

B. III. 4.
L028/046

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:

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

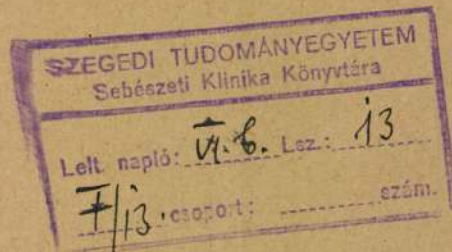
FELELŐS SZERKESZTŐ:

VÁMOSSY ZOLTÁN

EGYETEMI TANÁR

1925.

HATVANKILENCEDIK ÉVFOLYAM



BUDAPEST, 1925.
KIRÁLYI MAGYAR EGYETEMI NYOMDA.
FŐIGAZGATÓ: DR. CZAKÓ FLEMÉR.

TARTALOM

KLINIKAI ELŐADÁSOK, ÖSSZEFOGLALÓ SZEMLEK (ÉLETRAJZOK, UTILEVELEK, ORVOSI KÉRDÉSEK, HETI KRÓNIKÁK)

Oldal		Oldal		Oldal		
	Achucarro-díjjal tüntették ki Schaffer Károlyt	545	Gyógyászati tömegmozgalmak Németországban	1174	Orvosi faluzás	279
	Allati és emberi rák kórtaná- ról	1025	Gyógyeljársók (újabb) a gy- naekológiában	624	Orvosi nyugdíj- és segélyző in- tézmények története, fejlesz- tése és egyesítése	437
	Altatás módjai az Egyesült Ál- lamokban	568	Gyógyítás tudományának fejlő- dése	827	Orvosok és patikusok bűnei a XV. században	937
	Anthropogeographia világtört. és a gyógyítási tudomány fejlő- dése	827	Gyógyszer-tan multjából	847	Orvosok műveltsége és tekin- télye a XII—XVI. században	1012
	Antitoxin-therapia	842	Herpesek aetiologiája és vonat- kozásai	595	Orvosok válságos helyzetéről ..	1150
	Aranydiploma	1095	Heti krónika 17, 241, 496, 530, 1103, 1131, 1157, 1186, 1257	361	Orvostörténelmi jegyzetek. Régi bebalzsamozási eljárások	799
	Ascaris vándorlása a szervezet- ben	51	Húgyutak fertőzéséről	307	— A gyógyszer-tan multjából..	847
	Asepsis sikeres biztosításáról ..	255	Influenza (spanyol)	82	— Szakorvosok az ókorban....	820
	Ápolónőképítés és betegápolás az Egyesült Államokban	204	Kaczvinszky János (nekrológ) ..	1185, 1211	— Tompa Mihály és Skoda ..	868
	Bábuügy és magzatelhajtások elleni védekezés	796	Kérdések és feleletek	998	— A vizeletvizsgálat diagnosti- kai jelentősége a középkor- ban	889
	Bebalzsamozási régi eljárások Belorvostan és tudomány	949	Kétly László báró jubileuma ..	959	— Mysticizmus és theosophia az orvostudományban	912
	Betegápolás és ápolónőképítés az Egyesült Államokban	204	Kielland-fogó klinikai használ- hatósága	544	— Orvosok és patikusok bűnei a XV. században.....	937
	Bulbus elülső részének vizsgá- lata	70	Kísérleti tumorkutatásról	9	— Az orvosok műveltsége és te- kintélye a XII—XVI. szá- zadban	1012
	Bumm Ernst (nekrológ)	95	Klebelsberg Kuno gróf a pécsi egyetem tiszteletbeli doktora ..	1249	— A M. Nemzeti Múzeum Oriba- sius-codexe	1040
	Caries dentis	252	Köcponyalövésekről	946	— A magyar chirurgus-céhek- ről	1118
	Chambers professor előadása ..	684	Kórtan (emberi és állati rák) ..	1	— Kossuth Lajos mint cholera- biztos	1249
	Chirurgus céhekről	1118	Kossuth Lajos mint cholera- biztos	889	Patikusok és orvosok bűnei a XV. században	937
	Constitutio fogalma	133	Korányi Sándor jubileuma	335, 392	Párizsi levél	17
	Demeter György (nekrológ)....	96	Közegészségügy (modern) és az orvos	435	Phrenikus exairesis	701
	Dermatológiai szövetség (né- met) kongresszusa	1051	Közgazgatási Orvostan	1261	Phrenikus műtét indikációja és eredményei	673
	Diabetes és gyógyítása	722	Közgazgatási Orvostan című cikkhez megjegyzések ..	1001	Prohibitio (amerikai) hatása a gümőkóros megbetegedésekre ..	1147
	Dick-próba	842	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	1210	Psychologia és gyakorlóorvos..	1196
	Egyesült Államokban szerzett szülési tapasztalatok	1221	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	1068, 1176	Rák (emberi és állati) kórtaná- ról	1025
	Egyetemek költségvetése	58	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	886	Rekeszizombőntítés (mestersé- ges) indiciói és eredményei ..	673
	Elme- és idegkórtan egymáshoz való viszonya s fejlődése ..	133	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	911	Röntgen-therapia (szemészeti) ..	988
	Elmeorvosi észrevételek a pol- gári törvénykönyv javaslatá- hoz	333	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	849	Schaffer Károly meghívása az elme- és idegkórtani tanszékre ..	12
	Emberi és állati rák kórtaná- ról	1025	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	796	Schaffer Károlyt az Achucarro- díjjal tüntették ki	545
	Emésztőszervi és anyagcseré- bántalmakkal foglalkozó or- vosok kongresszusa Bécsben ..	1022	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	1150	Segélyző-intézmények története, fejlesztése, egyesítése	437
	Elnöki megnyitó	1049	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	93	Semmelweis	114
	Eröss Gyula (nekrológ)	663	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	872	Senilis izommerevség	155
	Fertőző betegségek elleni véde- kezés hiányai vidéken	571	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	434	Skoda és Tompa Mihály	868
	Fiatal nők vérzéséről	767	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	385, 405	Spanyol influenza	307
	Fogbetegeknek rendelhet-e az orvos	1252	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	53	Streptococcus haemolyticus mint vörhenyokozó	842
	Fogszerű	252	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	437	Streptococcus szerepe a vör- heny aetiológiájában	931
	Gesellschaft für Kinderheil- kunde karlsbadi összejövetele ..	1021	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	1001	Strümpell Adolf (nekrológ) ..	157
	Grósz Emil jubileuma	946	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	70	Syphilis serológiai megállapi- tása Dániában	1271
	Grósz Emil válasza a jubileumi beszédekre	961	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	1040	Szemészeti Röntgen-therapia ..	988
	Gümőkóros megbetegedésekre az amerikai prohibitio hatása ..	1147	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	224	Szemészeti társaság (heidel- bergi) ülése	829
	Gyakorlóorvos és psychologia ..	1196	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	1040	Szakorvosok az ókorban	820
	Gyermekorvosok (amerikai) washingtoni nagygyűlése	897	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	224	Szerkesztő válasza 321, 397, 582, 921, 971, 1052, 1079	
	Gyermekorvostan fejlődésének mérföldkövei hazánkban	492	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó	753		
	Gynaekológiában újabb gyógy- eljárások	624	Közgazgatási Orvostanhoz né- hány szó			

Oldal		Oldal		Oldal	
	Szülészeti tapasztalatok az Egye- sült Államokban	1221		Török Béla (nekrológ.).....	1210
	Tej és tejtermékek szerepe a nemspecifikus gyógyításban	385, 405		Tudomány és belgyógyászat	949
	Terhességi toxicosisek keletke- zésének újabb teoriái	565		Tumorkutatás (kísérleti)	959
	Theosophia és mysticismus az orvostudományban	912		Tüdőtuberculosis gyógyítása ..	650
	Tompa Mihály és Skoda	868		Typhus epidemiológiája	464
	Toxicosisek (terhességi) kelet- kezésének újabb teoriái	565		Utókezelés	231
				Védekezés (fertőző betegségek elleni hiányai vidéken	571
				Védekezés a magzatelhajások ellen és a bábaügy	796
				Vérregenerációról histogeneti- kai szempontból	1037
				Világtörténelem, anthropogeo- graphia és gyógyítástudo- mány fejlődése	827
				Viszketésről	749
				Vizeletvizsgálat diagnostikai jelentősége a középkorban ..	889
				Vörheny aetiológiájában a streptococcus szerepe	931
				Vörheny kórokozója, strepto- coccus haemolyticus	842
				Wassermann (nekrológ.)	340

