetősen üres, neuritisre, traumás sérülésre adat nincsen. A Röntgen-felvételen a bal hilusban nyirokcsomók árnyéka látható; lehetséges, hogy e csomók helyzetüknél fogva a rekeszidegeket összenyomják, de lehet az ideg lefutása mentén is a pleurán más olyan heges folyamat, vagy duzzadt nyirokcsomó, a melyet még Röntgen-vizsgálat segítségével sem tudunk kimutatni; az utóbbi annál is inkább lehetséges, mert a nyak jobb oldalán is több duzzadt (tuberculosisos) nyirokcsomó van.²

Az eddigi tüneti és rendszeren eredménytelen orvoslás mellett az aetiologia illetően felfogása következtében önként adódik az oki orvoslás, a mi talán némi reménnyel kecsegtethet. Az irodalomban erről kevés szó esett, de hogy a relaxatio nem teljesen gyógyíthatatlan, azt bizonyítja Ohm gyógyult esete, továbbá az, hogy a farados kezeléstől Hoffmann is eredményt látott. Azt hiszem, hogy relaxatio diaphragmatica minden esetben különös gondot kell fordítani az aetiologia tisztázására és megfelelő oki orvoslást kellene kezdeni. Operatív beavatkozás talán csak ritkán vezethetne célra, de a megnagyobbodott hilus- és nyakmirigyek besugárzása és más ez irányú kezelés esetleg eredményre vezethetne. E mellett minden esetben megkísérelhető volna a rekeszideg faradozása és más a peripheriás bénuláskor szokásos gyógyszeres orvoslás is.

Összefoglalás:

1. Relaxatio diaphragmaticás rekesznek nem kell okvetlenül paradox lélezközmogást végeznie. Van olyan eset, a hol a rekesz nagyfokban atoniás, de activ contractióra alkalmas és ezért passiv, paradox mozgás helyett active, physiologiásan mozog.

2. A Müller-kísérlet alkalmával észlelt paradox mozgás nem bizonyítja azt, hogy a rekesz teljesen bénult, mert activ mozgású, részlegesen bénult paresises rekesz is hasonlóképpen viselkedik.

3. Valószínű, hogy a relaxatio diaphragmatica oka az esetek nagy részében a rekeszideg sérülése, ezért nem szabad a tüneti orvoslással megelégedni, hanem szükséges volna, hogy minden esetben megkíséreljük az eddigi felfogással szemben az oki orvoslást, a mint azt peripheriás idegbénulásnál tenni szoktuk.

Irodalom J. Bergmann: Erg. d. inn. Med., 12. k. — Bittorff: Münch. med. Wochenschrift, 1910, 23. sz. — De la Camp: Zeitschr. f. klin. Med., 49. k. — Eppinger: Allg. u. sp. Path. des Zwerchfells. — Nothnagel: 1911. — Jehn: Münch. med. Wochenschrift, 1894, 40. sz. — Kienböck: Lehrb. d. Differentialdiagnose inneren Krankheiten. Berlin, Springer, 1919. — Neumann: Zur Frage d. Relaxatio diaphragm. Deutsche med. Wochenschrift, 1919, 33/34. sz. — Ohm: Zeitschr. f. klin. Med., 59. k. — Weltmann: D. Arch. f. klin. Med., 103. k. — U. a.: D. Arch. f. klin. Med., 107. k.

Rectori beszéd.

A Pázmány Péter-tudományegyetem tanév-megnyitó díszülésén elmondotta
Bársony János dr., egyetemi tanár.

(Folytatás.)

A világeugenetikát egy monumentális békepalotaként lehet elképzelni, melyet azonban, hogy örökös legyen, meg-ingathatatlanul szilárd alapokra szükséges fektetni. A munkát külön-külön faji eugenetikával kell megkezdeni. Lásson hozzá minden fajta a saját maga nemesítéséhez. Mindenekelőtt tartson szigorú szemlét önmagán, állapítsa meg, hol ül a betegség s mi volt a csirája; irtsa ki magából az idegen gázt s nyesse le a vadhajtásokat. Ehhez azonban legelsőbben kertelgetés nélkül dobjon le magáról minden lepező cicizomát, hogy a napvilágnál teljes pőreségében a tiszta valót lássa. A káprázat nem ad igaz képet, mesterséges világítás még a csunyát is szépen praesentálja. Szépítgetés nélkül erősen akarjuk

² Egy hónappal a közlemény elkészítése után a beteg jobboldali nyaki nyirokcsomói lúdtójsányira dagadtak, majd elgenyedtek, úgy hogy azokat többheti Röntgen- és sebészi kezelés után végül is el kellett távolítani.

megösmerni a saját hibáinkat, a testi és lelki deformitásokat, hasonlítsuk össze a ma állapotát az érdemes múlt idők emlékképeivel s keressük, hogy miféle fertőzések voltak a forrásai a degenerációnak. De bálteremben ne keressen senki feleséget. A fővárosok nem adnak a fajtáról világos képet. A selyem és bársony nem bizonyosan takar egészséges testet. Ruhán keresztül csupán ránézéssel az orvos sem tudja felösmerni a testi betegséget. A kunyhóban, a faluban kezdett revisio fogja a valót feltárni, a bennük indított eugenetikával induljon meg a város, a társadalom, az államalkotó faj nemesítése, és a már nemesség lett fajok foghatják csak, az eredmény iránt reménnyel, munkába venni a világeugenetikát.

Engem természetesen — mint igaz magyar embert — a saját fajtam eugenetikája érdekel a legelső sorban. Néhány évtized előtt még testileg a bolgár nép volt a legegészségesebb Európában. Mindjárt utána a magyar következett, a mit én a saját tapasztalataimból merek állítani. 1884 január közepén, tehát több mint 38 évvel ezelőtt léptem, mint kezdő, ifjú orvos, a szülészeti klinika szolgálatába s azóta kötelességszerűen folytonosan tanulmányozom az asszonyi testet, hogy szükség esetén a rajta esett hibán segíteni tudjak. Ez a foglalkozás adja a legjobb betekintést a fajta testi állapotának egészségügyébe. A háborús veszteségek után manap az anya- és csecsemővédelem áll az előtérben. Csakugyan az anyán és csecsemőjén fordul meg a generatio, a fajta, az egész világ sorsa. Tehát én azt mondhatom, hogy kilencz évi assistenskedésem ideje alatt egyetlen olyan szűk medenczét láttam, a melyen a méhenkívüli életben megtartható, vagyis még kora magzat sem jöhetett egészben, azaz kisebbités, darabolás nélkül erre a világra. Ma már ilyen szűk medenczék — sajnos — mi is, magyarok, elég sűrűn látunk. Ennek, a maihoz viszonyított arányállapotnak a magyar fajta ősegezsége és az életmódja adta az alapját. A decadentiának a magyarzatát hamar megadhatom. A miképpen a faji lelki caractert befátyolozza, a sajátságokat elhomályosítja, a testvéri együttérzést lehűti, a hazaszeretetet megmetyeljezi, kiirtja, lehetetleníti az internationalismus, éppen olyan roncslást vitt véghez az emberi testen a túlságig értékelt civilisatio. A modern civilisatio következményei például lelkileg a vallástalanság, folyamánnyal az erkölcstelenséggel s közvetlenül nyomokban a syphilis és a többi nemi betegség. A zsenge gyermekkor egyik nagyobb átkát, a mely már az első életévben üti fel a fejt, rachitisnek, angolkórnak hívják. A kór alapoka fölött a tudósok ma is vitakoznak. A német *Hanse mann* „Domestikationskrankheit“-nak mondja a rachitist. Neki van igaza. A civilisatio, a domesticatio s velök a rachitis és sok egyéb betegség karöltve haladnak. A szabadban élő ősember nem ösmert rachitist. Állatokon meg csak a fogságban, állatseregletekben láthatni ezt a kórt. A civilisatio épített szellős sátor helyett házat, házcsoportokat, a végén metropolisokat, bennük gyárakat és pinczelakásokat. A tömeges együttlakás adja az alkalmát a fertőzéseknek is és a generatiós elbetegedésnek, az éjjeli mulatozásoknak, a tetszeni vágyásból származó egészségtelen ruházkodásnak s végeredményben a domesticatio kifolyása az is, hogy nemcsak az élelemből és kényelemből, de még az Isten adta ingyen nap-sugárból, sőt a levegőből is egyik embernek bővebben jut ki sok másik társánál. A csontlágylás szaporodásában s egyéb gyermekbetegségek elterjedésében és átragadásában a domesticatio kétségtelenül nagy szerepet játszik. A nagyvárosokba való tömörítés, a gyáripár fejlődése s a gyáraknak is a városokba való koncentrálása, vagyis a magasabb domesticatio kártévként hatását állapíthatjuk meg mi is az általános magyar testi egészségen. *Teleky Pál* gr., az országos hadigondozó hivatal elnöke, az intézet valamennyi igazgatójához és az összes munkaközvetítő állomásokhoz 1917 október 1.-én körlevelet küldött, a melyben több idevágó figyelmeztetés közt a következő részlet olvasható: „A falusi lakosság-
nak a nagy városokba való özönlése egyike azon veszedelmeknek, melyek országunk ipariásodásával karöltve járnak, mert a városi család a statisztika tanúsága szerint hamarosan korlátozza gyermekeinek számát, sőt átlagban véve néhány

nemzedéken belül rendszerint ki is hal . . . Iparkodnunk kell tehát a falusi élet előnyeinek és a nagyváros hátrányainak (nyomor, lakásinség, időnkénti munkanélküliség, családi élet meglazulása stb.) kidomborításával a falu szeretetét a rokantban felkelteni vagy ébrentartani.“ A városokba özönléssel szemben a legfőbb argumentum azonban ott rejlik, hogy a betegségben sanyıldótt gyermekből rossz csontvázú asszony, az átragadt fertőzések folyamánnyal hibás constitutiójú leszámazottak fognak keletkezni, most már hajlandósággal minden betegségre. Az ifjúkornak, a három kezdő évtizednek diathesisei (kóros hajlamosságai), köszvény, czukor-, máj-, lép-, agy-, csontvelő-, vérbetegségek s kiváltképpen a gyermek- és ifjúkor rosszindulatú daganatképződései stb. bizonyosan veleszületett constitutiós hiányosságokban és eltérésekben lelik az alapot. Az ősmagyar testében ép, lelki sajátságai kiválóan nemes fajtája volt a föld kerekének. És az ő ép testében könnyen is fejlődhetek ki a veleszületett constitutiós szép lelki sajátságok. A mintamagyar tetszetős, tartós hüvelyben, minden irány felé fejleszhető tehetséget, becsületes jellemet, finom lelket és nagyon jó szívet rejteget magában. Hogy pedig ez így van, arról csak azok tudnak igaz képet alkotni, a kik a fiatal magyarok nevelését vállalták magukra. A színmagyar ifjakkal való foglalkozás, bennük az ősből öröklött tulajdonságok megösmérése, a specialis magyar nemes sajátságok felfedezése, tiszta gyönyörűség. Négy évtized után, egy tanítóra nézve e legszentebb helyen merem állítani, hogy a magyar fiúk tehetségénél nincs különb sehol a világon, csak tessék szeretettel foglalkozni velük, csak ne hagyjátok őket a nekik való egyenes útról félre letévedni. Ne felejtjük, hogy az ifjú hajtást a szellő is meg tudja ingatni. A szertelenkedés, a kapzsóság, a minden nemes érzést eltipró önérdéknek, az anyagiaknak a favorizálása, az önös czélekből való erőszakos előretörtetés, a gyanúsítás, hazudozás, a másik magyar könnyelmű bemocskolása és a hasonló csunya tulajdonságok nem az ő alapvonásai. A kivételeket már fertőzés, külső, rossz példa befolyása statuálta. Igaz, hogy ma rossz példában lehet része elég. A mai magyar nagyon nagy számában az elromlott magyar, a kikben talán az apáik szín-sajátságai most szunnyadóban vannak s a chromosomáiknak a rosszra hajlamosabb, az összeférhetetlen, a veszekedő, pártoskodó, romboló, a hazafiatlan része tört az előtérbe. Vagy hát valahogyan valahol egyik-másik chromosoma elkeveredett egy idegen chromosomával, a mely benne, hacsak időszakilag is, felülkerekedett s most mint nemzetközi praesentálja magát . . .

Az öröklés, az örököltetése a testi és lelki tulajdonságoknak, az egészségnek, a betegségnek és a betegségre való hajlamosságnak is, régen ösmert tétel. Vitás legfeljebb az lehet, hogy a szerzett sajátságok vagy tulajdonságok is öröklékenyek-e? Vannak, a kik ezt az utóbbi lehetőséget tagadják. Magam elfogadom. Természetesen olyan értelemben, hogy a szerzett imregnatiók csak az imregnatio után produkált generatiókra nézve érvényesülhetnek. És magától értetődik, hogy a lelki tehetségek vagy tehetetlenségek tekintetében sem lehet az másként, csak úgy, mint a testiekben. A tökéletes egészségben született testet az egész élet folyamata alatt örökölt épségében meg lehet tartani mindaddig, a míg a szerkezete végre magától elkopik s ezt az időt körülbelül 150 esztendőben lehet megállapítani. De ugyanazt a pompás corpuszt időközben el lehet rontani. A két el nem rontott corpusból származott új ember testileg boldogan kél útra ezen a világon. A helytelen életmód folytán megrongált corpus reproductiója azonban már nem lehet olyan tökéletes, mint a minő volt a rongálás előtti időben. Például az a gyerek, a ki az apjának minden kóros hajlamosságától mentes és anti-alkoholista életkorában látott napvilágot, tisztább örökséget kapott az apjától, mint az, a ki — mondjuk — 1—2 évtizeddel később fogamzott, akkor, a mikor az apja már köszvényes, vagy éppen arteriosclerosisos, mert szokványos alkoholista volt. A köszvényes diathesis nagyon örököltetési testi tulajdonság, az alkoholistáknak pedig rendesen kisagyúak, imbecillisek, fogyatkozásokkal teljesek s érlemzesedésre hajlamosak a

leszármazottaik, merthogy elromlott, mérgezett csírából eredtek. Sőt már az is be van bizonyítva, hogy a momentán alkohol-impregnatio is befolyással van az utódokra. *Euripides* írásaiban olvasható, hogy *Diogenes* egy tántorgó ifjút ekként szólított meg: „Ó ifjú, apád téged kétségtelenül részeg állapotában vetett el, azért nősz fel te is ugyanazon növényzetnek az alakjában...“ Az esküvői lakomáknak az alkoholmámor a kimagasló pontja, ilyenformán az elsősültek nagy többsége nem érintetlen szűztiszta, hanem alkoholtól legalább is meglegyintett extractumából származik a férfi testének. Ennek a rossz szokásnak is bizonyára befolyása van azon tapasztalati végeredményre, hogy a többtagú családokban nem mindig az elsősülött ér a legtöbbet. A szellemi és lelki sajátosságokkal ugyancsak így állunk. Vannak, a kik évtizedeken keresztül rendezett lelki egyensúlyban, szorgalmas, önképző, majd törekvő, értékes munkálkodásukban őszinte tiszteletre és becsülésre voltak érdemesek és arra méltán tarthattak is számot s egyszer csak megjelent a daemon, a nagyravágyás, a pénz, egy asszony, vagy éppen a politika alakjában s attól fogva megváltozik minden, a szerényből hiú, a szegényből kapzsi, a cynikusból piperkőcz, az igazmondóból hazug, intrikus lesz és ezek a mérgek erősebbek minden alkoholnál. A fajkeveredéssel sem állunk másképpen. Az erősnek, a bátornak, az egészségesnek és tehetségesnek nincsen szüksége semmi keverésre. Az állatoknál is a jóra való gazda a tiszta fajt becsüli legtöbbre. Egy-egy emberfaj, mint egész, pedig csak a szomszédjával tudhat keveredni. A magyar fajnak ez a keveredés csak ártalmára volna. Oláhok, szerbek, csehek vesznek körül minket, akárhogy kutatom, egyetlen reánk kívánatos tulajdonságukat sem tudom felfedezni. A nemzetközi import befolyásáról pedig ezen ünnepélyes alkalomból nem akarok szólni.

A magyar még a nem is régen multban a legegészségesebb fajtája volt az Úr Istennek. Szellemi és lelki sajátosságai meg vetekedtek a testi kiválóságával. A testi egészsége szenvedett, mert igen sokáig sem praeventive, sem amúgy nem ápoltuk, a hogy szükséges lett volna, a lelki ápolását meg kiváltképpen elhanyagoltuk. Becsületesség, őszinteség, jó szív és jó lélek, és mindenre való szép tehetségek a magyar faj jellemző főtulajdonságai. Az utóbbit kétségbe vonják, a kik nem jó szemmel nézik, hogy a magyar a saját hazájában az elrabolt szellemi suprematiáját megint visszaköveteli. „Az értékes tehetség kimegy az országból“ szokták mondogatni. Hitvány fajta tehetségek híján nem állotta volna meg az ezeréves vihart, ebben pedig egyetlen internationalista sem segített volt neki. Egyik kiváló publicistánk a május 21.-én megtartott műegyetemi jubilaris ünnepélyről eképpen referál: „Csodálatos, hogy hirtelenül egyik nemzedékről a másikra a magyar földesurak, tisztviselők, kisiparosok és kigazdák fiaiból olyan kitűnő mérnöki kar tudott kifejlődni, mely a büszkesége lehetett volna bármely régi gazdasági tradíciójú társadalomnak is.“ Több évtizedes tapasztalás nyomán ebben a modorban nyilatkozhatom magam is, mint egyik tagja az orvost nevelő tanítókarnak. A magyar fiú kiválóan értelmes, könnyű felfogású s ha a tárgyát egyszer megkedvelte, kitartó türelemmel és szeretettel foglalkozik vele. Első lépéseinél, mint mindenkinek, szüksége van neki is valamelyes támogatásra és arra, hogy a ki elindítja és járni tanítja, emelje a kedvét és ezt legfőképpen jó példaadással akarja elérni. A színmagyar orvos nem él vissza a beteg emberrel, az ollóval és késsel, nem reklámoz és undorodik a dichotomiától. A ki megteszi, annak valamikor szintén hiba eshetett valamelyik chromosomájában. A magyar orvos lelkiismeretes a végtelenségig, a jószívűség őszintén faji sajátossága, vele szenved a reabizott felebarátjával. Azonban mint a hogy az ép embert is el lehet betegesíteni, éppen úgy, vagy még könnyebben lehet a fejlődő ifjúembereket rossz példákkal rossz útra terelni. Sajnos, hogy az ifjú orvostársadalom számára is ez a rossz példaadás volt a közelmúlt idők characteristicuma... És itt állunk meg egy percze s felébredve a mult idők álmos apathiájából, iparkodjunk elmélkedni a baj gyógyításmódjáról is. A tanítókat kell megválogatnunk! A tanyai nebulókkal fáradozó ifjú praeparandistától kezdve fel a legnagyobb egye-

tem rector magnificusáig a haza-, a fajszeretet lángjában égjen, a ki tanítóul, vezetőül, példányképpül oda lesz állítva, s a kit erre lencsényi folt, vagy éppen hazaáruló ballépés disqualifikált, takarodjék onnan! Azonban a praeparandistáknál kezdjük meg már a gondos selectiót. Az anyja teje után közvetlenül az ő hatáskörük alá kerül az az intact lélek s azon, mint a frissen esett havon, az ő befolyásuk hagyja a legelső nyomot. A történelmünkön vörös fonálként húzódo belső egyenetlenkedést, a kiszámíthatatlanul kárunkra való vizzálykodó hajlandóságokat mi constitutionalis örökségként kaptuk az őskortól s azt csak generációkon keresztül folytatott gondozás útján küszöbölhetjük ki. A gondozó munkát évtizedeken át a paedagogus végzi, a kezdő alapot pedig a falusi, az elemi tanító adja meg. Ha ki akarunk gyógyulni, hogy megélhessük a második ezerévet is, ezeknek a megélhetéséről gondoskodjunk mihamar, mert éhesen, rongyosan nem sikerül sem az oktatás, sem a példaadás, és ezeknek a munkáját ellenőrizzük a legszigorúbban.

(Vége következik.)

Közlemény a szegedi m. kir. állami gyermekmenhelyből. (Helyettes igazgató-főorvos: Kovács Ödön dr.)

Módosított mustárborogatás.

Irta: Mészáros Ferencz dr., másodorvos.

Ismeretes, hogy a bőringerek mint kiváló hatású gyógytényezőket különösen a gyermekgyógyászatban széleskörű alkalmazást találnak fürdők, leöntések, massage és chemiai bőringerek alakjában, melyek az anyagforgalmat, a légzést, a vérkeringést, a szív munkáját és a központi idegrendszer tevékenységét az érző idegek ingerlése által reflex úton fokozzák.

A chemiai bőringerlő szerek közül legáltalánosabban használt a mustárliszt, mely mindenben meg is felel a hozzáfűzött követelményeknek, ha a drog megfelelő. De, sajnos, a mustárliszt régi volta, czélszerűtlen raktározása, vagy éppen hamisítása miatt, mondhatni a legtöbbszor cserben hagy, úgy hogy a várt eredmény helyett, melynek kriteriuma, hogy a bőr 15 perc alatt rákvörössé váljék, csak eredménytelenség és bosszúság várakozik reánk. A gyakori sikertelenség volt az, a mi bennünket egy állandóbb és biztosabb hatású és a laikus által is egyszerűen kezelhető mustárkészítmény keresésére ösztönzött.

Ilyen szer gyanánt az oleum sinapis aethereum kínálkozott, mely synthetikus előállításánál fogva a kívánt megközelítőleg állandó hatást biztosítja. E szert lehet egyszerűen úgy alkalmazni, hogy egy liter meleg vízre 10 csepp mustárolajat veszünk, ebbe folytonos keverés közben a megfelelő kendőt belemártjuk s jól kifacsarva, a gyermeket begöngyöljük vele. De mivel a mustárolaj vízben practice nem oldódik, a folytonos keverés és rázás daczára is megtörténik, hogy a nem eléggé finoman elosztott olaj egy cseppje rákerül a borogató kendőre s így a bőrrel töményen érintkezve, maradó hyperaemiát okoz.

Hogy ez elkerülhető legyen, szükséges volt a mustárolajat lehetőleg igen finom elosztásban alkalmazni. Erre a célra a mustárolaj emulsióját találtuk alkalmasnak a következő formában:

Rp. Ol. sinapis aeth. 5·0
Gummi arab. 2·5
Aquae dest. 100·0
M. f. emulsio. D. S. Evőkanálnyi 1/2 liter vízre borogatáshoz.

A leírt recipe szerint készülő mustárolaj-emulsiót következőképpen alkalmazzuk: 1/2 liter 35 C-fokos vízre evőkanálnyi emulsiót veszünk, ezt jól elkeverjük. A keverékbe megfelelő nagyságú kendőt mártunk s jól kifacsarva, a gyermeket begöngyöljük vele a nyakától végig. Ügyelni kell, hogy az egész testet, de különösen a nyakat még száraz kendővel jól beborítsuk, nehogy a felszálló gőz a gyermek szemét ingerelje. A bőr 10 percen belül kellőleg kipirul; de ezt a borítás ideje alatt állandóan kontrollálni kell, mert egyéni

különbségek természetesen itt is vannak: az egyik gyermek hamarabb, a másik később pirosodik ki a bőr vastagsága, a szervezet ingerlékenysége szerint, éppen azért a pakolás idejének pontos meghatározása lehetetlen. Sőt megesis az is, hogy a bőr egyáltalán nem pirul ki; ezt pedig a prognózisban értékesíthetjük mint rossz jelet, mert arra vall, hogy a szervezet elvesztette a reakcióképességét.

Összefoglalás. A fent leírt módon készülő bőrizgató borogatást ajánljuk mint a mustárliszttel készülőnél megbízhatóbbat, laikusok által könnyebben kezelhető mindazon esetekben, a hol a bőrizgató borogatások egyébként is javáltak.

A magyar elmeorvosok VII. értekezlete.

(1922 október 1—3.)

I. ülés.

Oláh Gusztáv, mint a szervező bizottság elnöke, rövid visszapillantást vet a szervezés munkálataira és javaslatára megválasztják az értekező tisztkarát. Díszelnök lett **Fáy Aladár** államtitkár, elnök **Moravcsik Ernő Emil** egyetemi tanár, társelnök **Epstein László** elmegyógyító intézeti igazgató, titkár **Fabinyi Rudolf** főorvos és másodtitkár **Selig Árpád** főorvos.

Fáy Aladár államtitkár rövid beszéddel üdvözli az értekezőt. Kiemeli, hogy az elmeorvoslás iránt a kormányzat eddig is érdeklődéssel viseltetett és fejtegeti, hogy különböző téren, úgy tudományos, mint gyakorlati szempontból, minő nagy feladatok várnak még a pszichiátriára.

Moravcsik Ernő Emil elfoglalja elnöki székét és megnyitja az értekezőt. Örömmel konstatálja a jogtudomány kiváló képviselőinek készségét, hogy határkérdésekben szakmánk támogatását igénybevenni hajlandók. Nagybecsű referáló előadásai tanulságosan világítják meg, miként haladhatunk együtt az igazság útján az emberi gondolkodás és cselekvés rugóinak nehéz problémájához. Az anthropológiai, anatómiai, pszichológiai és aetiológiai kutatások gyakorlati eredményei a büntető jogtudományra is termékenyítő hatással voltak. De részint praeventív szempontból, részint a büntetés végrehajtása alkalmával a gyógynevelés iránítása és vezetése sem nélkülözhető.

Úgy az előző, mint a mostani értekező egyik gerinczes kérdése: a korlátozott beszámíthatóság fogalmának a magánjogban miként való szerepeltetése. Megtisztelő reánk, hogy a magyar polgári törvénykönyv tervezetének elkészítésében legtöbb érdemet szerzett két jogtudósunk, legutóbb **Szászy Béla** államtitkár, most pedig **Szladits Károly** egyetemi tanár foglalkozik ezzel.

A fiatalok büntetése javító nevelésének kérdése **Finkey Ferencz** dr., egyetemi tanár referálása alapján kerül az értekező elé, kinek szaktevékenységeért már a múltban is hálásak voltunk. A kérdés szakszerű megvilágítása még gyarapszik értékben a kiváló gyógynevelés, **Tóth Zoltán** közreműködésével.

Úgy az említett referenseknek, mint **Nádas Bertalan** ügyvédnek szaktevékenységeért az értekező köszönetét fejezi ki. Kegyelettel emlékezik meg két elhunyt kimagasló elmeorvosról, báró **Babarczy Schwartz Ottór** és **Konrád Jenő**ről.

