

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi minister úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága: VÁMOSSY ZOLTÁN, ISSEKUTZ BÉLA, ENTZ BÉLA, GORKA SÁNDOR, CSÍKY JÓZSEF.

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR.

TARTALOM.

EREDETI KÖZLÉSEK:

Pasteur (1822—1895). (25. oldal.)

Konrádi Dániel: A veszettség elleni mentesség öröklése. (27. oldal.)

Nagy Jenő: Natrium nitrosum-injectiók edénybeidegzési zavarak ellen. (29. oldal.)

Jakab László: Az új kereseti adó-törvény az orvosok szempontjából. (30. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1923. jan. 20-án tartott X. és 1922. nov. 25-én tartott rendes tudományos üléséről. (32. oldal.)

A Közkórházi Orvostársulat 1923. január 17-iki I. rendes üléséről. (34. oldal.)

Lapszemle. *Belorvostan.* — *Sebészet.* — *Orthopaedia.* — *Bőr- és nemikórtan.* — *Gyermekorvostan.* — *Szemészet.* (34—36. oldal.)

Könyvismertetés. (a hirdetések 3. old.)

Vegyes hírek. (a hirdetések 3. old.)

PASTEUR (1822—1895).

Ünnepi érzéssel lelkünkben hajlunk meg az emberiség egyik legnagyobb jótévője előtt, akinek mi orvosok köszönhetünk legtöbbit, mert ő tett bennünket képessé hivatásunk igazi betöltésére, a fertőző betegségekkel folytatott küzdelem eredményes felvételére, a napjainkig elképzelhetetlen sebészi lehetőségek fényes útjának, az asepsis útjának megkezdésére. Nagy emberek és nagy elmék örök világító fáklyái, ragyogó határkövei az ember ama szent törekvésének, amellyel isteni rendeltetését e földön betölteni igyekszik s ami nem áll másból, mint az igazság kutatásából, amiből áldás és jólét fakad mindenk számára. Pasteur egyike volt a legnagyobb genieknek, akiket csak felmutathat az emberiség történelme s hogy még ma is, az emberszeretetek, emberek és népek egymásbecsülésének eme legkétségbeesettebb korszakában is, centennariuma alkalmából osztatlanul hódol emlékének az egész világ. Legjobban mutatja, hogy milyen hálára kötelezte azt maga iránt és hogy a népek igazi jótévőik tiszteletében, emez őszinte emberi hálájuk kifejezésében mennyire egyek tudnak lenni.

Hálánkat és tiszteletünket nem tudnánk nemesebben leróni iránta, minthogy végigmegyünk munkás élete folyamán, követjük szelleme nagyszerű fejlődését, melynél tökéletesebbet, egymásból fakadóbbat nem ismerünk és áhítatosan frissítjük fel ama tanokat és igazságokat, melyeket a messze Párizsból, a francia nemzet e nagy fiának szelleméből felvillanni láttunk és amelyek világhódítását mi öregebbek egy szebb kor hajnalát jelentő boldog érzéssel valamennyien átéljük. Szebben és tökéletesebben nem tehetnénk ezt, mint hogy Preisz tanár ünnepi beszédét követjük soron, amit tegnap, január 26-án mondott el a budapesti orvosi facultás által tartott, fényesen látogatott Pasteur-ünnepen.¹

Pasteur nem volt orvos s pályája kezdetén a vegytan kötötte le érdeklődését. Első felfedezése *Mitscherlich* ama megállapításához fűződik, hogy a két borkósavas só: a tartarát és paratartarát nem egyformán téríti el a sarkított fény síkját, hanem az egyik jobbra forog, a másik meg inactiv, pedig fajsúlyuk, molekuláik és azok elrendeződése teljesen egyformák. A kristálytanalumánnyozva, felismeri a két só eltérő kristályalakjait, hogy az egyik dyssimmetriás s jobbra forog, a másik sym-

metriás és inactiv. Rájött azonban nagy meglepetésére arra is, hogy kétféle dyssimmetriája van a borkósav kristályainak: az egyik jobbra, a másik balra forgató, a kétfőnek egyenlő arányú keveréke pedig optikailag inactiv. Ennek alapján reájött a *Mitscherlich* tételében foglalt ellentmondásra és kijelenti, hogy a kétféle dyssimmetriájú és eltérő optikai hatású borkósav chemiaileg sem azonos, és hogy azok molekulái a térben nem egyformán rendeződtek, hanem tükörképei egymásnak. Evvel megvetette a *stereoisomeria* alapját huszonöt éves korában.

Erre csakhamar Strassburgba került, mint az école normale helyettes tanára, tanszék és laboratorium nélkül. Miután tudomására jutott, hogy a költségvetésbe az ő berendezéséhez szükséges 1500 frank nem állítható be egy tételbe se, a maga költségén egy szerény laboratoriumot rendez be az école normale egy fészereben és itt dolgozik tovább. Azt a csodálatos megfigyelést teszi, hogy míg a mesterségesen előállított szerves anyagok többnyire optikailag inactivak, addig az élő szervezetek által termelt fehérjék, cukrok és egyéb szerves anyagok activak. Ezen a nyomon tért át későbbi nagy felfedezéseire. Észlelvén, hogy a gyárak szennyes borkósavas-mész lúgja nyáron erjedésbe megy és ezalatt különböző aktivitású borkósavas sók keletkeznek abban, maga is erjeszt ily sókat és tapasztalja, hogy az inactiv paraborkósavból a jobbra forgató eltűnik az erjedés alatt s csupán a balra forgató só marad meg, ami egyenlő az inactiv só felével. Tehát csak a jobbra forgató só alkalmas az erjedést létesítő élő sejt táplálására, az assimilatióra! Evvel a microbiologia terére jutott.

Harminckétéves korában a lillei tudományos facultás prorektorává lett, amely départementban virágzó szesztermelés volt; munkásságát most ennek szentelte. Az erjedés vitális volta mellett foglal állást az akkori legjelesebb chemikusokkal szemben (*Liebig*, *Lavoisier*). Az ötvenes évek elején megjelent munkája a tejsavas erjedésről oly mikrobiologiai kijelentéseket tartalmaz, amelyek csodálatlaltöltenek el ma bennünket. Hogy pl. az erjesztő anyag tiszta, egységes volta és a neki kedvező életfeltételek lényegesen befolyásolják az erjedést; — hogy többféle fermentum jelenléte esetén az fog elszaporodni és irányítja az erjedést, amelyik legkedvezőbb életfeltételekre talál.

Ezernyolcszázhatvanban közli vizsgálatait az alcoholos erjedésről, kimutatván, hogy annak okozója élő-

¹ Preisz Hugó tanár nagy beszéde egész terjedelmében a „Természettudományi Közöny”-ben fog megjelenni.

lény, mely a cukor egy részét elfogyasztja, éppúgy táplálkozik, mint a szerves lények, tehát él s nem katalysatorként hat a cukor bomlására, mint azt Berzelius és Mitscherlich állítják. Liebiggel szemben sikeresen harcol, bebizonyítván a fehérjementes, de ammoniával kevert oldatokban, tehát teljesen szervesen közegben is a cukorerjedés lehetőségét az élesztőgombák hatása alatt, amelyek az ammoniából építik fel a testükhöz szükséges anyagokat és szaporodnak. Csakhamar felfedezi a vaj-savas erjedést is és megállapítja, hogy az azt okozó élénken mozgó „vibriók” anaerobok, ami a szerves életről alkotott addigi felfogást is megdöntötte. Majd az ecetsavas erjedés titkait tárja fel, kimutatván a micoderma aceti szükségességét, a gombának nagy levegőszükségletét és hogy végül az alkohol elfogyasztása után az ecetsav felémésztésére is ráfanyalodik.

Gyakorlati érzékére vall, hogy ezenközben a bor kezelésének szokásos és bevált módjaival foglalkozik, azoknak okát adja, a bor és sör betegségeinek lényegét felderíti, okozóiul bizonyos aerob mikrobaikat állítván oda, amelyek elpusztítására és így a baj megelőzésére az 55^o-ra melegítést ajánlja (Pasteurözés).

Nem csoda, ha ily előzmények után Pasteur meg volt győződve afelől, hogy a rothadás, elhalt szervezetek bomlása, feloszlása is ily mikrobaik működésének következménye és ezirányban eredményes kísérleteket végez. Liebig gúnyolódik ez irány felett; Pasteur kísérleteit megismétli és mereven tagadja azok eredményeit; élete alkonyán azonban ő is elismeri Pasteur nagyságát és avval menti magát, hogy neki 30 éves elméletét védenie és a kémiai jelenségeknek kémiai okát kellett adnia.

Az ősnemzés (generatio aequivoca) általánosan elfogadott tanát, amit még Helmholtz sem mert tagadásba venni, bizonyos esetekben Pasteur döntötte meg, aki fáradhatatlan buzgalommal összehalmozott bizonyítékok alapján megállapította azt a ma banálisnak tetsző igazságot, hogy „omne vivum e vivo”. Ő és tanítványai kísérletileg megállapították a levegő és a tárgyak felületének láthatatlan csirataralmát, melyek bizonyos formáikban (spórák) nagyon ellentállóak és egyszeri felforrallással sem pusztíthatók el, száraz állapotban ellentállóbbak, mint folyadékban és kedvezőtlen viszonyok között lappangó életet folytatnak, savanyú közegben alig, vagy egyáltalán nem szaporodnak, de gyengén lúgosban annál inkább.

Első orvosi felfedezését is ezen az alapon tette, amidőn kimondotta, hogy a vizelet ammoniás erjedése mikrobaik életműködésének következménye, s mivel ez erjedést a bórsav megakadályozta, ajánlotta a beteg hólyag bórsavas öblítését.

Kétségtelen, hogy e kutatásai magukban is a fertőző betegségek okának felderítése felé irányították volna munkásságát, de egy véletlen még sietette azt és felfegyverezte Pasteurt az e téren szükséges éleslátással és gondolatmenettel.

Egykori tanára, I. B. Dumas biztatására vállalkozott a Franciaországot nagy gazdasági veszteséggel sújtó selyemhernyóbetegségek tanulmányozására. Nem könnyen és nem szívesen: mondván, hogy nincs orvosi képzettsége, hogy sohasem volt kezében selyemhernyó; mire a bölcs Dumas azt felelte: annál jobb, legalább csak azon fogalmak fogják vezetni kutatásait, amelyeket saját észlelései alapján nyer. Pasteur alaposságára mutat, hogy előbb nagy buzgalommal hallgatta Claude Bernard élet-tani előadásait, s 1865-től fogva hat éven át folytatta tanulmányait, nyaranta családostul lerándulva a Dérre, hogy azokat a helyszínen végezhesse.

E kutatások révén fejlődött ki Pasteur orvosi aetiológiai gondolkodása, mert míg eddig az erjedés tanában mikrobaiknak csupán holt anyagon elhatalmasodásával foglalkozott, addig itt alkalma nyílt az élő szervezetnek az őt megtámadó apró élettel folytatott küzdelmébe beletekinteni. Megállapította, hogy két betegséggel áll szemben: a szemcse-kórsággal és renyhe-kórsággal, hogy ennek mikrobaik a beteg lepkék petéi útján átöröklődhetnek, hogy a hernyók különböző fogékonyságot mutatnak, s a beteg, de el nem pusztult hernyók, illetve lepkék utódai nagyon hajlamosak a betegségre. Jól mondja Duclaux, hogy e

kutatásai közben Pasteur megérett arra, hogy a járványok nagy kérdésével eredményesen foglalkozzék: „son esprit s'y était façonné”.

Ezen fáradságos hat év után nagy érdeklődéssel fordult az orvostudományok őt érdeklő szakmái felé. Figyelmét különösen a Davain által felfedezett lépfenebacillus és annak fertőző módja kötötte le. Bár Davain kimutatta, hogy agyagszűrőn átbocsátott lépfenés vér már nem fertőz, s Koch Róbert vércsöppben látta a bacillusok fejlődését, szaporodását, s cseppből-cseppbe átvittással a nyolcadik cseppel is megölt állatokat, a bacillust mégsem fogadták általánosan el kórokozó gyanánt, mert Chauveau kísérletei azt mutatták, hogy a vírusok több százszoros hígításon át is megtartják fertőzőképességüket, s így a bacillusokon kívül még mindig lehet a cseppben valami, ami a betegséget létrehozta. A kérdést Pasteur a tőle várható egyszerű módon döntötte el, közömbösített vizelet nagyobb tömegeiben tenyésztvén tovább a bacillust s az utolsó tenyészet csöppecskéjének fertőző erejét kimutatván.

Az az utolsó ellenvetés, hogy lépfenés hullák rothadt vérével, amelyben a Davain-féle bacillusok már nem voltak láthatók, sikerült állatokat elpusztítani anélkül, hogy ezek vérében ama Davain-féle pálcikák kimutathatók lettek volna, — Pasteurt új felfedezésre vezette, ki a kérdést valóságos virtuozitással oldotta meg. Kimutatta, hogy a bomlott vérben rothadó szervezetekben egy bacterium: a „vibrio septique” szaporodik el, amely a külvilágban mindenütt, a földben is fellelhető, a bélbe is könnyen bejut, s innen elszaporodik a hulla vérében s még hamarabb öl, mint az anthrax és szigorúan anaerobionta. Ez utóbbit genialisan egyszerű kísérlettel bizonyította. Ilyen bacillussal fertőzött savós folyadékot helyezett el egy lapos edénybe vékony rétegben és egy vékony csőbe magas rétegben. A levegő behatása alatt a vékony rétegben a bacillusok bizonyos idő múlva elhaltak, s ez nem is fertőzött; a csőnek fenekéről vett savós csepp azonban, melyben a bacillusok nem érintkezhetnek a levegővel, élve maradtak és szaporodtak, megölte az állatot. A két-féle folyadék tehát, vegyi alkotórészeit tekintve, egyforma volt, s csak élő bacillusok tekintetében különbözött egymástól, tehát a betegség okozói csak ezek lehettek s nem valamely rajtuk kívül eső anyag.

Az a tapasztalata, hogy a természetben mindenütt előfordul nemcsak ez a „vibrio septique”, hanem más csirák is, amelyek genyedet, gyulladást, sőt halált képesek okozni, az orvostudomány és gyakorlat szempontjából a következő nagyhorderejű kijelentésre készítette Pasteurt, aki fölfedezésének súlyát és jelentőségét tökéletesen ismerte: „Azzal a vízzel, szivaccsal vagy tépéssel, amivel a sebet mossák vagy érintik, oly csirákat visznek a sebbe, amelyek az operálnak feltétlen halálát okoznák, ha az élő szövet elszaporodásuknak útját nem állnák; de sajnos, hányszor elégtelen ez a vitalis ellentállás! Ha sebesz volnék, teljes tudatában e veszélyeknek, mindenkor teljesen tiszta műszereket használnék, s legmondosabban megtisztított kezemet hirtelen lángon áthúznám, csak oly kötőszert alkalmaznék, amit előzőleg 130—150^o-ra hevítettem volt s mindig csak olyan vizet, amely 110 usque 120^o-ra volt előzőleg felmelegítve.” Mily természetes és önként értetődő igazságok ezek ma, de mennyit kellett egy nagy emberi elmének küzdenie, hogy ezeket az emberiséggel elfogadtassa.