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Oldal		Oldal		Oldal	
	Abortusok (incomplet) kezelése	1251		Colloidlabilitási reakciók nőgyó- gyászati értéke	1195
	Actoprotin-nal végzett gyógyító kísérlet férfikankóknál	131		Complement- és cholesterin-tar- talom vérsavóban vörhenynél	812
	Adenomyomás polypus, méhben	697		Compressió ischiások	123
	Adrenalin felszívódása (érzés- telenítéssel kapcsolatban) ..	7		Constitutionalis fluor kérdése- hez adatok	1135
	Adrenalin-insulin antagonis- musa a fehér vérsajt számban	931		Corpus luteum-cysta megrepe- dése következtében létre jött elvérzés	174
	Agglutinatio feltételeinek opti- muma	979		Croupnál mikor operáljunk ..	1237
	Agyidegbénulás (féloldali) kop- ponyaalapi gümössarj révén..	669		Cukormeghatározás (egyszerű) vizeletben	841
	Agytályog (orreredetű)	433		Cukormeghatározás (egyszerű) vizeletben c. cikkhez pótlás ..	1176
	Akromegalia egy jellemző tü- netéről	228		Curral altatószerrel nyert klini- kai tapasztalatok	283
	Alkoholos elmeállapotok az elme- baj felépítése szempontjából ..	171		Cystákról, idiopathikus chole- dochus	785
	Alkoholkérdés (házánkban)	30		Csecsemőgyomor savszélessége- ről	783
	Alveolaris szénsavtensióra ther- malis beavatkozások hatása	509		Csecsemő- és gyermekkori dysen- teria terapiája	23
	Angina agranulocytoticáról ..	670		Csecsemőkori hyperaciditások- ról	789
	Angina pectoris	1107		Csecsemők (sorvadó) vérén phy- siko-chemiai vizsgálatok	765
	Anyavér befeckendezéssel gyó- gyított erythrodermia des- quamativa	822		Csecsemők (sorvadó) vizeletének reduktió indexe	836
	Anyagcserebetegségek diatás kezelése	340		Csecsemők (egészséges) fehér- vérsajt-számára vegetatív ideg- izgatók befolyása	480
	— Hízalókúra	412		Cseplesz lobos daganatairól	542
	— Soványító kúrák	390		Csontvarrat, vegyes fémű, áram- keltő sajátságáról	543
	Aortanyomás meghatározás (vér- telen)	21		Csuklás (30 éve tartó)	47
	Aranysolreactio idegbetegségek- nél és endogen elmebajoknál	198		Daganat, inhártyán (gümös) ..	1219
	Arcsvadás (féloldali, ritka esete)	459		Daganat, rosszindulatú utánzó idegentest, vastagbélben	984
	Asthma bronchiale. Húgysav- anyagcserevizsgálatok	719		Daganatok (gerincoszlop előt- iek)	302
	Atophanyl és tophosanylról ..	309		Daganatok (lobos) a csepleszen	542
	Autovaccina kezelés gyermek- kori pyelocytitiseknél	451		Deflexio tartások	900
	Autovaccina kezelés új, egy- szerű módszere	195		Dermatitis exfoliativa neonato- rum (Ritter)	841
	Autovaccinával (Orsós-féle) ta- pasztalatok	1245		Diabetes melitus, insulinnal nem befolyásolható	762
	Azorubin S-sel végzett máj- functió vizsgálatok	687		Diaphania alig mikrocephal koponyákon és adatok a hydro- mikrocephalia ismeretéhez ..	145
	Ayer-Eskuchen cisternapunctio	1189		Diatás eljárás a Basedow-kór gyógyításában	349
	Álhangszálak által történő hang- képződés	1036		Diatás élelmezés megszervezése fürdőhelyeken	506
	Átfürödés (duodenum-fekély) megismétlődött, szabad has- üregbe	1244		Diathermia a nőgyógyászatban	1167
	Aramkeltő sajátsága a vegyes fémű esontvarratnak	543		Diathermiával maláriakezelés ..	177
	Ásványos források kémiai alk- atának állandóságáról	505		Diocain, psicain és tutocain a szemészetben	1014
	Ásványvizek és fürdők for- galma	522		Dosimetriában az erythema tit- rálás, mint új elv	475
	Bakteriumszámláláshoz adalék	203		Duodenum és gyomor vonatko- zása az epehólyagbetegségek bonctanához	1053
	Bakteriológiai és járványtani megfigyelések Koch-Weeks- járvány alatt	692		Duodenalis pylorusreflex	745
	Balaton orvosi ismertetése	510		Duodenum-fekély megismétlő- dött átfürödés szabad has- üregbe	1244
	Balaton somogyi partjának klimasajátságai	759		Duodenum-sipoly (magas)	698
	Bartholini-mirigyre méhrák me- tastasisa	67		Basedow-tünetekkel jelentkező lueses pajzsmirigy betegség	819
				Basedow-kór gyógyításában új diatás eljárás	349
				Bárzingsos rekesz-sérv	863
				Belső betegségekben vörösvér- sejtek süllyedése	1165
				Belső secretiós mirigyek zava- rához társuló szaruhártya- betegségek	1032
				Beteg és egészséges női test hy- giénéjéről fürdőorvosi szem- pontból	501
				Biermer-féle-vérszegénység kór- lefolyása és kezelése 323, 350.	380
				Bilirubintartalom (normalis) vérsavóban	646
				Biologiai dosimeter	475
				Bismuth mint húgyhajtó	801
				Bismuth hatása lueses gyerme- kekvérvérére	879
				Bismuth hatása a vörösvérsej- tekre	218
				Bóralatti genyes járatok tüsző- gyulladásnál	923
				Bőrlégzésről	1262
				Bőrsorvadással járó tüszőgyul- ladás	923
				Bőr sugárérzékenysége xero- derma pigmentosumnál	540
				Calcinosis intervertebrális	173
				Calcinosis intervertebrális c. cikkhez megjegyzés	257
				Calciumnak a vegetatív ideg- rendszerre kifejtett kettős ha- tásáról	357
				Caronia-féle vaccinával typhus kezelése	533
				Caronia-módszer szerint készült morbilli vaccina	271
				Castratióval gyógyult hyper- thyroidismus	907
				Caverna diagnostici képe és pro- gnostikai jelentősége tüdő- gümőkórnaál	621
				Cataractával, pupillamerevség- séggel és reflexhiánnyal tea- tania	1248
				Chemocoagulációs kezelése hó- lyagpapillomának	1267
				Choledochus-cystákról, idio- pathikus	785
				Cholesterin-tartalom meghatáro- zása vérben	668
				Cholesterin- és complement-tar- talom vérsavóban vörhenynél	812
				Chorea infectiosanál phlogetan- therapia	597
				Cisterna cerebellomedullaris li- quorban hypophysis váladék kimutatása	1033
				Cisternapuncióról (Ayer-Esku- chen	1189
				Coffein hatása (intraciternásan adagolt)	963
				Colostrum sejtes elemei	623
				Colloidok (hydrophyl) ivóvíz- ben	5