Köszönetét fejezi ki **Hajós Béla** dr. ministeri tanácsosnak, ki nagy odaadással törekedett az elmeorvos értekező felújítására. A végrehajtó bizottság elnökségéről lemondván, a bizottság felkérésére **Oláh Gusztáv** igazgató foglalta el a helyét.

Hálás köszönetét fejezi ki a kormányoknak, a hatóságoknak, testületeknek és egyesületeknek, hogy magukat képviselgetni kegyesek voltak és az ülésen megjelenteket üdvözli.

Fabinyi Rudolf titkári jelentése vázolja az értekező előzményeit. Köszönetét fejezi ki **Bókay János** professornak, hogy az Orvosegyesület termét díjtalanul az értekező rendelkezésére bocsátotta. 13.573 korona bevétellel szemben eddig 6544:50 korona a kiadás, de még félfő, hogy deficit lesz. Megemlékezik az elhunytakról, báró **Babarczy Schwartz Ottór**ról, **Bölcs Gyuláról**, **Konrád Jenő**ről, **Salgó Jakab**ról, **Ledner Károly**ról, **Kalapos József**ről, **Ringer Jenő**ről és **Szigeti**

Henrikről. Helyüket új generatio foglalta el, mely az elhaltak nyomdokán munkálkodik.

Szladits Károly egyetemi tanár a korlátozott beszámíthatóságról a magánjogban szóló referatuma terjeszti elő. A csökkent szellemi értékűek fokozottabb magánjogi védelmét kezdeményezőleg az V. és VI. elmeorvos értekezőt követelték. A polgári törvénykönyv javaslatának képviselőházi bizottsági szövege ezért illesztette a magánjog rendszerébe a „fogyatékos elmetehetségűek“ kategóriáját, a kik az épelméjűség határán állva olyan elmebeli (értelmi, érzésszerű vagy akaratbeli) fogyatkozásban szenvednek, a mely őket ügyeik ellátásában lényegesen akadályozza. Helyesli, hogy a javaslat szükség esetében ezekre is lehetővé teszi a cselekvőképességet korlátozó gondnokság alá helyezést. Gondnokság hiányában is megvédi a javaslat a fogyatékos elmetehetségűeket azok ellen, a kik őket ezen állapotok kihasználásával káros szerződések kötésére bírják rá. Azt viszont nem helyeselné, ha a fogyatékos elmetehetségű olyan szerződését, melyet befolyástól mentesen, önelhatározásából köt, szintén megtámadhatná, mert ez a jóhiszemű forgalom érdekeit sértené. A korlátozott beszámíthatóság alkalmazhatósága tekintetében különbség van büntető- és magánjog között. A polgári törvénykönyv tervezete szerencsésen oldotta meg az elmeorvos értekező előmunkálatai alapján ezt a kérdést.

Fischer Ignác: Bizonyos, hogy a magánjogban a korlátozott beszámíthatóságnak megfelelő fogalmat alkotni lehet, de hogy kell-e, az korai, mert manapság nagyon kihasználják, sok jogügyletet ezen az alapon megtámadnának.

Moravcsik Ernő Emil: A korlátolt beszámíthatóság fogalma az intermediaer állapotot fejezi ki és jelentősége a magánjogban nem olyan általános, mint a büntetőjogban, ahonnan kicsírázott. A magánjogban szószerint nem alkalmazható.

Hercz Oszkár: Az elmebetegség egyes megnyilvánulásait nem lehet mindig kórformák keretébe besorítani. Mivel a hystéria, neurasthenia és az elmeengesség legenyhébb fajtái közt is vannak olyanok, a hol az akaratelhatározás szabadsága fel van függesztve, nem lehet a korlátozott beszámíthatóságot kórformák keretébe sorozni.

Epstein László: Azt hiszi, hogy a tárgyalás kérdései összefügg az úgynevezett lucidum intervallum fogalmával. E fogalom már évtizedek óta elavult, de bizonyos formában való felülírása szükséges lesz, mert létező elmebeteg kapcsán is történhetnek oly elhatározások, illetőleg jogügyletek, melyek minden tekintetben a szabad akaratbeli elhatározás jellegét mutatják. Számos példával igazolhatná ezt, de csak egyet említ. Egy paralyticus egyén adás-vételi szerződést kötött oly ügyletre, melyre már betegsége előtt elhatározta volt magát. A törvény betűje szerint ez a jogügylet érvénytelen volt, mert hiszen az illető a szerződéskötés idejében elmebeteg. Az érvénytelenítés azonban nézete szerint mégis helytelen lett volna, mert nem hiányzott a beteg részéről annak a felismerése, hogy a kérdéses szerződéssel csak régi elhatározását valósítja meg.

Benedek László: A „normalis“ értékfogalmának hiányos körülírása és az a manco, melyben a psychopathologia a kriminalitás és a dispositio képesség tekintetében szenved, nehéz feladat elé állítja az elmeorvos. Itéleteket kívánnak tőle; az új classificatio helytelen, gyakorlati alkalmazása során új kötöttséggel sújtja a törvényszéki orvost, ezt az eredetileg tanácsadó szervet. Egyrészt több szabadság kell a véleményezőnek, másfelől pedig vissza kell szorítani eredeti területére. Utal azokra a nehézségekre, melyeket a socialis hysteria esetei támasztanak; az ilyenek minden társadalmi intézmény adta kedvezményt megtagadnak, hogy haszonnal a betegségbe meneküljenek.

Pándy Kálmán: Örül, hogy az elmebetegnek is módjuk lesz bizonyos jogokat gyakorolhatni. Vannak igen súlyos elmebeteg, például a tébolyodottak, kiknek mégis lehetővé kell tenni, hogy jogaikkal élhessenek.

Oszwald István: **Fischer** aggodalmának nincs meg a kellő alapja. Az, hogy vele visszaélhetnek, nem lehet irányadó, hogy a jogrendszerbe beilleszték. A jogszabályok, mint **Szladits** kiemelte, csak a jóhiszemű forgalmat védik, azt, a ki a korlátolt beszámíthatósággal visszaél, kizárják védelmükkel. Legutóbb is így döntött a Kuria, mikor egy hitelezővel kiegészített csaló kiegészítése beváltása alól azon kifogással próbált menekülni, hogy ő korlátolt beszámítható. A bírói gyakorlat hivatott tehát, hogy megakadályozza, nehogy a korlátolt beszámítható egyén ezzel a helyzetével visszaéljen jóhiszeműek ellenében.

Révész Gusztáv: A törvényszéki orvosok ne mérlegeljék véleményük jogi következményeit, ez a bíró dolga.

Tudományos estély.

Oláh Gusztáv a politikai psychopathokról tartott előadást. Ilyenek elég nagy számmal kerültek a Lipótmezőre. Némelyek már a kommunizmus alatt igyekeztek maguknak ott helyet biztosítani arra az időre, ha majd jön a megtorlás. A háború folytán az alkoholpsychosisok száma megfogyott,

de különben sem háború, sem forradalom, sem kommunizmus nem változtatott az elme-kórházi betegeken, az izgatás, a propaganda, mely az ápolószemélyzetet oly könnyen fellobbanította, a betegek nyugalmát nem érintette. Egy volt, ki a kommunista ideológiát feldolgozta, egy másik, a ki aulikus poétából szavaló forradalmár lett, és egy volt olyan, a ki vérbeli kommunista-anarchista volt, szomjuhozta a vértanuságot, de ez ilyen volt már a háború előtt is. A történelemben szereplő kommunistákról gyakran kiderült, hogy tébolydaviseltek, hogy phobiák voltak, öngyilkosságot kíséreltek meg, vagy időnként értelmetlenül viselkedtek. Híresebb politikai merénylők nyilatkozataiból a pszichiater szeme gyakran konstatálja az elmebetegséget, pedig korukban nem ismerték fel betegségüket. Az egyensúlyozatlan idegéletű egyének pathológiásan reagáltak a forradalmi eseményekre és típusokat termeltek ki. Egyik ilyen beteg a forradalmi mozgalmak után teljes tompaságba zuhant, mint a menekülni nem tudó bogár a tetszhalálba. A hysteriások és az imbecillisek kommunistának éppoly rosszak voltak, mint mások és hamar visszavédtek. A degeneráltak elszántságukkal szolgálták az ügyet; egy ilyen is volt az intézetben, anamnesiséből számos pathológiás momentum derült ki. A vérengzési hajlam a kommunisták psychiatriás megítélésében fontos támpont. Politikai psychopatha épp úgy nincs, mint háborús psychosis, de szerepelnek olyan emberek a politikában, a kikről nem tudjuk megmondani, hogy az elmebetegség határmesgyéjén innen vagy túl esnek-e. A kommun alatt napfényre jutottak a rejtett vagy titkolt lelki csodabogarak, phobiák, anxietas, exhibitionismus. A tömeglélek nemcsak többszöröse az egyéni léleknek, hanem új szervezet. Az előadó bizonyos psychoanalytikai gondolatokat, mint például az Oedipus-complexum, is érdekesnek tart. Fejlődéstani törvény, hogy társadalmi structura csak a kiváltság kiváltságán, a tekintélyen épülhet fel és biológiai törvényszerűség, hogy communistikus és hasonló alakulatok csak összeomlás utáni chaosból jöhetnek mulólag létre.

Ruber József a psychopathia büntetőjogi értékeléséről tartott előadást. A politikai bűncselekmény az államrend szükségképpen velejárója. A psychopathia a büntetőjogi felelősség kizárására alkalmas. A deterministikus erkölcsi és büntetőjogi alapvetések czáfolata után az olasz büntetőtörvény tervezetének ismertetésére tér át, a mely az erkölcsitől állítólag teljesen függetlenített úgynevezett törvényes felelősség rendszerében elmebetegekkel és rendes elmeállapotú egyénekkel szemben közös elvi alapon alkalmaz sanctiókat. Ebből azonban ellentmondások és következetlenségek származnak. A megoldást a német javaslat irányzatában látja.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Lapszemle.

Sebészet.

A mesenterialis mirigyek gümőkórja által okozott heveny bélileus esetét közli *Homuth*. A tuberculosis okozta ileus tünetei rendszerint lassan fejlődnek ki. Acut bélelzáródást általában csak hosszas előző panaszok, illetőleg bélelzáródásos jelenségek után van alkalmunk megállapítani. A legnagyobb ritkaságok közé tartozik, hogy egy addig teljesen egészségesnek tartott egyéneken a legacutebb formában egyedüli tünetként jelentkeznek a tuberculosis által feltételezett ileus. *Brüning* közölt hasonló két esetet; az egyik gümős fekély okozta bélszűkültre vonatkozik, mely prodromális jelenségek nélkül vezetett ileusra, a másik esetben egy vékonybél-részlet a gümösen megbetegedett alsó bélszakaszba invaginálódott. Mindkét esetben bélresectiót végeztek jó eredménnyel. A szerző 1920 szeptemberében operált egy 13 éves fiút, a ki ezelőtt mindig egészséges volt, gyomór-bélpanaszai sohasem voltak. A fiú hirtelen betegedett meg az ileus típusos jelenségeivel. A kórházba való felvételekor nagyon elesettnek

találták, pulsusa alig volt érezhető, igen gyakran hányt, hasa nagy mértékben meteorismusos volt. A diagnózis csak ileus lehetett, specialis localisatio nem volt megállapítható. A median laparotomiával megnyitott hasüregből mérsékelt sero-fibrinosus exsudatum ürült és csakhamar elöttüremkedett a maximalisan felfúvódott vékonybél felső szakasza. Az alsó szakasz, valamint a vastagbél teljesen kollabált állapotban találtatott. A stenosis úgy jött létre, hogy a vékonybél gyuladással adhaesiók folytán szorosan a mesenteriumhoz volt rögzítve. E helyen, de különben is a mesenterium tele volt gyuladással meggyaladódott, cseresznyenagyságú nyirokmirigy-csomókkal. A bélnek ezen széles, vaskos, gyuladással szorított szalagok alól való felszabadítása szakadásra vezetett volna, másrészt az enteroenteroanastomosis sem volt kivihető, mert a belek számos helyen hol egymással, hol a mesenteriummal lévén összenőve, nem voltak mobilizálhatók. Ezért a szerző enteroplastikával igyekezett az ileust megszüntetni, úgy a hogy azt *Kausch* elhegesedett gümőkóros szűkület eseteiben ajánlotta, tudniillik a szűkületnek megfelelő hosszmetészt végzett s a sebet harántul varrta össze. Az összeesett bélkacs azonnal megtelődött. Egy a mesenteriumból kimetszett nyirokmirigy histologice gümősnek bizonyult. A gyógyulás zavartalan volt, a beteg 14 nap mulva hagyta el a kórházat; azóta gyakrabban megfigyelték, de stenosis tünetei nem jelentkeztek. A szerző ebből azt következteti, hogy az egyszerű laparotomia magában véve éppen olyan kedvezően és gyógyítólag hat a mesenterialis nyirokmirigy-gümőkórra, mint a peritonitis tuberculosára. (*Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1921, 27. szám.)

Schuszték Jenő dr.

Ideg- és elme-kórtan.

Hirtelen és korai nemi fejlődést encephalitis lethargica után ír le *Stern*. Másfél évvel a lethargiás állapot és mintegy félévvel a következményes amyostasis kifejlődése után a 14 éves fiúnak hirtelen megnöttek a nemi szervei, onanizál, a penis 11 cm. hosszú, bájusa és hónaljszőrzete csak kevésbé, de a pubes és a lábak, valamint a hát szőrzete rendkívül erősen fejlődik, szellemileg pedig az előbb jóindulatú, szótfogadó és félénk fiú hirtelen megváltozott, érzékeny, sértődékeny, akaratos lett, folyton beszél és fenyegeti az anyját. Egyik percben gorombán káromkodik, a következőkben érzélgős irasműveket készít. Feltűnő a nagyfokú eosinophilia és lymphocytosis. Míg az utóbbinak magyarázatát adni nem tudja a szerző, a korai nemi fejlődés szervi alapjának három lehetősége, a here, a mellékvese vagy a corpus pineale bántalmazottsága közül az utóbbira gondol. (*Mediz. Klinik*, 1922, 27. szám.)

Kluge dr.

Gyermekorvostan.

A Moro-féle átkarolási reflex és a Brudzinski-féle nyaktünet mint csecsemőkori reflexek címen ír *Freudenburg*. Szerinte az újszülöttek és a fiatal csecsemők sajátos mozgásai, az átkarolási mozgások, nagyrészt a reflexmozgások sajátosságával bírnak. A karok, melyekben a legkorábbi csecsemőkori kifejezett hajlítási tonus uralkodik, a könyökben többé-kevésbé teljesen ki vannak nyújtva és egyidejűleg abductió állásban tartatnak. Ezen symmetriás mozgásokban a karok nyújtott tartásban ívben közelednek a középvonal felé, míg az ujjak középterpesz-állásban vannak. A lábakban is hasonló mozgások támadnak megfelelő ingerekre, azonban a karokon könnyebben kiválthatók e mozgások. A megfigyelések vonatkoznak: 1. a reflexeket kiváltó ingerekre; 2. az életkorra, a melyben ezek a mozgások fennállnak; 3. a más reflexekkel való viszonylatra.

1. Az izgalmak, melyek hatása alatt e mozgások létrejönnek, igen sokfélék; ilyen a tér valamelyik irányában a gyermek egész testével hirtelen véghezvitt mozgás, továbbá az egész testnek vagy a végtagoknak megrázása, a fekvőhely ütögetése. Endogen ingerek okozta rázkódás is kivált átkarolási mozgásokat, például a csuklás; hőmérséki okok szintén hasonló mozgásokat váltanak ki, míg az akustikai és optikai ingerek hatástalanok.

2. Az átkarolási reflex *Moro* szerint a csecsemőkori első három hónapjának a sajátossága, a reflex azonban három hónap elteltével nem tűnik el teljesen, mert a reflexet kedvezően befolyásoló tényezők hatására később is keletkezhetik.

3. Az átkarolási reflexnek van egy közös vonása egy másik csecsemőkori reflexes motoros tünettől, a mely részarányosan mindkét lábon előáll és különféleképpen váltható ki; a kiváltó okok között a nyaki gerinczsigolyákból kiinduló reflexek játsszák a főszerepet. Ez a tünet a csecsemőkorból van meg, de kóros körülmények között (például meningitis-nél) a későbbi életkorban is megjelenhetik. Ez a tünet a Brudzinski-féle: rögzített mellkas mellett a fej ventralflexiójánál a térd- és csípőizület részarányosan behajlítódik, a mi a lábfejek supinációs mozgásával van egybekötve. Ez a Brudzinski-féle „nyaktünet“ kinyújtott karokkal a fej felé, felfelé és hátrafelé végzett gyors mozgással is kiváltható. Épp ezért *Freudenburg* a „nyaktünet“ elnevezés helyett a „*symmetriás lábmegrövidülés*“ elnevezést ajánlja. Feltűnő, hogy e lábmegrövidülés tünete rachitisben is megtalálható. (Münchener med. Wochenschrift, 1921, 1646. oldal.) *Csánky Tibor* dr.

Kisebbségi közlések az orvosgyakorlatra.

Új narkotizáló eljárást ismertett *Gauss* a freiburgi orvosgyógyászati társaság július 4.-én tartott ülésén. Az eljárás *Wieland*-tól ered, a ki azonban csak állatokon próbálta ki. Az előadó eddig 280 műtétet végzett ezzel az altatással, a melynek lényege az, hogy acetylen oxigénnel keverve lélegeztetünk be egy erre a célra szerkesztett készülék segítségével. Az öntudatlanság excitációs állapot nélkül gyorsan köszönt be és a belégzett acetylen mennyisége és koncentrációja szerint változó ideig (egy esetben 2 óra 16 perczig) tart. A narkotizáltak gyorsan ébrednek, 20%-ban áll be a felébredés után hányás vagy öklöndözés. A légzésre és szívműködésre káros hatás eddig nem volt kimutatható. A vérnyomás kissé emelkedik; a vizeletben fehérje, cukor nem jelenik meg, de elég sokszor acetone. Az előadó gyakorlatilag is demonstrálta az eljárást: 60% acetylen és 40% oxigén keverékének 15 literét lélegeztetve be, 1 1/2 percz alatt állott be a teljes narcosis.

A savós hárták gyuladása folyamatai ellen *Blum* konyhasószegény diéta mellett nagy adag chlorcalciumot ad (45 gramm calcium chloratum siccum 150 gramm vízre; ebből 24 óra alatt 10 kávéskanálnyi veendő be). Heveny esetekben sokszor már 24 óra alatt megszűnik a gyulladás, régiebb esetekben pedig 3—4 nap alatt áll be javulás és további 3—4 nap alatt pedig eltűnik az izzadmány és megszűnik a láb. (Presse médicale, 1922, 21. szám.)

Asphyxia pallidában született csecsemő felélesztése sikerült *Mikulicz-Radecki*-nek intracardialis adrenalin- és subcutan lobelin-injectióval. (Medizinische Gesellschaft zu Kiel, 1922 július 13.-án tartott ülés.)

Vegyes hírek.

Kinevezés. Budapest székesfőváros helyettes főpolgármestere *Mező Béla* dr. egyetemi magántanárt a Zita-kórház II. sebészeti osztályának főorvosává nevezte ki.

A törvényszéki orvosi vizsga díját a m. kir. igazságügyminister 1922. évi szeptember 21.-én kelt rendelete következőképpen állapítja meg: vizsgadíj fejében a vizsga írásbeli és gyakorlati részeért együttvéve 400 K, szóbeli részeért 250 K, az oklevél kiállításáért pedig 80 K fizetendő le a vizsgára jelentkezés alkalmával a jegyző kezéhez.

A **Budapesti Kir. Orvosegyesület** október 21.-én tartandó rendes tudományos ülésének napirendje a következő: *Verebely Tibor*: Keresztváji teratomák. *Tóth István*: Ezer hasmetszés eredményei. *Hammer Dezső*: Hólyagos himlő Budapesten a háború alatt.

Az életbiztosító intézeteknél működő orvosok — régóta ismételve hangoztatott óhajnak megfelelően — egyesületté tömörültek, mely folyó évi május 18.-án *Löv Sámuel* dr. főorvos elnöke alatt és a bizalmi orvosok élénk részvétele mellett tartotta alakuló ülését. Az új egyesület célja egyrészt az életbiztosítási orvosi tudomány művelése, másrészt a bizalmi orvosok erkölcsi és anyagi érdekeinek képviselése és megvédése. Az egyesület felhívja csatlakozásra a biztosító társaságoknál működő orvosokat, úgy a fővárosiakat, mint a vidékieket; a kik belépni szándékoznak, szíveskedjenek szándékukat az egyesület titkárának (*Forgács Endre* dr., VI., Király-utca 88) írásban bejelenteni.

Lapunk jelen számához a *Chinoin gyógyszer- és vegyészeti gyár r.-t. Ujpest Secoin* című prospectusa van mellékelve.

Telefon: József 4—12.
Igazg.-tulajd.: Dr. Melha
Armand, Dr. M.-né Hill
Paula, Dr. Mandler Ottó.

ZANDER-
ELEKTRO-HYDROTHERAPIA

a Dr. Reich-féle
ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2. I. e.

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

DAJKA- INTÉZETBEN *Wassermann*ra vizsgált dadák állandóan találhatók. Sürgőnyileg, telefonon (93-22) rendelkezésre állanak: **Szív-uteza 69.**

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

ISTVÁNÚTI SANATORIUM és VIZGYÓGYINTÉZET Budapest, VII., István-út és Hungária-körút sarkok.

A Városliget legszebb részében.
Klinikailag vezetett idegosztály. Vezetője: *Schuster Gyula* dr., igazgató-főorvos, a budapesti kir. magy. tudományegyetem elme- és idegkórtani klinika v. l. tanársegédje. — Belgyógyászat. — Sebészet. — Nőgyógyászat.

RÖNTGEN-ODELGA

Iszapkúrák orvosi felügyelet mellett **Dr. Pajor-Sanatoriumban** Budapest, VIII., Vas-uteza 17. Ugyanitt Zander-massage és vízkúrák.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Újtátrafüreden állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Pneumothorax. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh koronától kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással útlel-ügyben szolgál: Menetjegyiroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-tér 1.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 86-76.

PÁLYÁZATOK.

20.017/1922. szám.

A Ferencz József kereskedelmi kórház betegsegélyző pénztára a rendelőintézetének bőrgyógyászati osztályán elhalálozás folytán megüresedett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdet.

Az ezen állással járó illetmények a következők: évi 2400 korona törzsfizetés, 13.750 korona drágasági és 24.000 korona rendkívüli pótlék, továbbá évi 4639 korona 75 fillér átmeneti segély.

A kinevezés egyelőre ideiglenes jellegű.
A kinevezendő orvos köteles az orvosi nyugdíjintézetbe tagként belépni.

A szolgálat a bőrgyógyászati osztályon hétköznaponként előre megállapított egy órai rendelési idő alatt jelentkező betegek szakorvosi ellátása körül felmerülő segédorvosi teendők ellátására terjed ki.

Csakis szakmabelileg képzett és gyakorlatlalt bíró orvosok pályázatai vétetnek figyelembe.

Pályázati határidő jelen hirdetésnek a Munkásbiztosítási Közlönyben való megjelenésétől számított 15 nap.

A pályázati kérvények a Pénztár vezetőségéhez címelve nyújtan-dók be VII., Bethlen-tér 1. szám alatt, hol a Pénztár igazgatója hétköznapon délelőtt 11—1 óra között a szóbanlevő állásra vonatkozólag bővebb felvilágosítást nyújt.

Budapest, 1922 szeptember 30.

Barcza Arthur s. k.
igazgató.

Kerekes Pál dr., s. k.
h. államtitkár.

912/1922. ikt. sz.

Békésvármegye köz-kórházának elmeosztályán **egy alorvosi és két segédorvosi állás** üresedvén meg, ezen állások betöltésére ezennel pályázatot hirdetek.

Felkérem a pályázni kívánó orvos urakat, szíveskedjenek kellően felszerelt kérvényeiket (oklevél, születési bizonyítvány, eddigi netaláni alkalmaztatásukra vonatkozó bizonyítvány stb.) méltóságos *Brandt Vilmos* úr Békésvármegye főispánjához intézve, **hozzám folyó évi október 19. napjáig** beküldeni, mivel a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogjuk.

Javadalmazás: első osztályú természetbeni ellátás, a XI. 3. fizetési osztály szerinti fizetés s az ennek megfelelő állami kiegészítés, ezen kívül még külön 400 korona évi osztálypótlék.

Előnyben részesülnek azon orvostudor urak, a kik a kötelező kórházi gyakorlati évet már eltöltötték.

Gyula, 1922 szeptember 29.

Békésvármegye kórházának igazgatója.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben.

Folytatta: Antal Géza és Hőgyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Markovits Pál és Baló József: Közlemény a budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem I. sz. kórbonczani intézetéből (igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi ny. r. tanár), valamint a Szent István-kórház nőgyógyászati osztályáról (főorvos: Szili Jenő dr.) és prosecturájáról (főorvos: Johan Béla dr., egyetemi magántanár). Kettős torzképződés két esete. 409. oldal.

Bársony János: Rectori beszéd. 412. oldal.

Rejtő Sándor: Klinikai adatok az újabb fülgyógyászati nézetek támogatására. 413. oldal.

Kluge Endre: A magyar elmeorvosok VII. értekezlete. 414. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Parassin József: A tüdőgümőkór. — *Lapszemle. Sebészet. Alkan:* Heveny gyomortágulás érdekes esete. — *Ideg- és elmekórtan. Eliasberg:* Az aphasia-kérdés mai állásáról. — *Szülészeti és nőorvos. Klein:* Szülétfájások előidézésének új módjáról. — *Húgyszervi betegségek. Saudeck:* Epididymitis gonorrhoeica. — *Franke:* Egyik részével a hólyagba került letört catheterdarab. — *Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.* 415–417. oldal.

Vegyes hírek. 417. oldal.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlemény a budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem I. sz. kórbonczani intézetéből (igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi ny. r. tanár), valamint a Szent István-kórház nőgyógyászati osztályáról (főorvos: Szili Jenő dr.) és prosecturájáról (főorvos: Johan Béla dr., egyetemi magántanár).

Kettős torzképződés két esete.

Irta: **Markovits Pál dr.**, a nőgyógyászati osztály segédorvosa és **Baló József dr.**, egyetemi tanársegéd, a prosectura alorvosa.