Érdekes Lister levele (1874), miben hálásan vallja magát Pasteur követőjének: „engedje megragadnom az alkalmat, hogy köszönetemet fejezzem ki azért, hogy fényes búvárlatai által igaznak bizonyította be a rothadási csirákról szóló elméletet, és ezáltal megadta nekem az egyedüli alapot, amelyen az antiseptikus rendszer sikeresen kiépíthető”.

Ennyi eredmény és siker a fertőző betegségek okának felderítésében Pasteurt — aki mindig szem előtt tartotta a gyakorlati szempontokat is — az immunitás és immunizálás kutatására vezette. Miután behatóan tanulmányozta Jenner munkáit és eljárását, felvetette a kérdést: nem lehetne-e a himlőoltáshoz hasonlóan minden fertőző betegséggel szemben oly hasonló enyhébb betegséget előidézni, ami védelmet nyújt a halálos megbetege-



1. ábra



2. ábra



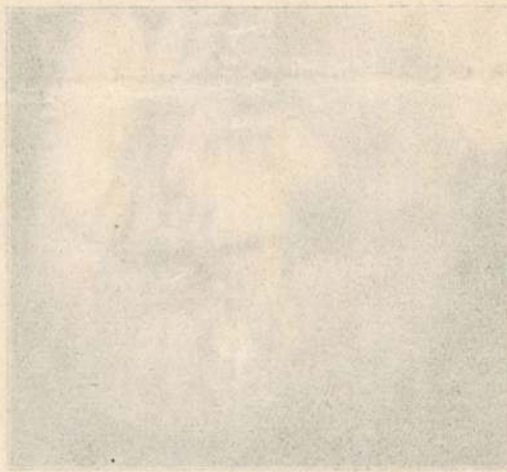
3. ábra



4. ábra



5. ábra



6. ábra



7. ábra



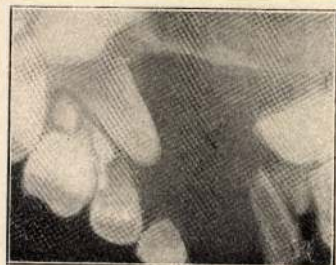
8. ábra



9. ábra



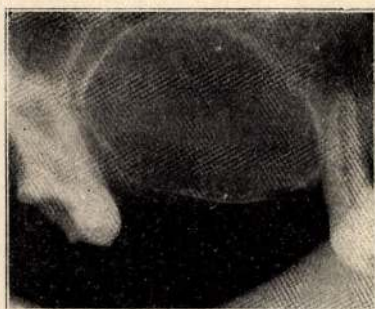
10. ábra



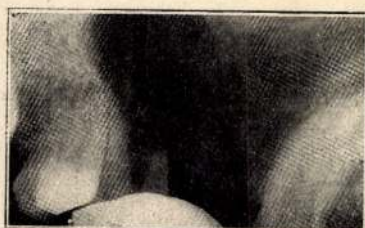
1. ábra.



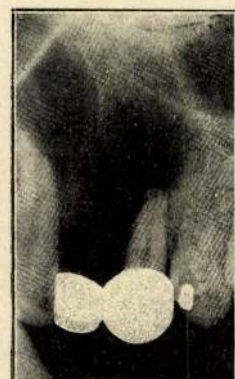
2. ábra.



3. ábra.



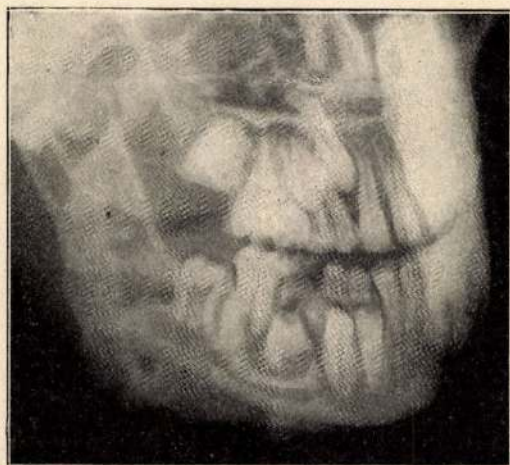
4. ábra.



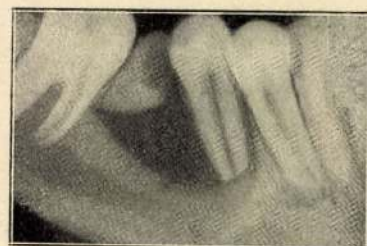
5. ábra.



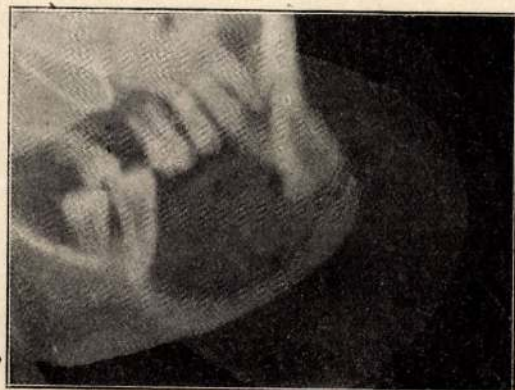
6. ábra.



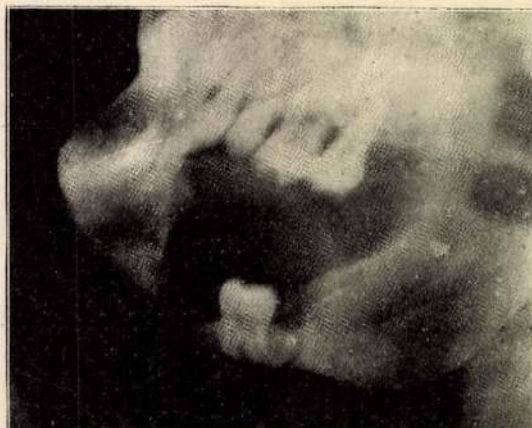
7. ábra.



8. ábra.



9. ábra.



10. ábra.

dés ellen? Saját kutatásai hamar eltérítették eme, Jenner nyomán járó gondolatától, mert a baromfi-cholera virulentiájának vizsgálata közben azt tapasztalta, hogy a néhány hónapig friss tenyészetbe át nem oltott csirák annyira legyengültek, hogy az állatot többé meg nem ölték, sőt ezek az állatok a virulens oltásoknak is ellentálltak.

Ez az első siker vezette arra a gondolatra, hogy a nem patogén csirák tulajdonkép szelidült fertőző csirák, melyek alkalmas körülmények között ismét patogénekké válhatnak, s ilyképpen új betegségek is felmerülhetnek, s ez egyszermind érthetővé tette előtte a genius epidemiusnak hely és idő szerinti ingadozásait.

Lázasan kutatott tovább. „Ah mily szép lenne — susogta olykor maga elé —, ha a baromfi-cholera mikrobáinak szelidülése nem lenne kivételes jelenség!”

Pasteur a baromfi-cholera virulentiájának gyengülésében a levegő behatásának tulajdonított nagy szerepet, s most ugyanily módon fogott hozzá a lépfene virulentiájának csökkentéséhez. Vékony rétegű húslevesben 42–43°-on tenyésztett hosszabb ideig lépfenebacillusokat, mire azok annyira meggyengültek, hogy nem ölték meg az állatot, de ellentállóvá tették. 1881 februárjában tett erről jelentést az academiának és még ez évben a meluni gazdasági egyesület felhívására ott 50 juhon és 10 tehénen nyilvános kísérletet is végzett a legfényesebb, előre megjósolt eredménnyel, ami határtalan lelkesedést váltott ki és mindennél jobban erősítette meg a hitét a mikrobák fertőző, betegség okozó voltában.

A veszettséggel, mely Franciaországban különös vehementiával szedte áldozatait, 1880-ban kezdett foglalkozni. A betegség kórokozó csiráit ugyan nem sikerült megtalálnia, de abból az észleletről kiindulva, hogy a tünetek főleg idegrendszerbeliek és így az idegrendszer a vírus gazdag tenyészeté kell hogy legyen, az immunizálás módját erre alapítva sikerült azt felfedeznie.

Tapasztalva, hogy veszettségben elhalt nyulak gerincveleje légmentes szárítás következtében 14 nap alatt fokozatosan, végül teljesen elveszti fertőzőképességét, oltásait a leggyengébb vírussal kezdte és a legerősebbel fejezte be 14 nap alatt, még pedig állatain teljes sikerrel. Mégis, mikor az első oltást végezte emberen (1885), érezte, hogy a „keze reszket” s a kezelés haladása alatt leírhatatlan nyugtalanság és félelem között teltek napjai, míg bizonyossá nem lett, hogy az oltott fiú a veszély minden lehetőségén túl van.

Ez a siker világszerte nagy lelkesedést keltett, az ebmarta emberek tömegesen keresték fel Pasteurt. Nem ingatta meg a bizalmat még ama leányka esete sem, akit Pasteur nagy töprengés után, jó szíve által hajtva, a marás után 37 nappal vett kezelésbe és akin annak befejezte után kitört a veszettség; nem még az ennek nyomán felviharzott sajtótámadás sem! Pasteur népszerűsége tetőpontjára hágott, s országos gyűjtés indult meg, hogy Franciaország nagy fia és tanítványai munkássága számára méltó otthon teremtsék. Az összegyűlt két és egy negyed millió frankból és számos természetbeni adakozásból 1888-ban épült fel a párizsi Pasteur-intézet, a mikrobiológiai kutatás egyik legelőkelőbb gócpontja az egész világon.

Ez ime egy igazi bűvár tökéletes kifejlődése, amit a terebélyes fáéhoz lehet hasonlítani, amely az élettelen földből kelve és táplálkozva, virágjában és gyümölcsében az élet csúcspontjára emelkedik: Pasteur is az élettelen világ, kristályok tanulmányozásából indult ki s kutatásainak összefüggő láncolatán át az élet legszövevényesebb problémái közé emelkedett.

Élete delén, 1868-ban, nagy munkássága közepette baloldali benuálás érte. Hazafias lelkére vall, hogy így sóhajt fel: „sajnálom, hogy meg kell halnom; szerettem volna hazámnak még több szolgálatot tenni”. A szerencsétlen végű francia-német háború kétségbeejtette és tönkretette. Vajjon mit érezne, ha magyarnak született volna és ma élne? Minden körülmények között első sorban francia és ez minden munkájára reáüti bélyegét. „Vigasztalan lennék, ha oly fölfedezés, mint amilyet munkatársaim és én most tettünk, nem volna francia felfedezés” — mondá a lépfene vírusának sikerült szelidí-

tése alkalmával. De nemcsak dicsőséget, hanem felfedezéseit a gyakorlati étellel kapcsolatba hozva, mérhetlen anyagi hasznot is hajtott hazájának és Huxley joggal mondhatta, hogy Pasteur felfedezéseiből egyedül is kitelik a hadikárpótlás.

Pasteur 1895 szept. 28-án halt meg; öt évvel azután, hogy a budapesti Pasteur-intézet szerény keretek között, Hőgyes tanár vezetése alatt működését megkezdte.

Búcsúzzunk Pasteur szellemétől azzal a nagy érzéssel, hogy az igazi bűvárnak — mert ember — van, és kell is hogy legyen hazája, nemzete dicsőségének öregbítése munkásságának egyik legnagyobb rugója, de a kiváló nagy szellemek nemcsak nemzeteiknek születnek, hanem az egész emberiségnek, s az őket megillető hála és kegyelet nem ismer országhatárokat.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A magy. kir. „Ferenc József” tud. egyetem általános kóris és gyógytani intézetének közleménye. (Igazgató: Lőte József tanár.)

A veszettség elleni mentesség öröklése.

(Negyedik közlemény.)

Adalék a veszettség gyógyulásához.

Írta: Konrádi Dániel dr. egyetemi magántanár, intézeti adjunctus.

Előző három ily tárgyú dolgozatomban¹ kilenc kísérleti sorozatban szerzett tapasztalatok alapján kimutattam volt, hogy a veszettség elleni mentesség öröklődik, hogy az ilyen mentesség átörökítésében az apának semmi szerepe sincs, csupán az anyában van meg ez a képesség, még pedig nemcsak akkor, ha a mentesítés a terhesség alatt, hanem akkor is, ha jóval a fogantatás előtt történt, hogy a mentesség öröklése szempontjából az utódok között egyéni különbségek vannak: némelyik öröklő, másik nem, hogy a mentesség öröklése csak az első ízig történik, az unokában nyoma sincs, végül, hogy ez az öröklés jóval hosszabb ideig eltart, mint a hogy azt Ehrlich és az ő nyomdokain haladó bűvárok véglegesen megállapítottak vélték.

A harmadik közleményem tanúsága szerint a világhozott mentesség egy év, nyolc hónap és 25 nap múltán még megvolt. Ugyanott jeleztem, hogy a további adatgyűjtés folyamatban van. Erről az alábbiakban kívánok röviden megemlékezni.

X. sorozat.

1914 okt. 27-én úgy próbáltunk mentesíteni egy 77 kg súlyú nőtény kutyát, hogy 24 gr velőt 52 kcm sósvízben szétörzsolva oltottunk a bőre alá 26 helyre szétosztva. A velő 5 napig állott carbolos glycerines sósvízben (50 gr glycerin, 50 gr sósvíz, 3 csepp tömény carbol). A ragály erejét úgy állapítottuk volt meg, hogy ugyanakkor egy tengeri malacot és egy nyulat oltottunk be agyburok alá. A malac 9, a nyúl 10 nap múltán pusztult el jellegzetes veszettségben. A ragály tehát jó erős volt, a kutya azonban megbirkózott vele, ellenben a 13 kgr súlyú társa, amely ugyanabból a ragályból ugyanannyit kapott, belepusztult 15 nap alatt. Ez a kutya 1915 április 4-én négy kölyköt vetett. Érdekes, hogy ezek a kölykök 14, 17, 30, illetőleg 34 napos korukban veszettségben pusztultak volt el, miként erről „A veszettség öröklése” című dolgozatomban² be is számoltam. 160 napig keringett tehát az anya vérében a veszettség ragálya, átment a magzatokba, de az anya életben maradt, másodszor is terhes lett és 1916 április 2-án 5 kölyköt vetett, amelyek közül kettő baleset miatt pusztult el, egy kiszabadult és eltűnt, maradt tehát kettő, amelyek szépen fejlődtek és amelyeket 1918 június 18-án, vagyis 2 éves, 2 hónapos és 16 napos korukban oltottunk be kóbor ragállyal borjúból, amely az agyburok alá oltott nyulat 18 nap alatt ölte meg jellegzetes veszettségben. A sűrű sósvizes dörzsolékből 2–2 kcm kaptak mélyen a háti gerincoszlop melletti izomzatba. Ezek közül

¹ Klinikai Füzetek 1907; Orvosi Hetilap 1909 és 1906.