Oldal		Oldal		Oldal		
	Dynamikus-hatás (specifikus) gyermekkorban és pubertás alatt	816	— Ulcus-kúrák	231	Gyermekkorban és pubertás alatt specifikus dynamikus hatás vizsgálata	816
	Dysenteria-therapia (csecsemő- és gyermekkorban)	23	— Lassult gyomorkiürülés étrendje	252	Gyermekkorban idiomuscularis reflex	818
	Eatannal tapasztalatok tüdőgümőkör eseteiben	728	— Hasmenésnél étrendek	284	Gyermekkorban tuberculosishal haemoklinikus status	64
	Echinococcus a vesében	839	— Székrekedésnél étrendek	311	Gyógyszerhatás vizsgálatok gyomron	910
	Egészséges és beteg női testhygiénéjéről fürdőorvosi szempontból	501	— Az anyagcserebetegségek diatás kezelése	340	Gyomor-bél-összeköttetés (Billroth II.) módosítása	1265
	Eklampsia, görcsnélküli	743	— Soványító kúrák	390	Gyomor és duodenum vonatkozása az epehólyag-betegségek bonctanához	1053
	Ektropium uveae (gyulladásos eredetű)	867	— Hízalókúra	412	Gyomor és nyombéltartalom vizsgálata gastroduodenalis szondával	66
	Elektrokardiogramm	1031	Farra (üregben) Kielland-fogó alkalmazása	492	Gyomor kórtanában az érprobléma	588
	Elektromos töltések szerepe a vörsejtek süllődésében	905	Fehérjekezelés kapcsán pseudo-uraemia esete	648	Gyomor kórtanában az érprobléma c. cikkhez megj.	655
	Elme- és idegbetegségekben észlelhető májműködés-zavarok ..	250	Fehérvérsejt-számra vegetatív idegizgatók befolyása	480	Gyomor kórtanában izomdepresio fogalma és szerepe	27
	Elsődleges tüdőrákról	375	Felnyársaltatás, halálos végű ..	748	Gyomoraciditás és pylorus	200
	Emésztés alatt vegetatív-idegizgatók befolyása fehérvérsejt-számra	480	Féregnyúlványgyulladás (vesekötünetekkel)	3	Gyomoresoukolás varrógéppel ..	1265
	Emésztőszervek betegségeinek diatás kezelése: Könnyű, vegyes étrend	137	Férfiemiől megbetegedéseiről ..	1062	Gyomoremésztés kinetikai vizsgálata	642
	— Hachée-purée étrend	157	Férfikánkó (actoprotinnal kezelve)	131	Gyomorfekély (gümös műtéttel gyógyítva)	127
	— Folyékony étrend	178	Fluor constitutionalis kérdéséhez adatok	1135	Gyomorfekély fájdalmak kezelése	2
	— Gyomornedvelválasztás zavarainál étrend	205	Fogazatban ritkább rendelkezés ..	70	Gyomorfunctióra gyakorolt hatása a külsőleg alkalmazott hidegnek	695
	— Ulcus-kúrák	231	Fogó a szülés alatt kórismézett hydrocephalusra	359	Gyomorkiürülés (lassult) étrendje	258
	— Lassult gyomorkiürülés étrendje	258	Fogóműtéttel kapcsolatos magzati halálozás	767	Gyomorműtétek statisztikája ..	899
	— Hasmenésnél étrendek	284	Folliculitis fistulosa nucae atrophicans	923	Gyomornedvelválasztás zavarainál étrendek	205
	— Székrekedésnél étrendek	311	Folyékony étrend	178	Gyomorperforációról kísérletes tanulmányok	1241
	Emlő (férfi) megbetegedéseiről ..	1062	Formalin-reactio serumban ..	1173	Gyomorsarkoma két érdekesebb esete	1144
	Enanthema salvarsanmérgezésnél	884	Források (ásványos) kémiai alkotásának állandóságáról ..	505	Gyomorsecretio és insulin	399
	Endogen elmebajoknál arany-solreactio	198	Fürdők az iparegészségügy szolgálatában	519	Gyomorsecretio változás therapiás beavatkozása	695
	Epehólyag bakteriológiájához adatok	1161	Fürdők és ásványvizek forgalma	522	Gyomorsecretióra való hatása a külsőleg alkalmazott hidegnek ..	358
	Epehólyagbetegségek bonctani vonatkozásai	1053	Fürdőink a modern hygiene szempontjából	520	Gyulladásos eredetű ektropium uveae	867
	Epehólyag contractiójáról	360	Gasser-dúc lueses megbetegedése kapcsán herpes zoster ..	983	Hachée-purée étrend	157
	Epehólyag-sebészet köréből tanulmányok	481	Genyes vesemedencegyulladás terhesség alatt	592	Haematuria paroxysmalis neosalvarsan után	837
	Epidermophytiáról és kórokozójáról	810	Gerinc és tarkóalatti ízületek rögzítésére szerkesztett új gipszsin	108	Haemoklinikus status gyermekkor tuberculosishal	64
	Erythema titrálás mint új elv a dosimetriában	475	Gerincoszlop előtti daganatok-ról	302	Halántéklebenytályog (spontán perforált)	331
	Erythrocyanosis cutis symmetrica	482	Gégetuberculosis osztályozása ..	26	Hangképződés áhangeszálak által ..	1036
	Erythrodermia desquamativa anyavér-befecskendezéssel való gyógyítása	822	Gipszsin tarkóizületek rögzítésére	108	Halálos végű felnyársaltatás ..	748
	Exanthema subitumról, tizenegy eset kapcsán	585	Glaukomáról	973	Halálozás (magzati) fogóműtét-nél	767
	Exanthema subitum c. cikkhez megjegyzés	655	Golyvabetegség idegrendszer-vizsgálata	49	Harántállás (mély homloktartás) két esete	613
	Éjjeli ágybavizelésről	423	Golyva kezelése kis jód dosisokkal ivókúra alakjában ..	1169	Hasihagymáz kezelése urotropin-salol-resorcinnal	112
	Éjjeli ágybavizelésről című cikkhez. Megjegyzések	571	Göresnélküli eklampsia	743	Hashártyalob (gümös) kezelése ..	223
	Éjjeli ágybavizelésről című cikkhez megjegyzésekre válasz ..	630	Guanidin mérgezésnél szőlő-cukor méregtelenítő hatása ..	915	Hasiszervek tapintásának megkönnyítésére eljárás	754
	Éjjeli izzadás (gümőkóros) kezelése salvysatummal	653	Gümöbacillus kitenyészítése Petrof-eljárás szerint	564	Hasmenésnél étrendek	284
	Érprobléma a gyomor kórtanában	588	Gümöbacillus közvetlen kitenyészítése vizsg. anyagból ..	44	Hasüregbe duodenum-fekély megismétlődött átfúródása ..	1244
	Érproblema a gyomor kórtanában c. cikkhez megjegyzés ..	655	Gümőkórosak éjjeli izzadásának kezelése salvysatummal ..	653	Hasüri (ritkán előforduló) pseudocysta esete	401
	Érsebészeti tapasztalatok	221	Gümőkóros gyerekek vérképe napfény és quarfény hatása alatt	124, 149	Hasürülések műtéti és konzervatív kezelésének eredményei ..	169
	Érzéstelenítésnél (helyi) adrenalin felszívódása	7	Gümőkóros hashártyagyulladás kezelése novasurollal	890	Havibajrendellenesség és meddő-ség gyógyítása petefészkek besugárzásával	721
	Érzéstelenítőszer. (Új.)	281	Gümös daganat (inhártya)	1219	Helyi érzéstelenítésnél adrenalin felszívódása	7
	Érzéstelenítő szerek a szemészetben (psicain, tutocain, diocain)	1014	Gümös gyomorfekély. (Műtéttel gyógyult)	127	Hernia diaphragmatica oesophagea ..	863
	Étrendi előírások. Az emésztőszervek betegségeinek diatás kezelése: Könnyű, vegyes étrend	137	Gümös hashártyalob kezelése pneumoperitoneummal	223		
	— Hachée-purée étrend	157	Gümös sarjadzás (koponya-alapi), féloldali agyidegbénulást okozó	669		
	— Folyékony étrend	178	Gyermekek (lueses) vérképére bismuth hatása	879		
	— Gyomornedvelválasztás zavarainál étrend	205	Gyermek- és csecsemőkori dysenteria-therapiája	23		