A kettős torzképződések a legrikább szülészeti complicatiók közé tartoznak (*Thaler* szerint például a bécsi szülészeti klinikán 20 év alatt 65.000 szülésből két thoracopagus volt) és a míg egyrészt az embryológiának sokat vitatott és még ma sem befejezett themáját alkotják, másrészt éppen ritkaságuknál és atypicitásuknál fogva a leggyakorlottabb szülést is súlyos problema elé állíthatják. Ez okból indokoltnak tartjuk a budapesti Szent István-kórház nőgyógyászati osztályán egy év alatt született két kettős torz: egy dicephalus és egy thoracopagus esetének ismertetését.

I. A dicephalus 1920 áprilisában született; anyja 24 éves, a középtermetnél valamivel magasabb, egészséges, hajadon hivatalnoknő, primipara, normalis külső medenczemérettel. Utólag ebben az irányban is kikerdezve, előadja, hogy családjában sem torzszülöttek, sem ikrek nem fordultak elő. Apja, anyja, valamint hat élő testvére jól fejlett, részben hatalmas egyének. A gyermek apjával, a ki szintén magas termetű, erős férfiú, semmiféle rokoní viszonyban nincs.

A szülőnőnek az osztályra való bejövetelekör (1920 április 6.-án, délután 2 óra 30 perczkor) normalis a hőmérséklete. Pulsusa perczenként 78. A magzatvíz körülbelül egy óra előtt elfolyt. A bemenetben puha nagy rész; a köldök felett, kissé jobbra nagy fej érezhető, a hát pedig baloldalt tapintható. A fájások és magzati szivhangok jók.

Lemosás közben a magzat bal lába mutatkozni kezdett a szeméremrésben és innen kezdve a szülés a köldök megszületéséig minden különösség nélkül haladt előre. Ekkor azonban stagnatio állott be, úgy hogy erősebb extractióhoz kellett látnunk. A rendkívül széles törzs a légerélyesebb felülről való nyomás mellett is csak nagyon nehezen született meg. A karok nem buktak ki maguktól, betapintva azonban nem találtuk őket felcsapódva, úgy hogy csak a törzs és a vállak túlságos szélessége akadályozta őket a megszületésben. Ezért a karok kifejtéséhez kellett fognunk. A hátulsó, azaz a jobb kar lefejtése még elég simán ment, azonban a magzat átfordítása és a bal kar lehozása igen nagy nehézséget okozott. A fejet, a mely kívülről csak a rendesnél nagyobbnak tűnt fel, sikerült felülről való erőes nyomással benyomni a medenczébe, úgy hogy az csakhamar meg is született. Meglepetésünkre azonban a vállból még egy nyak nyúlt ki, illetőleg be a vulvába és néhány pillanat múlva az ezen ülő második fejet is kifejtettük.

A kétféjű magzat asphyxiában, de jó szívűködéssel született. A felkészítés mindenféle módjával megpróbálkoztunk és körülbelül egy óráig Schultze-féle lóbalást is végeztünk, azonban — bár közben néhány spontán légvétel is történt — a légzést tartósan megindítani nem sikerült, úgy, hogy lassanként a szívűködés is teljesen megszűnván, a mesterseges légzést abba kellett hagyni.

A lepény egyszerű volt (méretei: 21 × 20 cm.) és spontán távozott. A köldökzsinórban egy arteria és egy vena van, mikroskopos vizsgálattal sem sikerült még csökevényes egyéb eret sem találni. A jobboldali magzathoz tartozó arteria umbilicalisnak nyoma sem volt.

Az anya csekély fékrepedés árán szabadult és teljesen láztalan gyermekágy után gyógyultan hagyta el a kórházat.

A magzat Schultze szerinti lóbalása különös nehézségeket nem okozott, mert a két fej már intrauterin úgy egymáshoz lapult (lásd az 1. ábrát), hogy éppen úgy foghattuk őket tenyerünkbe, mintha csak egy, bár abnormisan széles fejről lett volna szó.

Igen érdekes volt az a jelenség, hogy mikor a nyálkaszívó cathetert az egyik gégebe bevezettük, ugyanakkor mindig a másik fej is végzett kisegítő légzési mozgásokat. Ezt először azzal magyaráztuk, hogy talán a két légcső valahol kommunikál, de a bunczolás kiderítette, hogy a két légző apparatus teljesen elkülönített volt.

Ez a kettős torz, teljes tudományos nevén dicephalus, diauchenos, dibrachius, dipus (kétféjű, kétnyakú, kétkarú, kétlábú torz) rendszertanilag ileothoracopagus (*Marchand*), illetőleg ischiothoracopagus (*Förster*) és a *Marchand* systemája szerint a monstra duplicia aequalia cum conjunctione inferiore főcsoportba tartozik. Súlya: 3400 gr.

A mint a mellékelt ábrákon látható, a két fej mind-egyike jól fejlett, a hajzat, szemek, fülek stb. rendellenességet nem mutatnak (1. ábra). Mindkét nyak meglehetősen rövid, különösen a belső oldalon, a hol a két fej folytatását alkotó rövid nyakrészek egymással hegyes szögben találkoznak. A fejek körfogata külön-külön 32 cm., a kettő együtt 49 cm.

A váll és a mellkas rendkívül szélesek (mellkörfogat 34 cm., medenczekörfogat 28 cm.), a karok normálisak. Két emlőbimbó és egy köldök van. Penis egy, a herék nincsenek a scrotumban. A törzs felülről lefelé keskenyedve két normális alsó végtagba folytatódik. Ez a lefelé való keskenyedés különösen hátul erősen kifejezett. A gerincoszlop kettős; a két gerincoszlop hegyes szögben V-alakban fut össze, a mint az a bőrön át is jól tapintható és a mint azt a Röntgen-kép (2. ábra) mutatja. A sternum igen széles; a bordák elül a széles szegycsontba olvadnak bele, úgy hogy bordaív tulajdonképpen csak oldalt van. A széles sternum két oldaláról jobbra és balra egy-egy normalis kulcsont megy a két vállhoz. Ezenkívül a két nyak között hátrafelé is halad egymással párhuzamosan két vékonyabb, csökevényes kulcsont. Ezek a hátán, a váll táján egymástól még meglehetősen távol levő két gerincoszlopot összekötő és a belső vállövek egyesüléséből származó csökevényes lapoczkához, a melyeket *Strassmann* középső vállgumónak nevez, haladnak. Éppen ez a középső vállgumó (medianer Schulterhocker), valamint a gerincoszlop kettőzöttsége folytán előálló rendkívüli mellszélesség okozza — a mint azt *Strassmann* hangsúlyozza — a legjelentősebb szülészeti complicatiót, és pedig még talán sokkal inkább, mint a fej kettős volta.

A sternum túlságos széles volta, a mint azt a sternum közepén sagittalis irányban látható több lyuk sejteti, a két sternum összenövéséből ered. A külső bordák mindkét oldalon teljes számmal és fejlettségben található, ezzel szemben hátul a két gerincoszlopot a belső bordák rudimentumaiól összenőtt és közepükön megvastagodott csontléczek kötik össze, a melyek felül inkább szélesebbek és vízszintesen, lejjebb inkább keskenyebbek és lefelé csúcsosodó V-alakban futnak. A két keresztcsont az egymás felé tekintő facies

auricularisokkal nőtt össze és lateralisán egy-egy normalis os ileibe, majd pubisba folytatódik. A két szeméremcsont elül normalis symphysisben egyesül.

A két thymus jól fejlett, a jobb 14 gr., a bal 16 gr. (3. ábra).

A két szív két külön szívburokban foglal helyet, melyek medialis részlete egy közös lemezzé nőtt össze.

A jobb magzat szíve egy harmada a balénak, hossza 25 mm., szélessége 31 mm., mélysége 18 mm. Egy pitvarból és egy kamarából áll. A pitvar a jobb fülecsnek megfelelőleg kiboltosulást mutat és inkább jobboldalt van elhelyezve, a kamara inkább balra és alul. A pitvar és kamara közt felismerhető a tricuspidalis billentyű. A kamarai részből ered balfelé egy aorta és ennek eredésétől egy izomredő által elválasztva jobb felé az arteria pulmonalis. Úgy az aorta, mint az arteria pulmonalis félholdalaku billentyűi megvannak. Az aorta ívéből ered az arteria subclavia sinistra, a carotis communis sinistra, majd a jobb carotis communis és egy hosszú szakasz után az iv és a lehágó rész határán a jobb subclavia. Az arteria pulmonalis eredése után azonnal egy jobb és egy bal ágra oszlik a jobb és bal tüdőhöz, főtrözsze azonban ductus Botalli gyanánt folytatódik az aorta-ívbe. A pitvarba ömlik bele a vena pulmonalis egy ággal és egy-egy jobb- és baloldali vena cava superior. A bal vena

jobb magzat jobb tüdején jól felismerhető a három, a bal magzat bal tüdején pedig a két lebeny. A medialisán elhelyezkedő tüdők igen összenyomottak. A jobb magzat bal tüdején lebenyek egyáltalában nem ismerhetők fel, a bal magzat jobb tüdején szabálytalan barázdák jelzik homályosan az egyes lebenyek megfelelő részének határait. (5. ábra.)

A máj egyes. Hosszúsága: 112 mm., magassága: 65 mm., vastagsága: 36 mm. A domború felszín közepétáján egy hashártya-redő van a máj felszínétől a rekeszig, de a redő nem ér a máj éles széléig, mint a ligamentum falciforme, a melynek kétségkívül megfelel, szokott. A máj jobb fele vastagabb és szélesebb. Az alsó felszínen nem a szokott kép található, hanem a következő (6. ábra): A két oldalsó részlet között a vena cava inferior alkotja a határt. Ez a két rész meglehetősen symmetriás. Mindkettőn egy-egy lobus caudatus különböztethető meg. Ezek alatt van a hilus, a hova csak a hilusban két ágra oszló, addig egyes vena portae halad. A vena portae baloldali ága a vena umbilicalissal anastomozál. A vena portae-tól jobbra és balra egy-egy arteria hepatica és egy-egy ductus choledochus található. A vena umbilicalis baloldalt látható és ugyanezen oldalon átmegy a ductus venosus Arantii-be, a mely a bal lobus caudatust megkerülve, a vena cava inferiorba ömlik, de egy ággal a már említett



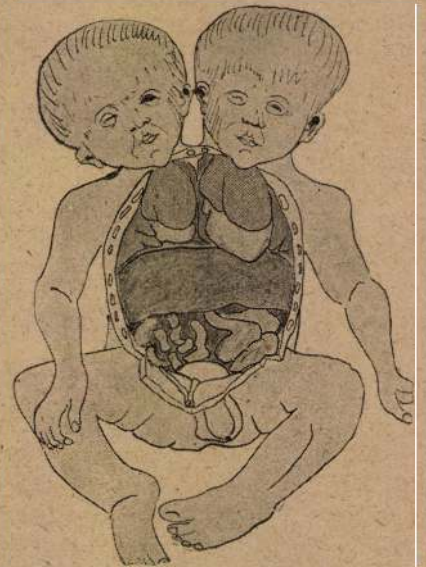
1. ábra.

A dicephalus.



2. ábra.

A dicephalus Röntgen-képe (Fischer Ernő dr. főorvos felvétele).



3. ábra.

Sémás rajz a dicephalus mell- és hasürizsigereinek situsáról (thymusok, szívek, tüdők, máj és belek, hólyag és köldökerek).

cava superior egy alulról és egy felülről jövő ágból tevődik össze. A felülről jövő ág a vena jugularis és subclavia sinistra vérét hozza, ezenkívül azonban széles nyíláson át közlekedik a baloldali magzat vena anonyma dextrájával. Az alulról jövő ág megfelel a vena cava inferiornak és valamivel az aorták egyesülése alatt ered egy mindkét magzathoz tartozó közös vena cava inferiorból.

A bal szív hosszúsága 44 mm., szélessége 43 mm., mélysége 39 mm. Két pitvara és két kamarája van. A két kamara között közlekedés nincs, ellenben a pitvarok közt tág foramen ovale van. A jobb kamarából ered az arteria pulmonalis, a balból az aorta. A két nagy arteriás törzset tág ductus Botalli köti össze. Az aorta ívéből a baloldali magzat jobb oldalán ered az anonyma, tovább balra a carotis communis sinistra és subclavia sinistra. A bal pitvarba ömlik a szokott módon a venae pulmonales, a jobb pitvarba a vena cava superior és inferior. Az előbbi a vena anonyma dextra és sinistrából tevődik össze. A vena anonyma dextra és a jobb magzat vena cava superiorjának felső ága között széles összefüggés van, a mely megfelel a baloldali magzat vena subclavia dextrájának (4. ábra). Két külön pleuraüreg van, 4 tüdővel. A tüdők közül a két oldalon lévők kifejezetten mutatják a lebenyekre való tagozottságot, a mennyiben a

anastomosist alkotja a vena portae balra haladó ágával. Epehólyag egyáltalában nem volt (6. ábra). Az egész májban, mikroszkoposan megvizsgálva, az állományt mindenütt folytonosnak találtuk; heges összenövések helye, rostos kötőszövet stb. sehol sem található.

A jobb rekeszkúpban helyezkedik el a kifialakú jobb gyomor, a mely a pyloruson át folytatódik a jobb duodenum lehágó részébe. E lehágó rész felső felében találkozik a bal gyomorból kiinduló baloldali duodenumrészlettel. Ezen a találkozási ponton tapad a mesenterium. Innen kezdve egy béltractus van, azonban a közös vékonybél lumenében a találkozási ponttól lefelé még 34 cm.-en egy septum található. Ez a septum lefelé mind több és több hiányt, lyukat mutat, míg végre teljesen megszűnve, a béltractus a normalis viszonyokat mutatja. (5. ábra.)

A bal gyomor végénél van a lép. A két gyomor mögött húzódik el a pancreas, mely egy barázdától egy nagyobb bal és egy kisebb jobb félre osztódik. A pancreas e barázdája, mely a két pancreas egyesülésének helyét jelzi, a duodenumok összeolvadási pontja mögött van. (5. ábra.)

A bal vese rendes helyén, a jobb a kis medenczében van. Ez utóbbi arteriáját az arteria iliaca communisból kapja és venája ugyancsak a vena iliaca communisba ömlik. (4. ábra.)

A hólyag eltérést nem mutat. Mindkét here a hasüregben a psoason ül.

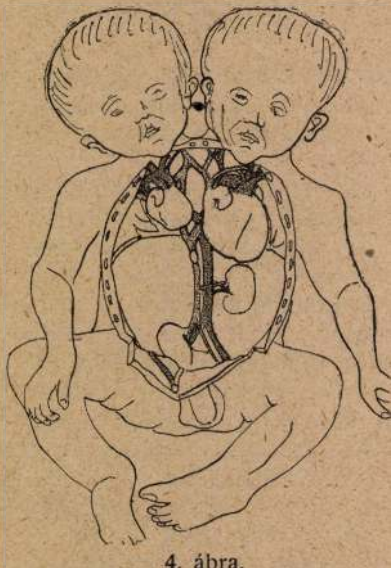
A két agy fejlettsége körülbelül egyforma és a gerincvelő is kettőzött. Mindkét gerincvelőből lateralisan vastagabb, a közép felé vékonyabb gyökök erednek. A plexus brachialis kétoldalt a két felső végtagba halad, közép felé pedig a középső vállgumó táján lévő felismerhetetlen izomconglomeratumban tűnik el. A plexus lumbalis és sacralis median felé haladó felei szintén csökevényesek. A sympathicus-törzsek közül a két gerincoszloptól lateralisan egy-egy jól fejlett törzs található; medialisan a gerincoszloptól a nyaki részen még szintén két törzs van, de ezek már egy alsó nyaki ganglionban találkozáva, lefelé egy törzset alkotnak. (7. ábra.)

Az irodalomban ismertetett dicephalusok bonczoláslelete általában hasonló. Majdnem törvényszerűnek látszik például béltractusuknak a duodenum táján való egybeolvadása. Ellenben esetünkben külön említésre méltó, hogy daczára annak, hogy kétkarú dicephalusról van szó, a mellkasi szervek mily nagy mértékben kettőzöttek. *Ahlfeld* szerint ugyanis a mellüri szervek kettőzöttsége annál nagyobb fokú, minél inkább differenciálódik a két mellkas, illetőleg minél több kar van jelen. Különösen állana ez a pericardiumokra, mert *Ahlfeld*

az elülsőt. Persze a szülés ilyen szerencsés lefolyása esetleg már a törzs és a vállöv rendkívüli szélességében akadályra találhat. *Strassmann* ilyen esetekben egyik vagy mindkét kulcsont átvágását (kleidotomia) ajánlja, gyakran azonban szükség lesz a túlságosan széles törzs evisceratiójára, sőt esetleg egyik (többnyire a hátullévő) fej decapitációjára is.

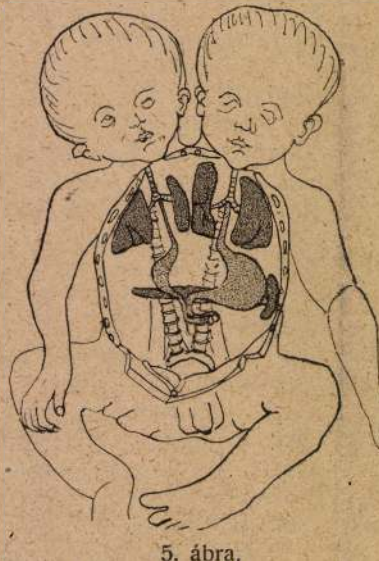
Sokkal nagyobb nehézségek adódnak természetesen feje végi fekvés esetén, úgy hogy a mi esetünkben aránylag kedvezőbb helyzetben voltunk.

Az ilyen kettős torzok a legtöbb esetben éppen a szülési nehézségek miatt már a szülés alatt mennek tönkre. Esetünkben a szülés aránylag sima lefolyásának volt köszönhető, hogy a kétfejű magzat a szülés után még körülbelül egy óráig élt (szívműködés). Az ismertebb élő dicephalusoknak többnyire több, mint két karjuk volt. Így a *Serres* ismertette sardiniai nővérek (*Ritta-Christiana*), *Andreas Emmenius* esete (*Justina-Dorothea*), *Ramis* (*Anna-Mária*), *Börstler* stb. esetei, a melyekben az élettartam nyolcz naptól nyolcz hónapig terjedt. *Marchand* a híres és a leírás idejében (1910-ben) már 33 éves, négykarú, kétfejű *Tocci-fivérek*ről tesz említést, *Strassmann* pedig megemlékezik a *Rueff* (1569-ben) leírta 30 éves életkorú férfiről, valamint *Veit* után a kétfejű török ijászról és a skóciai IV. *Jakab* udvarában élő „dupla trombitás“-ról.



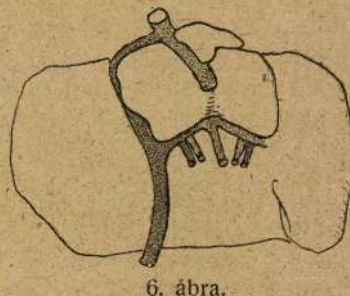
4. ábra.

Sémás rajz a dicephalus sziveiről, nagyereiről és veséiről.



5. ábra.

Sémás rajz a dicephalus légző apparatusairól, gyomrairól, lépéről és pankreasáról.



6. ábra.

Sémás rajz a dicephalus májának alsó felszínéről.



7. ábra.

Sémás rajz a dicephalus központi idegrendszeréről és sympathicus-törzseiről.

feld szerint még a háromkarú dicephalusoknál is a két szív egy szívburokban szokott lenni. Sőt a *Serres* ismertette négykarú dicephalusokban (*Ritta-Christina*, a sardiniai nővérek) is egy közös szívburok volt. A mi esetünkben pedig két kar, illetőleg a thoraxok kisebbfokú differenciáltsága mellett is két külön pericardialis üreget találtunk.

Hogy a kettős torzképződés — éppen úgy, mint az irodalomban ismertetett legtöbb más esetben — itt nem volt külsőleg diagnoszkálható, érthető abból a körülményből, hogy az egymáshoz lapított fejek biparietalis átmérője, a melynek túlnagy voltából a fej rendkívüli nagyságára és így esetleg talán közvetve annak kettős voltára gondolni lehetett volna, az anyában sagittalis (elülső-hátulsó) irányban foglalt helyet és így kitapintható nem volt. Az anyában haránt irányban helyet foglaló, tehát kitapintható frontooccipitalis átmérő pedig nem volt nagyobb a rendesnél.

Ha valamilyen véletlen körülmény folytán sikerült volna is a dicephalust diagnoszkálnunk, szülésszerűen tulajdonképpen ugyanúgy kellett volna eljárni, mint a hogyan azt tettük. Medencevégi fekvésben lévő dicephalusoknál ugyanis sikerülhet az extractio (*Strassmann*), ha a törzs megszületése és a karok kibuktatása után a törzset emelve, előbb a hátulsó fejet nyomjuk be a medencébe és csak ennek kifejtése után

Úgy látszik ezekből az esetekből, hogy a dicephalusok életképessége a mellkasi szervek differenciáltságával és a karok számának a nagyságával fokozódik. *Taruffi* hívta fel arra a figyelmet, hogy a dicephalusokban két szív jelenléte az életképességhez mindenesetre szükséges. Ezen az alapon érthető természetesen, hogy a mi esetünkben a tartós légzés megindítása már csak azért sem sikerülhetett, mert a jobb szív csak csökevényesen volt fejlett. Ezzel a szívvel a jobb oldali magzat csak függvénye, vagy — ha a teratológiai rendszertanban ez a név más értelemben nem volna használatos — azt mondhatnók: parasitája volt a baloldali magzatnak. (A parasita kifejezést a teratológiai systematika az egyenlőtlen fejlődésű [inaequalis] kettős torzok megjelölésére használja.) Csak az embryonalis életbeli vérkeringés különös viszonyai alapján érthető némileg, hogy a jobb oldali magzat felső fele, a jobb szív csökevényes volta, a jobb oldali magzathoz tartozó köldökerek teljes hiánya és annak daczára, hogy a két magzat felső felének érrendszere között az egyetlen kimutatható anastomosis a bal magzat vena subclavia dextrájának megfelelő és fentebb leírt vénás ág, semmivel sem maradt vissza a fejlődésben.

(Vége következik.)

Rectori beszéd.

A Pázmány Péter-tudományegyetem tanév-megnyitó díszülésén elmondotta
Bársony János dr., egyetemi tanár.

(Vége.)

A különös faji eugenetika — mint már említettem — két részből tevődik össze, a him- és nőneműből. Az utóbbi egészen sajátos s az előbbtől lényegesen különböző dolog. Tudom, hogy a mikor ezt elemezem, kényes kérdést fogok érinteni. A jószándékot én nem vonom senkinél kétségbe, de az egészen bizonyos, hogy a feminizmusnak, a nők férfiasításának előharcosai, a nőemancipátorok, a női testet, annak az élet- és idegfunctióit s velök párhuzamban a női psychét is legjobban ismerő nőorvosokat nem kérdezték meg. A mennyiben pedig ezen ismeretek az alapját teszik nemcsak a nőnemű test, hanem a különös faji, sőt a világeugenetikának is, ha már belefogtam, ha csak pár szóval is, kell foglalkoznom vele.

A nő organismusa tulajdonképpen kizárólag a fajfenn-tartásra van berendezve. Az asszony dekorálja és tartja fenn az egész világot. Ezt pedig ne tessék szépmondásnak vagy tréfának venni. A természet bölcs rendelkezése az, hogy ő dekoráljon. Ha nem így volna, nem is teljesíthetné a kiszabott kötelességeit. Ha t. i. nem volna vonzó ereje, az emberek nem születnének, hanem talán, mint a növények, csak teremnének. Az egész világon pedig, bármilyen fajtában, száz leányra százhat fiúcska születik. A fiúsülöttek kötelessége lesz a gondoskodás és a védelmezés a családjával szemben s e törekvésük közben több pusztul közülük, de ha hat időközben kilép is a sorból, a természet rendelkezéséből mégis minden leány kaphat párt magának. A csecsemő-leánya tökéletes egész, csak kisebbített kiadása az édes anyjának. Fel van szerelve az anyai minden mirigygyel és minden tehetséggel, hogy annak idején az anyja örökébe lépjen. De hogy világra jöhessen, egyelőre nem nőhetett nagyra. A fejlődés első éveiben az összes, a táplálékból, a levegőből és napsugárból felszedett energiáit a saját építkezésére teljesen felhasználja, a továbbtermelésre nem marad még semmi energia. A gyermekleány teste a kis fiú testétől e korban még alig különbözik. Lassanként, a mint az építkezésből marad valamelyes fölös energia, úgy válik át a kis leány formás hajadonná. A 14—18 évek a váltás ideje. Rendkívül komoly időszak ez a leány jövőjére. Ekkor veszik át a csiramirigyek az uralkodást a többi mirigyen és rajtuk keresztül az egész női testen. Az érés folyamata, ideje és gyorsasága éghajlat és fajok szerint is jócskán különböző. Északon lassabban, tehát későbbben is érnek meg a leányok például mint délen, a hol már 12—14 éves korukban is házasságra lépnek. De a fajnak is van e tekintetben erős befolyása. A zsidóleányok például úgy északon, mint délen nemileg hamarabb érnek meg, mint a magyar fajta. A mi leányaink 20—22 évvel vannak testben és lélekben készen a nekik előírt munkára. Huszonöt, ritkán harmincz esztendő a virágzás kora. Utána elkövetkezik a belefáradás és az organismus elhasználtságának ideje, a mikor nem alkalmas többé az idősülő asszony a nagy feladatra s ekkor többnyire a terméke is satnya. A parasztasszony a későn jött gyermeket maradéknak, vakarónak mondja. A természet tehát maga kioltja ezt a tehetséget s ezzel is jelzi azt, hogy a teljesített érdemes munka fejében a női organismust most már nyugalomra szánta. Az eugenetikának pedig nem szabad a természettel szembehelyezkedni. Minden úgy van jól ezen a világon, a hogy azt a természet elrendelte; a ki vele szembehelyezkedik, bizonyosan a rövidebbet húzza. Akkor pedig mindezekből az fog következni, hogy, ha a fajtánkat szeretjük, azt szaporítani és nemesíteni van szándékunkban, kövessünk el mindent, hogy a leányaink és az asszonyaink a kimért egyenes úttal haladjanak tovább. Bűnös az, a ki a magyar leány testét az építkezésében engedi zavarni, a fajtájában tesz kárt, a ki a magyar asszonyt a virágos korában a hivatásától elvonja, a családjától elszakítja, és háládatlan az, a ki a teljesített munka után is még igába hajtja. Az anyai befolyás

érvényesüléséről az utódokra előbb részletesebben szólottam. Most még azt tehetem hozzá, hogy a serdülés ideje alatt való munkamegterhelésnek főbenjáró következménye az elbetegesedés. Nagyobb számban vérszegények, bágyadtak, ideggyengék ezek a leányok és igen sokban akkor veri fészkét a görvélykór. Azt se felejtjük el, hogy ezek, bár szerzett sajátságok, a netaláni utódokra is át fognak származni. Általában azonban a kenyérkereső munkára indulók pártában maradnak s veszteségek a fajszaporításra. Az állításaimat pár citatummal fogom illusztrálni. Ezúttal csak német statisztikákra tudok hivatkozni, a többi külföldi statisztika manap nem áll a rendelkezésemre, de az nem éppen baj, mert a fajszeretet dolgában a német áll a legelső helyen.