² Orvosi Hetilap 1917.

a nőstény július 13-án, az oltás utáni 25. nap beteg és 3 napos tünetes szak után jellegzetes veszettségben elpusztul. Tetemvizsgálatánál 5 igen fiatal embryumot találtunk benne, továbbá úgy az anya, mint az embryum agyában Negri-féle testecskéket. Az embryumok további vizsgálatát mellőztük, nem oltottunk belőlük, mert 12 év alatt szerzett ily irányú kísérletes vizsgálataink alapján véglegesen megállapítottuk, hogy a veszettség ragálya minden esetben átmegegy az anyáról a magzatra.³

A második utód a próbaoltás utáni 15. nap beteg: járása bizonytalan, hátulja meg-megrozkad, a 17-ik napon annyira bénult, hogy csak a fejét tudja emelni. Nem eszik. Ez az állapot eltartott 10 napig, ami alatt nagyon lefogyott. Ezután lassanként kezdett magához térni, evett, ivott, felállott rövid időre, de még hat hét múlva is vonzolta a hátulját, majd teljesen rendbejött és e sorok összeállításakor: 1918 december végén semmi baja.

Azt látjuk tehát, hogy két év, két hónap és 16 nap múltán még megvan a világrahozott mentesség, de már nem teljes, mert kitör az utódon a veszettség, de kigyógyul belőle. Ugy látszik tehát: e körül az idő körül esik a világrahozott mentesség határa, mert mind a két testvér megkapja a betegséget: az egyik belepusztul, a másik kigyógyul. De azt is látjuk, hogy jóval hosszabb ideig eltart a világrahozott mentesség, mint ahogy azt Ehrlich véglegesen megállapítottak vélte és nem állhat fenn tovább az ú. n. „Ehrlich-féle törvény“ (loi d'Ehrlich), mely szerint a világrahozott mentesség csak addig tart, míg a szoptatás.

Ez a tapasztalat azonban érdekes adalékkul szolgál a kitört veszettség magától való gyógyulásához is. Ez a kérdés, miként Koch József a veszettségről írott legújabb monographiájában⁴ igen helyesen mondja, nemcsak elméleti, hanem gyakorlati szempontból is igen fontos, mert ámbátor Pasteur⁵ már 1882-ben megállapította volt, hogy veszettségből való kigyógyulás kutyán előfordul, mégis úgy az irodalomban, mint a közfelfogásban Brouardel⁶ nézete van elterjedve, amely szerint a gyógyulás kizárt dolog. „Une fois déclarée la rage se termine toujours par la mort“ (Brouardel). Eppen ezért szükségesnek tartom az ilyen gyógyulással végződött eseteket úgy a saját anyagunkból, mint az irodalomból összegyűjteni, mert az ilyen felfogás egészen megbénította az orvos kezét és fel-tűnő volna Koch József szerint is, hogy a veszettség volna az egyetlen fertőző betegség, amelynél gyógyulás nem fordulhatna elő.

A kolozsvári egyetem kórtani intézetében a legelső esetet 1903-ban észleltük. Az agyburok alá megállapodott ragállal oltott kutya megvész a betegség minden jellegzetes tünete mellett, de 12 napi tünetes szak után meggyógyul.

2. Az 1906. február 26-án ugyancsak megállapodott ragállal agyburok alá oltott kutya 14 napi tünetes szak után gyógyult meg.

3. Az 1907. április 13-án agyburokalattian kóbor ragállal oltott nyúl a 25. napon jelentkezik a veszettség, mely 10 napi tünetes szak után meggyógyult.

4. Az 1907. május 7-én kóbor ragállal agyburok alá oltott kutya megvész, de két napi betegség után meggyógyul.

5. Az 1907. november 18-án kóbor ragállal mélyen a gerincoszlop mellé oltott kutya 11 napi betegség után gyógyult meg.

6. Az 1908. május 22-én kóbor ragállal mélyen a gerincoszlop mellé oltott 4300 gr. súlyú kutyakölyök 8 napi betegség után gyógyult ki.

7. Az 1909. július 12-én agyburokalattian kóbor ragállal oltott kutya 4 napos tünetes szak után gyógyult meg. Megjegyzem, hogy ezekben az esetekben szó sem lehet szerzett, vagy világrahozott mentességről, teljesen ép állatok voltak.

8. eset a jelenlegi közleményben szereplő kutya.

Az irodalomban leírt esetek között legelső a párisi Pasteur-intézetből Bardach⁷ által ismertett eset, amelyben az agyburok alá oltott kutyán a fertőzés utáni 51. napon

kiütött a veszettség és öt napi tünetes szak után meggyógyult.

Högyes⁸ a budapesti Pasteur-intézetben 159 veszett kutya közül 13 esetben észlelt gyógyulást. Koch József⁹ a berlini Pasteur-intézetben tett tapasztalatai szerint egyszer 40 kutya közül három esetben látott gyógyulást, egy második sorozatban hat kutyát oltott ugyanabból a kóbor ragályból izomzatba. Ezek közül kigyógyult négy, egy harmadik sorozatban az ugyanazzal a kóbor ragállal fertőzött hat kutya közül kigyógyult három és azt mondja Koch, hogy megállapodott ragállal történt fertőzés után még gyakrabban fordul elő gyógyulás. Remlinger¹⁰ három esete azért is érdekes, mert a veszettségből 8, illetőleg 24 napi tartam után kigyógyult kutyák nyálával fertőzött kísérleti állatok megvesztek még akkor is, ha a kigyógyulás után öt nappal vette a nyálát. Menezier¹¹ egy esetében a kigyógyult kutya nyálával fertőzött kutya és nyúl megkapta a veszettséget. Dammann és Hasenkamp¹² egy kutyát fertőztek megállapodott ragállal, és amikor ezen a jellegzetes tünetek mutatkoztak, a nyálával nyulat oltottak be, amely megkapta a veszettséget, ellenben a kutya kigyógyult belőle.

Mindezekben az esetekben emlősökön szerzett tapasztalatokról van szó, de Gibier,¹³ Kraus és Clairmont,¹⁴ legújabbán pedig Lőte¹⁵ tapasztalatai szerint szárnyasoknál még gyakrabban fordul elő a veszettség gyógyulása.

De nemcsak állatoknál fordul elő, hanem embereken is észlelték a veszettség magától való meggyógyulását. A legrégebbi erre vonatkozó adatokat Gamaleia¹⁶ gyűjtötte össze és azt mondja, hogy ritkán ugyan, de biztos gyógyulási esetek ismeretesek embernél is (On trouve qu'ouque très épors dans la littérature des cas incontestables de la rage humaine guérie). Ilyen esetről tesznek említést Lebell és Vesesco¹⁷ is a jassyi Pasteur-intézetből. 1894. augusztus 26-án jelentkezett ott egy gyermek, akit egy veszett kutya harapott meg. Súlyos arc-, fej- és kézsérüléseket szenvedett. A védőoltást be sem fejezheték, mert szeptember 11-én kiütött rajta az emberi veszettségre jellegzetes kép. Szeptember 20-án, tehát 9 napi tünetes szak után teljes gyógyulás. Még magasabbra szabható az ilyen esetek száma, ha elfogadjuk Koch József¹⁸ nézetét, hogy mindazok az esetek, amelyekben a védőoltás alatt vagy után jelentkeznek bénulások, görcsök, izgalmi állapotok, nyálfolyás, szintén veszettségi fertőzések, ú. n. „abortív veszettség“, amelynek feltűnő nagy a gyógyulási hajlama. Ilyen esetet Remlinger¹⁹ 40-et, Simon²⁰ 88-at gyűjtött össze a világirodalomból. Nem akarok saját tapasztalatok hiányában a bénulások stb. lényegének értelmezésével foglalkozni, csak annyit jegyzek meg az irodalomban található tapasztalatok után, hogy ez a kérdés még nincs tisztázva. Babes²¹ szerint az ilyen bénulásokat a védőoltás alatt bejuttatott megállapodott nyúlveszettségi ragály mérge okozza, ugyanezen a véleményen van Remlinger²² is. De most nem is ennek a kérdésnek az értelmezéséről van szó, csupán arról, hogy veszettségből való gyógyulás előfordulhat-e embernél? A fentiekből kitűnik, hogy előfordulhat. Ezek után önként vetődik fel a kérdés: nem lehetne-e a veszettséget orvosolni? Erre legelőször Högyes²³ gondolt, amikor a veszettségről írott monographiájában ezt írja: „Reményleni lehet, hogy sikerülni fog egykor ennek a gyógyítását is kitalálni.“ És csakugyan, a legújabb tapasztalatok biztató reményt nyújtanak erre. Tizzoni és Bongiovanni²⁴ azt találták, hogy 100.000 RE (radioaktív egység) radiumsugár képes az agyburok alá oltott nyulat a kitört veszettségből meggyógyítani, ha 8 óra hosszatt hat a radiumsugár, és azt is mondják, hogy embernél 5 millió RE szükséges ennek a célnak az elérésére. Közéleg tehát az az idő, amelyet Högyes oly hön óhajtott! Ebben az irány-

⁸ A belgyógyászat kézikönyve I. k. ⁹ Lyssa. Kolle-Wassermann VIII. ¹⁰ Annal. Pasteur 1904., Compt. rend. 1907. ¹¹ Idézve Koch József. Lyssa. ¹² Deutsch. Tierärztl. Wochenschr. 1908. ¹³ La rage. 1884. ¹⁴ Zeitschr. f. Hyg. 1900. ¹⁵ Orv. Hetilap 1904. ¹⁶ Annal. Pasteur 1887. ¹⁷ U. o. 1895. ¹⁸ Lyssa. Kolle-Wassermann. VIII. ¹⁹ Annal. Pasteur. 1905. ²⁰ Centrbl. f. Bakt. Orig. 68. 1913. ²¹ Zeitschr. f. Hyg. 65. és 69. kötet. ²² Annal. Pasteur. 1905. ²³ Belgyógy. kézikönyv. I. köt. ²⁴ Centrbl. f. Bakt. Orig. 40. és 42. köt.

³ Orvosi Hetilap 1917. ⁴ Kolle-Wassermann VIII. kötet. ⁵ Francia tud. akad. 1882. december 11-i ülés. ⁶ Annal. Pasteur 1887. ⁷ Annal. Pasteur 1888.

ban szándékozunk mi is a békés viszonyok igen kívánatos helyreállta után kutatni a most megnyitandó kolozsvári Pasteur-intézetben. És kipróbáljuk Koch József²⁵ ajánlata szerinti mi is a jod hatását, amelynek használata után az „abortiv” veszettség három esetében gyors visszafejlődést látott Koch, amiért is a védőoltás egész ideje alatt állandóan szedeti egyfelől azért, mert a jod az agy különböző kóros állapotainál és mikrobás megbetegedéseinél (aktinomykosis) polgárjogot nyert, másfelől, mert különösen idegesebb egyéneknél még lelki megnyugtatót is eredményez.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter tudományegyetem I. sz. belklinikájának közleménye. (Igazgató: Bálint Rezső dr. egyetemi ny. r. tanár.)

Natrium nitrosum-injectiók edénybeidegzési zavarok ellen.

Írta: Nagy Jenő dr. klin. gyakornok.

A nitritek értágító hatása már régóta ismeretes. A nitroglycerinnek, az amylnitritnek és néhány szóval a natrium nitrosumnak értágító hatását belső adagolásnál minden tankönyv megemlíti. A hatás általában rövid ideig tartó, a natrium nitrosumnál pedig problematikus.

Romberg (Lehrbuch der Herzkrankheiten) néhány sorban tesz említést a natrium nitrosumnak subcutan-injectiók alakjában való adagolásáról, melyet angina pectorisnál 0'01 gr adagban ajánl. Újabban Schlesinger számol be natrium nitrosum-injectiókkal elért eredményeiről dysbasia intermittensnél, érelmeszesedésben szenvedők időszakos sántítása. Megemlíti, hogy tudomása szerint előtte nem alkalmazták a natrium nitrosumot subcutan-injectiók alakjában. Belsőleg adagolva a natrium nitrosumot, teljesen hatástalanoknak mondja, míg subcutan adagolva a szert, dysbasia intermittensnél eredményei felülmúlnak minden eddigi kezelést.

Schlesinger közlése nyomán megkísérletem a szer subcutan adagolását először dysbasia intermittens-esetekben és egyben pontosabb megfigyelés tárgyává tettem a natrium nitrosum-injectiót követő elváltozásokat. A vizsgálatokat kiterjesztettem egészségesekre, majd angina pectoris, nephritis, arteriosclerosis, illetve hypertonia-esetekre. Ezen vizsgálatokról röviden a következőkben számolhatok be. Megjegyzem, hogy a natrium nitrosumot, úgy mint Schlesinger, 2%^o-os steril oldatban alkalmaztam; az injectiók fájdalmat nem okoztak. A vérnyomást Recklinghausen-féle tonometerrel mértem. Vizsgálataimat jórészt hosszabb idő óta fekvő betegekben végeztem.

Normális egyéneknél, azaz olyanoknál, akiknél a szív- és érrendszer részéről elváltozást kimutatni nem tudtam, 2—4 ctgr 15 p. mulva 30—40 centiméterrel csökkentette a maximális vérnyomást (palpatorikusan mérve), a minimális alig, illetve lényegtelenül befolyásolta. A csökkentett vérnyomás 40 perc—1 óráig állott fenn, majd lassan emelkedett és 2—3 óra mulva elérte a kiindulási magasságot. Az injectio a pulsus szaporaságát nem befolyásolta, minőségét azonban igen, amennyiben az nagyobb, lágyabb és gyorsabb lett. 2—6 ctg-os adag után szédülést vagy más kellemetlen tünetet sohasem észleltem, nagyobb adag után gyakorta fejfájást.

Dysbasia intermittensben szenvedő betegeknek 2—4 ctgr subcutan már az első injectio után oly szabályszerűséggel lényeges javulást hozott létre, hogy az eredmény elmaradása talán differential-diagnostikai szempontból is értékesíthető. Két-három hétig naponként, másodnaponként adott injectiók a betegeket hónapokra panaszmentesekké tették. Két érdekesebb esetet a következőkben ismertetek:

G. L. 66 éves férfi előadja, hogy lábszáraiban rheumás fájdalmak vannak, melyek az utóbbi időben főleg hegymászásnál, lépcsőjárásnál igen hevesek, gőrcszerűek, megállásra készletik. Fürdők, massage, bedörzsölések hatástalanok voltak. Kis adagokban szedett chinin lényegesen javított állapotán. Betegségének újabb jelentkezésekor alkalmazott néhány nitrit-injectio megszüntette fájdalmait, járása azóta (1 éve) szabad.