	Oldal		Oldal		Oldal
Herpes zoster Gasser-dúc lueses megebetegedésénél	983	Izomdepressio regionalis a gyomor kóránában	27	tek tuberculosisanak sebészi kezelése című cikkéhez megjegyzés	1199
Hideg (külsőleg alkalmazott) hatása a gyomorfunctiókra	695	Izületek és kéz- és lábtőcsontok tuberculosisanak sebészi kezelése	1138	— re válasz	1226
Hideg (külsőleg alkalmazott) hatása a gyomorsecretióra	358	Izületek-, kéz- és lábtőcsontok tuberculosisanak sebészi kezelése e. cikkre megj.	1199	Lágyburkok lépfene okozta vérzéses gyulladása	428
Hizlalókúra	412	— re válasz	1226	Laphámsejtekről (vizeletben előforduló)	1041
Hólyagpapilloma intravesicalis chemocoagulatiós kezelése	1267	Izületi megbetegedések (idült) diagnózisában és therapiájában tévedések	483	Leukoderma acquisitum centrifugum	1115
Hólyagsipoly-esetek nagyobb húgyeső-hiánnyal	711	Izzadás, éjjeli (gümőkóros) kezelése salvasatummal	653	Leukoderma acquisitum centrifugum esete	41
Homloktartás — mély harántállás két esete	613	Járványtani és bakteriologiai megfigyelések Koch-Weeks-járvány alatt	692	Lepény művi választásáról ..	304
Húgyesőhiánnyal társult hólyagsipoly-esetek	711	Jászkarajenői „Mira“ keserűvíz hashajtó hatása	1056	Lepényi időszak kezelése ..	243
Húgysavanyagcsere-vizsgálatok asthma bronch-nál	719	Jégvizsgálatok	647	Lepényrészek (visszamaradt) eltávolítása	243
Húgysavmeghatározás (vérsavóban és vizeletben)	29	Jód-ivóvízzel golyva kezelése	1169	Lepényi időszakban vérzés kezelése	788
Hydrocephalus (szülés alatt kórismézett) fogó	359	Jóvátételi neosalvarsan	462	Lépfene-fertőzés okozta vérzéses gyulladás a lágy agyburkokon	428
Hydromikrokephalia ismeretéhez adatok és diaphania az alig mikrokephal koponyákon ..	145	Kahn- és Wassermann-reakciók között összehasonlító vizsgálatok	1173	Linser-féle oldatkeverékes eljárás alkalmazása az ideg-lues gyógykezelésben és a neosalvarsan-modenolos oldatkeverék	383
Hydrophil colloidok az ivóvízben	5	Kanyaróellenes védőtás eredményei	981	Lipiodol a Röntgen-diagnostika szolgálatában	388
Hygiene szempontjából, fürdőink	520	Kanyarónál (vasomotoros innervatio változása)	982	Lipiodolos próba (Sicard) klinikai alkalmazásáról	537
Hyperaciditások, csecsemőkori Hyperemesis gravidarumról ..	81	Karyon tuberculosisszer az állatkísérletben	486	Liquor cerebrospinalis cukortartalma	89
Hyperglykaemiáról (hypertoniás)	105	Karyon-injectiók (diagnostikus célú)	487	Liquor cerebrospinalis cukortartalma. (Megjegyzés Steiner B. dr. közleményére.) ..	154
Hypertyreoidismus castratióval gyógyult esete	907	Keserűvíz („Mira“) hashajtó hatása	1056	Liquor cerebrospinalis cukortartalmának meghatározása ..	172
Hypertoniás hyperglykaemiáról ..	105	Kéz- és lábtőcsontok és ízületek tuberculosisanak sebészi kezelése	1138	Liquor cerebrospinalis cukortartalmáról szóló cikkhez fűzött megjegyzésre válasz ..	190
Hypophysis váladékának kimutatása	1033	Kéz- és lábtőcsontok és ízületek tuberculosisanak sebészi kezelése című cikkhez megjegyzés ..	1199	Liquor cerebrospinalis cukortartalma	256
Idegbetegségeknel és elmebajoknál aranyosolreactio	198	— re válasz	1226	Lobaris pneumoniához adatok ..	1083
Idegentest-daganat a vastagbélben	984	Kielland-fogó mint forgatóműszer	613	Lobelin-Ingelheim-injectio után haláleset	1199
Ideglues gyógykezelésére Linser-féle eljárás és a neosalvarsan-modenolos oldatkeverék ..	383	Kielland-fogó üregben lévő farra	432	„Lobelin-Ingelheim“ mellékhatásairól	1122
Idegrendszer (vegetatív) vizsgálata golyvabetegeknél	49	Kisagyvelői tünetek a nagyagy gócos megbetegedéseiben ..	276	Lobelin intracisternásan adagolt, hatása	229
Idült izületi megbetegedések diagnózisában és therapiájában tévedések	483	Klimasajátságok Balaton somogyi partján	759	Ludtalpkezelés új műtéttel ..	282
Idiomuscularis reflex (gyermeknél)	818	Koch-Weeks-járvány alatt bakteriologiai és járványtani megfigyelések	692	Lueses gyermekek vérképére, a bismuth hatása	879
Idiopathicus choledochus-cystákról	784	Kolorimetriás nitrogenmeghatározás módosítása	1116	Lues (ideg-) gyógykezelésére Linser-féle eljárás és a neosalvarsan-modenolos keverék ..	383
Ileus spasticus kóroktana és pathogenesis	61, 85, 109	Kolorimetriás nitrogenmeghatározás módosítása e. cikkhez megj. ..	1269	Lues-reactio, Sachs-Klopstock-féle	763
Illanó-olajok sebészetben	871	— re válasz	1271	Lumbal punctio érzéstelenítéssel ..	990
Inaktivált (60°-on) vérsavókkal serologiai reakciók	130	Konstitutio és a méhelöses kóroktana	1113	Lumbal punctio megkönnyítése segédeszközzel	773
Incomplet abortusok kezelése ..	1251	Kontraszt-próbareggeli	791	Lumbalanaesthesiában tutocain értéke	1224
Ingerkezelés és vegetatio idegrendszer	927	Koplik-foltok specifikus volta ..	800	Lymphangoitis, Pirquet-reakciónál fellépő	1117
Inhártya gümös daganata	1219	Koponyaalapú gümös sarjadzás féloldali agyidegbénulással	669	Magzatfűzés-kísérletnél hasüregbe jutott idegen test	649
Insulin-adrenalin antagonismus a fehérvérsejtszámban ..	931	Koponyabőr veleszületett hiányai újszülötteknél	1085	Magzati halálozás fogóműtéteknél	767
Insulin biologiai titrálásához megjegyzések	201	Koraszülöttek kezelése terhesek vérsavójával	1061	Maláriás fertőzés lehetősége a paralysis maláriás kezelésénél ..	665
Insulin és gyomorsecretio	399	Korányi-féle tomputat-háromszög (Röntgen klinikai tanulmány)	152	Malária-kezelés diathermiával ..	177
Insulin hatásmódjáról	328	Köhler-féle betegség aetiologiaja	1081	Maláriás kezelés paralysis progressivánál	735
Insulinmal nem befolyásolható diabetes mellitus	762	Könnnyű vegyes étrend	137	Massage a belorvostanban	512
Intracisternásan adagolt lobelin ..	229	Kötőhártya (trachomás) megkaparásáról	775	Májfunctiós vizsgálatok azorubin S-sel	687
Intracisternásan adott coffein hatása	963	Kötőhártya (trachomás) megkaparásáról néhány szó ..	802	Májfunctiós vizsgálatok phenoltetrachlorphthaléinnel	705
Intraligamentosan fejlődött petezsák kiviselt méhenkivüli terhességnél	1268	Külsőleg alkalmazott hideg hatása a gyomorfunctiókra ..	695	Májrepedés újszülöttnél, spontán szülés után	28
Intravesicalis chemocoagulatiós kezelése hólyagpapillomának	1267	Láb- és kéztőcsontok és ízületek tuberculosisanak sebészi kezelése	1138	Máj működési zavarai (elme- és idegbetegségekben)	250
Intubatiós eredmények két évnél fiatalabb croup-betegeken ..	1237	Láb- és kéztőcsontok és ízületek tuberculosisanak sebészi kezelése	1138	Májszurás (gyógyult)	45
Iparegészségügy szolgálatában fürdők	519	Láb- és kéztőcsontok és ízületek tuberculosisanak sebészi kezelése	1138	Meddőség és havibajrendellenesség gyógyítása petefészkek besugárzásával	721
Iechiasok (compressió)	123				
Ivókúrával (kis jóddosisok) golyva kezelése	1169				
Ivóvízben, colloidok jelenléte ..	5				