A berlini *Hirsch* írta az általa szerkesztett *Frauenkunde*-ban már 1914-ben: „A nőemancipációnak két nagyon káros következményét állapíthatjuk meg. A kereső pályára lépéssel párhuzamosan számosan elbetegesednek és a kik nem lesznek betegek, azoknak is, kiváltképpen szellemi és erkölcsi tekintetben, megváltozik az élettelfogásuk és elidegenednek a családalapítás gondolatától. . . . A gyermek- és ifjú leánykák munkamegterhelésének a következményei a fehérvérűség, vérszegénység, görvélykór és a fejlődésben való visszamaradás nemi tekintetben. . . . Az asszony és anya a tükörképe nemcsak a családnak, hanem az állam és az egész emberi társadalom állapotának is, annak a központját képezi, a kivel a jövő nemzedék mennyisége, minősége, sőt az egész emberfaj jövője összefügg.“

Bumm professor, a szülészeti és nőorvoslás nagytekintélyű tanára a berlini egyetemen, az 1917-i rectori beszédében szintén megemlítette, hogy a német statisztikák szerint 300 magtalan házasságból 70%-ban, tehát 300 közül 210 esetben a nemi részek fejlődési tökéletlensége a magtalan kiinduló pontja, a mi pedig főképpen a leány fejlődési korában való munkamegterhelésnek az egyenes következménye. Ugyancsak *Bumm* professor Berlinben 1917 augusztus 3-án az aulában, az egyetem alapítását ünneplő beszédét „Frauenstudium“ czímmel tartotta. Ebből az előadásból azt tudjuk meg, hogy 1908-tól 1912-ig 1242 nőhallgató, közöttük 193 orvosnövendék iratkozott be a berlini egyetemre. 1078-nak a sorsát ki tudták kutatni. Ezek közül 732, tehát 68% pártában maradt. A nőhallgatók száma az 1916/17. tanévben az összes német egyetemeken már 5730-ra, 1908-hoz viszonyítva az ötszörösére emelkedett fel. Az orvosi pályát választottak közül 81% maradt magánosan, vagyis nem ment férjhez.

A fajerősítésre és szaporításra alakult nagynémet társaság orvosi bizottságának munkálataiban írja *J. Kaup*, a referens (1917): „Boldog az a nép, a mely a jövőjét főképpen a családi élet ápolására alapítja. A balra hajló nőorganizációk minden erejükkel, szóban és írásban, az asszonyok házonkívüli kenyérkeresete érdekében szállnak síkra és ezzel tulajdonképpen a familiáris életet roncsolják össze. Anglia példája mutatja, hogy a fokozódó asszony munkával arányban esik a fajta termékenysége. Berlinben 50%-a a munkásasszonyoknak magtalan, a házon kívül dolgozó asszonyra nagy teher a gyermek.“

A német *Fuhrmann* (1917) mondja, hogy ezer lakosra minden népre nézve évi 40 szaporodás volna a normális. Csak egyszer emelkedett ez a szaporodás, és pedig európai Oroszországban 49·3-ra (1871—80). Az úgynevezett kultur-népeknél rendszerint kisebb. Franciaországban fokozatosan csökkent, 1910-ben már csak 19·7 volt. „La fecondité est réglée par la volonté“ mondja a francia. A párisi *L'oeuvre* 1917-ben a lap élén vastag betűkben kiáltotta az olvasóinak: „Vigyázat francziák, Párisban a halálozások száma a születéseket 3992-vel felülmultra.“ „Das ist der Geist der Zeit.“ Az idők szelleme. Az új szellem egyik kimagasló tünete pedig, mely a szülések csökkenését vonja maga után, a nőemancipáció.

A bajor *Hengge* (1917) a szándékolt terméketlenséget a szemére veti az asszonyoknak, merthogy azzal a joggal, melylyel a haza munkaerejét és az életét követeli a férfinak, követelheti az asszonytól is, hogy ő meg szaporítson.

A bécsi Adler pedig (1919) ekként nyilatkozik: „Akárhogy gondolkozunk is a „Frauenstudium“-ról, akármennyire pártfogolja is valaki ezt az irányzatot, az az egy bizonyos, hogy a foglalkozásban lévő nők, kiváltképpen a szellemi pályát választók, mint anyák elvesztek.“

És még egy magyar statisztikát is: Berend magántanár 1917-ben a háborús veszteségen kívül a kevesebb születésből származott magyar faji veszteséget már egy millióra becsülte; a csecsemőhalandóság 26%-ra szökött fel, ugyanazon idő alatt a születések száma 60%-kal maradt a múlt mögött.

Folytathatnám napokig is a szakemberek ilyen irányú nyilatkozatainak a felolvasását. Ezúttal azonban csak példakal kívántam szolgálni. Bumm tanár, a német nőorvosok mai generációjának a vezére, évtizedekre terjedő tapasztalása alapján jutott arra a végeredményre, a melyre tulajdonképpen vele párhuzamosan mindnyájunknak, a kik a női organis-mussal foglalkozunk és a fajtánk iránt is szeretettel vagyunk, el kellett jutnunk. Nagyobb részben az asszonyainkon múlik a fajtánk jövő sorsa. Fejlődéskorában testi vagy szellemi munkával terheltén satnya, csenevész, ideggyenge lesz a legpompásabb constitutio is, a mely vagy éppen semmit sem, vagy magához hasonló degenerált constitutiókat fog majd létrehozni. A fajunkért rajongók álljunk tehát össze s emeljük az asszonyainkat vissza arra a piedestálra, a melyről ők hangzatos jelszavak által félrevezetetten tulajdonképpen a maguk szántából szállak le a földre. Gáncsoljunk el minden törekvést, a mely őket az igaz újtokról eltéríthetné. Kényeztessük őket serdülő koruktól, ne legyen semmi akadály a szabad fejlődésüknek, puha kézzel ápolgassuk a gyümölcsöző korban és szentnek tiszteljük azokat, a kik a jogos reményeket a fajtájukkal szemben híven beváltották. Minden józan gynaekologus együtt érez Bumm-mal, a ki is a „Frauenstudium“-ról írott munkáját ekként fejezi be: „Gyermekeink születésnek anyáktól, a kiknek pihent az agya s a kiknek van idejük az utódok felnevelésére. E módon szolgálja az asszony a leg-tiszteletreméltóbban és a legérdemesebben a családját és a hazáját.“

A nőemancipációval tehát, tisztelt uraim, vigyázat! Az úgynevezett emancipációval mi magyarok egyszer már amúgy is nagyon rosszul jártunk.

A tárgyam csaknem kimeríthetetlen, de a röviden elmondottak előrebocsátása után is már könnyű a következtetéseimet összeállítani: Az egész világ testi egészségét kell helyreállítani. Ezt célozza a világeugenetika. A sajátos faji eugenetika azonban külön a testiekben és külön a lelkiekben is a fajtákhoz mérten alkalmazkodjék. A hímnemesítés ismét más uton haladjon, mint a nők nemesítése, mert a bölcs természet maga úgy kívánja. A magyar physice egyik leg-egészségesebb fajtája volt a föld kerekének, psychice meg minden jóra való nemes lélekkel volt felruházva. Ezt a kívánatos és állapotot próbáljuk meg visszaállítani. Egy nagy és kihatásaiban veszedelmes terheltségét a magyar embernek azonban mégis csak be kell vallani, és pedig a hajlamosságát az egymással való folytonos surlódásra és a szakadatlan torz-salkodásokra. A történelem tanúsága szerint ez a kór reá nézve súlyos és tagadhatatlanul örökölt betegség, a melyen véglegesen csak emberöltőkön keresztül eszközölt kitartó munkával s egyelőre talán az ifjú nemzedék irányító felvilá-gosításával lehet segítenünk. A megrongált testi egészség helyreállítása az orvos munkája. A lelki fogyatkozások kikü-szöbölése azonban az asszonyainknak és a tanítóinknak a fel-adata. Azt a bizonyos chromosomát alakítsák ők át, a mely a viszálykodás csírát hordozza magában, hogy egységes legyen a magyar nép a német mintájára. A chromosoma-tisztogatás-nak a dudvairással és a fajkeveredés oltalmazásával kell megindulni. Azután jöjjön az impregnatio a betegségünk egyetlen gyógyszerével, a rajongásig való, a szent, az izzó hazaszeretettel!

* * *

És most még egy szavam van külön a fiatalsághoz:

Pár év előtt a sok közül az egyik destructiv nyugatos a vizes szemű öregeket gúny tárgyává tette. És ime manap

valamennyi öregedő magyarnak állandóan vizes mindakét szeme. Erdély, a bántság, a tótság idegen kézen! Tehetetlen-ségünkben a keserűség könnyre remeg a pillánkon. E könnybe-borult szemekkel tekintünk reátok. Nekünk már idestova megszámlálhatók a földi napjaink, rajtatok múlik, hogy az ezeréves magyarral mi fog ezután történni. Urak! Fiúk! az Istenért, szeressétek fanatizmussal a saját fajtátokat, mert csak az ilyen szeretet kovácsolhat össze benneteket azon magyar fallá, melyen a pokol összes internationalistája sem fog sohasem rést ütni. Állandóan közöttetek élek, ösmerem a szép tehetségeket, a mely összefogva szorgalmas munkával, az újjáépítést könnyű szerrel eszközölni tudja, ösmerem a nemes lelketeket, a mely közös akarattal a gázt, a dudvát csakhamar ki fogja irtani és ösmerem a romlatlan jó szive-teket is. Most, az utolsó szavaimmal erre appellálok. Minden tisztességes, becsületes ember imádja az anyját. Fiúk! nagy-beteg, halálosan beteg az édes anyátok, töletek függ a jövő sorsa, csak ti tudtok rajta segíteni! Komolyan munkára, előre!

Ezzel a feljajdulással indulok az évnék.

Klinikai adatok az újabb fülgyógyászati nézetek támogatására.

Írta: Rejtő Sándor dr., egyetemi magántanár.

Két esetről óhajtók az alábbiakban megemlékezni, a melyek közül az egyik az otosclerosisra, a másik a meghülés okozta labyrinthusbeli siketségre vonatkozik.

I. Az otosclerosis alapjának újabban a mészsók anyag-cseréjének egyensúlyzavarát tartjuk. Mint tudjuk, ezt az egyen-súlyt a belső secretiók mirigyek működése, nevezetesen az ovarium és az epitheltestecskék feltételezett, de részleteiben nem ismert együttműködése szabályozza. Az ovariumok ter-hesség alatti megváltozott működésének hatását a mészsók anyagcseréjének egyensúlyára sok körképből ismerjük. Itt csak arra a mindennapi tapasztalatra hivatkozom, hogy gyakran látjuk az otosclerosisnak jelentkezését vagy hirtelen rosszabbodását a terhesség alatt.

Kevésbé ismeretesek azonban az otosclerosisra vonat-kozólag azok a viszonyok, a melyek az ovariumok eltávolí-tása után állhatnak elő. Egyáltalán nem emlékszem, hogy ilyen esetről olvastam volna, azért tartom érdemesnek az alábbi rövid kórtörténet közlését:

B., 42 éves urinő, 1919 őszén kétoldali ovariotomia műtétén esett át. 1920 tavaszán kezdődtek gyakori szédülés-és hányás-rohamai és ugyanakkor hallásának rosszabbodását vette észre. Hányása és szédülése néhány hónap alatt meg-szűnt, de fülzúgása erősbödött és nagyothallása évről-évre rosszabbodott. 1922 tavaszán, a mikor rendelésemre először jelentkezett, fülvizsgálata a következőket mutatta: Dobhártya, középfül, tuba ép; a társalgó beszédet mindkét fülén két méterről, a suttogó beszédet pedig csak közvetlen közelről hallja. Hallása katheter után nem javul. A hangvilla-vizsgálat a mélyhangok teljes kiesését mutatja, míg a magashangok hallása, úgyszintén a csontvezetés is csak kevésbé rövidült. Ha mindehhez hozzávesszük, hogy az elmúlt két év alatt Bécs és Budapest sok specialistája minden lehető módon kezelte a beteget eredmény nélkül, alá kell írnom az eddigi vizsgálók diagnosisát, az otosclerosist. Családi terheltséget a leg gondosabb kérdezősködéssel sem tudtam kimutatni. (Csak nagy körültekintéssel szabad e kérdésben a negatív eredményt értékelnünk, szemünk előtt tartva, hogy pater incertus lehet.) Megkísérletem a beteget organotherapiás úton kezelni, s ő jelenleg is egy vidéki nőgyógyász-professor ellenőrzése alatt szedi az ovariumkészítményeket. A legkisebb eredmény is nagyfontosságú volna ezen eddig hozzáférhetetlen betegség gyógyítására nézve, mert beigazolná azt a feltevést, hogy az otosclerosis a mészsók anyagcseréjének egyensúlyzavara és mint ilyen, organotherapiás úton befolyásolható.

II. Zs., 47 éves egészséges uriember, kistokú rheuma-tikusbántalmi miatt Hévízen tartott kúrát. 1922 szeptember 4.-én hűvös napon fürdött, a mikor is nyakig volt a meleg

vízben, fejét pedig hideg szél érte. 5.-én reggel igen erős fülzúgásra ébredt és kétségbeesve tapasztalta, hogy teljesen süket. 6.-án délután hangosan kiabálva jelentkezett rendelésem, a mikor is baját előadva jelzi, hogy saját hangját sem hallja. A vizsgálat ép dobhártyát, középfület és tubákat mutat. Jobb fülére bementése szerint már évek óta teljesen süket, ezen a fülön sem a hangos beszédet, sem a hangvillákat nem hallja. Bal fülén beszédet és kiabálást egyáltalában nem hall, csontvezetése és a magashangok hallása teljesen hiányzik, csakis az erősen megütött mély hangvillákat hallja néhány másodpercig. A hangvilla-vizsgálatra sokat nem építhettem, de a megbetegedés körülményeiből a labyrinthus bántalmára következtettem. Vérzésre nem gondolhattam, mert ez mindenkor olyan erős nyomásfokozódást okoz, hogy mindakét végkészlék megérzi, vagyis a nagyothalláson kívül nagyfokú szédülést és egyensúly-zavarokat is okoz. A beteg nem szédült, csak kistokú kábultságról panaszkodott. A másik fül süketisége miatt a labyrinthus lueses megbetegedésére gondoltam, intézkedtem is a vér megvizsgálására, de még az eredmény megérkezése előtt megkezdtem a lymphokinetikus apparatus zavarának egyetlen kúráját, a pilocarpin-injectiókat. Feltételeztem ugyanis, hogy a meghülés következtében vérkeringési zavar állott elő a labyrinthusban, a mely a folyadékok nyomás-egyensúlyában változást okozott. Ezen pusztán fizikai akadály megszüntetése pilocarpin-injectiókkal már több esetben sikerült. Reményemben nem csalókoztam. Még 6.-án délután kapta az első injectiót a Pajor-szanatórium vizsgyógyászati osztályán, 7.-én délelőtt pedig a másodikat. 7.-én délután rendelésemre megjelenve boldogan jelzi, hogy a hangos beszédet már hallja. A hangvilla-vizsgálatok a mélyhangok kistokú rövidülése mellett a magashangok hallásának és a csontvezetésnek visszatérését mutatják. A harmadik injectio után, a melyet 8.-án délelőtt kapott a beteg, a beteg hallása teljesen visszatért. Suttogó beszédet öt méterről hall, a hangvilla-vizsgálatok pedig csaknem normalisak. Jobb fülének állapota egyáltalában nem változott. Ekkor kaptam meg a vérvizsgálat eredményét, a mely \pm volt. A beteg sohasem részesült antilueses kezelésben és így a lues felvételére elegendő alapunk nincsen. Semmi sem támogatná a hysteriás nagyothallás felvételét sem, a mely csoportba sokszor soroltuk eddigé az ilyen eseteket. Azt hiszem, hogy a meghülés következtében előállott labyrinthusbeli nyomásváltozás, mint fizikai akadály, teljesen megmagyarázza az esetet.

A magyar elmeorvosok VII. értekezlete.

(1922 október 1—3.)

(Folytatás.)

II. ülés.

Finkey Ferenc egyetemi tanár a *fiatalkorú gyengeelméjű büntetettek javítóneveléséről* terjesztett elő referatutumot. A gyengeelméjűek büntetethezességének kérdése a jogászok körében már tisztázódott, velük szemben nem büntetésnek, hanem különleges *biztosító intézkedésnek* van helye. A fiatalkorú gyengeelméjűekre ugyanez áll, de e célból a javító-nevelő-intézet külön típusát kell létesíteni. Indítványozza, mondja ki az értekezlet, hogy 1. kívánatos az említett kategóriák gyógytartóztatása és ezek gyógyítását és javítónevelését szabályozó külön törvény vagy rendelet megalkotása; 2. hogy szükséges részükre gyógyjavító-intézet felállítása vagy már meglévő javító-intézet e célra kijelölése; 3. fontos, hogy az ide beutalás vagy elbocsátás bírói hatóság által történjen és további gyámoltásukról is gondoskodjanak.

Focher László a *fiatalkorúak bűnözésének feltételeit* egy törtre vezeti vissza \pm ösztön-akaratbeli tendentia \pm gazdasági tendentia \pm értelmi fejlettség bűnözésre vezet, ha a tört értéke egy positiv constanst meghalad. Az erkölcsi fejlettség objectív mérésére szolgáló módszerek és a moral insanity kérdésének fejtegetése után therapiás és prophylaxiás javaslatokat tesz. Nyolczféle intézet felállítását tartja szükségesnek.

Tóth Zoltán gyógypaedagogiai igazgató szintén a fiatalkorú bűnösök javítóneveléséről referál. Az erkölcsi nevelés szoros kapcsolatban van a gyógyító neveléssel. Valamennyi felfogás megegyezik abban, hogy az egyén bizonyos vonatkozásaiban mesterséges neveléssel befolyásolható. Az idegtonusnak passiv és activ befolyásokra való reakcióira a paedagogus átviszi a maga gondolatmenetét és így az idegpályák felkészültségi állapotát így befolyásolja. Esetünkben a normalistól eltérő nevelési rendszerre van szükségünk. Először elméjük activ és passiv mozgathatósága vizsgálendő meg, aztán értelmi világukhoz mért cselekvési példák szerkesztendő, melyek középpontjában egy cselekvésre indító központi motívum álljon, körülötte pedig a többi motívum helyezendő el. Ehhez a már megtörtént cselekvések utólagos kritikáját s az egyéni példák letárgyalását kell hozzávenni. Célja, hogy a figyelmet a cselekvő nevelés kérdésének megoldására felhívja.

Mády István: Az 1908-as és 1913-as törvények megteremtették a gyermekbírókat, a ki nemcsak itélkezik, hanem a nevelés tárgyában intézkedik. Szükség van azonban gyermekbírákat kiképző intézetre. Szükség van orvosi, lélektani és paedagogiai vizsgáló állomásra, a gyermekbírók hatáskörének kerületi elkülönítésére, kerületi pártfogónókra és a javítóintézetek hatféle specializálására.

Kluge Endre: Nem feledkezhetünk meg az encephalitis epidemican átesett gyermekek antisocialis vonásairól. Ezeket nem lehet tisztán a javítónevelésre bízni. Az orvosnak a javítónevelésre szántaknak nem csupán megszűrésekor kell ott lennie, hanem végig, mert közöttük sok a szervi beteg.

Ranschburg Pál: Az előadók javaslatai felett való döntést ajánlja. A *Focher* által ajánlott nyolcz intézet felállítása az ország anyagi viszonyai miatt lehetetlen.

Finkey Ferenc (zárszó): Nem szólott a büntetőnovelláról, mert a felhozottakat magától értetődőnek tartotta.

Focher László: Azokat az eseteket, melyekben a specifikus értelmi zavar gyakorlatilag elhanyagolható az antisocialis érzelmi zavarral szemben, igenis ide sorolja. A fiatalkorúak bíráival kellene a psychiatriai megfigyelő intézetek gyakornoki állásainak egy részét betölteni.

Révész Margit: A *mezavart szellemi fejlődés psychopathiás egyénéken* átlagos intelligentia mellett a munkaképesség és a másokhoz való viszony megteremtésének megnehezülése. Characterologiai problémáról van szó. A belső automatizmus és az új külső ingerekre való reakcióképesség az, melyeknek összjátéka biztosítja a fejlődés egyenletességét. Az automatizmus túlsúlya hozza létre az emberkerülő, nehézkes, neurotikus jellegű csoportot, erős ösztönélet esetén az erőszakos, önző típust, míg az automatizmus meglazulása a felületese, változékony, kapkodó, hysteroid egyének jellegéhez vezet. A therapiának a megismert defectusoknak szoktatás és önmeismerés révén való befolyásolására kell törekednie.

Benedek László: Az *epilepsia kérdéséről* ad elő. Rohamok adrenalinnal való kiváltása 19 közül 7 esetben neki már *Fischer* előtt két évvel sikerült, a mit akkor le is közölt (Wiener klin. Wochenschrift, 1918, 52. sz.). A gyógyszerantagonizmusra és synergizmusra alapított próbáinak alapjául az epilepsziának a migráinnal való genetikai és tünetani rokonsága, másrészt a rohamok initialis szakaszában angiospasmus beállta szolgált. Mint már *Fischer* előtt, úgy most is az az álláspontja, hogy endokrinális rendszerbeli ingadozások megindíthatják a rohamot és annak dinamikai szét-sugárzásában szerepet játszhatnak, esetleg a parenteralis fermentatio zavarával összefüggésben. *Fischer* munkái hiányosak, mert implantációval nem is próbálkozott ellenőrizni állítását, másrészt a mellékveséiktől megfosztott állatok convulsiók közt múlnak ki. *Fischer*-nek a morphológiára vonatkozó adatai sem helytállóak, a terhesség és az epilepsziás rohamok közti összefüggés tekintetében is más a tapasztalata. A művi rohamkiváltás (carotid-compressio, cocain) *Jellinek*-nek imputált tüneteit *Esquirol* már száz évvel előbb ismertette. Egy *Huntington*- és epilepsziás családnak kétszáz évre visszamenő öröklésbiológiai átkutatása azt mutatta, hogy e kettő egymás mellé rendezetten mendelezik és transformáló öröklés nincs, másrészt az epilepsia, dadogás, enuresis és balkezesség talán idioplastikai correlatióban van.

Büchler Pál: A mellékvese-rendszer mellett a hypophysisnek görcsokozó képességére is fölhívja a figyelmet.

Sarbó Artur: A mellékvese kiirtását az epilepsia gyógyításában eredménytelenségénél fogva nem ajánlja, de halmozott rohamok esetében jó eredményt ért el a lumbalis punctióval.

Donath Gyula: Az alkoholismusról a háború óta címen beszélt. 1917-ig 90%-kal apadtak az alkoholos megbetegedések, 1918 óta ez visszajára fordult és az 1922.-i számok föltűnik a háború előtti viszonyokat. Azért javaslatot terjeszt be, hogy a szeszkimérés vasárnap körül 40 óráig szüneteljen, a helyiségekre optiós joga legyen a hatóságoknak, a 20 éven aluliak tiltassanak el a szesz italoktól, felvilágosító tanítás legyen minden iskolában és a test és szellem kiművelésére irányuló népies intézmények mozdíttassanak elő.

Selig Árpád: Az alkoholos megbetegedések újra szaporodnak, pedig az alkohol ára most is emelkedik. A háború alatt azért fogytak az alkohol-elmebajosok, mert a beutalás hosszan eltartott és közben felgyógyultak az illetők.

Fabinyi Rudolf: Donath javaslatait messzemenőknek tartja.

III. üllés.

Kluge Endre: A betegségfogalom a pszichiatriában címmel tart előadást. A pszichiatriai diagnoszt mindig megelőzi a tünetértékelés és e tekintetben fontos, főképp törvénykezési szempontból, hogy objectív zsinórmértékünk legyen, mi az, a mit már betegesnek kell mondanunk. A pszichiatriai betegségfogalom, épp úgy, mint az orvosi, számos változaton esett át, s mint kellően széleskörű, logikailag minden irányban biztosított abstractio még nincs kodifikálva. *Grote* felfogása azonban kielégítő. E szerint beteg a szervezet, ha individualis normájától eltérő állapotát nem tudja kompenzálni. Individualis norma pedig az, ha a vele szemben támasztott követelmények és képességei között responsiv viszonyok vannak. Ezt a magánjogból vett pszichiatriai határesekre mint példákra alkalmazza.

Minich Károly: Az előadás kapcsán polemizál a *Szladits* referatumban ismertetett magyar polgári törvénykönyv-tervezettel és attól fél, hogy az számos per indítására ad majd alkalmat.

Szabó József: Az előadó nem említette *Lechner* definitióját, a mely ugyan a gyakorlatban nehezen lenne alkalmazható, de hiszen ép elméjű és elmebeteg között maga a természet sem alkotott éles határt, ezért nem tudjuk a határt megvonni mi sem.

Hercz Oszkár: A törvényszéki orvost gyakorlata megóvjá, hogy befolyás áldozata legyen, a mitől *Minich* tart.

Kluge Endre: *Lechner* iratai hozzáférhetetlenek, éppen tanítványainak feladata, hogy ezen segítsenek. *Minich* esete mutatja, mennyivel nehezebb a tünetértékelés, mint a diagnoszt. Úgy látja, *Minich* álláspontja is az, hogy a törvénykezési orvos subjectivitása veszedelmes. Éppen ezért van szükség objectív fogalmakra.

Büben László: Szemelvények kapcsán rávilágít előadásában, hogy a letartóztatási intézetekben az öngyilkosságot és az elmebetegséget színlelők számát akként lehetne apasztani, ha vagy az orvosok számát szaporítanák, vagy a dotatójukat emelnék.