K. J. 42 éves férfibeteg, aki dysbasias panaszaiával végigjárta a külföld nevesebb klinikáit is, diuretikumot, jódot, nitroglycerint, konyhasóinfúziókat, fürdőket stb. végigpróbált különbözőbb eredmény nélkül. Arteria dorsalis pedis nem tapintható, lábujjak hűvösek. Röntgen-felvétel az arteria tibialis lefutásában néhány meszes folt látható. Vérnyomás 185. A beteg, aki azelőtt 50 lépést sem tudott egyhuzamban megtenni, 2—3 kilométeres sétát könnyen tesz meg 3 ctg-os nitrit-injectiók után. Hónak mulva jobb lába öregujján fellépő tűrhetetlen fájdalmak miatt jelentkezett ismét. Lábujja hideg, szederjesen elszineződött. A tervbe vett sebészi beavatkozás előtt kísérletképpen alkalmazott natrium nitrosum-injectiók újból panaszmentessé tették.

Ugyanezen beteget két hónappal az első kezelés után az utcán súlyos angina pectoris-roham lepte meg. A hamarjában előteremtett orvos morfiuminjectiót alkalmazott nála, mely fájdalmait elviselhetőbbé tette, de meg nem szüntette. 3 ctg-os nitrit-injectio öt perc alatt teljesen megszüntette panaszait. Néhány nap mulva megismétlődött anginás rohamánál a nitrit-injectio hasonló eredménnyel járt.

A nitrit-injectióknak angina pectorisnál való alkalmazása önként adódott a dysbasia intermittensnél elért kitűnő eredményekből, a két betegség azonos pathogenetikai tényezőjéből. Az elért eredmények itt is éppen olyan kedvezőek. Kicsi, szapora pulsus jelenlétében coffeinnel együtt alkalmaztam a nitritet. Megfelelő kautelák mellett még igen súlyos esetekben sem láttam kellemetlenséget a nitrit-injectiók nyomán. Jó hatásukat angina pectorisnál még egy esettel legyen szabad támogatnom, melyhez hasonló jó eredményt még más két esetben észleltem.

W. Gy. 60 éves férfibeteg, nagy fokban leromlott, étvágytalan, álmatlan. Csaknem állandó kínzó fájdalmak a sternum alatt, melyek járáskor már néhány lépés után fokozódnak. Vérnyomás 215, pulsus 116. Az első nitrit-injectio csökkentte fájdalmait, vérnyomása 15 cm-rel alacsonyabb, pulsusa gyérül. A következő 2, majd 3 ctg-os injectióra vérnyomása 185-re csökken, pulsusa 90. Fájdalmait megszüntek, nyugodtan alszik, étvágya visszatér, az első héten 2 kg-ot hízik, melyet még további 5 kg-os gyarapodás követ. Munkaképességét teljesen visszanyeri.

Ugyancsak önként adódott a natrium nitrosum-injectiók hatását diffus glomerulonephritiseknél vizsgálat tárgyává tenni. Értágító szerekekkel sokan megkísérelték a nephritis gyógyítását, különösképp eredmény nélkül. A sikertelenség oka talán abban keresendő, hogy erőlyesen ható értónuscsoökkentő szerekek hatása igen rövid ideig tart. Egészen friss nephritisek nem állottak rendelkezésemre, habár főleg a nagyfokban olyguriás, illetve anuriás nephritisekkel való ezirányú kísérletezés kecsegtetett eredményel. Subacut nephritist két esetben volt alkalmam nitrit-injectiókkal kezelni.

P. J.-né, subacut nephritis, igen jelentékeny haematúriával, amely coagulen-, serum-, calcium- stb. kezelésre nem javult. 3—7 ctg-ig emelkedő natrium nitrosum-injectiókra a haematuria napról-napra csökken (2 hét mulva már csak mikroszkopikus), a beteg vérnyomása 230-ról 170—180-ra süllyed, étvágy, közérzet lényegesen megjavul.

J. J.-né, subacut nephritis, oedemák, fejfájás, rohamosan romló látás (papilloretinitis albuminurica). 2—9 ctg-ig emelkedő nitrit-injectiók. Az injectiókat követő (20 perc mulva) látásjavulás, amely eleinte csak óráig tart. Mialatt a beteg oedemás, az injectio a vérnyomást nem befolyásolja. Az oedemák eltűnése után az injectiókra a vérnyomás átmenetileg 260-ról 180-ra süllyed, 200 körül állandósul. A beteg visusa, amely a nitritkezelés kezdetekor ujjolvasásnyi volt, annyira megjavult, hogy a beteg ismét ír, olvas.

W. P., nephritis chronica erősen csökkent vesefunkcióval. Vérnyomás 260, szinte csillapíthatatlan hányás, nagyfokú oedemakészség. Vérsavó maradéknitrogéntartalma nem emelkedett. Már az első injectiókra (3—4 ctg) a vérnyomás órákra 180—190-ig esik, fejfájás, hányás, szívtáji szorongó érzés megszűnik, további injectiókra a vérnyomás 190 körül állandósul. Közérzet annyira megjavul, hogy a beteg, aki hónapokon át munkaképtelen volt, újra el tudja látni hivatalát. Időnként beálló rosszabbodás ambulánsan beadott heti 2—3 injectióra megszűnik. Megemlítem, hogy ezen esetben is, amíg a beteg átmenetileg oedemás volt, az injectio a vérnyomást nem befolyásolta mindenek szerint, mert nem jól szívódott fel.

Magas maradéknitrogennel járó idült nephritisnél a végső szakban a nitrit-injectiók a nitrogénkiválasztást nem befolyásolták.

Több esetben arteriosclerosisnál 2—3 ctg-os injectio a beteg vérnyomását órákra csökkentette és a beteg kellemetlen szédülését megszüntette.

²⁵ Deutsch. med. Wochenschr. 1913.

Igen magas vérnyomással (280—360), subjectiv szívpanaszokkal, kezdődő dekompensációval járó nephrosclerosis benignáknál a nitrit-kezelés igen szép eredményeket mutathat fel. A kedvező hatás a vérnyomásnak 40—60 cm-rel való csökkenésében, az esetleg fennálló extrasystolés arhythmia eltűnésében nyilvánul meg. Bár a nitrit-injectiókkal létrehozható vérnyomás-süllyedés sok esetben nem tartós, egy-két órán belül lezajlik, mégis úgy látszik, hogy a keringés számára ha csak egy-két órára is teremtett kedvezőbb viszonyok lényeges hasznot jelentenek a szervezetnek, főképen a szívnek. Az injectióknak gyakran megismételhető volta éppen ezen igen magas vérnyomással járó esetekben lényeges előnyt jelentenek a ritkán alkalmazható venesectiókkal szemben.

Végül megemlíteném, hogy intravenásan adott natrium-nitrosom ($1/2$ —1 ctg) hatását is vizsgálat tárgyává tettem. Felűnt, hogy a vérnyomás-süllyedés ezen alkalmazásnál sem következett be előbb, mint a subcutan injectióknál (15—30 perc múlva éri el a vérnyomás a legmélyebb pontot). Miután az intravenás alkalmazásnak semmi előnyét sem láttam a subcutan felett, azért utóbbit alkalmaztam rendszeresen.

A natrium nitrosom-injectiókra vonatkozó tapasztalataimat röviden abban foglalhatom össze, hogy dysbasia intermittens és angina pectorisnál minden más kezelésnél jobb eredményt ad; nephritisnél, nephrosclerosisnál, arteriosclerosisnál pedig értékesen gyarapítja ezen betegségek terapiájának tárházát.

Az új kereseti adótörvény az orvosok szempontjából.

Írta: *Jakab László dr.* pénzügyministeri osztálytanácsos.

(Befejező közlemény.)

A természetben (ellátásban, földhasználatban, vagy bármely más javakban) járó illetményeknek pénzbeli értékét a helyi viszonyoknak megfelelően kell kiszámítani. Erre nézve a következő szabályok az irányadók:

a) a mezőgazdasági vagy erdei termékek, az ipari vagy kereskedelmi cikkek a természetben adott élelmezés, a ruházat és effélék értéke a helyi átlagos forgalmi érték szerint számítandó át készpénzre. Átlagos forgalmi érték alatt azt a pénzértéket kell érteni, amelyért az illető javak helyben vagy ha ott nincsenek forgalomban, akkor abban a legközelebb fekvő községben, vagy városban, ahol ilyen javak forgalomban vannak, megszerezhetők;

b) a földhasználatban járó illetményeknek pénzértékét önkezelés esetében a helyi viszonyoknak megfelelően megbecsült tiszta nyereség alapján, bérbeadás esetében pedig a bérjövdelem alapján kell megállapítani;

c) a természetbeni lakás hasznóértékét az állami és törvényhatósági alkalmazottaknál a részükre egyébként megállapított lakpénz összegében, más alkalmazottaknál pedig becslés útján kell megállapítani, ha pedig a bérfizetés nélkül átengedett lakás házadó alá tartozik, akkor a házadó szempontjából arra az adóévre megállapított vagy megállapítandó bérértéket kell az általános kereseti adó megállapításánál számításba venni.

A körorvosok, a járásorvosok és rendőrorvosok feljegyzést kötelesek vezetni a hatóságilag megállapított látogatási díjakból és a fentebb említett egyéb hivatalos funkciókért kapott díjakból szerzett bevételeikről. Ezt a szolgálati illetménynek minősülő mellékjövedelmüket minden hónapban kötelesek a rendes illetményüket kifizető állami, illetve városi vagy községi pénztárnak kimutatni. Ennek a mellékkeresetnek az összegét a rendes illetményről kiállított nyugtában is bejelenthetik. Az illetékes községtől vagy várostól azonban azt is kérhetik, hogy az említett mellékkereset fejében évi átalányösszeget állapítson meg. Ebben az esetben ennek az átalányösszegnek $1/12$ részét kell havonként a rendes illetményhez hozzászámítani.

A külföldön lakó munkaadótól kapott szolgálati illetmény után szintén az említett százalékos adókulcs szerint vetik ki a kereseti adót abban az esetben, ha az illet-

ményt nem valamely belföldön levő pénztár vagy a külföldi munkaadónak belföldi megbízottja fizeti ki, hanem az közvetlenül külföldről folyik be az alkalmazott kezéhez.

Az állam, a törvényhatóság, a város vagy község szolgálatában álló orvos ebből a közszolgálatából húzott illetménye után a havi illetményekre megállapított adóskála szerint levonás útján fizeti a kereseti adót, a magángyakorlatból származó jövedelme után a százalékos adókulcs szerint adóztatják meg. Megjegyzendő, hogy a körorvosoknak a szabályrendelettel megállapított látogatási díjakból a járásorvosoknak és a rendőrorvosoknak a bizonyítványok kiállításáért megállapított díjakból származó és változó természetű szolgálati illetménynek tekintendő jövedelmét a rendes illetményükhöz hozzáadva kell megadóztatni.

Az olyan orvos, aki valamely magánygyógyintézet vagy vállalat, avagy uradalom szolgálatában áll és egyáltalán nem folytat magánygyógyintézetet, a magánszolgálatból kapott illetményei után levonás útján fizeti a kereseti adót. Ha azonban az orvos több magánygyógyintézetnél, illetve vállalatnál vagy uradalomnál van alkalmazva, vagy pedig csak egynél van ugyan alkalmazva, de ezen alkalmazása mellett magánygyógyintézetet is folytat, akkor úgy a magánszolgálatból kapott illetményei, mint a magánygyakorlatból származó jövedelme után a százalékos adókulcs szerint adóztatják meg. Megjegyzendő, hogy a kerületi munkásbiztosító pénztáraktól, valamint a vállalati pénztáraktól szerződésileg megállapított állandó illetmények szintén magánszolgálatból származó illetményeknek tekintendők.

Az orvost abban a községben vagy városban, Budapestben abban a kerületben adóztatják meg kereseti adóval, amelyben a rendelője, vagy a gyógyintézete van. Az adókiivetés céljára bevallást kell beadni. A bevallást a törvény rendelkezése szerint minden év február hónapjában kell beadni. A pénzügyminiszternek joga van ezt a határidőt szükség esetében megváltoztatni. A bevallások beadásának határidejét különben városokban felragaszok útján, községekben dobszó útján kihirdetik. A bevallás céljára hivatalos nyomtatvány van, amely a községi előljárásnál, városban a városi adóhivatalnál, Budapestben a kerületi előljárásság adószámviteli osztályánál az előállítási költség (jelenleg 8 korona) megtérítése ellenében beszerezhető. A kitöltött bevallási ívet ugyanott kell beadni. Igen célszerű, ha az orvos a beadott bevallásról fogalmazványt készít magának és azt megőrzi. Arra nézve, hogy milyen adatokat kell bevallani, kellő útbaigazítást nyújt a nyomtatvány. Egyébként erre nézve az említett községi, illetve városi hatóság díjmentesen köteles felvilágosítást adni.

Ha valaki elháríthatatlan akadály miatt február hónapban nem tudja beadni a bevallását, akkor a pénzügyigazgatóságtól, Budapestben a kerületi adófelügyelő-helytől legfeljebb március végéig terjedő halasztást kérhet. További halasztást rendkívüli esetben a pénzügyminisztériumtól lehet kérni. Megjegyzendő, hogy az 1923. évre vonatkozó bevallások beadása előreláthatólag március hónapra halasztatik el.

A községi, illetve városi közegek felülvizsgálják a beadott bevallásokat abból a szempontból, hogy vajon a bevallott adatok valóknak vehetők-e és a bevallási nyomtatványnak erre kijelölt helyén megteszik a megjegyzéseiket. A bevallás azután városokban a jövedelemadó összeíró bizottság elé kerül, amely a bevallás adatait szintén megvizsgálja, szükség esetében megteszi azokra vonatkozólag a megjegyzéseit és az orvos kereseti viszonyainak ismertetése mellett megbecsüli az adókiivetés alapjául vehető keresetét és a megállapítását a megokolással együtt rávezeti a bevallási nyomtatványnak erre kijelölt helyére.

A bevallás azután a pénzügyigazgatósághoz, Budapestben a kerületi adófelügyelőhelyetteshez kerül. A kereseti adó alapjául szolgáló jövedelmet elsőfokon a pénzügyigazgatóság, Budapestben a kerületi adófelügyelőhelyettes állapítja meg és bevezeti azt a községi, illetve városi közegek által előre elkészített lajstromba. Ha a pénzügyi

hatóságnak olyan adat áll rendelkezésére, amely a bevallás helyessége iránt kétséget támaszt, akkor köteles az adózót erre nézve kikérdezni vagy tőle írásban felvilágosítást követelni. A pénzügyi hatóságnak joga van az orvos könyveit is megvizsgálni, vagy a gyógyintézetben helyszíni szemlét tartatni.