Oldal		Oldal		Oldal	
	Meinicke-reactióval összehasonlító vizsgálatok	251		Pyelocystitisek, gyermek- és csecsemőkori, kezelése autovaccinával	451
	Metatarsus (II.) Köhler-féle betegségek aetiológiája	1081		Pyelocystitisek, gyermek- és csecsemőkori, kórtana	455
	Méh adenomyomás polypusai	697		Pylorus-fekélyről	331
	Méhelőésés, halálos eset	699		Pylorus- és gyomoraciditas	200
	Méhelőésés kórtana és a constitutio	1113		Pylorus-passage	4
	Méhenkízüli terhesség (kiviselt) esete a petezsák intraligamentosus fejlődésével	1268		Pylorusreflex, duodenalis	745
	Méhenkízüli terhesség korai diagnosísának biztos jele	24		Quarz- és napfény hatása gümőkóros gyermekek vérképére	149
	Méhenkízüli terhesség ritkább alakjáról	49		Rachitis pathogenesisének vizsgálata	1213
	Méhlepénydaganat	594		A rachitis-tetania-probléma és tetania kezelése	958
	Méhlepény művi leválasztásáról	304		Rák, elsődleges elszarusodó, vesemedencében	1110
	Méhrák-metastasis Bartholinimirigyre	67		Rákról (elsődleges tüdő)	375
	Mély harántállás homloktartás két esete	613		Reductiós index sorvadt csecsemők vizeletében	836
	Mikrosporiasis járvány (szegedi) tanulságai	272		Reflexhiánnyal, pupillamerevséggel és cataractával tetania	1248
	„Mjra” keserűvíz hashajtó hatása és alkalmazása	1056		Rekeszalatti tályog transpleuralis megnyitása	746
	Morbilli és scarlatina kórokozójának kimutatására kísérletek	269		Rekeszbénulásnak tüdőesúcsra gyakorolt hatásáról	1141
	Morbilli vaccináról (Caróniamódszer)	271		Rekeszsérvm (bárzsingos)	863
	Művi nyelőcső mechanizmusa és értéke	882		Rekeszsérvről	925
	Myositis fibrosa világítógázmérgezés után	563		Resorcin-salol-urotropin a hasi hagymáz kezelésére	112
	Nagyagy göccs betegedéseiben kisagyvelői tünetek	276		Röntgen-diagnostika szolgáltatásban a „lipiodol”	388
	Nap- és quarzfény hatása a gümőkóros gyermekek vérképére	124		Röntgen-klinikai tanulmány a Korányi-féle tomputatháromszögről	152
	Nemzőszervek (női) sarcomájáról	807, 833, 865		Röntgen-lámpára szerelt sugárvédelem	91
	Neosalutan lengyel salvarsan-készítményről	254		Sachs-Klopstock-féle új luesreactio	763
	Neosalvarsan („jóvátételi”)	462		Salol-urotropin-resorcin hasi hagymáz kezelésére	112
	Neosalvarsan-modenolos oldatkeverék és a Linser-féle oldatkeverékes eljárás alkalmazása az ideglues gyógykezelésében	383		Salvarsanmérgezésnél enanthema	884
	Neosalvarsan okozta haematuria paroxismalis	837		Salvarsan utáni vérzések okairól	837
	Neu-Cesol a műtétek utáni szomjúság leküzdésére	572		Salvysatum gümőkórosak éjjeli izzadása kezelésében	653
	Nitrogen kiürítés terhes és nem terhes nők vizeletében	1166		Sanoecrysinel a tuberculosis kezelése Möllgard szerint	408
	Nitrogenmeghatározás (colorimetriás) módosítása	1116		Sanoecrysinel tüdőtuberculosis kezelése	855
	Nitrogenmeghatározás (kolorimetriás) módosítása c. cikkhez megj.	1269		Sarkoma, gyomor, két érdekesebb esete	1144
	—re válasz	1271		Sarkoma női nemzőszerveken	807, 833, 865
	Novasurool a gümőkóros hashártyagyulladás kezelésében	890		Savszélesség csecsemőgyomron	783
	Nőgyógyászatban a diathermia	1167		Skarlatina és morbilli kórokozók kimutatására kísérletek	269
	Női nemzőszervek sarcomája	807, 833, 865		Schizophrenia paraphreniához való viszonya	42
	Női test (egészséges és beteg) hygienéjéről fürdőorvosi szempontból	501		Sebészi kezelése kéz- és lábtöcsonatok és ízületek tuberculosisának	1138
	Nyelőcső (művi) mechanizmusa és értéke	882		Sebészi kezelése kéz- és lábtöcsonatok és ízületek tuberculosisának című cikkhez megjegyzés	1199
	Nyombél és gyomortartalom vizsgálata éhgyomorral	66		—re válasz	1226
	Nyulak vérének a cukortartalma állandó-e?	404		Sebferőtözésekben, omnadin hatása	599
	Olajok a sebészetben	831		Serologiai reakciók (60° mellett inaktívált vérsavókkal)	130
	Olajok (illanó) a sebészetben	871		Serum formalin reakciója	1123
	Omnadin hatása sebferőtözésekben, különösen orbánc esetén	599		Sérülések (hasüri) műtéti és conservatív kezelésének eredményei	169
	Omnadinnal kezelt hevenyferőtözö betegségek	336		Sérülések (ugrócsont és alsó ugróizület)	1034
	Öndözsínörcsavarodás, önként keletkezett	1146		Sérvkapu (nagy) zárása sérvtömlővel	1114
	Orbánc esetén omnadin hatása	599		Solaesthinnel három év tapasztalata	1089
	Organicus psychosisokra a praemorbid személyiség pathoplastikus hatása	354		Somnifen alkalmazása elme-gyógyászatban	68
	Orreredetű agytályog	433		Sorvado csecsemők vérén physiko-chemiai vizsg.	765
	Orsós-féle autovaccinával tapasztalatok	1245			
	Pajzsmirigy lueses megbetegedése Basedow-tünetekkel	819			
	Pajzsmirigydaganat, tömlős, petefészekben	671			
	Panmyelophthisisbe átment polycythaemia vera	1087			
	Papaverin hatása a gyomorra	910			
	Paradox triceps-reflexről és annak szelvényes localisatiójáról	628			
	Paralysis malariás kezelésénél malariás fertőzés lehetősége	665			
	Paralysis progressiva malariás kezelése	735			
	Paraphrenia schizophreniához való viszonya	42			
	Pemphigusra vonatkozó vizsgálatok	716, 740			
	Perforált régi halántéklebenytályog operált esete	331			
	Periarterialis sympathektomia hatása a vérkeringésre	957			
	Periarthritis humeroscapularis és gyógyítása	514			
	Peritonitis tuberculosa körképében lefolyó vesecysta	861			
	Petefészekbesugárzás havibajrendellenesség, meddség esetén	721			
	Petefészek tömlős pajzsmirigydaganatairól	671			
	Petefészekvérzésekről	952, 976			
	Peteszák intraligamentosus fejlődése kiviselt méhenkízüli terhességnél	1268			
	Pétrof-eljárás gümöbaccillus kitenyésztesére vizsgálati anyagból	564			
	Phenoltetrachlorophthalein máj-functiovizsgálat	705			
	Phlogetan-therapia choreo infectiosánál	597			
	Photoklima ismeretének újabb haladása	516			
	Physiko-chemiai vizsgálat sorvado csecsemők vérén	765			
	Pirquet-reactio létrejötte és vasomotor innervatio változása kanyarónál	982			
	Pirquet-reakciónál fellépő lymphangoitis	1117			
	Placentaris szakban és szülés után vérzések kezelése	426			
	Pneumococcus serologiai sajátosságai	617			
	Pneumococcus typus meghatározása	615			
	Pneumonia lobarishoz adatok	1083			
	Pneumoperitoneummal gümőkóros hashártyalob kezelése	223			
	Polycythaemia vera panmyelophthisisbe átment esete	1087			
	Polymyositis esete	906			
	Polypus, méhben, adenomyomás	697			
	Praemorbid személyiség pathoplastikus hatása az org. psychosisokra	354			
	Próbareggeli (kontraszt.)	791			
	Prostata hypertrophia, műtét nélkül gyógyult	1114			
	Prostatatúltengés kezeléséről	297			
	Pseudocysta (hasüri) ritkán előforduló esete	401			
	Pseudouraeamia fehérjekezelés kapesán	648			
	Psicain, tutocain és diocain a szemészetben	1014			
	Psychosisokra (organikus) a praemorbid személyiség pathoplastikus hatása	354			
	Pubertas alatt és gyermekkorban specifikus dinamikus hatás vizsgálata	816			
	Pupillamerevséggel, reflexhiánnyal és cataractával tetania	1248			