Hercz Oszkár: A kóros elmebetegség megnyilvánulásai nem szoríthatók egyes kórformák sablonjaiba. Jogászokodni sem szabad az orvosnak és nem szabad elhallgatnia, ha nem tud pozitív véleményt mondani.

Telegdi Zsigmond: Az intézeti felvételeknél szokásos bírói szemlével foglalkozik és felvet néhány még nem tisztázott idevonatkozó kérdést.

Nádas Bertalan: Túlkevés kategóriát különböztetnek meg a jogászok az elmebetegek között és hiányzanak az egyénítésre alkalmas jogi intézmények. Helyezkedjenek tehát a jogászok is az egységes és tudományos kóriszomsztyalizás alapjaira, a mely időnként módosítandó. Új magánjogi védelmi rendszert ajánl, melynek tanítására tanfolyam szervezése szükséges. A kezdeti, valószínű, lábbadozó, visszaeső betegek számára nem gyámság, hanem más óvszerv szükséges. Velük együtt tekintettel kell lenni az oligophreniákra, a lues és tuberculosis elleni küzdelemre is. Be kell hozni az elmebetegség pozitív vagy valószínű diagnosztának bejelentését a gyámhatóság mellé szervezendő elmeorvos-osztályhoz. Az elmebeteg felvételét jogászai alakításoktól függetleníteni kell és orvosi szakbírókra kell bízni. Államok az eljárásból kizárandók. Ha az elmebetegség valamely családban sűrű és tuberculosis vagy lueses eredetű, az átöröklést elmeorvosi consilium alapján operative kell megakadályozni.

Schuster Gyula: *Sclerosis polyinsularisban a syphillis spirochaetától alakilag és élettanilag különböző spirochaetát tudott több esetben kimutatni az agyvelőben, a mit vetített képeken bemutat, állítván, hogy a spirochaeták milliárdjai vannak ott. Véleménye szerint az Abderhalden-Pregl-Hirschféle mikromethodus segítségével az életveszélyes, paralysishez, tabeshez vezető syphillist már korán fel lehet ismerni és így megakadályozni.*

Pándy Kálmán: Az elmebeteg-kezelés multjából, azután pedig a nagyszabeni intézet életéből mutat be vetített képeket, szembeállítva a blincses, czellás multat a nyitott ajtós, foglalkoztató-therapiás jelennel. Sajnos, a viszonyok olyanok, hogy sem most, sem azelőtt nem akadt az elmeorvos nehéz munkájára arra való orvos. Valaki azt mondotta 20 évvel ezelőtt: „15—20 év múlva nem lesz sem elmeorvosintézet, sem elmeorvos és Magyarország e téren végképpen letörik.“

(Vége következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Parassin József: A tüdőgümőkór. Orvosi Zsebkönyvtár. A „Petőfi“ irodalmi vállalat kiadása. 162 oldal. Ára 165 korona.

Mindig őszinte örömet érzek, ha magyar orvos tollából magyar könyv kerül az orvosközönség elé. Különösen örvendetes jelenség ez ma, a mikor egy könyv megjelenése úgy az íróra, mint a kiadóra egyaránt súlyos terheket ró. A magyar kulturfőlényt kézzelfoghatóbban bizonyítani, a magyar irredentismust sikeresebben és méltóbban, a mellett csendben szolgálni alig lehet, mint könyv útján.

Ebből a szempontból és elsősorban ebben az értelemben üdvözlöm én *Parassin* könyvét, a mely nem annyira a tudományt, hanem, mint a szerző előszavában maga is mondja, „a gyakorlatban élő kartársakat akarja szolgálni azzal, hogy a tüdőgümőkór diagnostikájának és gyógyításának mai álláspontjáról tájékoztat“ a compendium rövid és tömör formájában.

Ezt a feladatot a szerző jól oldotta meg, mert minden gyakorló orvos, a kinek a gümőkór hihetetlenül nagy elterjedtsége miatt foglalkoznia kell — nolens-volens — ezzel a betegséggel, eléggé tiszta képet nyerhet e könyv elolvasása után a tuberculosis-kérdés mai állásáról.

A munka egyedüli hibájával csupán azt rovom fel, hogy a szerző könyvének megírásakor a gümőkór kérdését főként egy nézőpontból — inkább a socialhygienikus szempontjából — tekinti, míg a klinikus szemüvegét ritkán teszi fel. Ezért úgy a therapiás, mint a diagnostikai rész hézagoss; kimaradt például néhány közismert gyógyeljárás, a melyről minden orvost — ha még annyira röviden is — tájékoztatni kellene (passiv immunizálás, I.-K., chemotherapia, Friedmann-szer, immun-therapia stb.). Nem találjuk a legújabb vizsgálatokon nyugvó diagnostikai eredmények rövid ismertetését sem (vér-vizsgálat, vérszejtsütyedés stb.). Viszont igen elismerésre méltó módon igyekeznek szembeszállani a gyakorló orvosok között igen elterjedt néhány tévhittel szemben.

Előnyére válik a könyvnek, hogy aránylag kevés nevet említ s csak a legszükségesebbekre hivatkozik, viszont a kevés közül is alig akadunk magyarra, noha akadt volna néhány említésre méltó magyar név is.

A specifikus therapiának aránylag nagy teret szentel, mert mint az előszóban is említi, a gyakorló orvosnak erre a tere való orientálódása elkerülhetetlen. Részemről nem hinném, hogy az agyonhajszott és százfél szaladni kényszerült vidéki kartársak kezében a tuberculin és a Pravaz-fecskendő alkalmas eszköz volna a tüdővész hathatós leküzdésére.

Mindazonáltal a szerző elismerésre méltó és hazafias munkát végzett a compendium megírásával. Tekintve, hogy a gümőkór Nagymagyarországon óriási módon van elterjedve, még a megszállott területeken sem volna szabad egyetlen magyar nyelvet beszélő orvos könyvtárából hiányoznia *Parassin* compendiumának.

Pekanovich István.

Lapszemle.

Sebészet.

Heveny gyomortágulás érdekes esetét közli *Alkan*. 63 éves nőbeteghez hívták, a ki 15 év óta időnként hányással kapcsolatos gyomortáji fájdalomról panaszkodott, melyek táplálék felvételekor fokozódtak. Két hónap óta naponként hányt a beteg, az utolsó 36 órában állandó görcsös fájdalmai voltak a hasában, állandó hányásinger, néha hányás kíséretében. Székrekedés állott be, szelek nem távoztak, a pulsus 110, kicsiny, könnyen elnyomható. Az erősen lesóványodott nőbeteg hasa maximalisan elődomborodott. Ez egy a has bal felét s a jobb alhasat kitöltő ovalis, emberfejnél nagyobb térfogatnagyságú által volt feltételezve, a mely felül a bordávek alatt tűnt el, alul a symphysisig ért le, dobos kopogtatási hangot adott s a genitálékkal nem állott összefüggésben. Ezen tumoron kívül a jobb epichondriumban egy kámpóalakú, élénk peristaltikát mutató térfogatnagyságú volt tapintható, melyet az előbbtől egy alulról jobbról felfelé balra futó barázda határolt el, rendkívül érzékeny és fájdalmas volt. A két tumor között összefüggés nem volt megállapítható. A végbél és a hólyag üres volt. Szonda nem volt letolható a gyomorba. A tünetek gyomorileusra engedtek következtetni. Az azonnal végzett műtét alkalmával a laparotómias nyílásból egy hosszirányú, izomrostozatot mutató nagy szerv tolakodott elő, mely a hasüreget csaknem egészen kitöltő, óriási mértékben kitágult gyomornak bizonyult és a pylorus felé kámpóalakú görbületet mutatott. A vizsgálatkor tapintott kisebb térfogatnagyságú az antrum pylorinák felett meg, melyet a duodenumtól egy ulcus okozta heges gyűrű zárt el. Az antrum pylori és a máj között feküdt a teljesen kollabált vékonybél. Mivel a gyomrot oralisan nem sikerült kiüríteni, a gyomrot a hasüreg felől kellett megnyitni, mely alkalommal 7 liter savanykás szagú, emésztetlen ételrészeket tartalmazó folyadék ürült. A gyomor bevarrása után gastro-enteroanastomosis retrocolica postica végeztetett. A beteg 3 hét múlva gyógyultan hagyta el a klinikát. A nagy térfogatnagyságú megfelelt tehát a fundus ventriculinak, a kisebb az antrum pylorinák; e kettőnek feltűnően különbözött a functionalis viselkedése. Az antrum izomzata a pylorus felé kigyózdó élénk peristaltikát mutatott, míg ellenben a fundus hypertrophiás izomzata daczára hűdött állapotban volt s ezért nem tudott a gyomor hányás útján kiürülni. A pylorus elzáródásán kívül a cardia is el volt zárva, még pedig úgy, hogy gázképződés következtében a gyomor boltozata sarkantyúszerűleg felfelé fúvódott, a cardia bal falához simult, majd a belső gázfejlődés okozta nyomásnak engedve, a cardia falát összenyomta és a cardia felől is elzárta a gyomrot. Ez volt a gyomorszondázás sikertelenségének az oka. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1921, 25. szám.) *Schusztek Jenő dr.*

Ideg- és elmekeortan.

Az aphasia-kérdés mai állásáról ír összefoglalólag *Eliasberg*. A Wernicke és Broca nevéhez fűződő localisatiós törekvések alapján felépült felfogásnak és az ismert sémának nagy didaktikai értéke volt. Csakhamar azonban kiegészítette a pszichológiai irányú kutatás, a mely a beszédzavarok hihetetlenül komplikált szövetét az analysis finom fegyverével átkutatva, ma a franczia *P. Marie* felfogásához jutott közel, a mely szerint az aphasia nem lokalizálható, nem különböző fajta, hanem csak egységes féleségű lehet, a különböző megjelenési alakjai csupán stadiumai ugyanannak a folyamatnak. A beszéd tehát nem anatomiai, hanem élettani egység. (*Klin. Wochenschrift*, 1922, 34. sz.) *Kluge dr.*

Szülészeti és nőorvostan.

Szülőfájások előidézésének új módjáról ír *Klein*, a prágai szülészeti klinika segéde. A szülőfájások hiánya máj régóta észlelt kellemetlen complicatiója a szülésnek. Ha ép a burok, akkor sem az anyára, sem a magzatra jóformán nincs befolyással; de ha a burok megrepedt és ezzel a pete ürege

meg van nyitva, sok súlyos complicatio származhatik belőle. Ép burok mellett nem kell a méhet tevékenységre serkenteni; ez csak akkor szükséges, ha a burok már nem ép. Nem ép burok mellett a nyitott méhszájon át felvándorolnak a hüvely bacteriumai a méh üregébe és ott súlyos fertőzéseket okozhatnak. Sok mindennel kísérleteztek és kísérleteznek ma is, hogy megrepedt burok mellett a méhet munkára bírják és így a szülést siettetve, a bekövetkező súlyos complicatióknak elejét vegyék. Már régóta ismerik a chininnek méhcontractiót kiváltó hatását. Egyedüli hátránya az, hogy a hőmérséklet befolyásolva, elfedi az esetleges lázat, a mely a méh üregének a fertőzését jelzi. Secale-készítményeket csak akkor szabad használni, ha a méh már üres. Hypophysis-kivonatokat csak a kitolás legvégén, a mikor a szülés könnyen befejezhető. Szőlőcukor adagolásával is kísérleteznek mint fájástkeltő szerrel. A forró hüvelyöblítések, metreurynter és kolpeurynter alkalmazása, bougieknak a méh üregébe helyezése stb. mind olyan eljárások, a melyek fájáskeltésre alkalmasnak bizonyultak. Nagy hátránya a metreurynternek, hogy felvezetése közben feltoljuk vele a hüvelyben mindig jelenlevő pathogen csírákat. Ama biztosan fertőzött esetekre, a mikor a hőmérő is jelzi a fertőzés jelenlétét, vagy a folyásban kimutathatók a fertőző csírák, például gonococcusok, ajánlja az extragenitalisan alkalmazott ballonkezelést. Gummiballont vezet a rectumba, s a felvezetett ballont 100–150 cm³ meleg vízzel tölti meg. A ballon nyomást gyakorol a ganglion cervicalére és így reflectorice méhösszehúzóadásokat vált ki. 20 esetben próbálta ki olyan szülőkön, a kiknek elfolyt a magzatvizük s hőemelkedésük volt, vagy görcsö alatt a fluorban ki volt mutatható a fertőző csíra. Majdnem minden esetben a felvezetéstől számított 5–15 perc után erős méhtevékenység volt észlelhető és a szülés minden esetben 24 órán belül folyt le. Eljárását procteurysisnek keresztelte el. Nagy előnyét a következő pontokban ismerteti: 1. Gyorsan vált ki erőteljes méhcontractiókat. 2. A portióra gyakorolt nyomás által annak elsimulását siettet. 3. A ballon extragenitalisan lesz elhelyezve és így nincs szerepe a bacteriumoknak a méh üregébe való felvándorlásában. 4. A hátulsó hüvelyboltozatra nyomást gyakorol és így megakadályozza, hogy ott váladék felhalmozódhassék. 5. A ballon-alkalmazás technikája könnyű, nem kíván sterilizációt. 6. A ballon többször használható. 7. A hólyagra nem gyakorol nyomást, vizeleési panaszokat nem okoz. Az alkalmazás technikája nagyon egyszerű; egy felvezetőcsőre szerelt 100–150 cm³ őrirtalmú gummiballont vaselinnal való előző bekenés után feltol a rectumba és azután meleg vízzel tölti meg lassan; a felvezetőcsövet ezután elzárja. Nyálkahártya- vagy sphincter-sérülést sohasem látott. (*Zentralblatt für Gynaekologie*, 1922, augusztus.) *Sztehlo dr.*

Húgyszervi betegségek.

Epididymitis gonorrhoeica ellen *Saudek* 1918-ban ajánlotta volt a physiologiai konyhasóoldat-befecskendezést. Legújában *Richter* közli a Joseph tanár berlini poliklinikáján e módszerrel tett tapasztalatait, a melyek nagyon jók. Eleinte ugyan többször maradt eredménytelen a kezelés; a mikor azonban jól begyakorolták a technikát, a melynek lényeges pontja az, hogy az intrascrotalis térbe történjék a befecskendezés, úgyszólván kivétel nélkül feltűnő jó eredményt értek el. Az eljárás a következő: A tüt merőlegesen szúrjuk be a herezacskó alsó polusán a beteg oldalon és lassan, óvatosan haladunk előre a heréig; ekkor kissé visszahúzza a tüt, bal kezünk mutató- és hüvelykujjával a tüt tapogatva, meggyőződünk, vajjon csakugyan az intrascrotalis térben vagyunk-e, s ha igen, lassan befecskendezünk 10 cm³ physiologiai konyhasóoldatot, megfigyelve, nem képződik-e bőrbeszűrődés, vagy pedig nem fokozódik-e a fájdalom, jelétül annak, hogy a befecskendezés közben a tüt eltolódott és a scrotum bőrébe vagy a herébe jutott. A helyesen végzett befecskendezés hatása meglepő: nem csupán a fájdalom szűnik meg, hanem a beszűrődés is sokkal gyorsabban fejlődik vissza, mint más kezelés mellett, a vaccinás therapiát is beleértve. Legjobb az eredmény a kezdődő szakban levő esetekben. Kissé huzamosabb ideje

fennálló esetekben néha 1—2 nap múlva ismét fájdalmasság áll be, a mely azonban újabb befecskendezésre tüstént megszűnik. Csak kivételesen volt szükség legfeljebb 4 befecskendezésre; általában 1—2 injectio elegendő volt. Funiculitis eseteiben is jó hatású a konyhasóoldat-befecskendezés. Ilyenkor a funiculus spermaticus bal kezünk hüvelyk- és mutatóujjával rögzítve, bal mutatóujjunk vezetése mellett óvatosan a funiculust övező capsuláig hatolunk és 5 cm³-t fecskendezünk be a környékébe; fontos, hogy ne szúrjuk meg a funiculust. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 39. szám.)

Egyik részével a hólyagba került letört katheterdarabot Franke tanár a következő módon távolított el: a lágyrészeket át megfogva a jobb kezével a húgycsőben levő letört darabot, a lágyrészekkel együtt előre tolta s most megfogva az elülső részén a bal kezével, jobb kezével elengedte a lágyrészeket; az eljárást 20 percig folytatva, sikerült a jelzett fejlődésökkel a 13 cm. hosszú katheterdarabot eltávolítani. Az egyszerű, noha kissé fáradságos, türelmet igénylő eljárást jó ismerni manapság, a mikor a kathereterek minősége nem kifogástalan és ezért igen gyakran fordul elő katheter-törés. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1922, 39. sz.)

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A syphilis okozta szívbajokról és kezelésükről tartott előadást Voigt a nürnbergi orvosegylet május 11.-i ülésén. A mi a gyógyítást illeti, eleinte jódot kell adni, majd kénesőt, mindkettőt szívszerekkel kombinálva. Csak hetekkel, sőt hónapokkal ezután adjunk salvarsant kis adagokban. Intenzív salvarsankezelés mellett súlyos collapsus állhat be és néha irreparabilis elváltozások keletkezhetnek a beteg szövetnek salvarsan okozta túlgyors zsugorodása miatt.

A scillaren (Sandoz) Martini szerint úgy hat, mint a digitalis, azonban még olyan esetekben is használ, a melyekben a digitalis és strophantus hatástalannak bizonyult, főleg aortaelégtelenség és szívizomelfajulás eseteiben, hiányzó avagy mérsékelt vérnyomás mellett; a kedvező hatás ilyenkor vérnyomásemelkedés és pulzuslassúbbodás nélkül következhetik be. Per os 2—4 tableta, bõr alá vagy intramuscularisan pedig 1—3 ampullányi adandó naponként. (Schweizer med. Wochenschrift, 1922, 26. szám.)

Vegyes hírek.

Kinevezés. A kormányzó Hüttl Tivadar dr.-t a debreczeni egyetemen a sebészet nyilvános rendes tanárává nevezte ki.

Az orvosdoktori szigorlatokról szóló új szabályrendeletet a napokban bocsátotta ki a vallás- és közoktatásügyi m. kir. minister. Az új szabályrendelet a következőkben tér el az eddigi érvényben voltól: 1. Az első szigorlat két részre oszlik; az első rész (természettan és vegytan) a második felév, a második rész (boncztan és élettan) pedig a negyedik felév végén teendő le. 2. A belgyógyászati szigorlatot illetően a klinikai vizsgát megelőzőleg a szigorlónak 6 napig a rendes munkaidőben a klinikán kell tartózkodnia, a beteglátogatásokon résztvennie, betegeket észlelnie, a tanszemélyzet utasítása és ellenőrzése mellett diagnosztikai vizsgálatokat végeznie; ez idő alatt a tanár a szigorlóhoz intézett kérdések alapján meggyőződést szerez gyakorlati jártassága és ismereteinek alapossága felől. 3. A közegészségtan és törvényszéki orvostan, a mely eddig a II. szigorlat tárgya volt, ezután a IV. szigorlat tárgya és a III. szigorlat befejezése után két hónappal tehető le. Az új szabályrendelet egészében kötelező azon orvostanhallgatókra, a kik az 1922/3. tanév első felétől kezdve léptek a tanfolyamra, a II. szigorlattól kezdve pedig azokra a hallgatókra is, a kik a rendelet életbelépéskor 1—6 félévet már töltöttek orvosi egyetemen; míg azokra, kik már 7.—10. félévüket végzik a rendelet életbelépéskor, a régi szigorlati szabályrendelet intézkedései az irányadók.

A magaslati physiologia és a gümőkór tanulmányozására intézetet létesítenek Davosban; igazgatójává A. Loewy berlini tanárt hívták meg.

Heine-Medin-járvány uralkodik Közép- és Délnémetországban; Tübingenben 53 esetet, Marburgban 80 esetet jelentettek be.

Személyi hírek külföldről. Siebenmann tanár utóda a baseli oto-laryngológiai klinikán Oppikofer tanár lett. — R. Fischl rendkívüli tanárt a prágai német egyetemen a gyermekorvostan rendes tanárává nevezték ki. — W. Stepp dr.-t Giessenben a belorvostan rendkívüli tanárává és a poliklinika igazgatójává, B. Slavik dr.-t pedig a prágai német egyetemen a szemészet rendkívüli tanárává nevezték ki.

Meghalt. C. A. Pekelharing, az általános kórtan és kórboncztan tanára az utrechti egyetemen, 74 éves korában szeptember 19.-én.

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

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA VII., Városligeti fasor 13—15. Telefon: József 52—29. — Sebészeti-, női-, belbetegnek, szülőknek. Rádium-kezelések. Vegyi Röntgen-laboratorium.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete IV., Ferenc József rakpart 26. Telefon József 86—76.

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. Szilas diagnosztikai laboratoriuma, Erzsébet-körút 22. Tel.: József 129-27. Bacteriologia, serologia.

Szt. Gellért gyógyfürdő és szálló Budapest A régi nagyhrű Sárosfürdő 47° C forrásaival.

Termális és fizioterapiás gyógyintézet. Iszap-, szénsavas fürdők, vizgyógyintézet, pneumatikus kamra, inhalatorium, gégyógyászat, villam- és fénykezelések stb. Diéta konyha. Belső bajokban szenvedők számára. Laboratorium. Röntgen. Vezető főorvos: Dr. Benzúr Gyula, egyet. magántanár.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratoriuma. Budapest V. Nagykorona-u. 32. Telefon 87—73.

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légtúrák. Pneumothorax. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh koronától kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással utlevél-ügyben szolgál: Menetjegyiroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-tér 1.

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

PÁLYAZATOK.

900/1922. sz.

Vasvármegye közkórházának sebészeti osztályán Szombathelyen az alorvosi állás betöltésre kerül, a melyre ezennel pályázatot hirdetek. Felhívom a pályázni kívánó orvos urakat, sziveskedjenek okmányokkal kiegészített kérvényeiket méltóságos Maróthy László dr., Vasvármegye főispánjához intézve, hozzám folyó évi november hó 2.-áig bezárólag beküldeni.

Előnyben részesülnek azon orvostudor urak, kik műtőoklevéllel vagy sebészeti gyakorlattal rendelkeznek.

Javadalmazás: Elsőosztályú természetbeni ellátás (élelmezés, lakás, fűtés, világítás); a X. fizetési osztálynak megfelelő évi 2000 korona törzsfizetés; 1700 korona évi háborús segély és havi 3100 korona rendkívüli segély.

Szombathely, 1922 október 14.

Pető Ernő dr., s. k., igazgató-főorvos.

210/1922. szám.

A csanádvarmegyei Szent István-közkórháznál lemondás folytán üresedésben lévő két alorvosi (egyik sebészeti, egyik belgyógyászati) állásra pályázatot hirdetek.

Az állások javadalma a X. fizetési osztálynak megfelelő évi 2000 korona fizetés, az ez után illetékes évi 1000 korona ideiglenes segély, évi 1700 korona háborús segély, havi 375 korona drágasági és havi 3100 korona rendkívüli segély, kizárólag a saját személyére egy szobából álló lakás, fűtés, világítás és elsőosztályú élelmezés. Ezeket kívül a kinevezendő alorvosok tagjai a közalkalmazottak beszerzési csoportjának és kedvezményes árú ellátásban is részesülnek.

A kinevezés egy évre szól, a mely egy évvel meghosszabbítható, magánygyakorlat folytatása nincsen megengedve. Belgyógyászati alorvosi állás betöltésénél a Röntgen- és laboratoriumi vizsgálatban jártasok előnyben részesülnek.

Felhívom a pályázni szándékozókat, hogy képesítésüket és eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket Csanádvarmegye Méltóságos Főispánjához címezve a fenti közkórház igazgatóságához folyó évi november hó 6.-áig adják be, mert a később érkezők nem fognak figyelembe vétetni.

A kinevezettek kötelesek állásukat azonnal elfoglalni.

Makó, 1922 október hó 14.-én.

Uray Vilmos dr., igazgató-főorvos.

Symmetrie-Röntgen-mélytherápiára a legkövetkezőbb készülék.

Telefon: ODELGA R.-T. VI., Andrassy-út 28. Telefon: 68—16. Sürgőnyezim: Medodelga Budapest. 37—04.

Ergotina Styptica dr. Egger

Haemostaticum, analepticum és véredénytonicum,
néhai Prof. Laufenauer utasítása szerint készül
5% cotarninnal.

Verobromal dr. Egger }
Hypnodon dr. Egger } orvosi-
elismert
hypnoti-
cumok.

Syrup Hypophosphit comp. dr. Egger

Egy negyed évszázad óta kedvelt nervinotonicum.

Az Egger sterilizáló laboratóriumában ampullázott
dr. Pápay int. vaccinák tuberculosis-kezelésre:

- Tuberkulin** sec. Dr. Pápay-intézet (Alltuberkulin Koch).
- Tbc.-bacillus-emulsio** (Neutuberkulin Koch)
- Trichotuberkulin** dr. Pápay intézet.

Neuritisek kezelésére:

Neurolysin sec. dr. Pápay int.

Bacterium autolysatum neurotropicum.

Irodalommal stb. szívesen szolgál:

Dr. Egger Leo és Egger J. Budapest, VI.

Dr. Pécsi Dani és Dr. Pécsi István

oltóanyag termelő-intézete

a magyar állami serumtermelő intézet szétküldő osztálya.

Himlőnyirok **Serumok**
Budapest, IV., Eskü-ut 6. Klotild-palota.
Telefon 58-97.



PANACEA GYÓGYSZERVEGYÉSZETI R-T-BUDAPEST

FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA R-T.

BUDAPEST, IV., CALVIN-TÉR 3. félemelet.

Fióközetek: VII., Rákóczi-út 78 és IV., Vámház-körút 8.
Nagy állandó raktár orvosi műszerekben, kötszerekben,
betegápolási cikkekben. Művégtaggyártás és műszerjavítás.
Telefon József 19-24.

ALJODAN

Jodaethylalophanat.

49% jodtartalom.

A gyomrot nem izgatja,
csak a bélből szívódik fel,
iztelen, lipotrop és neurotrop

} mint az organikus
jodvegyületek.

Gyorsan és quanti- } mint a jod-
tative szívódik fel } kalium.

Tabletták à 0.25 g; pulvis 10 g-os eredeti phiolákban.

DOMATRIN

Domopon c. Novatropino.

Egyesíti a Domopon fájdalomcsillapító hatását a Novatropin görcsoldó, secretio-csökkentő stb. hatásával.