A lajstromot az adóalapok bevezetése után kiadják a községi elüljáróságnak, illetve a városi adóhivatalnak. Budapesten a kerületi elüljáróság adószámveteli osztályának, amely a költségvetésében meghatározott százalék szerint minden egyes adózó terhére kiszámítja az általános kereseti adót, bevezeti azt a lajstromba és az adó összegéről fizetési meghagyással értesíti az adózót. A fizetési meghagyás nem tartalmaz indokolást arra nézve, hogy az adóalapot a fél bevallása alapján, vagy attól eltérőleg állapították-e meg. A pénzügyi hatóság által a fentiek szerint kért felvilágosításból azonban alapos következtetést vonhat az adózó azokra az okokra, amelyek a bevallástól való eltérésre alapul szolgáltak.

Az adókövetés ellen az említett fizetési meghagyás kézbesítését követő 30 nap alatt az adófelszólamlási bizottsághoz lehet fellebbezni. A fellebbezést a pénzügyigazgatóságnál, Budapesten a kerületi adófelügyelőhelyettesnél kell beadni. Az adófelszólamlási bizottság határozata ellen panasszal lehet élni a közigazgatási bírósághoz. A panaszt a sérelmes határozat kézbesítését követő 15 nap alatt a pénzügyigazgatóságnál, Budapesten a kerületi adófelügyelőhelyettesnél kell beadni.

A szolgálati illetmények után járó általános kereseti adót nem vetik ki, hanem azt a szolgálati adó, illetve az a pénztár, amely az illetményt kifizeti, köteles az illetményből annak kifizetése alkalmával levonni és a levonást követő hó 15-ik napjáig az alkalmazás helye szerint illetékes község vagy város pénztárába befizetni.

A házi cselédek kereseti adóját a község vagy város általánosságban fogja megállapítani. Ebből a célból 1923 január 31-ig a községi elüljáróságnál, a városi adóhivatalnál, Budapesten a kerületi elüljáróság adószámveteli osztályánál be kell jelenteni az alkalmazás helyét, a cseléd nevét, születési helyét és évét, az alkalmazás megjelölését (pl. szakácsnő, inas), a kikötött pénzbeli és természetbeni járandóságnak felsorolását, a természetbeni járandóságnak, mint pl. az ellátásnak, lakásnak stb. a szolgálatadó becslése szerint mutató helyi forgalmi értékét, végül azt az időtartamot, amelyre a szolgálatadó az általányozást kéri. Az adót ugyanis egyévi időtartamra, vagy pedig határozatlan időre lehet általányozni. Az egyévi időtartamra megállapított adót csak a cselédváltozás esetében lehet megváltoztatni, de csakis abban az esetben, ha az új cseléd illetménye — a pénzbeli és természetbeni illetménnyel együttvéve — legalább is 40%-kal több vagy kevesebb, mint amennyi az eltávozott cselédé volt. A szolgálatadó ilyen változást az új cseléd belépését követő 15 nap alatt a fentebb említett adatokkal együtt köteles bejelenteni és egyúttal a kereseti adó leszállítását kéri. A határozatlan időre általányozott kereseti adót indokolt esetben akár a szolgálatadó kérelmére, akár hivatalból bármikor meg lehet változtatni.

Az alkalmazott személyében beállott változás egyébként nincs befolyással az adó általányösszegére, azért ilyen változást nem is kell bejelenteni. Az alkalmazottak számában beállott változást azonban be kell jelenteni, mert ha az alkalmazottak száma csökkent, akkor adótörlesnek van helye, ha pedig emelkedett, akkor az új alkalmazott után elő kell írni a kereseti adót.

Átalányban lehet megállapítani a gyógyintézetekben alkalmazott és ellátást élvező, vagy a betegetől kapott borraivalókból jövedelmet szerző személyzet kereseti adóját is. Megjegyzendő, hogy a borraivalókból szerzett jövedelem is szolgálati illetménynek tekintendő. Ennek összegét általányozás esetében becsléssel állapítják meg. Ha ilyen alkalmazott (például ápoló stb.) terhére nem általányozzák az adót, akkor az illető erről a bevételről feljegyzést köteles vezetni és havonként köteles a szolgálatadójának kimutatni, hogy a borraivalókból mennyi bevétele volt az előző hónapban.

A szolgálatadó az általányösszegben megállapított kereseti adóról fizetési meghagyást kap, amelyen közlik vele, hogy melyik alkalmazottja után mennyi kereseti adót állapítottak meg. A kereseti adót havonként kell befizetni, de a város vagy község az adónak negyedévenként való befizetésére is adhat engedélyt. Az általányösszegben megállapított kereseti adót is le lehet vonni az alkalmazott illetményéből.

Ha a kereseti adót nem általányozták, akkor két azonos példányban kiállítandó illetményjegyzék bemutatása mellett kell azt befizetni. Az illetményjegyzéknek a következő adatokat kell tartalmaznia:

1. sorszámot;
2. az állandó nyilvántartás sorszámát, mely alatt az alkalmazott neve előfordul;
3. az alkalmazott nevét;
4. az alkalmazott születési helyét és évét;
5. az alkalmazott állandó lakhelyét (község, utca és házzám szerint megjelölve);
6. az alkalmazás közelebbi megjelölését;
7. újonnan belépőknél a belépés napját;
8. a kikötött pénzbeli járandóságok megnevezését és összegét;
9. azt, hogy a kikötött pénzbeli járandóságok milyen részletekben fizetendők és mennyi az esedékes összeg (pl. fizetés havonként 12.500 korona, lakbér negyedévenként 5000 korona);
10. a járandóságok tényleges kifizetésének napja;
11. azt, hogy milyen időtartamra szól a kifizetett pénzbeli, illetve kiszolgáltató természetbeni járandóság;
12. a kifizetett pénzbeli járandóság összegét és a természetben kiszolgáltató javak megnevezését és mennyiségét;
13. a kiszolgáltató természetbeni járandóságnak helyi forgalmi értékét;
14. az alkalmazottnak a 11. pontban megjelölt időtartam alatt a szokásos borraivalókból, kapupénzekből stb. elért bevételét. Ha az alkalmazott előre kapja a járandóságát, akkor a borraivalók stb. fejében azt az összeget kell bevezetni, amennyit az alkalmazott legutoljára ugyanannyi időtartam alatt borraivalókból stb. tényleg bevett;
15. a kifizetett pénzbeli járandóságnak a kiszolgáltató javak (naturáliák) forgalmi értékének, valamint a 14. alatti bevételnek együttes összegét;
16. a törvény szerint járó általános kereseti adó összegét.

A törvény súlyos büntető rendelkezéseket tartalmaz a mulasztások megtorlására. Nevezetesen:

1. A kivetett általános kereseti adónak 25%-át, illetve 50%-át fizeti az, aki a bevallását a kitűzött határidő alatt nem adja be, illetve a külön felhívásra sem adja be és nem bizonyítja, hogy ez a mulasztása véletlen volt.

2. Ha a szolgálatadó nem fizeti be rendes időben az alkalmazottai után járó általános kereseti adót, akkor a késedelem minden egyes hónapjára 5%-ot fizet bírság címén. Ha pedig kevesebb adót fizet be, mint amennyi a törvény szerint jár, akkor a be nem fizetett kereseti adó ötszörösét köteles megfizetni. Ennek az ötszörös összegnek a kétszeres összegre való leszállítását kérheti, ha a fizetési meghagyás átvételét követő 15 nap alatt befizeti a kétszeres összeget.

3. Aki nem vezeti az előírt könyveket és nyilvántartásokat s a feljegyzéseket vagy az illetményjegyzéseket nem őrzi meg két évig, az szabálytalanságért 50.000 K-ig terjedhető bírsággal büntethető.

4. Aki a bevallásában vagy a hatóság részéről hozzá intézett kérdésekre adott válaszában vagy beadványában tudva valótlan és szándékos félrevezetésre irányuló nyilatkozatot tesz, vagy az illetményjegyzékbe hamis adatokat jegyez be, az adócsalást követ el, amelyért „az államkincstár megkárosítására irányuló büntettekről és vétségekről (adócsalásról)” szóló 1920:XXXII. t.-c. rendelkezései szerint szabadságvesztéssel és a megrövidített kereseti adónak 3—10-szereséig terjedhető pénzbüntetéssel büntetendő.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1923 január 20-án tartott X. rendes tudományos üléséről.

Elnök: Hutya Ferenc. Jegyző: Lehoczky-Semmelweiss K.

Bemutatók.

1. **Holitsch Rezső:** *Trigeminus-neuralgiának tartott odontoma.* A 45 éves nőbetegnek 16 év óta neuralgiás fájdalma van a bal nervus trigeminus III. ága területén és a füle táján. Fül-orvost, idegorvost, sebészt végigjárt s kihúzták valamennyi bal alsó fogát, haszontalanul. Röntgen-vizsgálatot senki sem végeztetett, ellenben Gasser-dückerást ajánlottak. Ezek után került a beteg Winternitz tanár elé, aki Röntgen-vizsgálat céljából bemutatáshoz utasította. A Röntgen-kép egyszerre megvilágította az addig homályos esetet: a bal alsó állkapocsban, a felhágó és a vízszintes szár találkozásának helyén (a bölcsességfog táján) egy csontintenzitású, tojásalakú árnyék látható, amely $2\frac{1}{2}$ cm hosszú, $1\frac{1}{2}$ cm széles; élesen elhatárolódik az állcsont állományától, amelyben üreget vált magának. Hogy ez a fájdalom okozója, azt abból lehetett következtetni, hogy az említett árnyék alsó polusa a nervus trigeminus III. ágát rejtő canalis mandibulae csontos falát benyomta. A jóindulatú csontdaganatot valószínűséggel odontomának tartotta. Winternitz tanár a daganatot eltávolítván, a beteg fájdalma meg is szűnt. Buday tanár a fogeredetű, csontos odontomák közé sorozta a kiirtott daganatot, amelynek Röntgen-felvételét, valamint szövettani metszetét demonstrálja.

Hozzászólás.

Budai István: Véletlenül észlelt egy esetet, mely az ellenkező értelemben tanulságos, mert a Röntgen-felvétel vezetett egy fölösleges és eredménytelen fogműtéthez 9 éves trigeminus neuralgia esetében.

Bemutatók.

2. **Réthy Aurél:** a) *A hangszalagok medianfixatiójának (posticus bénulás) műteti correctiója.* b) *Kétoldali posticus bénulás sikeres correctiójának esete.* Központi megbetegedés, vagy a n. recurrensre gyakorolt ártalom következtében állhat elő kétoldali posticus bénulás, amely abból áll, hogy a hangszalagok a középvonalban fixálódnak és a köztük levő igen csekély résen keresztül csak elégtelen mennyiségű levegő jut be. Az ilyen betegek rendszerint canulel viselnek egész életükön. Minthogy e betegségben a m. posticus, a hangrés-tágító bénult, a hangrés-szűkítők összehúzódása a hangszalagot a középvonalba hozza s a téllenség folytán ez izmok zsugorodása e helyzetben fixálja is. A tracheotomián kívül megpróbálkoztak tágitással, a n. recurrens átvágásával, de eredménytelenül. Hasonlóképpen eredménytelen a Payr-féle eljárás, amely a hangszalagot egy porcablakon át akarja oldalra húzni. Nem használ a hangszalag kimetszése, a chordectomia, mert a hangszalag hegesen visszánő. Eredménytelen számtalan apróbb beavatkozás is. Életveszélyes és céltalan műtét a legutóbb Marschik által ajánlott eljárás: a m. posticus működését az omohyoideusokkal helyettesíteni. Hayek trachealis fistulát viseltet canule helyett. Teljesen megoldja a kérdést saját eljárása, mert abból a gondolatmenetből kiindulva, hogy az ízület fixáltsága idézi elő a hangszalag medianállását, az ízületet oly helyzetbe merevíti, hogy a hangszalag lateralposícióba jusson. Egy görbe metszéssel a kannaporcnak hátulsó és alsó szélét körülírva, az ízületet megnyitja és az ízületi felszín körül tapadó izmok közül a posticust sértetlenül hagyja, a hangrés-szűkítőket átvágja. Varrat; enyhe tamponade alatt az ízület lateralposícióban merev lesz. Egy férfibetegét mutatja be akinél első ízben csinálta e műtétet. Beteg teljesen jól lélekzik, erős hangja van és munkaképes.

Hozzászólás.

Hutya Ferenc: Lovaknál gyakori a recurrens-hűdés s az az esetek tetemes részében sikeresen javítják vagy nyálkahártya-redő kimetszésével, vagy kannaporc kiirtásával. A lovak, amelyek munkaképessége azelőtt a lélekzési nehézség miatt csökkent volt, az operatio után teljesen munkaképesek; pl. versenylovak a nagyon megerőltető gyors munkát is elvégzik.

Bemutatók:

3. **Ifj. Imre József:** *Az üvegtestből szemtükörrel való ellenőrzés közben eltávolított cysticercus.* A kb. 6 mm átméretű cysticercus az üvegtest hátulsó — külső — felső negyedében foglalt helyet. Helyi érzéstelenítés; a limbustba öltött fonállal, lefelé fordított szemgolyón, meridionalis conjunctiva-seben át a m. rectus superior tenotomiája; az izom inába kettősen fegyverzett fonál. Sclera-seb a függőleges déllőtől 2 mm-re kifelé, 10 mm-re a limbustól meridionalisan hátrafelé, 12 mm hosszúságban. Ezután szemtükörrel való ellenőrzés közben Kall-féle tokfogó csípővel fogja meg a cysticercus-hólyagot; a kihúzás második behatolásra sikerült. A csipőn első ízben tapadt körülbelül kölesnyi csepptől eltekintve, üvegtest-veszteség nem volt. Scleravarrat, az izom visszavarrása és conjunctiva-varrat. Sima gyógyulás. Műtét előtt tárgylátás nem volt. Két héttel a műtét után 10 cm-ről ujjakat olvas; ma, félévvel a műtét után $1/20$ látás; a műtét előtt is meglévő retinaleválás miatt erősen szűkült a látótér.

Előadás:

Schuster Gyula: *Újabb adatok a dementia praecox kórszövettanához.* 1910 óta folytatott vizsgálatairól számol be. Négy gyors és heveny lefolyású dementia praecox esetet vizsgált cyto- és myeloarchitektoniás agyi szerkezet szempontjából. Régebbi kutatásai alapján megállapítható, hogy a kéregben, a paladiumban és a striatumban a gliaszövet, többé-kevésbé kifejezett hypertrophia után necrotisál. Kitér, hogy ez a folyamat agykéreg-régekenként accentuált. A homloklebenyben a II., III. és V., VI. rétegben, de a halántéklebenyben főleg az V., VI. rétegben. Sokszor a VII. is. A Nissl-képeken a homloklebenyben és a nyakszirtlebenyben a II., III., VI. réteg súlyosan elváltozott volt. Mondhatjuk, hogy ezen rétegek a legérzékenyebbek a betegség toxinjaival szemben. E leleteknek nagy hordereje abban rejlik, hogy alapját képezik egy vizsgálati sorozatnak, melynek célja a szellemi folyamatok topikus és topographikus meghatározása. Vizsgálataiból kiderül, hogy a dementia praecox organikus megbetegedés. Ennek perspektívája óriási. Eljön az idő, midőn minden külön épített terület lélektani jelentőségét szerzett tapasztalataink alapján ismerni fogjuk. A gondosan megfigyelt kóresetek, a kérdések helyes feltétele révén alkalmazott pontos kórszövet-tani vizsgálatok az agyműködés és az anyagi szerkezet közti összefüggésre vonatkozólag újabb és újabb adatokat fognak szolgáltatni.