Oldal		Oldal		Oldal	
	Sorvadt csecsemők vizeletének reductiós indexe	836			
	Sósav-secretió intenzitásának mérése	666			
	Soványító kúrák	390			
	Specifikus dynamikus hatás gyermekkorban és pubertás alatt	816			
	Spontán lefolyt. szűkmedencés szülések	1007			
	Spontán szülésnél szeméremizület sérülése	644			
	Spontán szülésnél újszülöttmáj-repedése	28			
	Struma ovarii cystica	671			
	Sutton leukoderma esete	41			
	Sympathektomia (periarterialis) hatása a vérkeringésre	957			
	Syphilis (világrahozott) prophylaxisa	248			
	Szaruhártya betegségeiről	1032			
	Szeméremizület sérülése spontán szülésnél	644			
	Személyiség (praemorbid) pathoplastikus hatása az org. psychosisokra	354			
	Szemészetben tutocain használata	870			
	Székrekedésnél étrendek	311			
	Székszorulás különböző alakjainál „Mira“-keserűvíz hatása	1056			
	Szomjúság (műtétek utáni) leküzdésére Neu-Cesol	572			
	Szülőeukor méregtelenítő hatása guanidin mérgezésnél	915			
	Szövet- és vércukor közötti összefüggésről	881			
	Szűkmedencés szülések (spontán lefolyt.)	1007			
	Szülés után és placentaris szakban vérzések kezelése	426			
	Szülés után májrepedés (újszülöttnél)	28			
	Szülésnél szeméremizület sérülése	644			
	Tapintás megkönnyítésére (hasi szervek) eljárás	754			
	Tályog, rekeszalatti transpleuralis megnyitása	746			
	Terhes és nemterhes nők vizeletében nitrogénkiürülés	1166			
	Terhesek vérsavójával gyenge koraszülöttek kezelése	1061			
	Terhesség alatt súlyos, genyes vesemedencegyulladás	592			
	Terhesség (méhenkízüli) kiviselt, a petezsák intraligamentosus fejlődésével	1268			
	Terhesség (méhenkízüli) korai diagnózisának biztos jele	24			
	Terhesség (méhenkízüli) ritkább alakjáról	49			
	Tetania gyógykezelése	958			
	Tetania pupillamerevséggel reflexhiánnyal és cataractával	1248			
	Thermalis beavatkozások hatása a tüdőbeli szénsavtenszióra	509			
	Thorakoskopia	1010			
	Tophosanyl és atophanylról	309			
	Trachomás kötőhártya megkaparásáról	775			
	Trachomás kötőhártya megkaparásáról néhány szó	802			
	Triceps reflexről (paradox) és annak szelvényes localisatiójáról	628			
	Tryptophan-szegény diéta elkészítése	800			
	Tuberculosis (gége-) osztályozása	26			
	Tuberculosis kezelése sanocrysinnel Möllgard szerint	408			
	Tuberculosis, kéz- és lábtőcsontokban és ízületekben, sebészi kezelése	1138			
	Tuberculosis, kéz- és lábtőcsontokban és ízületekben, sebészi kezelése című cikkhez megjegyzés	1199			
	— re válasz	1226			
	Tuberculosis (mirigy)-ből kiindult typhobacillosis	48			
	Tuberculosisnál (gyermekkori) haemoklinikus status	64			
	Tutocain (a szemészetben)	870			
	Tutocain értéke a lumboanaesthesiában	1224			
	Tutocain, diocain és psicain a szemészetben	1014			
	Tüdőbeli szénsavtenszióra termalis beavatkozások hatása	509			
	Tüdőcsúcsra gyakorolt hatása a rekeszhénulásnak	1141			
	Tüdőgümőkór esetén eatonnal tett tapasztalatok	728			
	Tüdőgümőkórnál caverna diagnosztikája és prognosztikai jelentősége	621			
	Tüdőgyulladás (rostonyás) gyógyszeres kezelése	617			
	Tüdőlelet gégetuberculosis osztályozásánál	26			
	Tüdőrákról (elsőleges)	375			
	Tüdőrák esete	620			
	Tüdőtuberculosis kezelése sanocrysinjével	855			
	Tüszőgyulladás, idült	923			
	Typhobacillosis mirigy-tuberculosisból kiindult esete	48			
	Typhus abdominalis kezelése a Caronia-féle vaccinnal	533			
	Typhusbacillus kimutatása vízből	1086			
	Ugrócsont és alsó ugroizület sérüléseiről	1034			
	Újszülött májrepedése, spontán szülés után	28			
	Újszülöttek koponyabőrének veleszületett hiányai	1085			
	Ulcus-kúrák	231			
	Ureter duplicitás (egyoldalú teljes)	67			
	Ureter kettőzöttség, kétoldali	590			
	Urotropin befolyása postoperatív vizeletretentióra	1171			
	Urotropin csiraölő hatásmódja	793			
	Urotropin-salol-reactio hasihagymáz kezelésére	112			
	Vaccina (morbilli)-Caronia-módszer szerint	271			
	Varrógéppel gyomoresonkolás módosítása	1265			
	Vasomotoros innervatio változása (kanyarónál)	982			
	Vastagbélben (idegen testdaganat)	984			
	Vegetatív idegzatatók befolyása fehér vérszámra	480			
	Vegetatív idegrendszer és ingerhatás	927			
	Vegetatív idegrendszer vizsgálata golyvabetegeknél	49			
	Vegetatív idegrendszerre kifejett kettős hatásáról a calciumnak	557			
	Ventrofixatiók húsz évről	357			
	Veleszületett hiányai újszülöttek koponyabőrének	1085			
	Verruca senilis körül leukoderma acquisitum centrifugum	1115			
	Vesegümőkór és vesekő	641			
	Vesebaj (idült) pneumonia hozzájárulásával gyógyult esete	330			
	Vesecysta (retentiós), peritonitis tuberculosa kórképében lefolyó	861			
	Vesekő és vesegümőkór	641			
	Vesekőtűtetekkel jelentkező féregnyúlványgyulladás	3			
	Vesemedence elsőleges elszarusódó rákja	1110			
	Vesemedencegyulladás (genyes) terhesség alatt	592			
	Vesetuberculosis mellett kétoldali ureterkettőzöttség	590			
	Vesében echinococcus	839			
	Védekezés a magzatelhajtás ellen	849			
	Védoltások (kanyaróellenes) eredményei	981			
	Vér- (anya-) befecskendezéssel gyógyított erythrodermia desquamativa	822			
	Vér- és szöveteukor-közi összefüggésről	881			
	Vércholesterin quantitativ meghatározása	668			
	Véren (sorvadó csecsemőkén) physico-chemiai vizsgálatok	765			
	Vérkeringési bántalmaknál massage	512			
	Vérkeringésre periarterialis sympathektomia hatása	957			
	Vérlemezkek számolására egyszerű eljárás	457			
	Vérnyomásemelkedések gyógyszeres kezelése	1064			
	Vérrel (saját) végzett gyógyítástról	165, 193			
	Vérrel (saját) végzett gyógyítástról szóló tanulmányhoz megjegyzés	257			
	— re válasz	336			
	Vérsavó bilirubintartalmának normalis értékéről	646			
	Vérsavó complement- és cholesterolintartalma (vörhenyben)	812			
	Vérsavóval (terhes) gyenge koraszülöttek kezelése	1061			
	Vérsejtsüllyedés belső betegségekben	1165			
	Vérsejtsüllyedésben elektromos töltések szerepe	905			
	Vérszegénység (Biermer) körlefordítása és gyógykezelése	323, 350, 380			
	Vértelen aortanyomás meghatározása	21			
	Vérvétel egyszerűsítésére újabb eszköz	1064			
	Vérzés kezelése lepényi időszakban	788			
	Vérzések kezelése placentaris szakban és szülés után	426			
	Vérzések (petefészek)	952, 976			
	Vérzések gyulladása lágyagyhurkokon (lépfene okozta)	428			
	Világítógázmérgezés után myositis fibrosa	563			
	Világrahozott syphilis prophylaxisa	215, 248			
	Visszértágulatok befecskendezéssel való gyógyításáról	560			
	Vizeletben egyszerű cukormeghatározás	841			
	Vizeletben egyszerű cukormeghatározás c. cikkhez pótlás	1176			
	Vizeletben előforduló laphámsejtekről	1041			
	Vizeletretentióra (postoperatív) urotropin befolyása	1171			
	Vörhenynél vérsavó complement és cholesterol tartalma	812			
	Vörösvérsejtekre bismuth hatása	218			
	Vörösvérsejtek süllyedéséről belső betegségekben	1165			
	Wassermann- és Kahn-reactio között összehasonlító vizsgálatok	1173			
	Widal-féle reactio (agglutinatio feltételeinek optimuma)	979			
	Xeroderma pigmentosumnál a bőr sugárérzékenysége	540			

NÉVMUTATÓ.