Javallatai: Gyómorbántalmakkal (ulcus, cardialgia, pylorus spasmus stb.) járó fájdalmak.
Epekő- és vesekőképződésnél, dysmenorrhoea.
Tuberculotikusok éjjeli izzadása.
Aether-chloroform-narcosis bevezetése.

Egy Domatrin-tabletta = 0.01 g Domopon + 0.002 g Novatropin.

Egy ampulla Domatrin-injectio = 0.04 g Domopon + 0.0015 g Novatropin.

CHINOIN **GYÓGYSZER- ÉS VEGYÉSZETI** **UJPEST.**
TERMÉKEK GYÁRA R-T.

ORVOSI HETILAP

Alapította: Markusovszky Lajos 1857-ben. Folytatta: Antal Géza és Högyes Endre.

SZERKESZTI ÉS KIADJA:

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

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK.

Guszman J. és Pogány M.: Közlés a székesfővárosi régi Szent János-kórház nemibeteg-osztályáról. (Főorvos: Guszman József dr., egyetemi magántanár.) Kísérletek a syphilisnek bismuttal való kezelésével. 419. oldal.

Markovits Pál és Baló József: Közlemény a budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem I. sz. kórbonczani intézetéből (igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi ny. r. tanár), valamint a Szent István-kórház nőgyógyászati osztályáról (főorvos: Szili Jenő dr.) és prosecturájáról (főorvos: Johan Béla dr., egyetemi magántanár). Kettős torzképződés két esete. 421. oldal.

Bóky János: A „Gesellschaft für Kinderheilkunde” s a német orvosok és természet-kutatók ülése Lipcsében. 423. oldal.

Kluge Endre: A magyar elmeorvosok VII. értekezlete. 424. oldal.

Irodalom-szemle. Könyvismertetés. Rhorer László: Physika egyetemi és főiskolai hallgatók számára. — **Lapszemle. Ideg- és elmekörtan. Hauptmann:** A katatoniasok psychomotoros zavarai. — **Szemészet. Pichler:** A belső szemzug ritka rendellenességéről. — **Gyermekorvosok. Kutter:** A kanyaró elleni védőoltásról. — **Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.** 426–427. oldal.

Vegyes hírek. 427. oldal.

Melléklet: Szemészet 2. szám. Szerkeszti: Grósz Emil dr., egy. ny. r. tanár.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Közlés a székesfővárosi régi Szent János-kórház nemibeteg-osztályáról. (Főorvos: Guszman József dr., egyetemi magántanár.)

Kísérletek a syphilisnek bismuttal való kezelésével.

Irta: **Guszman J. dr.,** közkórházi főorvos és **Pogány M. dr.,** közkórházi segédorvos.

Az elmúlt másfél esztendőben francia orvosok oly kiváló eredményeket közöltek a syphilisnek bismut-készítményekkel való kezelése terén, hogy szükségesnek tartottuk a kérdéssel foglalkozni s gyógyító kísérleteinkkel annak tisztázásához hozzájárulni. Célunk végrehajtásában fokozta igyekezetünket az a körülmény is, hogy az első francia vizsgálók kiváló eredményeit most már más országbeli kísérletezők is megerősítik, a kik a bismut-therapiában igen komoly haladást vélnek megállapíthatni. A syphilis-therapia körül felmerülő új eljárások vagy gyógyszerek vizsgálása véleményünk szerint nagyon is indokolt, tekintve, hogy a lues gyógyításának problémája — a kétségtelenül óriási haladás ellenére is — még fölötte sok megoldásra váró feladatot rejt magában.

Mielőtt a bismut-kezeléssel való gyógyító kísérleteinkről beszámolnánk, szükségesnek tartjuk, hogy a kérdésre vonatkozó eddigi fontosabb irodalmi adatokat vázlatosan ismertessük, tekintve, hogy azok hazai orvosirodalmunkban idáig méltatásban még nem részesültek.

A több mint három évtized előtt **Balzer** által ajánlott bismut-therapia feledésbe mentvén, a bismut-vegyületeknek a syphilis-therapiába való bevezetését **R Sazerac** és **C. Levaditi**¹ kutatásainak köszönjük. Első kísérleteikben **Sauton** és **Robert** vizsgálataira támaszkodtak, a kik a bismutnak a tyúkspirillosisra és a trypanosomiasisra való praeventiv s bizonyos fokig gyógyító hatását tudták kimutatni. **Sazerac** és **Levaditi**² a kísérleteket megismételték, sőt azokat csakhamar a kísérleti házinyúl-luesre is kiterjesztették. Vizsgálataikhoz főként a kalium és natrium bismut-tartrátot használták, részben subcutan, részben intramuscularisan. A szerzők a bismut-vegyületekkel való kísérleteiket hamarosan az emberi luesre is átvitték, a melyet ugyancsak kalium és natrium bismut-tartrattal kezeltek, számszerint 5 esetben (1 primaer-affectio, 2 secundaer lues- és 2 tertiaer lues-eset). A feltűnő jó eredménnyel járó e kísérletekből azt a tapasztalást szűrték le, hogy a bismut-tartrátnak egyedül az olajos suspensiója alkalmas gyógyításra, és pedig intramuscularisan. Nem alkalmas azonban a bismutnak subcutan injectiója, az intravenás alkalmazása pedig egészen elvetendő, mert erősen mérgező. **Sazerac** és **Levaditi** eredményei kitűnőnek látszanak, a mennyiben primaer-affectióból a spirochaeták a 3. napon eltűntek s a negatív Wassermann-reactio továbbra is negatív maradt. Feltűnő gyors klinikai gyógyulást észleltek a syphilis secundaer

és tertiaer eseteiben is. A szerzők a bismut mellékhatásaként még egy fuso-spirillumos stomatitisről tesznek említést, melyhez a foghúsnak az ólomszegélyhez hasonló szürke pigmentációja is járulhat. **Sazerac** és **Levaditi**³ egy további előadásukban kiemelik, hogy a kalium-natrium bismut-tartrátnak relative igen csekély a mérgező hatása, noha annak erélyes antilueses hatásáról azóta más kísérletezőknek is volt alkalmuk meggyőződni.

Fournier és **Guénot**⁴ 150 különböző stadiumbeli lues-esetet kezeltek, elsősorban natrium-kalium bismut-tartrattal, de kísérleteztek ammoniás bismut-tartrattal, sőt jod-bismut-chininattal is. E szerzők a bismut-készítményeket igen erélyes antisiphiliticumoknak tartják, melyek a betegség bármely szakában eredménnyel alkalmazhatók. Egy-egy kúrához 10–12 intramuscularis injectiót ajánlanak (à 0.2–0.3 gr.), mely mennyiség körülbelül egy hónap alatt kerül a beteg szervezetébe. A bismutnak a Wassermann-reactióra való hatása tapasztalásuk szerint kissé vontatott s csak a második injectió cyklus (kúra) nyomán kezd mutatkozni. A bekebelezett bismut vizsgálataik szerint a vérben, liquorban, vizeletben, epében, nyálban, verejtékben és bélsárban mutatható ki. Szájszövedményeikről **Fournier** és **Guénot** is tesz említést.

Ugyancsak kedvező gyogyeredményről számol be **Lima**⁵ 4 eset, **Bernard**⁶ 6 eset s **Marie** és **Fourcade**⁷ 10 eset kapcsán. Az utóbbi két szerző főként lues cerebri eseteiben észlelt kiváló hatást a bismut-injectióktól. Ezzel szemben paralysis progressiva-esetekben az eredmény nem volt biztató.

E most említett észlelések és kísérletek, melyekről a szerzők a mult évben számoltak be, a folyó esztendőben is folytatódtak. Így **Sazerac** és **Levaditi**⁸ emberi luessel oltott házinyulakon igen gondos kísérletekben kutatták a bismut-vegyületek prophylaxisos hatását. Kísérleti vegyületként a kalium-natrium bismut-tartrátot (tartro bismuthate de sodium et de potassium) és a vízben oldódó bismut-lactatot (lactate de bismuth) is használták. A prophylaxisos hatást állatkísérleti úton részben úgy kutatták, hogy iparkodtak a praepitium scarificatiójával létrehozott infectiót megakadályozni, részben oly módon, hogy egészséges állaton igyekeztek a fertőzést meggátolni, miután azt előzetesen párosodás céljából syphilises állattal hozták össze. A kísérletek érdekes adatokat nyújtottak s kétségtelenül bizonyítják, hogy a bismut-kezelés bizonyos formában és az első órákban megakadályozhatja a syphilises fertőzés kifejlődését. Így scarificatióval végzett syphilis-oltások nyomán 3 órával később végzett intramuscularis injectióval sikerült az infectiót meggátolni. Ezzel szemben a szájon át bevitt bismut-pép egyetlen esetben sem tudta a fertőzést megakadályozni. Ugyancsak prophylacticumnak látszott ellenben a bismut akkor, ha a szerzők azt rectalisan alkalmazták. Ezenkívül az oltás helyén alkalmazott bismut-vegyülettel is sikerült a fertőzést az esetek nagyobb számában megakadályozni, ha 33%-os kenőccsel történt az

inficiált terület bedörzsölése (6 eset közül 4 ízben). A párosodási actus nyomán létrejövő infectio ellen (5 pár állat 5 napig együvé zárva, a minek 3 graviditas volt az eredménye) a 4 napon át ismételt kenőcs-frottirozás védelmet nyújtott, a mennyiben a kísérleti 5 lueses állat a másik 5 egészséges állatot nem fertőzte meg.

Sazerac és Levaditi,⁹ mjtán a legkülönbözőbb bismutvegyületekkel kísérleteztek, egy újabb összefoglalásban határozottan a bismut-borkősavat tartják emberi kezelésre a legalkalmasabbnak. A vizes oldatok helyi izgalmat és fájdalmat okozó tulajdonsága miatt már csak a bismut-borkősavnak olajos suspensióját ajánlják. A kalium-natrium bismuttartatból Chénal és Douilhet laboratoriuma Párisban steril olajos suspensiót készített és hozott forgalomba „trépol“ néven. Ez a trépol („actif“ 10%-os tartro-bismuthaté de potass. et de sodium) steril 4 cm³ tartalmú ampullákban kerül forgalomba, valutaris viszonyainknak megfelelően, sajnos, csaknem megfizethetetlen árban. A legtöbb vizsgálat jelenleg a trépol-lal folyik, noha a Chénal & Douilhet-féle laboratorium most már egy újabb készítményt állít elő „néo-trépol“ néven, melynek bismuttartalma körülbelül 96%, hatása pedig állítólag erősebb a trépolénál. Az úgynevezett „trépol indolore“ a trépolnak alkalmas új (concentrációjú) módosítása.

Ezek után röviden azokat a legújabb tapasztalásokat óhajtjuk még megemlíteni, melyekről más szerzők számoltak be. R. Azoulay¹⁰ legjobbnak a jod-chinin-bismutvegyületet (30% bismut) tartja, mert fájdalomtalan és stomatitist nem okoz. Hivatkozik lues maligna praecox egy esetére, mely előzetesen kénesővel sikertelenül volt kezelve s e bismutkészítmény alkalmazásától egy hónap alatt meggyógyult. Ugyancsak jó hatást tapasztalt a bismuttól Sicilia,¹¹ a ki azonban vízben oldható készítményeket használt, mert megfigyelése szerint azok erősebb hatásúak (ammoniakalis bismut-citrat, bismut-salicylat, bismut-phosphat). Főként bismut-citrattal kísérletezett Fabregue¹² is (olajos suspensio, 2—3 naponként 0.2—0.3 gr.), a ki ugyancsak dicsőően nyilatkozik a bismuttherapiáról.

Kevésbé kedvezően nyilatkozik azonban a bismuttherapiáról Greco és Muschiatti,¹³ a kik különböző vegyületekkel kísérletezve, általában nem ismerik el a francia szerzők kitűnő eredményeit. Szerintük a bismut csak kiegészítője lehet a kénesőnek és salvarsannak s nem teheti nélkülözhetővé e két utóbbi szert. Mivelhogyszerintük a primaer affectiók a bismutkezelésre csak lassan fejlődnek vissza s induráltóságuk is sokáig áll fenn, abortív, sterilizáló kezelésre alkalmatlannak tartják az új terapiát.

A német irodalomban eddig Müller, Naegeli és Bloch s legújabban Felke közleményeit ismerjük a bismutról. Valamennyi szerző tapasztalásai fölötté kedvezően hangzanak.

H. Müller¹⁴ összesen 25 esetben vizsgálta a „trépol“ nevű készítményt. A szerző a tünetek gyors visszafejlődését különösen kiemeli s a bismutnak a condyloma latumokra való erőlyes hatását egyenesen a salvarsannal helyezi egy sorba. A spirochaeta pallida eltűnése a lueses jelenségekből azonban valamivel lassúbb, mint salvarsan alkalmazásakor. Egy egy kúrára 10 intramuscularis trépol-injectiót adott (4 naponként 2—3 cm³ trépol).

Naegeli¹⁵ a berni dermatologiai klinikáról rendkívül kedvezően nyilatkozik a bismut antisiphilises hatásáról s azt specificumnak tartja. Két készítménnyel kísérletezett, a trépollal és egy chinin-jodo-bismutattal („Quinby“), mely utóbbi vegyület 30% metallikus bismutot tartalmaz. Naegeli tapasztalása szerint primaer affectiókból a spirochaeták rendszerint már a második injectio után tűnnek el tartósan. A condyloma latum bámulatos gyors eltűnését csak úgy, mint Müller, külön kiemeli s a bismut e hatását a salvarsan hatása fölé helyezi. Véleménye az, hogy a bismut a salvarsan mellé való, bár ennél általában kissé gyöngébb. Vannak azonban esetek, a mikor a bismut a salvarsannál is jobban hat. Nagyjában ugyanazon a véleményen van Bloch.¹⁶ Az a nézete, hogy a bismut klinikai és bactericid szempontból közel áll a salvarsanhoz, de azt nem éri el hatás dolgában, a kénesőnél azonban erősebb szernek tartja. Bloch kiemeli, hogy noha

olykor könnyű stomatitist és múló albuminuriát észlelt, a kezelést sohasem kellett félbeszakítani.

Felke¹⁷ a rostocki klinikán igen jó eredményt látott a trépollal, de annak drágasága miatt áttért a „milanol“ nevű német bismut-készítményre (trichlorbutylmalonsaures Wismut), mely ugyanolyan jó szolgálatot tett, mint a trépol. Kísérletei 14 lues-esetre vonatkoznak s feltűnő, hogy a positiv Wassermann-rectio elég gyakran már a kúra végén (10—14 injectio) negatívvá vált.

Kísérleti eredményeink összeállításával már végeztünk, a mikor Lehner J. és Radnai E.¹⁸ érdekesen számoltak be azon gyógyító kísérleteikről, melyeket 13 syphilises egyénen „trépol“-al végeztek. Tapasztalásuk alapján ők is jó antisiphiliticumnak minősítik, mely a syphilises nyilvánulásokat feltűnő gyorsan gyógyítja. A Wassermann-reactio negatívra fordulását ők csak a kúra befejezése után 4—6 héttel később észlelték.

Eme csak vázlatosan ismertetett, számunkra hozzáférhető irodalmi adatokból kiviláglik, hogy a syphilis bismutkezelése feltűnő jó klinikai eredménnyel jár, igen biztató, komoly eljárásnak látszik, melynek hatását érdemes továbbra is behatóan tanulmányozni.

Eddigi kísérleteink 21 syphilis-esetre vonatkoznak. Lehetőleg tanulságos, kifejezett és súlyosabb klinikai tüneteket mutató eseteket választottunk ki. Eseteink zöme a friss secundaer tüneteket mutató lueses egyének sorából került ki, de azért természetesen más időszakból való eseteket is vontunk kísérleteink körébe. Gyógyító kísérleteinkben több szempontot kellett figyelembe vennünk. Az első és legfontosabb az volt, hogy megállapítsuk, mily mértékben tudja a bismutkezelés egymagában a klinikai tüneteket befolyásolni. E célból általában még helyileg sem alkalmaztunk gyógyszert, a mi lehetővé tette, hogy a bismut-injectiók hatását zavartalanul megfigyelhettük. Végezve ezekkel az elsődleges gyógyító kísérletekkel, a melyekből kitűnt a tiszta bismuthatásnak ereje, áttértünk annak a megállapítására, hogy a bismutkezelés kombinálható-e más, már bevált antisiphiliticummal. A bismutkezelést első sorban salvarsan-injectiókkal kombináltuk, mint a hogy azt már H. Müller is üzte. Egy további kérdés az volt, hogy a bismutkezelés kombinálható-e kéneső-kúrával, mely eljárásra nézve idáig még nem találtunk adatot az irodalomban. Tekintve, hogy a bismutvegyületek intraglutaalis injectiók segítségével kerülnek a szervezetbe, a koml inált kéneső-kezelést kenőkúra alakjában alkalmaztuk.

A syphilisnek bismutkezelésében a bismut-tartarot alkalmaztuk, mert az látszott az irodalmi adatokból a legalkalmasabbnak. E célra a Richter-féle „bismoluol“ nevű készítményt használtuk, mely a dikaliumbismuthotartaricumnak 10%-os ol. olivarumos steril suspensiója. Ez a bismoluol, mely 2 cm³-es ampullákban kerül forgalomba, az eddigi tapasztalásunk szerint teljes mértékben megfelelni látszik azon követelményeknek, melyeket a syphilis-therapiában alkalmazható bismut-készítményektől várunk s már e helyen kiemelhetjük, hogy a vele folytatott gyógyító kísérleteink ugyanolyan kitűnő eredményeket szolgáltattak, mint a minőkről a fent felsorolt külföldi irodalmi adatokból értesültünk. A francia „trépol“ nevű készítményt csak az egyik esetünkben alkalmaztuk, de ez is jó szolgálatot tett, mert hatását némileg összehasonlíhattuk a bismoluol hatásával.

A bismutkezelést eddig 21 kifejezett, jórészt súlyos lueses tüneteket magán viselő esetben alkalmaztuk. Gyógyító kísérleteink nagyobb számában egyedül bismoluollal kezeltük a betegeket s a helyi kezelést igénylő súlyosabb elváltozásokat (gummás ulceratiók) is csak többé-kevésbé indifferens szerekkel (nem Hg) borítottuk. Condylomata lata eseteiben, bár azok óriási tömegűek voltak, semmiféle borító gyógyszer nem alkalmaztunk. Ily módon módunkban volt a megfelelő esetekben a tiszta bismuthatást szigorúan nap-nap után észlelni.

Külön megválasztott betegeink a syphilis különböző szakaiából valók voltak s valamennyi a kezelésük megkezdése előtt más antilueses kúrában még nem részesült. A betegek elosztása a következő volt: lues I. 1 eset, lues II. 16 eset,

lues III. 4 eset. Egyedül bismuttal 14 esetet gyógyítottunk, a többi 7 e etünkben a bismutkezelést annak folyamán salvarsannal, kénesóval kombináltuk. A bismuttal való egyedüli kezelés természetesen csak a gyógyító kísérlet tartamára vonatkozott (átlag 12, 2—3 naponkénti injectio) s nem zárta ki azt, hogy az esetek egy részében utólag, a kísérlet lezajlása után s jóllehet, hogy a klinikai tünetek tökéletesen elmúltak már, folytatásképpen egyéb kezelést ne alkalmaztunk volna.

(Vége következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. Pázmány P. ter-tudományegyetem I. sz. kórboncztani intézetéből (igazgató: Buday Kálmán dr., egyetemi ny. r. tanár), valamint a Szent István-kórház nőgyógyászati osztályáról (főorvos: Szili Jenő dr.) és prosecturájáról (főorvos: Johan Béla dr., egyetemi magántanár).

Kettős torzképződés két esete.

Irta: Markovits Pál dr., a nőgyógyászati osztály segédorvosa és Baló József dr., egyetemi tanársegéd, a prosectura alorvosa.

(Vége.)

II. A második kettős torz, a thoracopagus anyja kilenczed-szer szülő, 34 éves munkásasszony, 1921 február 27-én este 9 óra felé jött be osztályunkra azzal, hogy normális terhesség után szülése a várt időnél 2—3 héttel korábban (az utolsó tisztulás után 264 nappal), aznap reggel megindult és magzatvize a délutáni órákban elfolyt. A közép-termetű asszony külső medenczeméretei normálisak. Bejövetelkor a nagyon feszes has- és méhfalon át csak annyit volt megállapítható, hogy a fej a bemenetben van és a hát előre és kissé jobbra tekint. A fájások és magzati szívhangok jók voltak. A szülés haladni látszott, az anya hőmérséklete és pulsus normális volt, úgy hogy a belső vizsgálatra ok nem forgott fenn.

Éjfél felé, tehát körülbelül 3 óra mulva azonban, mikor a fej mutatkozni kezdett, a fájások ritkultak, sőt majdnem teljesen kimaradtak, úgy hogy a szülést vezető szülésznő az osztály ügyelő orvosát értesítette, a ki miután a magzati szívhangok is gyengültek és az uterus fájásszünetben is meglehetősen feszes volt, óvatossá Kristeller-féle expressióhoz fogott és ezzel sikerült is a fejet megszületésre bírnia. A fej megszületését azonban a vállak nem követték és a szülés teljesen megállt. Lemosakodás után a következő leletet találtuk: A megszületett, teljesen cyanosisos fej a szeméremrés előtt az anya jobb czombja felé fordulva. Hátul a bal, elől a jobb kar, illetőleg váll a fej mellé szorítva körülbelül a felkar közepéig szintén megszületett. Úgy látszik, mintha a fejet valami úgyszólván „visszahúzná”, úgy hogy az szelep módjára elzárja a vulvát; mégis, kilenczed-szer szülőről lévén szó, sikerül mellette egész kézzel felhatolni. A magzat hasi oldalán, a mely most már az anya jobb oldala felé tekint, a jugulum alatt a mellkas előre kiszélesedik és csontos összeköttetéssel egy másik mellkas jugulumához kapcsolódván, a bemenet felett egy másik nyakra folytatódik, a melyen egy második fej ül. Ez a bemenet felett úgy helyezkedik el, hogy az arc az anya háta felé tekint. Körülötte az uterus meglehetősen feszes. Éppen ezért, valamint mert a csontos összeköttetés az utat elzárja, ezen az oldalon nem lehet feljebb hatolni. Az anya bal medencze-felében felhatolva, a részben megszületett magzat háta mellett annak faráig, a mely az anya medenczebemenete felett van, lehet felkúszni. Ezzel a kettős torzképződés diagnózisát biztosítva volt, és pedig miután az első mellkas a jugulum alatt elül szélesedett ki és ment át a másikba, thoracopagusra gondoltunk.

Tekintettel arra, hogy e vizsgálati lelet alapján, a mikor a bemenet felett elhelyezkedő második fej felett a méh alsó szakasza már meglehetősen elvékonyodva kifeszült, a szülés veszély nélküli spontan lefolyására nem számíthatunk, a már időközben különben is elhalt magzatok (szívhangok már nem voltak hallhatók) darabolására határoztuk el magunkat.

A műtétet osztályunk főorvosának megbízásából következőképpen végeztük (Markovits): A megszületett fej alatti jugulumon keresztül perforálva a már részben megszületett első magzat törzsét evisceráltuk. Most az összeesett törzs háti oldalán, vagyis az anya bal csípő-keresztvájulatában jobb kézzel felhatolva, a magzati gerincoszlopot a bemenet alatt kezünkkel átfogva és a hasi oldal felé mintegy betörve, ennél fogva óvatosan lesimítjuk a bemeneten a fart és a lábakat, úgy hogy ezen első magzatot mintegy con duplicato corpore extraháljuk. Ebben a pillanatban ez az első magzat a vulvába behatoló széles mellkasi összeköttetésén függve úgyszólván a levegőben áll a vulva előtt. E széles mellkasi összeköttetés mellett, a mely a mellkasnak majdnem egész elülső felületére és a hason le a köldökig terjed, betapintva, a bemenetben a másik, e pillanatban a bemenet fölött ferdén elhelyezkedő magzat lábát érezzük. Azonban daczára annak, hogy a második magzat egyik lába így a kezünkbe akadt, tekintettel arra, hogy a magzatvíz 8—10 óra előtt elfolyt és az uterus alsó szakasza elvékonyodott, az ikrek mellkasi összeköttetéseinek fenntartása mellett, miután ez nagyon nagy feszülést okozott és a műtökező tevékenységét gátolta volna, meg sem kíséreljük a második magzat megfordítását. Csak miután ezt a részben csontos összeköttetést erős ollóval mindenütt a vulva előtt átvágtuk, fordítjuk meg óvatosan a második magzatot a már előbb is a bemenetben tapintott lábánál fogva. A fordítás, a mely alatt az anya

lány részzeit az átvágás helyén kiálló csontoktól tenyerünkkel védjük, valamint e második magzat extractiója most már elég könnyen sikerül.

Az anyának régi gátrepedéséből származó hege részben szétfeszített, valamint 1—2 jelentéktelen hüvelyi horzsolása van, egyébként azonban jelentős sérülés nélkül erőteljes 72-es pulussal ébred a chloroform-aether-keverékkel végzett narcosisból. Uterusa, a melyet a lepény eltávolítása után alkohollal és steril vízzel átöblítettünk, jól kontrahálódik. Vérzés nincs.

A lepényt 15 perc mulva enyhe Credé-fogással távolítjuk el. Látszólag két részből áll, de a két rész között nemcsak az erek útján való, de valószínűleg placentaszövetes összeköttetés mutatható ki. Az egész lepény együtt 28 cm. hosszú, 19 cm. széles, a két rész méretei 19×18 és 13×12 cm. A köldökzsinór a közös köldöktől mintegy 45 cm. hosszú darabon külsőleg egyes, de a két magzathoz tartozó összes köldökerek megtalálhatók benne. Ezen túl a lepénytől 18 cm.-re két ágra oszlik és mindkét placentarészhez halad egy-egy ága. A két ág között egy amnion-redő található. Mindkettő ad anastomozó ereket.

Az eldarabolt, de mint a 8. ábrán látható, később jól rekonstruált kettős torz thoracopagus, tetrabrachius, tetrapus (pontosabban sternopagus) és a gemini conjuncti aequales cum conjunct. media főcsoportba tartozik. A magzatok, mint a kettős torzok, miután egypetéjű ikrek, általában mindig, itt is egy nemhez tartozók, és pedig fiúk. Az egyik 50 cm. hosszú, fejkerülete 34 cm., a második 48 cm. hosszú. fejkerülete 33 cm., együttes súlyuk az eviscerálás után 4700 gr.