Hozzászólás.

Büchler Pál: Előad az agykérgi elváltozásokat toxicus hatás által okozottaknak fogja fel. Hozzászóló ezt Weichbrodt kísérleteivel igyekszik bizonyítani. Normális emberi vér vagy savó intraperitonealis befecskendezését egerek jól tűrik, ellenben endogen psychosisokban szenvedők vére toxicus hatású és az egerek 18–24 óra alatt elpusztulnak. Különösen a zavart és tömegesen hallucináló schizophréniasok vére toxikus. Epilepsiasok vére csak a rohamban. Más infectious vagy szervi agybajhoz kapcsolódó psychosisokban a toxicitás hiányzik. Saját kísérleteiből az tűnik ki, hogy a keletkezett toxinok dysglandularis eredetűek. Circularis praecoxnál a szervezet fermentatív védekezése a zavart időszakban sokkal intenzívebb, mint a nyugodt szakaszban.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1922 november 25-én megtartott VI. rendes tudományos üléséről.

Elnök: Hutya Ferenc, Jegyző: Lehoczky-Semmelweiss K. később Bókay János.

Bemutatók.

1. **Móczár László:** *Cholangitis tuberculosa gyógyult esete.* 29 éves nő 10 hónap előtt betegedett meg magas láz és görcsös fájdalmak közepette. Ezek megszűnté után sárgaság fejlődött ki, ami lassan múlt el. Láza 40 fok körül hónapokig megmaradt, csupán a nyár elején esett 38 fokra. Ugyanakkor súlyos bronchitis is volt. Kb. 5 hónappal ezelőtt került a beteg az I. sz. sebészeti klinikára csont és bőrre lesóványodva, megnagyobbo-

dott májjal és a jobb ágyéktájon húzódó daganattal. A vesemézzéssel kezdett műtét közben derült ki, hogy ez a daganat a megnagyobbodott máj, melyben száz és száz mogyorónyi, tömött, sárgásbarna csomócska van, melyek hypernephroma át-tételekhez hasonlítanak. A szövettani vizsgálat eredménye: az epeutak körül lobos szövetszaporulat epitheloid és óriás sejtekkel, a széteső szövettörmelékek között sok rögös epefesték. Szövettani kórisme: cholangitis caseosa disseminata. Az elveszeltnek vélt beteg a műtét után gyógyultan kereste fel a klinikát. Láztalan, 15 kg-ot hízott, májdaganata eltűnt. A gyógyulásnak más magyarázata nem lehet, mint a gümős hashártyagyulladások gyógyulása az egyszerű laparotomia után.

2. Korányi Sándor br. és Illyés Géza: Uretercompressiót okozó vesearteria által létrehozott vesekólika.

Korányi Sándor br.: A betegnek 12 év óta voltak baloldali vesetáji fájdalmak. Ülő, álló, fennjáró helyzetben nem jelentkeztek. Lefekvés után lassanként kezdődtek és fokozódtak, míg a beteg ágyából fel nem kelt. Akkor néhány perc alatt megszűntek. E fájdalmak éjszakáit tűrhetetlenné tették. A teljesen negatív vizsgálati eredmény után keresztülvitt kísérletek azt mutatták, hogy szomjaztatás a fájdalmak jelentkezését késlelteti, bő ivás sielteti. Összefüggésük a diuresis nagyságával azt bizonyította, hogy okuk intermittáló hydronephrosis. Az akadály nem lehetett uretermeztetés, mert annak inkább fennálló helyzetben kellett volna jelentkeznie. Ureterbillentyűre a testhelyzetváltozásnak befolyása alig volna érthető. Az akadálynak olyan kellett lennie, hogy az a physiologikus lordosissal és lefekvéskor annak eltűnésével változtassa az ureterhez képest helyzetét és ilyen természetű akadályként más, mint az uretert mellülről keresztező, helyzetét a gerincoszlop alakváltozásával változtató, rendellenes lefutású ér, alig volt képzelhető. Illyés tanár a műtét végrehajtásához e diagnosist helyesen találta.

Illyés Géza: Két operált betegét mutatja be, kiknél időnként fellépő kólikaszerű fájdalmak jelentkeztek, melyeknek okául a műtétnél kitént, hogy egy rendellenes lefutású vesearteria az uretert keresztezi, azt időnként leszorította s így pangást és fájdalmat okozott a vesemedencében. A véredény átvágása és lekötése után a fájdalmak nem ismétlődtek. Készítményeket is mutat be.

3. Bókay János: Transparentia-vizsgálatok veleszületett belső agyvízűkóránál. 1909 óta foglalkozik a Strassburger f. transparentia-vizsgálatokkal. Tudvalevőleg erős átvilágítással, sötét szobában, bíborvörös színben transparens a koponya ott, ahol az agygyomrocstól fedő agyréteg 1 cm-ig vékonyodott. Bemutatott esetben a hydrocephalus oly nagyfokú volt, hogy a koponya minden irányban teljesen transparens s így kétségtelen, hogy az agy egy tömlős képletté változott át. Gyakorlatilag fontosak ezen vizsgálatok különösen oly esetekben, hol a nagyfokú ventricularis folyadék-gyülem ellenére is a koponyaboltozat alig mutat macrocephaliát (tág értelemben vett hydromicrocephaliák) és semmi tünet nem utal az excessiv agygyomrocstól kitérülésre, úgyhogy átvilágítás nélkül a hydrocephalus intensív foka figyelmünket teljesen kikerüli.

Előadás:

Balogh Ernő: A bárányhimlős bőrelváltozások kórereditére vonatkozó vizsgálatokról. Hét boncolt varicellás esetének csigolyaközi dúcait vizsgálta meg. Ezek közül öt kórszövettanilag átvizsgált eset 212 spinalis ganglionjának kötőszövetes tokjában többször friss lobos elváltozásokat és friss vérzéseket talált. Mivel az eddigelé megvizsgált, részben exanthemás, részben nem exanthemás fertőző betegségekben elhalt gyermekek csigolyaközi ducaiban hasonló elváltozásokat nem észlelt s mivel kísérletkörtani, de a bárányhimlő specialis klinikai pathologiai adataival is összeegyeztethetőnek látszik, feltételezi, hogy mint a primär herpes zoster eseteiben leírt analog elváltozások, úgy a megvizsgált varicellás esetekben is, ezek a csigolyaközi dúcokban talált kórszövettanilag leletek a bőrelváltozásokkal oki kapcsolatba hozhatók. Ennek a további bizonyítására vizsgálatait szélesebb keretek között tovább fogja folytatni.

Hozzászólások:

Bence Gyula: Egy tanulságos esettel erősítheti meg az előadó, illetve Bókay János teoriáját. Hétéves leánya a nyáron betegedett meg varicellával. Kimutathatóan senkivel sem érintkezett, kinek varicellája lett volna, ellenben nevelőnőjének ugyanakkor herpes zoster supraorbitalisa volt. Ebben keresendő az infectio eredete.

Bókay János: Örömmel üdvözli előadót, mert az ő klinikai következtetését újabb argumentummal erősíti. Hogy a zoster az esetek egy bizonyos számánál nem más, mint varicellás fertőzésből eredő localisált bárányhimlő-eruptio, ezt ma már a közzétett esetek nagy sorozata bizonyítja. Így Netter Párizsban az orvosi akadémiában e tárgyról tartott előadásában már több mint száz észleltre hivatkozhatott. A tény tehát klinikailag teljesen igazolt, mindazonáltal szükséges, hogy a pathologiás azonosság bizonyítására histologiás és dermatologiás vizsgálatok s complementkötési reakciók végeztesse. A vizsgálatok ezen irányban folynak a gyermekklinikán.

2. Windisch Ödön: A méhfüggelékek lobos megbetegedéseinek sebészi kezeléséről. E kérdést illetőleg a nőgyógyászok között egyöntetű állásfoglalás ma sincsen. Különbségek vannak a megbetegedések okának, a műtét indiciójának megállapításában, a műtét módok megválasztásában és az operációk mértékének kiterjesztésében. Véleménye szerint a kórokozó 65–70%-ban gonococcus, 25–28%-ban puerperalis folyamatok bűnös abortushoz, kivételesen appendicitishez társuló septikus fertőzés és alig 1–2%-ban tbc.-bacillus. A heveny fertőző betegségekhez, typhushoz stb. csatlakozó lobos adnexmegbetegedések csak elvétve fordulnak elő és a b. coli is inkább secundár úton fertőzi belősszenővések újján a már meglévő lobos adnextumorokat. Az appendicitisnek nem tulajdonít nagy szerepet az adnexák lobos megbetegedésének előidézésében. A műtétre nem kerülő könnyebb lefolyású appendicitisek inkább csak perisalpingitist perioophoritist és adhaesiákat okoznak, kivételesen endosalpingitist vagy valóságos oophoritist és fordítva: az adnexák lobos folyamata inkább csak periappendicitist, appendix körüli összenővéseket, ezzel az appendix lenövését, szegletbetörését váltja ki, de nem valóságos appendicitist, hacsak nem secundár úton, az általa okozott appendix körüli elváltozások következtében.

Vázolja az egyes megbetegedési fajták lefolyását, kórjelét, a diff. diagnosist és annak nehézségeit; csoportosítja a műtét indiciókat, áttekintést ad a conservatív és radicalis műtét módok különbsége és eredménye felett. Megállapítja, hogy a lobos adnexmegbetegedések száma az utóbbi években megnövekedett; ennek okát a gonorrhoea terjedésében és az abortust előidéző bűnös manipulációk gyakoriságában látja; a betegség rosszabbodását pedig a rossz socialis viszonyoknak tulajdonítja, ami miatt a betegség kezdetén az asszonyok magukat kimélni nem tudják. Ambulantia-beteganyagában 29% lobos adnexmegbetegedést talált és kb. ilyen %ban kerültek a betegek felvételre is. Ez magyarázza meg a conservatív álláspont mellett is az adnexműtétek nagyobb számát.

Az irgalmasrend kórházának nőgyógyászati osztályán az utolsó 4 év alatt 118 esetben adtak sebészi beavatkozásra okot az adnexák lobos megbetegedéseire. A 118 esetből conservatív beavatkozás volt 67 = 61,5%, míg a radicalis műtét 42 = 38,5%. Úgy a laparatomisáltak, mint a kolpotomisáltak meggyógyultak. A 109 laparatomisáltkánál 80% leszálló genyedést észlelt, kettőt nem genyes és hetet genyes műtét után. A hasműtétek után lázasan gyógyult 80%, minden 38°-os hőemelkedést beleszámítva. Csonkexsudatum keletkezett egy supravaginalis amputatio után = 2,7% és két conservatív műtét után = 4,5%. A helyreállott teljes munkaképesség úgy a radicalis, mint conservatív műtétek után 90%-ra tehető. Mellékszerűl egyszer sem történt.

A kitűnő eredményeket annak tulajdonítja, hogy az indiciókat jól állította fel, helyesen választotta meg a műtétek idejét, s iparkodott exact technikával végrehajtani. A méhfüggelékek lobos megbetegedéseinek csak akkor operáljunk, ha meggyőződünk arról, hogy a palliativ eljárások célhoz nem vezetnek és a baj tűrhetetlen. A testi munkát végző osztály asszonyainál inkább operálunk, mint a módosaknál. Acut vagy subacut stadiumban operálni nem szabad; meg kell várni, míg

a betegség chronikussá válik és feltehető, hogy a még esetleg genyedő folyamatnál sincsenek már virulens bacteriumok. Drasztikus hashajtókat műtét előtt ne adjunk, műtét után 24 órával mozgassuk meg a beleket beöntéssel, ami az adhaesiók megakadályozására is fontos.

Fontos, hogy a műtéti területet jól elhatároljuk, a szabad hasüreget, beleket kettős rétegben alkalmazott törlekkel védjük az infectio és lehülés ellen. Az adnextumorok felszabadítása óvatosan, kiméletesen történjék, ezzel elkerüljük a mellék-sérüléseket. Gondosan peritonizáljunk, amire a sigmát, a széles szalagot és a hólyag hashártyáját is felhasználhatjuk, sőt a sigmával az egész kismedencét is elzárhatjuk. Jól csillapítsunk minden vérzést, a hasfal felé ne drainezzünk, genykiüritésre a hüvely felől való drainezés elegendő. A genykiümlés esetén a hasüreget sohasem öblíti ki, csak száraz törleket használ. A műtét alatt a has sebét óvni kell az infectiótól és a felesleges vongalástól, zúzástól; a hasseb felső vége a köldököt egy esetben sem haladta meg. A laparotomia útján való operálást jobbnak tartja, mint a vaginális utat, mert az áttakintés tökéletesebb, ezért conservativabban lehet eljárni; jobban lehet csillapítani a vérzést, könnyebben elkerülhetők a mellék-sérülések és meggyőződhetünk az appendix állapotáról. A supravaginalis amputációval elért kitűnő eredmények alapján előadó totalexstirpációt nem végez. A supravag. amputációnál megtartjuk a boltozat architektúráját, a hólyag jó támasztékot nyer, a drainezés is jól megoldható, ha szükség van rá.

A kiesési tüneteket illetőleg úgy találta, hogy a munkásosztály asszonyai kevésbé reagálnak petefészkeiktől való megfosztásukra, mint az intelligens osztály labilisabb idegrendszerű asszonyai.

A Közkórházi Orvostársulat 1923 január 17-iki I. rendes üléséről.

Elnök: Boytha József.

Jegyző: Toldy Loránt.

Bemutatók:

1. **Karakas Miklós:** A typhusos gégefekélyről. Hastyphusnál a gégeben fekélyek főleg ott fejlődnek, ahol a nyálkahártya a kiálló részek felett megfeszül. De vannak a gégeben specífus typhusos gégefekélyek is, amely folyamat analóg a belek nyirokcsomóduzzanatával. Nyirokcsomók a gégeben is vannak a hátsó falon és a hangszalagok mentén, tehát itt fejlődnek ki a fekélyek is. Egy ilyen esetről referál.