Oldal	Oldal	Oldal	Oldal	Oldal
Acél Dezső 1269	Fekete Sándor 624, 1135	Keller Ferenc 762	Ormos Pál 648	Schustek Jenő 401, 1138
Ambrus József... 154	Felletár József... 434	Keller Kálmán .. 276	Orsós Jenő 127, 543, 746	Schuster Gyula .. 537
Ambrus Matild .. 623	Fillenz Károly .. 839	Kenyeres Balázs.. 96	Orsós J. Imre .. 195	Szabó Géza 1165
Ambrus Tibor .. 385	Fodor György István 7	Kémeri Dezső .. 687	Országos Oszkár 26, 48, 223, 650, 1200	Szabó József 252
Annau Ernő 1116	Fornet Béla 1141	Kétly László 872	Örffy Lajos 796	Szabó Zoltán 1171
Antal Lajos 1122	Földessy Zoltán .. 1123	Khoor Ödön 907	Paul Benő..... 105, 404	Szapáry Imre .. 1174
Bakody Aurél... 42	Földessy Tibor .. 1199	Kikindai László .. 81	Pelláthy Béla 870	Szarka Vilma 841, 981
Bakucz József 915	Förster Gyula 646	Kirchner János .. 251	Petényi Géza 800	Szathmáry Sebestyén 716, 740, 983
Ballagi István .. 810	Friedrich László .. 66, 200, 358, 695, 791, 910	Kiss Pál..... 879	Pfannenwald Mátyás 49	Szemző György 4
Baló József 51, 615, 959	Gámán Béla 470	Kluge Endre 333	Pfeifer Gyula .. 67	Szentkirályi Zsigmond .. 131, 462, 819, 884
Barabás Zoltán .. 822	Gergely Jenő 673	Kollár Irén 982	Polgár Ferenc .. 4	Szilágyi Pál .. 334, 571
Baráth Jenő..... 357	Gózonny Lajos 464	Kolta Ervin 695	Polgár István .. 644	Szily Pál..... 385, 405
Batisweiler János 671	Gönczy István 21, 861	Konrád Jenő 728, 1224, 1268	Poór Ferenc 41	Szirmai Frigyes 812, 931
Bálint Rezső 349	Göttche Oszkár .. 816	Kopits Imre 124, 149	Práger Márton .. 519	Szokolik Ede 433
Bánki Zoltán 24	Grósz Emil .. 58, 114, 753, 829, 961, 973.	Kopits Jenő 108	Probstner Artur .. 1195	Takács László 309, 1064
Bársony János... 501	Guszman József.. 215, 248	Kopp Ilona 692	Puder Sándor .. 408	Takáts Géza .. 568, 705
Bársony Tivadar 4, 27, 66, 173, 200, 331, 588, 698, 745, 791, 910	Haba Antal 243	Korányi Sándor 157, 949	Putnoky Gyula .. 44	Tamáty Béla 520
Beck Soma 923	Hainiss Elemér .. 783	Kerényi András 668	Raisz Dezső .. 28, 557, 1061	Tanka Dezső 459
Benczúr Gyula .. 509	Hajós Károly 719	Kováts Ferenc 564, 571	Ratkóczi Nándor 120, 863	Temesváry György 240, 1103, 1131, 1157, 1186, 1257
Benedek László 383, 597, 628	Haynal Imre 537, 1031	Kramár Jenő 204, 897	Rausch Zoltán 759, 863, 1169	Télessy József .. 1166
Benkovics Zoltán 695	Hedry Miklós ... 1161	Kramolin Gyula 283	Rechnitz Emilia 981	Thurn-Rumbach István 67, 767
Berde Károl 272, 1245	Heim Pál 279	Krepuska Géza .. 331	Rejtő Kálmán .. 1115	Thurzó Jenő 198, 383, 628
Berecz János 952, 976	Heiner Lajos 130, 540	Krompecher Ödön 375, 1025	Reök Iván 1114	Toldy Loránt 594
Berenesy Gábor .. 1144	Hellebranth Lóránt 388	Kubányi Endre 45, 793	Rihmer Béla 361	Tomcsik József .. 1173
Berger Iván 509, 765	Henszelman Aladár 890	Kubinyi Pál 613	Rothauser György 849	Torday Árpád .. 620
Berzsenyi Zoltán 231, 255	Herczeg Árpád 17, 496, 530	Kuzmik Pál 1227	Röttth András 692, 1032	Tornay János .. 1007
Bézy István 428	Herczfeld L. Erzsébet 1117	Kürti László .. 29, 719	Rusznayk István 21	Toth Gyula 900
Bézy Elemér 169, 221	Herepey-Csákányi Győző 871	Lehotay Károly 855	Rutich Jenő 754, 1248	Tóth István 769
Bochkor Ádám... 174	Herzog Ferenc .. 228	Lévai Mihály .. 201	Salánki József .. 68	Tóthfalussy Imre 784
Bodó László 482	Hetényi Géza 328	Liebmann István 565, 943, 985	Sarbó Artúr 1189	Török Gábor 480, 836, 931, 789
Bokor György 200, 695	Hévizy Tivadar.. 842	Linhardt Alfréd 655	Scipiades Elemér 307, 882	Troján Emil 282
Bókay János 145, 492, 585, 663, 1021, 1237	Hofhauser István 29	Lobmayer Géza 281, 701, 831, 1010	Sebestyén Gyula 882, 957	Tüdös Endre 533, 879
Bókay Zoltán 256, 451	Hortobágyi Béla.. 698	Lojtkó Erzsébet .. 653	Sellei József 749	Unterberg Jenő .. 1041
Boros József..... 457	Horváth Béla 70, 867, 988, 1033.	Lovrekovich István 615	Simon Sándor .. 218	Vámosy Zoltán 1, 946, 998
Borsos László ... 1062	Horváth Boldizsár 1034	Lovrich József .. 95	Sivó Rudolf 399	Vándorfy József 2, 642, 666
Borszéký Károly 1244	Horváth Dezső .. 203	Magyar-Kossa Gyula ... 868, 1249	Skrop Ferenc 905, 979, 1086	Váró Béla 1221
Borza Jenő .. 423, 630, 1267	Honti Géza 1014	Manninger Vilmos 32	Sombor J. Antal 30	Verebély Tibor 9, 899, 1261
Bosányi Andor .. 1213	Hubay Örs 647	Mansfeld Géza .. 722	Somogyi István 735	Verzár Frigyes .. 1210
Böhm István 699	Huzella Tivadar .. 93	Markó Dezső 91, 152, 257, 475	Somogyi Zsigmond 886	Vidákóvits Kamill 61, 85, 109
Bradách Emil... 599	Illyés Géza 297	Markos György 269, 464	Soós Aladár .. 137, 157, 178, 205, 231, 258, 284, 312, 340, 390, 412, 506	Vidakovich Lajos 392
Brief József 669	Ivánovics György 841, 1176	Matolay György 302, 925	Steiger-Kazal Dezső 595	Vigh Agoston 323, 350, 380
Buday Kálmán .. 1049	Jánossy Gyula .. 963, 229, 563, 1033.	Mayer Elek 1251	Steiner Béla 89, 190, 881	Vigyázó Gyula 481, 1241
Burger Károly 748, 788, 1085, 1113	Jeney Endre 1037	Mayer Ferenc	Stief Sándor.. 155, 459	Walkó Rezső 437, 1150
Buzna Dezső 486	Johan Béla .. 224, 335	Kolos 799, 820, 847, 868, 889, 912, 937, 1012, 1040, 1118	Stossmann Rudolf 590	Waltner Károly 23, 958
Büben Iván dr. .. 426	Kalo Andor 793	Melzer Miklós .. 1262	Stranz Gyula 984	Weidlinger Imre 1064
Büchler Pál .. 250, 735	Kalocsay Kálmán 271, 336	Melly József 435	Ströszner Ödön .. 763	Weisz Győző .. 49, 572, 1089
Csapó József 172	Kaltstein Oszkár 457	Mező Béla 641	Sudhoff Károly .. 827	Wenkebach K. F. 1107
Csapody István .. 802	Karafiáth Imre .. 26	Miskolezy Dezső 911	Sugár K. Márton 1001	Wellisch Imre .. 621
Csekey László ... 171	Karácsony Géza 330, 1083	Molnár Elek 801	Surányi Lajos 44, 617, 668	Went István 455
Cukor István 1265	Kán Gizella 818	Molnár József... 1167	Sümegei József 512, 522	Wladarczyk József 516
Czeizel János ... 670	Kelen Gyula 432	Móricz Ernő 112	Schaffer Károly.. 133	Wolf Róza 791
Czizer László ... 1053		Mosonyi János .. 1166	Schaffler József .. 1056	Zemplényi Imre 70
deési Daday Jenő 1146		Nagy György 254, 837	Schill Imre 906	Zempléni V. Gyula 649
Darányi Gyula... 5		Nádor-Nikitits István 773, 990	Schiller Károly .. 257	Zimányi Vidor .. 1036
Detre László 399, 1087		Neuber Ede 1051	Schmidt Albin .. 1110	Schulhof Vilmos 483, 514
Deutsch Béla 47, 648		Nyiró Gyula 354	Schmidt Ferenc.. 510	
Donath Gyula .. 1147		Novák Miklós 165, 193, 1081	Schulhof Imre 360, 481	
Duzár József 64		Okolicsányi-Kuthy Dezső .. 487	Schulez Agost .. 592	
Egan Ernő 745				
Elischer Ernő 3, 543, 560				
Emszt Kálmán .. 505				
Engel Rudolf 665, 927				
Falta Marcell ... 775				
Fazakas Sándor 1219				

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSEK MIHÁLY és SZÉKELY ÁGOSTON.
Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi minister úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága:

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Vámoossy Zoltán: Köszöntjük az Olvasót! (1. oldal.)
Vándorfy József: Vizsgálatok a gyomorfekélynél előforduló fájdalmak keletkezési módjáról. (2–3. oldal.)
Elischer Ernő: Főregnyúlványgyulladás vesekő-tünetekkel. (3–4. oldal.)
Bársony Tivadar, Polgár Ferenc és Szemző György: Adatok a pylorus-passage kérdéséhez. (4–5. oldal.)
Darányi Gyula: Hydrophil colloidok jelenléte az ivóvízben. (5–7. oldal.)
Fodor György István: Az adrenalin felszívódási viszonyainak vizsgálata a helyi érzéstelenítéssel kapcsolatban. (7–8. oldal.)
Klinikai előadás. Verebély Tibor: A koponyalövésekről. (9–12. oldal.)

Schaffer Károly tanárt hívták meg az elme- és idegkörtani tanszékre. (12. oldal.)
Lapszemle. Belorvostan. — Szébeszet. — Szemészet. (12–14. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület dec. 20-i XC. rendes közgyűlése. (14. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület december 20-i ülése. (14–15. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkörtani szakosztályának december 15-i ülése. (15–16. oldal.)
A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár orvosainak dec. 19-i ülése. (16–17. oldal.)
A Debreceni Orvosegyesület 1924 dec. 11-i ülése. (17. o.)
Heti krónika. (17–19. oldal.)
Vegyes hírek. (19–20. oldal.)

Köszöntjük az Olvasót!

Az „Orvosi Hetilap” 69. évfolyamába lép.