Testük alakában lényeges eltérés nem található. A nagyobbik magzat jobb lába dongaláb-állásban van és a behajlás helyén a bőr hegedést mutat.

A mennyire az eviscerálás és darabolás közben történt roncsolás mellett megállapítható volt, a két magzat összeköttetése a körülbelül 9 cm. hosszú és 5 cm. ovalis nyíláson át történt. Ezen nyílás két oldalán két külön sternum volt felismerhető, és pedig a közös mellkas mindkét oldalán egy-egy, a melyhez mindkét oldalon és oldalról mindkét magzat bordái haladtak. A sternumok a manubriumoknál egyesülnek. A négy clavicula is külön-külön megtalálható. (Lásd a 9. ábrát.)

Mindkét thymus meglehetősen nagy. A rekesz közös. A közös rekesz alatt a nagy közös májnak a bal (eviscerált) magzathoz tartozó részének részben roncsolt felszíne látható a bal magzat epehólyagjával együtt. A széles máj elülső felszínén egy fehéres, valószínűleg hegszerű raphe végződik, a mely a magzatok egyesült májainak határát jelzi. E raphe alatt ugyanis a fölöttéte lévő májnak mintegy tükörképeként látható a jobb magzathoz tartozó máj, alsó felszínén a hozzátartozó epehólyaggal. A két máj egyesülési helyéből készített mikroszkopi metszeteken a májállomány mindenütt folytonos és sehol hegnek, rostos kötőszövetnek, vagy más olyan szövettani jelenségnek, a mely a két májnak a szó szoros értelmében vett összenövését mutatná, nyoma sincs. (Úgy látszik, hogy a thoracopagusoknál a belső szervek közül a máj az, a mely a legtöbbször közösséget, illetőleg legalább is kapcsolatot mutat. Olyan esetekben is, a mikor az összeköttetés csak egy keskeny hídra szorítkozott, ha abban belső szervek részletei is helyét foglaltak, többnyire a két máj között kihúzódott közös nyúlványról volt szó. Így a sziámi ikreknél egy vérér kötötte össze a két májat, míg a többi belső szerv különálló volt. A brazilai nővérekben (Rosalina-Mária), a kiket később műtét útján elválasztottak, szintén csak a májak között volt nyúlványos összeköttetés. Jeutter esetében ugyancsak a máj volt közös.)

A két magzatnak egy közös nagy szíve van (lásd a 10. ábrát), a szív elülső felszínén barázda látható, a mely a jobb és bal magzathoz tartozó szívek határát jelzi. Ez a határ azonban csak külsőleg van meg, mert tőle jobbra és balra csak egy-egy, az egész szívben összesen tehát két pitvar és két kamara található. Mindkét kamarából symmetriásan ered egy-egy nagy arteriás törzs, a mely mindkét oldalt ivbe megy át és azután a megfelelő oldali magzat gerincoszlopa mellett halad lefelé, és pedig jobboldalt a gerincoszlop jobb, baloldalt a gerincoszlop bal oldalán (miután a két magzat nem nézett eredetileg egymással teljesen szembe, hanem a jobb magzat bal válla és a bal magzat jobb válla egymáshoz valamivel közelebb volt, mint a másik két váll).

A jobboldali arteriás ívből erednek a jobb magzat következő erei: arteria subclavia sinistra, carotis, communis

sinistra és dextra és egy közös nyílással az arteria subclavia dextra és arteria pulmonalis, mely utóbbi eredése után lefelé halad a tüdők hilusához. A bal arteriás ív szimmetriásan ugyanezeket az ágakat adja a bal magzat részére, de itt az arteria pulmonalis és az arteria subclavia sinistra külön nyílással ered. A jobb pitvarba ömlenek a jobb magzat következő vénái: a vena cava superior és inferior és a venae pulmonales négy ággal. A bal pitvarba ugyanígy ömlenek a bal magzat vénái, csak hogy itt a vena pulmonalisnak csak két ága van, bár lehet, hogy a viszonyok itt is olyanok voltak, mint jobboldalt és csupán a darabolás változtatta el azokat, minthogy a szív e része sérült és így biztos következtetés nem vonható.

Egyéb szervek a normálistól eltérést nem mutatnak. Az ikrek külső vizsgálattal a hasfalak és a méh feszes volta miatt nem voltak megdiagnoszálhatók. (Az uterusban eredetileg egymás mögött foglaltak helyet.) Itt is, mint a legtöbb hasonló esetben, csak a kitolási szak végén beállott késedelem miatt végzett belső vizsgálat biztosította a diagnózist. Ez a körülmény itt talán még fontosabb, mint a dicephalusok esetében, mert a thoracopagusoknak vannak olyan fajtái, a melyek meglehetősen nagy fokban életképesek. Különösen fontos tehát, hogy a belső vizsgálattal lehetőleg pontosan meghatározzuk

életben maradhatnak. A híres sziámi ikrek Chang és Eng Bunker, akik nemcsak hogy 63 évet éltek, de összesen 22 gyermekük is volt, szintén xiphopagusok voltak. Minél kiterjedtebb azonban az összenövés és minél inkább terjed az ki a belső szervekre is, az életképesség és az elválasztási lehetőség annál inkább csökken. A mienkhez hasonló esetekben pedig, a hol az összeköttetés csontos és a szívre, májra stb.-re is kiterjed, hosszabb élettartam nem ismeretes, és *Ahlfeld*, mint egyetlen kivételt, csupán *Fanzago* 1803-ból származó leírását említi, a mely szerint az „angyalkák“-nak elnevezett újszülöttek félévig életben maradtak.

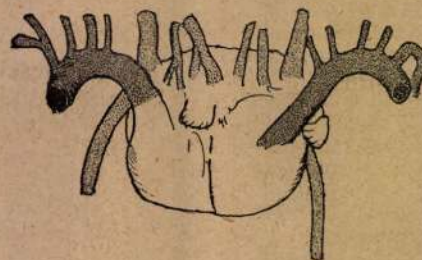
Eppen ezért, ha a belső vizsgálat alapján xiphopagiára gondolhatunk, mindenesetre a magzatok életét is számításba kell vennünk. Ha azonban olyan kiterjedt, széles összeköttetést tapintunk, mint a mi esetünkben, a műtéti indicatio felállításakor az amúgy is életképtelen magzatok élete jóformán teljesen figyelmen kívül hagyható és kizárólag az anya érdekeitől megkivánt indicatio szerint kell eljárunk.

Talán megkísérelhetjük volna a második magzat megfordítását előző darabolás nélkül is, azonban a már említett fenyegető körülmények, tudniillik a kilenczedszer szülő nőből a magzatvíznek több óra előtt való elfolyása és az uterus nagyfokú retractiója figyelembevételével az az anyára



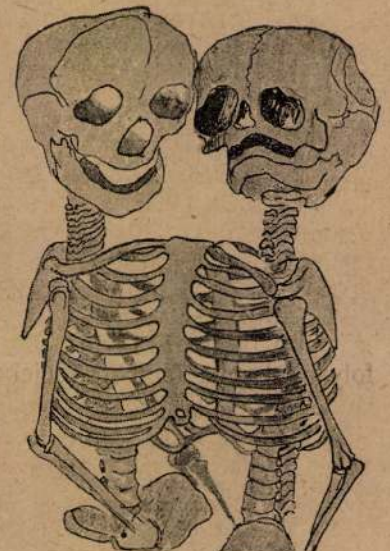
8. ábra.

A thoracopagus.
(Fényképfelvétel reconstructio után.)



10. ábra.

Sémás rajz a thoracopagus szívéről és nagyereinek eredetéről.



9. ábra.

A thoracopagus összeköttetésének sémás rajza.

az ikrek mellkasi összeköttetésének kiterjedését és minőségét, mert ettől nemcsak a szülés vezetésének mikéntje, de maga az esetleges beavatkozás indiciójának felállítása is függ. Ugyanis minél keskenyebb és puhább a két magzat közötti összeköttetés, annál inkább áll a szülés vezetésére vonatkozólag az össze nem nőtt ikrekre alkalmazandó eljárás egyrészt, másrészt a magzatok maguk is annál életképesebbek lévén, a magzatok életképességére is annál fokozottabb figyelmet kell fordítanunk. Így a xiphopagusok, a melyeken rendszeren csak egy keskeny porczogós híd az összeköttetés, a mely rugalmasságánál fogva akár a magzatok spontán szülését is, de mindenesetre azoknak 180°-kal egymás körül való elfordítását megengedheti, nemcsak életképesek, de egymástól műtétilag el is választhatók. Egy *Böhm* nevű német orvos például saját gyermekein, a kik mint xiphopagusok születtek meg, rögtön a szülés után átvágta ezt a porczogós hidat és a sebeket lege artis ellátta. Bár az egyik lányka három nap múlva meghalt, a másik felnőtt és egészséges volt. Sőt *König*-nek egy 1689-ből származó megfigyelése szerint egy ilyen xiphopagus-párnak műtét nélkül való, egyszerűen a porczogós híd körül alkalmazott és naponta feszebbre meghúzott ligatura útján lassankint való elválasztása mindkét magzat életbenmaradását eredményezte (*Strassmann*). De el nem választott xiphopagusok is akár hosszú ideig is

nagy veszéllyel járhatott volna. *Veit* egy teljesen hasonló helyzetben, a mikor már előzőleg nagy valószínűséggel uterusruptura volt felvehető, úgy járt el, hogy a második magzat darabolás nélkül megfordította. Az anya a ruptura következtében meghalt. Itt a már előzetesen megállapított uterusruptura indokolta az eljárást, de kétségtelen, hogy hasonló körülmények között, ha a ruptura még nem következett be, az a fordítás következtében is előállhat. Már pedig a már amúgy is halott, de mindenesetre a legnagyobb valószínűség szerint életképtelen magzatok mellett esetleg tisztán a musealis praeparatum épsége kedvéért az anyát a legcsekélyebb veszélynek sem volt szabad kiténnünk. Célunkat sikerült is elérnünk, mert az anya, két lázas napot leszámítva, láztalan gyermekágy után gyógyultan hagyta el az osztályt.

Az embryológiában a kettős torzképződésnek keletkezése módjára vonatkozólag két elmélet uralkodik. Az egyik szerint a kettős torzképződések úgy keletkeznek, hogy egyetlen csiratelep a fejlődés valamely korai stadiumában kétfelé hasad és kettősen fejlődik tovább. Ez a kétfelé hasadás néha csak a csiratelep egyik végére terjed ki (bifurcatio). A másik felfogás szerint a kettős torzképződések keletkezésének oka két egymáshoz igen közel fekvő csiratelepek fejlődés közben való összenövése volna. A szerzők egy része kifejezetten egyik vagy másik elmélet mellett foglal állást, más része egyes torzkép-

zöldési alakok keletkezését inkább az egyik, s mások létrejöttét inkább a másik elmélet szerint magyarázza. A thoracopagus keletkezése jobban magyarázható két csiratelepnak fejlődés közben való összenövésével, a dicephalus fejlődése pedig inkább egy csiratelepnak egyik végén való hasadásával értelmezhető.

Természetesen nem lehet két eset kapcsán bármilyen irányban is állást foglalni, azért ha a fentebbiekben „összenövés” stb. kifejezések fordulnak elő, azok természetesen inkább a hasadás, illetőleg egyesülés vagy hiányos elválasztódás értelmében értendők és nem czéloznak a kettős torz eredetere. Mindenesetre említésre méltó az a tény, hogy a magzatok májain végzett mikroskopi vizsgálataink azt mutatták, hogy daczára annak, hogy például a thoracopagus máján külsőleg egy valósággal hegszerű raphe volt látható, sehol a májban hegszövet vagy általában olyan szöveti átalakulás, a mely valódi összenövést jelentett volna, kimutatható nem volt. Vagyis akár úgy keletkezett a kettős torz, hogy egy csiratelepnél két részre hasadt, akár pedig úgy, hogy két külön barázdálódási centrumból fejlődött két külön csiratelepnél „hiányosan választott szét”, illetőleg összeolvadt, kétségtelennek látszik, hogy a mint azt *Strassmann* hasonló görcsövi vizsgálatok alapján hangsúlyozza, a megfelelő szervek közötti összeköttetés átmenet nélkül, saját szövet útján történik.

Bár, ha valahol, úgy itt igazán el lehet mondani, hogy minden eset teljesen individualis megítélést és eljárást követel, mégis eseteinkből és az ismertett hasonló esetekből megkísérlelhetjük bizonyos általános szülési elvek levonását. Így:

1. Ha külső vizsgálat alkalmával nagyon nagyok találjuk a fejet, főleg harántátmérőjét (hogy milyen átmérőt tapintunk, arra a hát állásából következtethetünk), a többi eshetőség között dicephalusra is gondolnunk kell. Ebben az esetben fejevégi fekvésnél lehető korán végzett belső vizsgálattal biztosítva a diagnózist; esetleg abban a helyzetben lehetünk, hogy a kedvezőtlenebb fejevégi fekvést kedvezőbb medenczevégi fekvésre változtathatjuk. (Fejevégi fekvés esetén ugyanis a legtöbb esetben súlyosabb műtéti beavatkozáshoz kellene folyamodnunk, mint az idejekorán elvégzett fordítás.)

2. Ha a belső vizsgálattal kettős torzképződést állapítunk meg, igyekeznünk kell a magzatok összenövésének kiterjedését is meghatározni, mert ez a magzatok életképessége és így a műtéti indicatio felállítása szempontjából igen fontos tényező.

3. Ha megállapítottuk, hogy az az életképességet teljesen vagy majdnem teljesen kizárja, kizárólag az anya érdeke szerint kell eljárunk és a magzatok illetékesen problematikus életét figyelmen kívül hagyhatjuk. Úgy hogy ha az anya szempontjából a darabolás csak valamivel is előnyösebbnek látszik, a magzatokra való tekintet nélkül ehhez folyamodunk.

4. Ha daraboló műtetet végeznünk, igyekeznünk kell a műtétileg megtámadandó magzati testrészt lehetőleg a vulvába vagy a vulva elé lehozni és a darabolást itt elvégezni, mert így az anyára nézve veszélylyel nem jár.

Irodalom. *Ahlfeld*: Die Missbildungen des Menschen. Leipzig, 1880, Grunow. — *Strassmann*: Doppelmisbildungen című cikk Winkel: „Handbuch d. Geburtshilfe” című könyve, II. kötet, III. rész, V. fejezetében. Wiesbaden, 1915, Bergmann. — *Marchand*: Missbildungen című cikk Eulenburg Realencyclopédiája IV. kiadásában. Berlin-Wien, 1910, Urban und Schwarzenberg. — *Ivar Bromann*: Normale und abnorme Entwicklung des Menschen. Wiesbaden, 1911. — *Ernst Schwalbe*: Die Morphologie der Missbildungen des Menschen und der Tiere. — *Raimund Schäfer*: Über einen Dicephalus. Ziegler's Beiträge zur path. Anatomie etc., XXVII. kötet. — *Hermann Jeutter*: Ein Fall von Thoracopagus. Zentralbl. für Gynäk., 1910. — *Georg Burckhard*: Zwei Doppelmisbildungen. Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynäk., XL. kötet, 1899. — *Thaler*: Egy thoracopagus bemutatása a bécsi Gesellschaft für Geburtsh. u. Gynäk.-ban Referatum a Zentralbl. für Gynäk.-ban, 1912. — *A. Oestreil*: Thoracopagus. Casopis lekaru ceskych, 1904. Ref. Zentralbl. f. Gynäk., 1905, 192. oldal. — *Bokelmann* és *Meyer*: Dicephalus bemutatása. Referatum a Zentralbl. für Gynäk. 1906. évfolyamában, a 33. és 59. oldalon. — *C. Aall*: Thoracopagus. Tidschrift for norske laegeforening. Ref. a Zentralbl. für Gynäk. 1908. évfolyamában, 1358. oldal. — *M. Kasprzak*: Dicephalus. Noviny lekarskie. Ref. Zentralbl. f. Gynäk. 1910. évf., 1066. oldal.

A „Gesellschaft für Kinderheilkunde” s a német orvosok és természetkutatók ülése Lipcsében.

(1922 szeptember hava.)

A nagy német kereskedelmi város, mely még mutatta a csak alig lezajlott „Messe” plakát-nyomait, újból hangossá és mozgalmassá vált. Utczáit azonban ezúttal német orvosok és természetkutatók népesítették be, kik nagy számmal sereglettek Szászország e szép városába, hogy hódoljanak a német tudomány előtt azon alkalomból, hogy 100 év előtt ugyanitt alapították meg ezt az immár hatalmas testületet. Míg 100 év előtt a híres *Oken* felszólítására a megalakuláskor alig több mint egy tucat tudós jött össze, addig ma a *Strümpell* elnök aláírásával ellátott felhívásra 8000-nél több orvos és természetkutató sereglett Lipcsébe s ugyancsak zajos lett az Augusteum, hol a vándorgyűlés irodái nyertek elhelyezést s ülések után élénk tömegmozgás keletkezett az Augusteum előtti térségen s az idetorkoló Grimmai-Strassén s a térre nyíló nagy kávéházak, Felsche- és Corso-kávéház, a Grimmai-utcai történelmi nevezetességű Auerbach-pincze s a nagyméretű Rathauskeller a monumentális új városház épületében stb. alig tudták befogadni az odatóduló vendégeket s a nagy megnyitó ülésen a Kristálypalota hatalmas, 4000 lelket befogadó czirkuszszűz Alberthalleja ugyancsak zsúfolásig volt megtöltve az óriási számmal megjelent jelvényes tagokkal s számtalanok voltak a künnrekedtek. A vándorgyűlés rendezése példás volt, látszik, hogy ezt régi organisatio végzi. A lakással való ellátás nehéz feladatát a „Messam” vállalta magára s feladatát fényesen meg is oldotta; a jórészt magánlakásokban elhelyezett tagok kellemesen voltak meglepve egyrészt a lakásokért járó bér csekély voltától, másrésztől attól a kiváló figyelmességtől. A melylyel a háziak szállóvendégeiket igazán elhalmozták. A figyelmesség az utcán, villamoskocsikon stb. is lépten-nyomon tapasztalható volt s a tájékozatlan idegen mindenkoron készséggel nyert útbaigazítást. Fájdalom, az égbolt csatornái nem jól viselkedtek s a ki esernyő nélkül járt, nap-nap után bőrig ázhatott.

A Gesellschaft für Kinderheilkunde, mely mint sectio kapcsolódik évek óta a vándorgyűlésekhez, az ünnepélyes megnyitó előtt egy héttel kezdte meg üléseit s ezzel kétségtelenül biztosítva a tárgyalások zavartalan menetét, mert a tagok teljesen sectiójuknak szentelhették idejüket. Midőn első nap átléptem az állattani intézet tantermének küszöbét, mert itt tartotta a sectio üléseit, öröm fogott el, hogy együtt láthattam majdnem teljes számmal a német paediatría azon illustris képviselőit, kiktől évekig el voltam szakadva s megismerhettem a jeles fiatal generációt, melynek tagjai a kathedrák egy részét ma betöltik Németországban. Míg a 80-as évek derekán a strassburgi összejövetelen mint ifjú léptem először érintkezésbe az akkori jeles gárdával s igaz hálával adózom ma is, fájdalom, a már kidőlt jeleseknek, hogy engem, az akkoron kezdőt oly szeretettel fogadtak be intim körükbe, addig ma, mint a Gesellschaftnak egyik legöregebb tagja foglaltam helyet a padosorban a 80 éves galamb-*sz Heubner* mellett, ki a társaságnak általán tisztelt nestora.

Még jól emlékszem a Gesellschaft akkori strassburgi összejövetelére, a hol a késő délig elhúzódtott ülések befejezte után az ódon Maison rouge-szálló külön éttermében, a hosszú fehér asztal körül a dán *Hirschsprung* pompás szivarjainak illatos füstje mellett folyt a szellemes, fesztelen és tartalmas vitatkozás egyes szakkérdések felett, mely társaságban együtt láthattam *Hirschsprung*-on kívül *Steffen*-t, az orosz *Rauchfuss*-t, a svájci *Demme*-t és *Hagenbach*-ot, továbbá *Biedert*-et, *Soltmann*-t, *Kassovitz*-ot és *Unruh*-t, végül *Ranke* és *Kohts* érdekes, hatalmas alakját, szakunknak, fájdalom, már mind elhantolt jeleseit.

Míg az akkori strassburgi ülés gyermekorvosi sectiója alig töltötte meg a csak nemrég megnyílt pompás új egyetem egyik kisebb tantermét, addig ma a sectio a lipcsei zoológikus tanterem nagytermét zsúfolásig lefoglalta. A német nagy összetartást jellemzi, hogy a német egyetemek gyermekorvos-tanárai egytől-egyig jelen voltak, kivéven persze a francziává

átváltozott strassburgi egyetemét. A gyűlések nagy tárgysorozatát Pfaundler, mint a *Gesellschaft* érdemes elnöke nagy körültekintéssel osztotta be *Brüning* tanár (Rostock) titkár s *Bessau*, a jeles fiatal lipcsei gyermekorvos-tanár buzgó segédkezésével. A három referáló előadás s a bejelentett 59 szakelőadás oly tudományos anyagot szolgáltatott, hogy a hét minden napja délelőtt és délután le volt foglalva. A referátumok közül különösen érdeklő várta a hallgatóság a berlini *Finkelstein* előadását a csecsemők táplálkozási zavarainak nomenclaturájáról, a referátum és az azt követő discussio azonban csak részben elégitette ki várakozásunkat, mert csak megismételni hallottuk az érdemes előadó már ismert, eléggé bonyolult újabb nomenclaturáját. A vitában a jelenlevő *Czerny* s iskolája (*Keller* stb.) nem vett részt, így a fejtegetés (*Langstein* stb.) egyoldalú volt s megegyezéses a forumon nem jött létre. A referátum és discussio befejeztével azonban legtöbbünkben azon meggyőződés gyökeredzett meg, hogy általában az eredeti *Czerny*-féle beosztást kell végre is elfogadnunk, mely legáttekinthetőbb s melynek alapján mégis legjobban történhetik a csoportosítás, s „*last but not least*“ a kathedráról a hallgatóknak a csecsemőorvosban ez a szövevényes fejezete a legeredményesebben tárgyalható és megérthető.

Zumbusch (München) és *Erich Müller* (Berlin) referátuma a *lues congenita* gyógyításáról újat, mint előre látható is volt, nem hozott, mert hisz a kombinált kéneső-salvarsan-kezelés ma már általánosan elfogadott. Hogy therapiás szempontokból milyen állápontra helyezkedjünk makacsul fennálló pozitív *Wassermann*-reactio esetén, meddig folytassuk ily esetekben a kombinált kezelést, ez továbbra is nyílt kérdés maradt.

A mi az 59 bejelentett előadást illeti, ezek jórészt a fiatal generatio szellemi termékei voltak, sajnos, részben oly laboratoriumi munkálatok eredményei, melyek a paediatricával szorosabb nexusban alig állanak, s a ki ilyenkor véletlenül került a terembe s vegyült a hallgatóság közé, zavarban lehetett jó ideig, hogy melyik sectio tárgyalásaiban vesz részt. Ez kétségtelenül hátránya volt az ezévi tárgyalásoknak s kívánatos, hogy jövőben a klinikai themák minél inkább előtérbe jussanak.

Az ülések befejeztével a „Tunnel“ établissement nagytermében ünnepi vacsorán, fehér asztal mellett folyt a szakemberek meghittebb, mondhatnám barátságos, fesztelen érintkezése s a német nemzeti hymnus lélekemelő hangjai zárták be a szép és emlékezetes estét, mely után a sectio tagjai csakhamar el is utaztak Lipcséből, hogy jövő évben önálló ülésen Würzburgban újból találkozzanak.

A vándorgyűlés megnyitása szeptember 18.-án ment végbe a hatalmas Alberthalleban igazán solemnis módon. *Strümpell* elnöki megnyitó beszéde felemelő hatású volt s beszédét nem egyszer élénk helyeslés és dörgő éljenzés szakította félbe. Önérzetesen mondotta beszédében, hogy: „*noch steht nicht nur der Dollar, sondern auch die deutsche Wissenschaft hoch im Kurse*“, s nagy beszédének befejező szavai: „*So lassen Sie auch uns jetzt an unsere Arbeit gehen, ernst, wie die Stunde es gebietet, aber ohne Verzagen im Glauben an den endlichen Sieg der Wahrheit*“, mély benyomást keltek a hallgatóságban. Az ezt követő beszédek hosszú sora is csak újból mutatta azt az összetartó, hazafias, kitartó munkálkodást, mely a legyőzött Németország megszilárdítása és megerősítése érdekében a tudomány terén is megnyilvánul, mert a pusztulás, mely a világháború folytán előállott, nem ejti kétségbe őket, sőt erőt ad nekik az a tudat, hogy „*wir wissen, dass im Reiche des Organischen überall die Zerstörung den Antrieb zur Neubildung gibt*“.

Az általános ülések nagy előadásai mind nagy látogatottságnak örvendettek és *Laue* és *Schlick* előadása a relativitás elméletéről, *Bier* és *Lexer* előadása a helyreállító sebészetről, továbbá *Johannsen* és *Lenz* előadása az öröklésről, *Ostwald*, *Höber* és *Spiro* előadása az elektrolytok hatásáról a szervezetre s végül *Sven Hedin* előadása a tibeti fensíkről óriási hallgatóságot vonzott.

A vándorgyűlés 30 csoportjában végbement intensiv munka ismertetése nem lehet e sorok feladata, csak ide iktatom, hogy örömmel konstatáltam, hogy magyar honfitársaim eléggé nagy számmal vettek részt az egyes szakosztályok tárgyalásain.

A komoly munkát, mely szakadatlanul folyt, esténként zene-művészi élvezetek zárták le, s a „Bolygó hollandi“ ünnepi előadása, a jeles *Furtwängler* dirigálása mellett végbement „Gewandhausconcert“ s a „Thomaskirche“-ben rendezett „motette“-este sokáig emlékezetes marad mindannyiunknak. Kedves meglepetés volt a Palmengartenben tartott esti nagy összejövetelen, hogy négy jeles tanár, *Czerny*, *His*, *Strümpell* és *Unna* kamarazenét produkált, megmutatva, hogy nemcsak elsőrangú tudósok, de a vonót is mesterileg vezetik.

Bókay János.

A magyar elmeorvosok VII. értekezlete.

(1922 október 1—3.)

(Vége.)