2. **Ilk Viktor:** Öngyilkosság különös esete. 28 éves nőbeteg borotvával a következő sérüléseket ejtette magán: 1. 15 cm hosszú, harántirányú, fűrészelt szélű vágott seb a pajzsporc felett az epiglottisra ráterjedőleg. 2. Ez alatt két haránt ujjnyira egy hét cm-es, harántirányú, a légsövet a gyűrűporc magasságában megnyitó, mindkét oldali vena jugularis externát sértő vágott seb. 3. A hason a két külső felső csípőtövist összekötő, harántirányú penetráló hasonló sérülés, zsigeri sérülés nélkül. Ligatura venarum jug. externorum. canule a gégebe, hasi seb drainézése. Gyógyulás decanulement a 14-ik napon.

Előadás.

3. **Okolicsányi Kuthy Dezső:** A finomabb tüdőgümőkór-diagnostika köréből. Hangsúlyozza, hogy a gyakorló orvos legfőbb tájékoztatója a polymorph tüdő-tbc. egyes eseteinek helyes megítélésében és prognosztizálásában mindenkor a közvetlen betegvizsgálat marad. Hogy ez mennyire lehetséges, illusztrálja a mai finomult physikalisk tüdőgümőkór-diagnostika egyes kikapcsolt részleteivel. Az inspectio fejezetében az általa 1908-ban először leírt acromialis tünet értékével foglalkozik, amely a folyamat aktivitására is fényt vet. A thorax longus et planus szerinte a szervezetben már megfészkelte lappangó gümőkór jelzője. A palpatio fejezetéből a mellrengést tárgyalja, főleg ennek ellentétes viselkedését a hörgőhangzással a tbcés pleuropneumonia eseteiben. Ezt a jelenséget (gyöngült mellrengés és fokozott tüdőcsövi hangzás) a két tünet dissociációjának neve alatt már évek előtt ismertette. Kifejti a halk percussio nagy jelentőségét az initialis tüdőgümőkór felismerésében, ismerteti az általa *ujjhegy*-kopogtatásnak elnevezett módszert, mely a localisált pontszerű detail percussio követelményeinek tökéletesen megfelel. Hangsúlyozza, mily túlságosan lekötö a vizsgáló figyelmét a tompultság s mennyire dominálja az orvos gondolatvilágát az infiltratum fogalma, a tompító tényező a fibrosis elhanyagol-

lásával. A finomabb gerincoszloptompatok jelenségének tárgyalása után (főleg a Holló-féle juvenilis tüdőgümőkórformák keretében) a combhang és a trigonum paravertebrale kérdésének tisztázásával zárja az előadást.

4. **Budai István és Karakas Miklós:** A szemcsés gümőkór mint tavaszi betegség. 102 eset statisztikáját állították össze, amely azt mutatta, hogy a szemcsés gümőkór esetek március, április és májusban sűrűen, az őszi és téli hónapokban ritkábban kerültek észlelés alá. A scrophulosis és a lymphoma mellett ez a gümőkórnak harmadik, tavaszi eruptióra hajlamos formája. Kelekezését a vitamin + méz-deficit alapján próbálják magyarázni azon a réven, hogy ily állapot mellett a keringési rendszer (beleértve a nyirokrendszert is) reakcióképessége csökken. A napfény mint psychomotoros inger szintén hátrányos lehet, mert a tartalék-energiát apaszthatja s így a resistenciát csökkentheti.

Hozzászólások:

Kuthy Dezső: A napfénykúráról a szakemberek véleménye eltérő; ő mindig csak óvatosan alkalmazta, súlyos esetknél egyáltalán nem.

Balogh Ernő: Három évi prosecturái statisztikájából a tavaszi időnek hatása tekintetében csak óvatosan szabad következtetéseket levonnia. Az előadás kevés támpontot szolgáltatott arra nézve, hogy a miliaris gümőkór mögött vitaminhiány és scorbut lappang. Influenzával a cyanosis vasomotoros bénulás folytán, tehát functionalis alapon támad s nem a véredényfal elváltozása miatt.

Budai István: A fénykárosodásról az idő rövidsége miatt bővebben nem szólhatott. A 102 eset oly gondosan van összeállítva, hogy erre állításait alapítani merik. Végkövetkeztéseiket fenntartják mindaddig, míg mások nagyobb anyagfeldolgozása alapján nem jutnak eltérő következtetésekre.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A vérösszennyiségének meghatározása anaemia perniciosában. Stark V. és Sonnenfeld A. (Münch. med. Woch. 1922. 39. sz.)

A vérmennyiség meghatározására alkalmas különböző módszerek egészséges egyéneknél sem teljesen megbízhatók, így aztán az egyes vizsgálók az anaemia perniciosára vonatkozólag is különböző eredményt találtak. Szerzők Griesbach metodusát használták némi módosítással. Előzetes 10 cm³ vér kivétele után pontosan megmért 10 cm³-nyi 10%-os kongovörös oldatot injiciálnak intravenásan. Négy perc múlva a másik karvenából vett kevés vér serumában határozzák meg colorimetriával a festék-koncentrációt és ebből számílják ki az összes vérmennyiséget. Az eljárás veszélytelen és eredményei megegyeznek a Plesch nyerte adatokkal, amiből az is következik, hogy festékretentio a szövetek részéről nincsen.

Vizsgálataik szerint anaemia perniciosában a vérmennyiség legfőbbször normális; függ a baj stadiumától, csak kómás állapotban fordul elő lényegesebb plethora serosa, ami két testsúlyszázaléknyi is lehet.

Keleti József dr.

Adat a thrombocyta-kérdéshez. Steinbrink W. (Zeitschr. f. klin. Med. 94. k. 4-6. f.)

Essentiális thrombopenia esetét közli. A csak rövid ideig tartó javulást eredményező belorvosi gyógykezelés után splenektomiát végeztetett. A lép kiirtása következtében a beteg vérzékenysége hosszabb időre csökkent, állapot lényegesen javult, bár a thrombocyták száma csak rövid időre és kismértékben (44.000) szaporodott meg, majd három hónap múlva már ismét az eredetire csökkent. Figyelembe véve azelőtt észlelt többi esetét is, részletes vizsgálatai és megfigyelései alapján ahhoz a véleményhez csatlakozik, hogy az ilyen betegek vérzékenységének oka nem egyedül a thrombopenia, hanem az erek szakadékonysága is. A thrombocyták valószínűleg a megakaryocytákból származnak (Wright), nem pedig a vörös vérszövetek magjából (Schilling). Esetében a thrombopenia oka nem a thrombocyták fokozott pusztulása volt (thrombolysis: Kaznelson), hanem azt valószínűleg a megakaryocyták csökkent működése okozta (Frank stb.). A lépexstirpacio a betegség lefolyását, dacára a „thrombocytakrizis” elmaradásának kedvezően befolyásolja.

Boros dr.

A salvarsan vizeletben való kiválasztása és meghatározása. Autenrieth W. és Taage H. (Münch. med. W. 1922. 42. sz.)

A könnyen oxydálódó salvarsan vagy salvarsannatrium a szervezet oxydáló hatása folytán megváltozik, úgy hogy változatlanul a vizeletbe csak igen kis része kerül. A vizelet kvantitatív salvarsantartalma colorimetriás meghatározásának az alapja az, hogy ez a vizeletben levő arzéntartalmú anyag könnyen diazotálható, majd valamely phenollal azofestékké alakít-

ható, melynek festőereje colorimetriás úton megállapítható. A diazotált salvarsan festékké alakításához mint phenolt a rezorcint használja, amit Abelin a kvalitatív kimutatáshoz ajánlott. Számos salvarsanvizet vizsgálata azt az eredményt adta, hogy a vesék útján kiválasztásra került salvarsanmennyiség a beadottnak csak igen kis, 46, max. 5—60/0-a. A beadást követő 2 órára esik ennek is a legnagyobb része, 6 óra múlva a vizeletben a salvarsan ki nem mutatható. A vizsgálathoz friss vizeletet kell használni, mert a levegőn való állás után a vizelet salvarsantartalma lényegesen megfogy. Anorganikus arzén azonban még hosszabb időn át is kimutatható a vizeletben, mert a salvarsankúrával bejutott arzén egyes szervekben — máj, lép, vese — deponálódik. Így pl. egy a kúra után 3 hónappal elhaltak a májában 30 mg arzént találtak. *Keleti József dr.*

A pajzsmirigy hatása a vérképzésre. — A vérképző rendszer viselkedése hyperthyreosisok eseteiben. *Holler G. (Wiener klin. Wochenschrift. 1923. 2. sz.)*

A pajzsmirigy fokozott működésével járó megbetegedéseknél az anyagcsere zavarában rejlő leuko- és lymphotoxikus hatáshoz (Kocher-vérkép) hasonlóan a thyreoidetoxinnak a vörösvérsejtképző rendszerre is van hatása. Szerző a Fr. Müller által leírt hyperthyreoid pseudochlorosisok gyakori eseteit vizsgálta és azt a megfigyelést tette, hogy thyreotoxicosisban szenvedők vérében egy haemolysin kering, mely az anaemia perniciosaéhoz hasonló viszonyokat idéz elő. A toxin elsősorban a vörösvérsejtek támadja, ami csontvelőizgalom következtében néha alacsonyabb, de gyakran magasabb festődési indexel járó erythrocytosisban nyilvánul. Az erythrocytosis ellenére észlelhető sápadtságot a bőretek fokozott tonusával magyarázza. Ha a körkép további lefolyásában a pajzsmirigy toxinja a csontvelőt is károsítja, a vörösvérsejtek száma csökken hyperchrom anaemia alakjában. Vizsgálatai alapján ideges alkatú egyének hyperchrom vörösvérsejtképződésében a pajzsmirigyeredetű neuropathiák új tünetcsoportját látja, mely rendszerint normális vörösvérsejtszámok mellett élénk ellentétben áll a beteg feltűnő sápadtságával. *Cserna dr.*

Sebészet.

Diathermiás kezelés a sebészetben. *Picard. (Deutsche med. Wochenschr. 1923. 1. sz.)*

A diathermiás kezelés a sebészetben alig talál alkalmazást. A háború alatt a törések, izületömlenyek, insérülések, izületgyulladások kezelésénél tesz jó szolgálatokat. Szerző e gyógy-módot angiospastikus, arteriosclerotikus és a Raymand-féle gangraenánál alkalmazza meglepő eredménnyel. Két betegénél a malum perforans pedis is begyógyult és ezek is elkerülték a végtag csonkítását. Ráknál nem vár más eredményt, mint a fájdalom csillapítását; a daganatra nincs befolyással. Hosszantartó műtéteknél ajánlja a beteg felmelegítésére, s különösen nagy reményt fűz e kezelésmódhoz az oesophagus és urether szűkületek gyógyításánál. *Pommersheim.*

A mellkascsapolás és bordacsonkolás kivételéről. *Neuman. (Deutsche med. Wochenschr. 1923. 2. sz.)*

Mellkascsapolásnál gyakran azért nem kapunk gyenyt, mert túl alacsonyan végezzük a beszúrást, amennyiben kopogtatással nem mindig sikerül az izzadmány alsó határát pontosan megállapítani. A harctéren mint kórboncnok szerzett tapasztalatai alapján, melyeket 4 eset közlésével támogat, arra hívja fel a figyelmet, hogy az izzadmány lefelé való kiterjedése fontos, vajjon a folyadékgyülem a megbetegedés mely időszakában keletkezett. Ha az izzadmány rögtön a megbetegedés kezdetén keletkezik, kitölti a komplementaerűt, mert a rekesz még nagy belégzési kilengésekre képes, míg a többnapos illetve többhetes megbetegedés után létesülő izzadmány a komplementaerűbe már nem hatol be, mert a légzés felületes és a komplementaerű összetapad. Elsődleges izzadmánynál tehát mélyebben végezhetjük a csapolást, illetve bordacsonkolást mint másodlagosnál. *Schmidt.*

A gyomorsüvedés és annak műtéti gyógyítása egyszerű gyomorredőzéssel. *Pust. (Münc. med. Wochenschr. 1923. 1. sz.)*

Szerző megállapítja, hogy az a fölfogas, mely szerint a gyomorsüvedés a felfüggesztő szervek gyengesége folytán jön létre, helytelen; azt ellenkezőleg a gyomor hosszanti és harántizomzatának gyengesége és kitágulása okozza. Ebben szerepet játszik a támaszószöveteknek gyengesége is és rendszerint társul hozzá a felszálló nyombélkacsnak hosszirányban való megnyúlása. Ezen az alapon az eddigi fölfüggesztő és rögzítő módszereket helyteleneknek és célra nem vezetőeknek tartja és új módszert ajánl, mely abban áll, hogy a gyomrot annak elülső falán hosszanti irányban két rétegben redőzi továbbutó serosavarratokkal. Ezzel eléri a gyomor hosszirányban tágulásának nagymérvű csökkentését anélkül, hogy a gyomrot élettani működésében gátolná. A módszer felette egyszerű, gyorsan kivihető és veszélytelen, gyomorsüvedésnél tehát javalt. *Sailer dr.*

A phrenikotomia kérdése, mint a tüdőtuberculosis gyógyjavallata. *Frisch. (Wien. Klinische Wochenschr. 1923. 2. sz.)*

Stürtz 1911-ben a phrenikotomiát ajánlotta a tüdőalapon székelő folyamatok gyógyítására; de ez egyedül nem eredményes. Goetze ismét a phrenikotomiát ajánlotta az egyoldali tüdő tbc.-nál, mint az egyedüli műtéti beavatkozást. Alexander is ezt javaslja. *Frisch* ugyan bemutatott eseteket, melyekben a phrenikotomiát mesterséges pneumothorax létesítésével együtt végezte ő eredménnyel, mégis hangsúlyozza, hogy a phrenikotomia akkor javasolt, ha pneumothorax létesítése kivihetetlen a pleuralis összenövésnek miatt. *László dr.*

A betegek hasrafektetéséről. *E. Rautenberg. (Deutsche med. Wochenschr. 1923. 1. sz.)*

A módszert nemcsak vízből kimentetteknél alkalmazza, hanem mindazon betegeinél, kiknél a nagymennyiségű váladék hörgést okoz, kiknél a tüdővízenyő lép fel, kiknek bő köpetük van. Tüdőgyulladásos, légszomjjal küzdő szívbajos betegeit néhány órára hasrafekteti, a lábvéget felemeli, s azon tapasztalatot tette, hogy a váladékürülés köhögés nélkül is bőven megindul, hogy a hörgés és a légszomj megszűnik. A betegek a fekvést jól tűrik. *Pommersheim.*

A sympathektomia kérdéséhez. *Seifert E. (Archiv f. klin. Chirurgie 122. köt. I. füz. 1922.)*

A francia Leriche és a német Brüning ajánlataira két ízben végzett verőérköri sympathicus hálózatátmetészt neurotrophias zavaroknál, az adventitia 2—3 cm hosszú darabjának kiirtásával. Mindkét esetben javulást látott, de gyógyulást nem. Bővebben foglalkozik az ilyen zavarok létrejöttével, s a sympathektomia jó hatását abban keresi, hogy idegsérüléseknél a sympathicus vasoconstrictorok túlsúlyba jutnak a parasympathicus vasodilatator kiesése miatt, ezért enyhíti a sympathicus átmetszése a túlsúlyt; minthogy azonban az átmetszés az ereknek nem adhatja vissza az activ dilatatiót, ezért nem következik be teljes gyógyulás. Állatkísérleteivel bizonyítja, hogy az előzetes sympathectomia után végzett ideg (n. ischiadicus) átmetszése után nem következnek neurotrophias fekélyek, vagy ha igen, úgy azok csak hamar gyógyulnak. Kísérletei és tapasztalatai alapján óva int az aneurysma-műtéteknél végzett körkörös átmetszéstől, egyesítéstől, valamint a lekötevésektől, mert ezek szerinte a sympathicus roncsolása következtében neurotrophias zavarokhoz vezetnek. *Móczár.*

A nervus sympathicus szerepe a szövetek táplálkozásában. *Brünnig F. Berlin. (Klinische Wochenschr. 1923. 2. sz.)*

Azt igyekszik bebizonyítani, hogy a nervus sympathicus izgalma következtében a szövetekben táplálkozási zavar lép fel. Eredményeit a következőkben foglalja össze. Idegsérülés után a szövetekben fellépő táplálkozási zavar azon izgalomnak a következménye, amelyet a heg nyomása vált ki az idegsérülés helyén, s ami átveződik a sympathicus rostokra. Ez a táplálkozási zavar csak hosszabb idő múlva lép fel, mert a neuroma, illetve hegnyomás váltja ki. Annak eltávolítása után a táplálkozás zavara visszajelődik; ha kiújul, újból fellépnek. Hasonló a viszonyok a verőerek körüli sympathicus rostok eltávolítása után. Az ú. n. edénymozgató-tápláló idegek zavarainál (Raymund-féle betegség stb.) azonosak a viszonyok. Ezen tapasztalatait gyógyult esetekkel bizonyítja. A sympathicus idegrendszer normális tónusának csökkenése szövetújdonképzést vált ki. *László dr.*

Orthopaedia.

A pes plano-valgus lábtömervegsége és kezelése. *Hohmann. (Münc. med. Wochenschr. 1923. Nr. 2.)*

A lúdtalpnak azon meghatározása, hogy pronatiós lábelferdülés nem minden esetben helytálló. Ha meg nem terhelt lúdtalpat vizsgálunk, az esetek egy részében a tényleg pronált sarokcsont mellett a láb elülső részét a Chopart-izületben supinált-abducált állásban találjuk. Ilyen esetekben a túlzott dongalábállásban feltett gipszkötés nem javítja a láb valódi elferdülését, mert a sarokcsont suppinálása folytán az elülső rész káros suppinatiója még jobban fokozódik. Ezért a szerző először kiegyenlíti a sarokizület elferdülését, s azután külön e célra szerkesztett eszközzel adducálja és pronálja a láb elülső részét. Csak miután e két ellentétes irányú beállítás nehézségeit legyőzte, teszi fel két szakaszban a gipszkötést. *dr. Horváth.*

Az epiphysisporc elváltozásai rendellenes megterhelés esetén és vonatkozásai rachitises elváltozásokhoz. *Müller. (Münc. med. Wochenschr. 1923. Nr. 2.)*

Növekedésben levő állatokon úgy hozott létre rendellenes megterhelést, hogy az orsócsont diaphysiséből eltávolított egy darabot; amikor is a singcsont vette át az egész támasztószerepet. Egy idő múlva az epiphysisporc úgy a Röntgen-képen, mint a görscső alatt ugyanazon elváltozásokat mutatta, mint angolkóránál. Ezek alapján a növekedési zónában található jelenségeket nem tartja kizárólag az angolkórra jellemzőeknek, hanem

amiképen az egészséges sincsonton elégtelenség jelei mutatkoznak fokozott megterhelésnél, ugyanúgy elégtelenekek a kórosan puha angolkóros csontok a physiologiás megterhelés esetén. Ezen megfigyelés alapján könnyebben érthető az angolkór számos kórokozó tényezője, melyek mindegyikének szerepe a kórkép kifejlődésében végeredményben nem más, mint a csontrendszer ellenállóképességének csökkentése. *Horváth dr.*

Bőr- és nemikórtan.

A leukocyták számának csökkenése intracutan injectio után és a Widal-féle haemoclasias crisis, mint az autonom idegrendszer reflexhatása. *Ernst Friedrich Müller.* (Münch. med. Woch. 1922. 51. sz. 1753. old.)

A közlemény tulajdonképpen folytatása a szerző: A bőr mint immunisáló szer c., a Münch. med. Woch. 1921. 23. és 1922. 43. számában megjelent közleményének. Eme közleményekben írja le 2 megfigyelését, hogy intracutan aolan-injectio után a leukocyták számának csökkenése következik be a bőr véredényeiben és ezzel összefüggésbe hozza az intracutan aolan-injectiónak latens gonorrhoeánál, mint provocáló szernek alkalmazását. Fenti cikkében a Widal-féle haemoclasias crisis — éhezés után reggel 200 g tejet fogyaszt a beteg, ami után pár óra múlva a fehérvérsejtek száma legtöbb esetben jelentősen megkevesbedik — a máj functionális vizsgálatára teljesen alkalmatlannak tartja, de összefüggésbe hozza a jelenséggel, hogy 0.2 g aolan intracutan injectiója után hasonló leukocytafogyás áll be. Már Glaser összefüggést keresett e leukocytacsökkenés és a vegetatív idegrendszer között és szerző is ebben az értelemben akarja megoldani az említett jelenségeket. Szerző kimutatja, hogy a leukocytacsökkenést nem a felszívódott idegen anyag hozza létre — hiszen physiol. konyhasóoldattal, sőt levegőbefecskendezéssel is kiváltható —, hanem ez a vegetatív idegrendszerben lejátszódó reflextevékenység, nevezetesen az injectio helyén vagusizgalom keletkezik, mely a szomszédos véredényekre mint vasodilatator inger hat. Subcutan injectio ezt a vagusizgalmat nem váltja ki. Ennek a vagusizgalomnak azonban nemcsak a szomszédos bőrvédényekre, illetőleg azok érmozgatóira, hanem az egész szervezet érmozgató apparátusára befolyása van, amit a szerző azzal igazol, hogy experimentálisan létrehozott sympathicotonus mellett intracutan injectio után nincs leukocytacsökkenés; ugyanaz történik a vagus experimentális bénítása után. Tehát az intracutan injectio után jelentkező leukocytacsökkenés vagusizgalom útján jön létre. És pedig a bőrben létrehozott vagusizgalom reflectorikus úton splanchnikus területén vasodilatatót hoz létre, mely viszont a leukocytáknak ezen a vidéken való megsaporodását és a peripheriás véredényekben való megfogyását eredményezi. Hasonló mechanizmussal jön létre a Widal-féle leukocytacsökkenés — amely eszerint májbetegségek kimutatására nem alkalmas —, de létrehozhatja egy meglevő vagotonia. *Somogyi.*

Viszkető pontok. *Noxon Toomey.* (Arch. of Dermat. a. Syph. 1922. 6. sz. 744. old.)

Ezen a néven szerző egy szerinte ritka, de jól karakterizálható betegséget ír le. Az egyes pontok, melyeket a beteg tűszúrásnagyságúnak érez, minden rendszer nélkül lehetnek a legkülönbözőbb testtájakon, de mégis kedvenc lokalizáció a fülkagyló, a homlok, szemöldök középső harmada, spina scapuli felett, crista ilei felett és még egyéb helyek. A viszkető pontokon a bőr legtöbbször semmi elváltozást nem mutat, néha egy-két folliculus gyulladása észlelhető, mint a mechanikai inzultus eredménye. Subjective jellemző a kínzó, egy pontra körülírt viszketés — nem égés vagy csipés —, mely a 24 óra legkülönbözőbb idejében léphet fel, de leggyakrabban lefekvéskor, az alvás kezdetén. A viszketés rohamszerűen jelentkezik és néhány percig — 1 óráig tarthat. A beteg nem vakarózik, inkább körmét sülyesíti a bőre. Ámbár a viszketés egy idegvégződésre látszik lokalizálódni, szerző nem neurotikusnak, hanem inkább auto-intoxicációs eredetűnek tartja. Kezelésül a szerző lokálisan adott menthol, aethylchlorid-spray mellett nyugalmas életmódot, excessusok kerülését, bélműködés rendezését, esetleg napi 1.3 g natriumthiosulfatot (sok vízben) ajánl. *Somogyi.*

Az experimentalis kátrányrákról. *R. Bierich.* (Klin. Woch. 1922. 46. sz.)

Szerző elméleti megfontolások és Fiebiger spiroptera-kísérleteinek alapján a rákképződést végeredményben valamilyen izgalomtól létrehozottnak tekinti, mely a protoplasma structuráját megváltoztatja. Szerző fértő egereken kátrányecseteléssel rákot hozott létre, s a rákképződés szerinte két stádiumban így folyt le: az epithel kb a nyolcvanadik napig hyperceratosist és fokozott növekedést mutat fel, míg kb. a százhermincegyedik napon kezdődik a mélybe való növekedés. Ezzel egyidejűleg a kötőszövetben az első stádiumban az elastin megsaporodása a rostok duzzadása és hízósejtek megjelenése észlelhető. Amint az epithelnek mélybe való burjánzása megkezdődik, a cutisnak eme

jelenségei visszafejlődnek. A kötőszövetnek ezt a reakcióját, mely arsen- vagy röntgenkezeléssel is létrehozható, szerző a kötőszövet védekezésének tekinti az epithel túlbujánzása ellen és ezen állítását azzal támogatja, hogy kísérletei szerint kátrány és arsen egyidejű alkalmazásával a rákképződés, illetőleg a hámnak mélybe való burjánzása megakadályozható. A kátrány tehát megváltoztatja az epithel és kötőszövet structuráját, amely structuraváltozás a szövet egyéb tulajdonságainak megváltozásával is jár. *Somogyi.*

Szemészet.

A szemgolyó és szemhéjak között fennálló feszülés. *Birch-Hirschfeld.* (Zeitschr. f. Augenheilk. 49. k. 1922. 2—3. f.)

Hogy a szemgolyó és a szemhéjak között nyomásnak kell lennie, bizonyítja az is, hogy a szemrés kitárásánál a szemgolyó kb. 1 mm-re előbbre jön. E feszülés létrehozásában szerepük van egyrészt a bulbusz fixáló izmoknak és szalagoknak, a bulbusz nagyságának és az orbitalis zsírnak; másrészt fontos-sága van a m. orbicularis nyomása alatt álló septum orbitalának és a szemhéjaknak, ez utóbbiak a szemgolyót az orbitába nyomják. Sok esetben a fokozott nyomásnak nincs káros hatása. De ha a tarsalis kötőhártya felszíne egyenetlen és a szaruhártya-felhám fellazult vagy a limbus megvastagodott, akkor a fokozott szemgolyó szemhéji nyomás okozója lehet corneabántalmak kifejlődésének, viszont befolyása lehet ezek gyógyulására is; fontos tehát e nyomás mérése *Birch-Hirschfeld* a méréshez eszközt szerkesztett, amelynek lényege az, hogy a cornea görbületének megfelelő hajlású két fémlemez egy rugó feszíti széljével, amelyek a szemgolyó és a szemhéjak közé helyezve, skálán leolvasható gr-értékben adják meg a nyomás nagyságát. Nem absolut értékek. Normális körülmények között a nyomás 90 gr. Feltűnő, hogy nagyfokú myopiánál gyakran nagyobb a nyomás, míg mélyen fekvő szemeknél ez átlag 15 gr-mal kisebb volt, mint nagyobb fokú exophthalmusnál.

Birch-Hirschfeld vizsgálatait főleg trachomás betegeken végezte: ahol nem volt pannus ott a feszülés normális volt, míg pannusos betegeknél ez erősen fokozott volt. Ebből azt következteti, hogy a pannus kifejlődésében fontos — de nem egyedüli — szerepe van a szemgolyó — szemhéj közti feszülésnek és a fokozott nyomással bíró szem praedisponal pannusra.

Horay Gusztáv dr.

Gyermekorvostan.

A veleszületett syphilis ikerterhességnél. *F. Thoenes.* (Deutsche med. Wochenschr. 1922. 41. sz.)

A veleszületett syphilisnél a fertőzés módjának problémája még korántsem jutott a megoldáshoz. Különösen nehézséget okoz azon lehetőség, hogy ikerterhességnél az egyik gyermek látszólag egészségesen született, a másik pedig súlyos syphilises fertőzés jeleit mutatta. *Thoenes* esetében egy biztosan syphilises anya ikreket szült, kik közül az egyik legsúlyosabb syphilises tünetekkel született, a másik pedig csak hat hét múlva mutatta egy aránylag enyhe syphilis első jeleit. Azon tényből, hogy az ikrek a syphilises fertőzésre különbözően reagáltak, arra következtet, hogy kétpetéjű ikrekről van szó. Ezen érdekes jelenségnek okát semmi esetre sem látja a szerző a magzatok különböző immunitásában s^o különböző ú. n. „Krankheitsbereitschaft”-jában — amelyek feltételezésére semmi alap sincs —, hanem inkább a a fertőzés mechanizmusában. A fertőzés módját illetőleg a jelenleg uralkodó nézetek közül igen nehéz az egyiket, vagy a másikat elfogadni. Szerző szerint a syphilises tünetek súlyosságában és időbeli fellépésében való eltérést leginkább a magzatok különböző fertőzési módjának feltételezésével lehetne megmagyarázni.

Jacobovics Béla dr.

Morbilli elleni immunisatio. *Herrmann.* (Arch. of Pediatrics Vol. XXXIX. No. 9.)

Új methodust ajánl *Herrmann*, melynek célja a morbillit kiállott anyák csecsemőinek első öt hónapra terjedő immunitását az első életévekre kiterjeszteni. Anyagul morbilli-betegek orrvadékat használta, melyet a kiütés megjelenése előtt 24—48 órával vett és kevés physiologiás sóoldattal keverve centrifugált. Az üledéket eltávolítva az oldathoz kevés tricresolt adott. Az így preparált vadékból néhány cseppet az immunizálandó csecsemő orrnyalakárájára csepept. Az oltást követő 8—16 napon az esetek több mint 50%-ában mérsékelt hőemelkedés jelentkezik, néhány folttal az arcon és törzsön, vagy kiütés nélkül. Szerző azt véli, hogy állandó pontos megfigyelés mellett több esetben lett volna reactio constatatálható. 165 esetben végzett oltást. 75 gyermeket 4—8 évig kísért figyelemmel. A 75 esetből 70 gyermeknél nem fejlődött morbilli, bár ezekből 45 részben a családban, részben a házban ki volt téve fertőzésnek. Egyetlen esetben sem látott kellemetlen kísérő tüneteket.

B. Bakay, Emma dr.