IV. ülés.

Epstein László az elmebetegápoló ügyről terjeszti elő referátumát. Az utolsó 30 év törekvései, hogy a minőség színvonala emelkedjék, sikertelenek maradtak, a háború alatti javulás csak múló volt. A személycsere a múlt évben 446% volt a férfiaknál. Kivánalmát javaslatba foglalja, mely szerint 1. szükséges az ápolók anyagi helyzetének további javítása és további kiképzése, különösen pedig a lakáviszonyok rendezése és a fokozatos előléptetés; 2. annyi ápoló kell, hogy külön nappali és külön éjjeli személyzet legyen, öt betegre jusson egy ápoló és a szolgálat heti 80—85 órán túl ne terjedjen; 3. a próbaidő 3, esetleg 5 év legyen; 4. minden intézet gondoskodjék ápolói kiképzéséről.

Fabinyi Rudolf a kiképzés kérdéséről referál. Külföldön a kiképzés orvosi egyesületek kezében van és a tanult nőkből álló ápolószemélyzet praevaleál, ez legyen a mi ideálunk is. Áttekintést nyújt több európai állam elmebetegápoló-képzéséről, a mely kurzusokon és továbbképző tanfolyamokon történik, Berlinben rendes kórházi évet akarnak közbeiktatni. Jelenleg a Lipótmezőn az egész ország elmebeteg-ápolói számára tartanak tanfolyamot, a mely két 6—6 hetes részből áll, mindegyik után vizsgával, közben 5—6 havi gyakorlati szolgálattal. Ajánlatos volna a tanfolyamok idejének megtoldása, de ez csak az ápolóképzés decentralizálásával volna elérhető, azért átmenetileg helyes lesz 1—2 évvel a tanfolyam után 3—4 hetes továbbképző tanfolyamot szervezni, a mely a fő- és osztályápolói állásra kvalifikál. Ajánlja, hogy a tanfolyam-hallgatás minden elmeápolóra kötelező legyen s az elvégzésig csak segédápoló czíme lehessen mindegyiknek, megfelelő fizetéskülönbséggel. Ezirányú javaslatot terjeszt be, hogy az a ministeriumhoz fölterjesztessék.

Moravcsik Ernő Emil: Tudomása szerint bizonyos körök az elmeigógyító intézetek igazgatói hatáskörének kettéosztását tervezik. Kifejti ennek hátrányait és javasolja, tegyen felterjesztést az értekezlet a ministeriumhoz, hogy elmeintézet igazgatója csak szakképzett elmeorvos lehet, kinek a kezében össze kell folynia az intézetet érdeklő minden ügynek; minden olyan törekvést, a mely az intézeti vezetésben hatáskörét csorbítaná, az elmebetegügyre hátrányosnak és sérelmesnek tart.

Oláh Gusztáv nem tudja elhinni, hogy ilyen veszély fenyegetne.

Pándy Kálmán szerint ilyen veszély valóban fenyegetett s ezért melegen pártolja *Moravcsik* indítványát. Az ápolóügyben a decentralizációt elengedhetetlennek tartja, de a tanításhoz jó orvosok kellenek, erről pedig a legfőbb hatóság gondoskodjék.

Fischer Ignác csatlakozik *Moravcsik* véleményéhez, a katonaságnál sem vált be a fegyelmi hatalomnak csapattisztre való bízása. A leromlott középosztályt kell az ápolói pályára megnyerni.

Németh Ödön kéri *Moravcsik* indítványának egyhangú elfogadását. Maga oly intézet élén áll, melynek jogász a társigazgatója, a ki nem ismeri el például a tépbeteget, miből controversiák támadnak. Az ápolókérdésben a centrumban való kiképzés szükséges, de csak ha az ápolók altisztekké kinevezhetők. Addig a kiképzés az egyes intézetekben történhetik decentralizálva.

Kluge Endre: Mihaszna a kiképzés, ha a kiképzett ápolók elszélednek, diplomájukat a szögre akasztják. A kiképzés reformját idő-

szerepét és bekapcsolódását az öszvérmirigy-füctióba. Számos irodalmi adattal bizonyítja a multiglandularis részvétel gyakoriságát. Egyebekben is fenntartja Búchler-rel szemben a tegnap elmondottakat.

Sarbo Artur: Méltányolja Búchler felfogását.

Szondi Lipót: Ma mindent, az idegrendszer működését is, endokrin factorokra vezetnek vissza, meg kell tehát állapítani, hogy az emberi pathológiában hol kezdődik a neurologia és hol az endokrinologia. Ma nem választják el a kutatási endokrinológiát az alkalmazott endokrinológiától és számos kapcsolatot tekintenek törvénynek, a miről ezt meg ezután kell majd igazolni. A kórmechanizmusok terén pluriglandularisan gondolkodunk, de uniglandularisan vizsgálunk. A pluriglandularis gondolkodás következményeit a kórképek elnevezése terén is le kell vonni. Ajánlja a Stern és Bauer által ajánlott individualis vérmirigykép használatát. Ebben a tünetmentes mirigyek jelvényei egy-két parallel alkotta sor közepére kerülnek, a fokozott működésben levők a sor fölé, a működésben gyenge mirigyek jelvényei a sor alá kerülnek. Ennek alapján 33 gyengeelméjű és 100 normalis elméjű vérmirigybeteg vizsgálatát tekinti át, a mi azt mutatja, hogy a vérmirigy-rendszer megbetegedése nem lehet oka a gyengeelméjűségnek, hanem csupán egyik feltétele. A gyengeelméjűség oka tehát a vérmirigyrendszeren kívüli feltételekben keresendő. Ajánlja, hogy ez a kérdés legyen a következő értekezlet egyik referáló themája.

Búchler Pál: Tiltakozik, hogy a belső secretiós folyamatokat speculatióra felhasználják és működésüket képletekbe foglalják. A constitutiós formák megjelölése által bizonyos kórképeket rögzíthetünk. Ma még a nomenclatura megfelelő.

Szondi Lipót: Búchler téved, ha a formulát speculatióknak bélyegzi.

Epstein László előterjeszti a Magyar Elmeorvosok Egyesületének alapszabálytervezetét, melyet elfogadnak s a tisztikart megválasztják.

Ezután elfogadják Moravcsik, Selig indítványait, a választmányhoz utasítják Nádas, Szladits, Bakody, Epstein, Fabinyi, Finkey és Focher és Szondi indítványait, Bakody egy indítványát tárgytalannak minősítik.

Az elnök az értekezlet jegyzőkönyvének kinyomatását ajánlja. Somogyi István ajánlja, hogy a népjóléti ministertől kérjenek támogatást.

Epstein László társelnök búcsúszavaival véget ért az értekezlet.

Kluge dr.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

Rhorer László: **Physika egyetemi és főiskolai hallgatók számára.** Második kiadás. Budapest, Universitas részvénytársaság kiadása. 547 lap, több száz ábrával a szöveg között és 3 színes táblán.

Az elsősorban az orvostanhallgatók igényeit tekintetbe vevő munka, melynek méltán nagyon kedvező fogadtatásban részesült első kiadása már évek előtt elfogyott, most új kiadásban fekszik előttünk. Nem feladatunk, hogy behatóbban, érdeme szerint méltassuk ezt az új kiadást. De felhívni reá a figyelmet szükségesnek tartjuk, mert az orvostudományban mind nagyobb teret hódítván a physika, bizonyára sokan vannak orvosaink között, a kik lehetőleg könnyű szerrel megismerkedni szeretnének a modern physikával, hogy ily módon bizonyos orvostudományi kérdéseket könnyebben követhessenek. Erre a célra nagyon ajánlható Rhorer munkája, mint a mely igazán nagyon könnyen érthető és a melynek tanulmányozása az elméleti ismereteknek gyakorlati példákra való sűrű alkalmazása miatt nem is nagyon fárasztó, az érdeklődést állandóan ében tartó. Kiállítása belső értékének megfelelő, mintaszerű.

Lapszemle.

Ideg- és elmekórtan.

A katatoniasok psychomotoros zavaraira vonatkozólag minden magyarázgatás csak találgatás, mondja Hauptmann, hiszen ezek az elmebetegsgek nem képesek betekintést

nyújtani lelki folyamataik mélyébe. Tompaságról, apathiáról, akaratrekesztésről beszéltünk eddig. Sokkal alkalmasabb erre az encephalitis-betegek kikérdezése és tanulmányozása. Két csoportot lehet megkülönböztetni. Az egyik a terjedelmesebb. Itt, ha a psychomotoros reflexív három részét áttekintjük, azt látjuk, hogy a reflexív centripetalis szárában nem lehet hiba, nem beszélhetünk tehát a mozgási hajlandóság (Antrieb) zavaráról, hiszen a betegek szenvednek attól a gondolattól, hogy a mozgást nem tudják végbevinni, elhatározó képtelenségről szó sem lehet, hiszen úgy az automatikus, mint az intenciós gondolkodás sértetlen. A reflexív motoros szára is ép, hiszen végül a mozgás mégis csak sikerül. Ellenben a reflexív áttételi része működik hibásan, a mit az affectív úton való nagy befolyásolhatóság bizonyít, de az is, hogy a psychomotoros gátlás az ellenkezőbe is átsaphat. Komplikálódhatnak ezek az egyszerű viszonyok azáltal, hogy a mozgás nehézkességének tudata hat gátlólag, vagy bizonyos észrevevésekkel a mozgási előkészületek (Einstellbewegungen) maradnak el, de ez csak másodlagos jelentőségű. A betegek második csoportjában valóban a mozgási hajlandóság (Bewegungsantrieb) a hiányos, és pedig azért, mert hiányos az affectivitás, de hiányos a gondolkodás is, gondolatüresség lepi meg a betegeket. A vizsgálatok az akarat problémájára vetnek távoli világot. (Zentralblatt f. d. ges. Neur. u. Psych., 1922 aug. 15, 413. o.)

Kluge dr.

Szemészet.

A belső szemzug ritka rendellenességéről számol be Pichler (Klagenfurt). Betegének mindkétoldali belső szemzugában a carunculától medialisán, tőle egy körülbelül 1.5 mm. széles kötőhártya-hídtól elválasztva, kör alakú, körülbelül 1 mm. nagyságú gödör látható; ez állandóan kevés folyadékkal telt, mely kitörés után azonnal megújul. A nyílást a belső szemzug bőre csaknem teljesen takarja s csak a szemzug bőrének elhúzásakor látható teljesen. A kis gödörbe vezetett szonda minden oldalról zárt zsákba jut, mely körülbelül nagy gombostűfejet fogad be, szokatlanul mozgó, alapján ide-oda csúszik. A rendes könnyutakkal összeköttetése nem mutatható ki. A betegnek panaszai nem voltak. Merlin 1901-ben írt le hasonló esetet, itt a könnycsövecskének a könnytömlőbe szájadzásánál körülbelül 2 mm. nagyságú, a könnytömlővel összeköttetésben álló nyílás volt látható. Wernecke egy hasonló esetében még nagyobb a nyílás, ugyanis a kisujj hegyéig befogadta. A három eset a szerző szerint nyilván fejlődési sor, melynek csúcán mint legkifejlettebb Wernecke esete áll, míg az övé a normalishoz való átmenet. Esetét nemcsak a kórkép kiegészítése és kikerekítése végett közli, hanem azért is, mert ily jelentéktelen változás könnyen elkerülheti a vizsgáló figyelmét. (Klin. Monatsblätter für Augenheilk., 1922.) Pelláthy Béla dr.

Gyermekorvostan.

A kanyaró elleni védőoltásról ír Kutter. Degkwitz volt az első, a ki közölte kísérleteit kanyarót kiállott betegek serumával. Sikertült neki 172 gyermeket, a kik az incubatio 2.—6. napjában voltak, kivétel nélkül megóvni a kanyaró kitérésétől. Degkwitz szerint a kanyarót kiállott beteg seruma specifikus morbilliellenes anyagot tartalmaz. Ennek az ellenanyagának a termelése a kísérletek szerint a 7. napon a legerősebb, azután ismét csökken. A reconvalescentia első napjának az első láztalan napot számítja. A mi a serum adagolását illeti, ebben igen fontos szerepe van annak, hogy az incubatio milyen stadiumában alkalmazzuk. A negyedik incubatiós napig a közepes adag 3.5 cm³, az 5.—6. napon 6 cm³, lehetőleg kevert, azaz több betegtől (természetesen kizárva a lueszt és tuberculosist) vett és összekevert serum. A 7. napon túl már nagyon kétes a siker, a 8. napon már nem sikerült megakadályozni a morbilli kitérését. A túlságosan kis adag, 2—2.5 cm³ nem óv teljesen, hanem csak kitolja a betegség kitérését és csökkenti annak erősségét. Kutter mindig friss serummal dolgozott. 145 esetről számol be. Egy gyermekotthonban, a hol 21 kanyarót még ki nem állott gyermek folyton együtt játszott, az egyiket igen erős kanyaróval hozták be. A többi 20 gyermeket még aznap beoltották és egy sem kapott kanyarót.

A hol nem ilyen szép az eredmény, mindig a serum késői adása az ok. Ha a serumot idejében, de túlkicsiny adagban adjuk, a kanyaró csak abortív alakban tör ki (alacsony hőemelkedés, futólagos exanthema), a fertőző képessége azonban megmarad. A beoltott gyermekeket tehát 20—22 napig kell megfigyelni s ha hurutos tünetek jelentkeznek, azonnal elkülöníteni. Nagyon fontos kérdés, hogy azon gyermekek serumra, a kik eredményesen kezeltettek, tartalmaz-e ellenanyagokat. Több példa bizonyítja, hogy igen. Az oltással szerzett immunitás tartama körülbelül 3½ hónapra tehető. Összes kísérletei közül csak 4 esetben nem ért el eredményt. Már *Degkwitz* is kísérletezett felnőttek serumával, melyet sokkal nagyobb adagban, egész 30 cm³-ig adott. Itt azonban az eredmények nagyon különbözők. Ha meggondoljuk, hogy a morbilli nem is annyira ártatlan betegség s hogy *Pfaundler* szerint kanyaróban nem hal meg kevesebb gyermek, mint vörhenyben, nagyon fontos lenne a kanyaró elleni védőoltás minél szélesebb körben való elterjesztése. Főleg intézetekben, kórházakban, a hol a czélszerű prophylaxisos oltással el lehetne fojtani a nagy járványokat. (Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 30. kötet.) *Agoston László dr.*

Kisebb közlések az orvosgyakorlatra.

A központi idegrendszer syphilisében a salvarsan-kezelés *Sack* szerint talán azért nem jár kellő eredménnyel, mert az intravenásan adott salvarsanból a túlnyomó rész a hasüreg szerveiben halmozódik fel, a központi idegrendszerhez pedig nagyon kevés jut. Ezért azt ajánlja, hogy a salvarsan befecskendezése előtt 10 perczzel 0.2 gramm coffeint fecskendezzünk a bőr alá; a coffein erősen megsűkíti a mesenterialis ereket, úgy hogy a salvarsanból több fog jutni a központi idegrendszerhez; előnye lenne ennek az eljárásnak az is, hogy a salvarsannal szemben nagyon érzékeny májtól is távoltartanak ily módon nagyobb mennyiségű salvarsant. (Münchener med. Wochenschrift, 1922, 24. szám.)

Psoriasis súlyos és makacs eseteiben *Gross* jó eredményt látott thymuskivonat (Kahlbaum-készítmény, a melynek 1 cm³-e 1 gramm thymusmirigynek felel meg) intramuscularis befecskendezésével. Az injectiókat kétnaponként adta; 8—14 befecskendezésre (20—30 gramm thymusmirigyre) tűntek el az eruptiók. (Deutsche med. Wochenschr., 1922, 36. sz.)

Vegyes hírek.

Kitüntetés. A kormányzó *Kopits Jenő* dr. czimzetes rendkívüli tanárnak, a Stefánia-gyermekkorház főorvosának a királyi egészségügyi főtanácsosi czímet, *Virosztek Győző* dr.-nak, a budapesti önkéntes mentőegyesület igazgató-helyettesének és *Pekánovich István* dr. munkásbiztosító pénztári kórházi főorvosának a királyi egészségügyi tanácsosi czímet adományozta.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1922 júniusában tartott rendes közgyűlésén *Tóth Lajos* államtitkár indítványára egyhangúlag elhatározta, hogy id. *Bókay János*, az egyesület volt elnökének arczképét, születésének 100. évfordulója alkalmából, a díszterem számára megfesteti. Az itt felsorolt tagtársak hazafias áldozatkésztsége az eszmét valóra váltotta. A magyar gyermekorvoslás megalapítójának kitünően sikerült olajfestésű képe, mely Jámor festőművész remeke, már az október hó 14.-én megtartott Balassa-előadás alkalmából a Semmelweis-terem falán ékeskedett. Az egyesület igazgató-tanácsa siet háláját leróni e helyütt is azon áldozatkész tagtársak iránt, a kik önkéntes adakozásukkal újabb emléket emeltek édes hazánknak. A gyűjtés összesen 44.550 koronát eredményezett, melyből a festőművésznek 30.000 s a képeretért 11.800 koronát fizettek. A felesleg gyanánt megmaradt 2750 korona az igazgató-tanács határozata alapján a Bókay János-émlékálapivány tőkéjéhez csatoltatott. Adakoztak: Bársony János, Bókay János, Bókay Zoltán, Paunz Márk, Koós Aurél, Vas Jenő, Temesváry Rezső, báró Kéty László, Grósz Emil, Sarbó Arthur, Hainiss Géza, Dollinger Gyula, Frigyesi József, Johan Béla, Bálint Rezső, Korányi Sándor, Tóth István, Verebély Tibor, Heim Pál, Flesch Armin, Deutsch Ernő, Péteri Ignác, Hasenfeld Arthur, Dieballa Géza, Szili Jenő, Winternitz Arnold, Ilyés Géza, Henszelmann Aladár, Gerlóczy Zsigmond, Gerlóczy Géza, Hutya Ferencz, Lovrich József, Székely Agoston, Windisch Ödön, Tirsér Jenő, Lévai József, Balogh János, Balogh Andor, Balogh Ernő, Jancsó Géza, Vajda Károly, Löw Sámuel, Friedrich Vilmos, Sámson Márton, Lehoczky-Semmelweis Kálmán, Váró Béla, Csohány János, Raisz Dezső, Tassó Iván, Gombos Dénes, Csipkay János, Temesváry Jenő, Kikinday László, Mihályovits Miklós, Fenczl József, Hurán Ferencz, Matusovszky András, Biben Iván, Schilling Béla, Fényes Ákos, Tornay János, Tóth Gyula, Mittermaier György.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 4.-én tartandó ülésének napirendje: *Róna Alfréd*: A plastikus ólomvédőanyagról a Röntgen-terápiában. *Szili Jenő*: Terhességi diatetika és szülési prophylaxis. *Vajda Károly*: Orvosi vonatkozások Schopenhauer életében és műveiben.

Balneológiai congressus. Az Országos Balneológiai Egyesület 1923 márczius közepe táján tartja XXVIII. congressusát. Felkéri tagjait s a balneológiával, valamint a rokon tudományokkal foglalkozókat, hogy közreműködésükkel a congressus sikerét biztosítsák. Előadások bejelentését átveszi s mindennemű felvilágosítással szívesen szolgál az egyesület főtáskára: *Dalmady Zoltán* dr. (Budapest, VIII., Főherceg Sándor-utca 26. Telefon: József 26—71.)

A Magyar Szemorvostársaság legközelebbi összejövetelét november 5.-én tartja d. e. 10 órakor az I. sz. szemklinikán.

Meghalt. *Hollaender Hugó* dr., a népjóléti ministerium osztálytanácsosa.

A Dr. Wander-részvénytársaság jubileuma. A Dr. Wander gyógyszer- és tápszergyár részvénytársaság e hó 14.-én szép ünnepség keretében ünnepelte meg a gyár alapításának tízéves évfordulóját. Ez alkalomból *Balla Sándor* vezérigazgató, a ki az alapítás óta áll a vállalat élén és működéséhez a gyár nagyarányú fellendülése fűződik, az igazgatóság, tisztviselők és munkások ösztinte, meleg ünneplésben részesítették.

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

DIAETÁS KÚRÁK czukorba, gyomorba, vesebetegség, elhízás, lesóványodásnál legjobban véggezhető a

Dr. Pajor-sanatorium diatás éttermében Budapest, VIII., Vas-uteza 17. sz. Bejáró betegek részére is.

DAJKA- INTÉZETBEN *Wassermann*ra vizsgált dadák állandóan találhatók. Sürgőnyileg, telefonon (93-22) rendelkezésre állanak: **Sziv-uteza 69.**

Dr. GRÜNWARD SANATORIUMA

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

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. SZONTAGH MIKLÓS GYÓGYINTÉZETE

Ujtátrafüreden állandóan nyitva. Fekvő-, hízó-, nap- és légkúrák. Pneumothorax. Teljes ellátás orvosi gyógykezeléssel és fűtéssel együtt napi 85 cseh koronától kezdve. Prospektussal és bővebb felvilágosítással utlevél-ügyben szolgál: Menetjegyiroda, fürdő-osztály, V., Vigadó-tér 1.

Dr. JUSTUS kórházi főorvos bőrgyógyító és kozmetikai intézete IV., Ferencz József rakpart 26. Telefon József 56-76.

Telefon: József 4—12. Igazg.-tulajd.: Dr. Melha Armand, Dr. M.-né Hill Paula, Dr. Mandler Ottó.

ZANDER - TEST-EGYENESÍTÉS

a Dr. Reich-féle ZANDER-gyógyintézetben, IV., Semmelweis-u. 2. I. e

PÁLYAZATOK.

27.341/1922. ki. sz.

A szabolcsvármegyei „Erzsébet“ közkórházban lemondás folytán megüresedett alorvosi, illetve előlépés folytán megüresedett **segédorvosi állásra** pályázatot hirdetek.

Az alorvosi javadalmazás évi 1600 korona, a segédorvosi évi 1400 korona, háborús és drágasági segélyek, a kórházban lakás és teljes ellátás. Az állásra okleveles, vagy egy évi kórházi gyakorlatra kötelezett orvosok és orvosnők pályázhatnak.

A szabályszerűen felszerelt pályázatok folyó évi november 15.-éig Szabolcsvármegye főispánjához címelve, a közkórház igazgató-ságához nyújtandók be.

Nyiregyháza, 1922 október hó 20.-án. *Mikecz, alispán.*

900/1922. sz.

Vasvármegye közkórházának sebészeti osztályán Szombathelyen az alorvosi állás betöltésre kerül, a melyre ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni kívánó orvos urakat, sziveskedjenek okmányokkal kellően felszerelt kérvényeiket méltóságos *Maróthy László* dr., Vasvármegye főispánjához intézve, hozzám folyó évi november hó 2.-áig bezárólag beküldeni.

Előnyben részesülnek azon orvostudor urak, kik műtőoklevéllel vagy sebészeti gyakorlatlal rendelkeznek.

Javadalmazás: Elsőosztályú természetbeni ellátás (élmezés, lakás, fűtés, világítás); a X. fizetési osztálynak megfelelő évi 2000 korona törzsfizetés; 1700 korona évi háborús segély és havi 3100 korona rendkívüli segély.

Szombathely, 1922 október 14.

Pető Ernő dr., s. k., igazgató-főorvos.

Phytin

Szabadalmazva.

Név törv. védve.

A zöld növény phosphortartalék-
anyaga. Tartalmaz kb. 22% szer-
vesen kötött, assimilálható
phosphort.

Erőshatású, ártalmatlan phos-
phormedicatio kellemes alakban.
Tabletták — granulák — capsulák
— ostyák — cseppek.



Gesellschaft für
Chemische Industrie
in Basel. Pharm. Abt.

Magyarországi képviselő:

Jakitsch János, Budapest, Wahrmann-u. 13

BISMOLUOL

1 cm³ = 0.10 g dikaliumbismuthotartaricum ol. olivarumban suspendálva.

Chemotherapeuticum.

**Spirillocid antilueticum
a lues valamennyi stadiumában.**

Friss esetekben 1 kúrára 3 g = 10, illetve 15 injectióra el-
osztva 1—1 injectio = 2 M 3 cm³ (0.2 M 0.3 g).

Régi infectióknál 1 kúrára 2 g = 10 injectióra elosztva 1—1
injectio = 2 cm³ (0.2 g).

- Hatása:** a) a specifikus manifestációk gyors eltűnése;
b) a W.-R. állandóan negatívvá válik;
c) salvarsannal és salvarsan-készítményekkel kom-
bináltan adagolva, utóbbiaknak dosis toxicája jelen-
tekenyen csökkenthető;
d) higany- és salvarsan-idiosynkrasia esetén alkal-
mazható.

RICHTER GEDEON VEÉGYÉSZETI GYÁRRA, BUDAPEST, X.

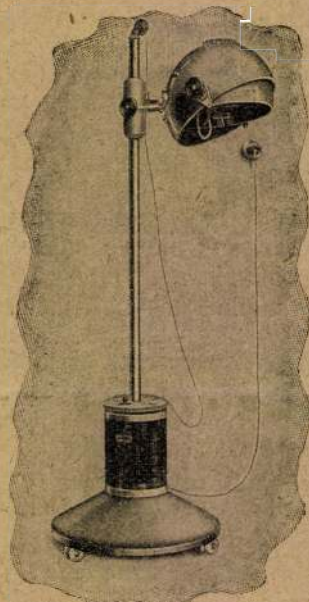
UJ MODELL

1922

Künstliche Höhensonne

Geh.-Rat Bach szerint

Original Hanau



A burának a súlya egy ellensúllyal egyenlített ki, mely az előbbinél vastagabb üreges állványrúdon belül fel és le mozog. Uj még a burát viselő szorító az állványrúdon. Belülről egy szorító és fékező készülékkel ellátva (patent), mely a sodrony szakadása vagy kiugrása esetében a lámpa leesését okvetlenül megakadályozza. A magassági eltolódás ennél a rendszernél igen könnyű. A megerősítés egy rögzítő csavarral történik. Az eddigi egyenáramú lámpáknál az állványrúdtól oldal-
vást felszerelt előtét-ellenállás nagyobb gömbölyű alakot kapott márvány-felsőlappal, súlyszettelt kapcsolóval. **A készülék egész külsejét ez nagyon emeli.** Az új állványláb gömbölyű izléses alakot kapott, belül üres (súlymegtakarítás céljából a szétküldésnél) és a használat helyén az állóképesség emelése céljából homokkal megtölthető (patent). Az új üreges láb egy kettős görgővel (szigetelőanyagból) van ellátva. Az új kettős görgő saját szabadalmú új szerkezet és az állvány-
nak eddig még el nem ért, igen könnyű mozgékonyt ad.

Quarzlampengesellschaft m. b. H. Hanau a. Main

Postfachnummer 593.