Ez alkalommal büszkén tekintünk vissza a hátunk mögött levő küzdelmes két esztendőre, mely alatt csak egy célunk, egy ambíciónk volt: megélni és elérni a régi színvonalat. Ezt a nehéz csatát megvívtuk, újjászületésünket befejeztük.

Most már új célunk van, érdemünkhöz és erőnkhez méltó: *meghódítani az orvostársaságot*. Ötezerháromszáz orvos van Magyarországnak; ebből 2000 már a mi hívünk, ez évnek meg kell hozni a harmadik ezeret s a közeljövőnek a többi, mert nem szabad, hogy legyen magyar orvos — sem itt e szűkebb, sem kint a régibb Hazában, nem még a messze idegenben sem, akinek asztalán hetenként meg ne jelenjék a magyar gyakorlati orvostudomány hírnöke — az *Orvosi Hetilap*. Mert nemcsak a lapnak van szüksége hívekre: olvasókra és anyagi támogatókra, hanem — úgy érezzük — az olvasónak is szüksége van reánk: arra a lüktető tudományos életre, mi betűnk útján az elméket termékenyíti meg s arra a büszke rendi és magyar öntudatra, amit lapunk komoly értéke a lelkekben kelt. Hogy mit jelent a „Hetilap” egy messze idegenbe szakadt léleknek, azt látom a régi határokról, a tengereken túlról hozzám bizalommal érkező levelekből, miket soha nem hagyok vigasztaló, felvilágosító, elintéző válasz nélkül s amik bizonyítják, hogy *kapocs* bizony a „Hetilap” köztünk és véreink között, ami életet és összetart s amit magára venni, szorosabbra fűzni mindenkire önérdék és hazafias kötelesség!

És itthon? Itthon talán nehezebb dolgunk lesz. A szegénység és gond, mi Hazánkra, orvosainkra nehezedik, előttünk ismeretesekek. De nem áll-e hátunk megett egy dicső múlt, csaknem egy század, s nem nehezebb időkben kezdtük-e el a renaissance szinte reménytelen munkáját? Szabad-e tágítani a magyar orvosi rendnek Markusovszky zászlója alól, mit most már négy egyetem erős karja tart s ami egy százados modern orvosi kultúra fényét hirdeti? — Nem! e zászló alatt ott kell állni minden magyar orvosnak a tudományért, a rendi összetartásért és büszkeségért — és azért, hogy legyen egy lapunk, amelyik felveszi a versenyt a külföld hatalmas és bő organumaival, hogy anyanyelvünkön szívhassuk magunkba mindazt a tudást és értesülést, amire egy korral haladó, modern orvosnak szüksége van.

És ez a másik — *nem második!* — *célunk*, amiért küzdeni fogunk és kérjük orvostársaink támogatását. A kettő egymástól el nem választható; híveket csak úgy hódíthatunk, ha terjedelmünket, színvonalunkat minden irányban: a tudomány s a gyakorlati élet irányában egyaránt emeljük; de ez igényeket s hivatásunkból folyó magasabb kivánalmakat csak úgy fogjuk tudni kielégíteni, ha előfizetőink sokasága meghatványozza erőnket. Mi magyarok kevesen vagyunk, kell, hogy *egy táborban* egyesüljünk, ha helyt akarunk állani a kultúra nemes versenyében. Abban a hitben köszöntjük az Olvasót, hogy ez az új esztendő egyesíteni fog bennünket!

Vámoossy Zoltán.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem III. sz. belklinikának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi ny. r. tanár).

Vizsgálatok a gyomorfekélynél előforduló fájdalom keletkezési módjáról.

Írta: *Vándorfy József dr.*, belklinikai tanársegéd.

Amióta különösen a skót *Moynihan* és az amerikai *Mayo* az anamnesis fontos szerepét kidomborította a gyomor- és duodenalis fekély diagnózisának a felállításánál, számos szerző kísérlete már meg, hogy ennél a betegségnél előforduló fájdalomokat, amelyek tudvalevőleg az ulcusanamnesis egyik legfontosabb részét képezik, pontosabban analizálja. A fájdalomok egyes sajátosságainak és keletkezésük körülményeinek pontosabb megismerésével jogosan lehetett ugyanis remélni, hogy úgy a fekély diagnózisának a felállítása, mint az egyes gyógyító eljárások alkalmazása ezáltal lényegesen haladást nyerhet. A feladat azonban nem könnyű. Egyrészt a fájdalomok nem annyira egyformák minden egyes esetben, hogy azonnal mint ulcusos fájdalomok volnának értékesíthetők, másrészt hasonló jellegű fájdalomok egyes esetekben más gyomorbetegségeknél is előfordulhatnak.

A gyomorfájdalomok analizálásánál azoknak nagyjában a következő főbb tulajdonságait kell szemügyre vennünk: 1. localisatio (mindig ugyanazon a helyen állapíthatók-e meg, vagy változtatják-e helyüket; körülírtak-e vagy nagyobb kiterjedésben, diffuse érezhetők), 2. kisugárzás, 3. a fájdalom jellege (tompá, nyomó, feszítő, égető, szúró, göresős, vagy pedig sebézés alakjában mutatkozik-e), 4. összefüggése a fájdalomnak az emésztési folyamatokkal, 5. a fájdalomok befolyásolhatósága (és pedig a hasúri nyomás fokozásával, testmozgás által, háton-, vagy oldalfekvésnél, meleg hatására, vagy a gyomor kiürülésével stb.), 6. a fájdalomok periodicitása.

Ha tehát ismereteinket ilyen irányban ki akarjuk bővíteni, bizonyos számú ulcus esetet ezen szempontok szerint kell feldolgoznunk, hogy a talált tények eredményeiből következtetést vonhassunk le.

Múlt év őszén járóbetegek-rendelésünkön 62 ulcusos betegnél volt alkalmunk ilyen irányú vizsgálatokat végezni. A vizsgálat technikája, a beteg kikérdezése, különösen kevéssé művelt embereknél nem mindig könnyű. Ha azonban megfelelő tapasztalattal rendelkezve iparkodunk megmagyarázni a betegnek az egyes kérdések értelmét, csaknem mindig kielégítő eredményhez juthatunk. Ügyelni kell a kérdezés folyamán természetesen arra, nehogy a beteget bármilyen irányban befolyásoljuk.

A betegeket meghatározott időközönként visszarendeltük ismételt kontrollvizsgálatok céljából, amikor arra is kiterjeszkedtünk, hogy az objectív tünetek javulásával a fájdalomoknak az egyes sajátosságai nem változtak-e meg. Eseteinknél az ulcus diagnózisát vagy biopsia igazolta, vagy pedig olyan direct Röntgen-tünetek voltak jelen, amelyek a diagnózis helyességét feltétlenül biztosították.

62 esetünk közül 52 duodenalis fekély volt és csak 10 gyomorfekély. A viszony tehát a kettő között 5:1. Ezen eredménynek az okát különbözőképp lehet magyarázni. A legvalószínűbb azonban az a felvétel, hogy diagnosztikánk ilyen irányban való jelentékeny haladásával a duodenalis fekélyt mint igen gyakori megbetegedést ismertük meg. Lényegesen elősegítette a duodenalis fekély diagnózisát az a körülmény, hogy a Röntgen-vizsgálatnál *Ratkóczi* kitűnő módszerét alkalmaztuk, amelynél a bulbúsvilágításnak a viszonyai annyira tökéletessé válnak, hogy még egy lencsényi fekélyfészket is biztonsággal fel lehet a bulbuson ismerni.

Az aciditás szempontjából a vizsgált 10 gyomorfekély közül 1 hypacid, 5 normacid és 4 hyperacid volt, a duodenalis fekély esetek közül 2 hypacid, 15 normacid és 32 hyperacid. 3 esetet manifest vérzés miatt ilyen szempontból nem vizsgáltunk. Hyperaciditás tehát — amint azt már mások is találták — az eseteknek körülbelül a felében volt csak megállapítható. Ha még tekintetbe vesszük, hogy a hyperaciditás nálunk (talán a szokásos erősen izgató táplálékok következtében) aránylag gyakori jelenség, nem tulajdoníthatunk neki olyan nagy jelentőséget az ulcus diagnózisában, mint ahogy azt ezelőtt hitték. Csak ha igen nagyfokú hyperaciditást találunk (szabad HCl 60-on, összaciditás 80-on felül), ez látszik szólni nagy általánosságban duodenalis fekély mellett.

A gyomor motoros functiója 40 esetben volt kóros, még pedig 6 esetben súlyos, 34 esetben pedig kisebbfokú motoros zavar volt kimutatható. Ezen lehetnek a jelentőségével később még részletesebben fogunk foglalkozni.

Ha most a megfigyelt fájdalomok egyes tulajdonságait vizsgáljuk, úgy azokról a következőket mondhatjuk. Körülírt spontán fájdalom csak egyes esetekben volt kimutatható és még ezeknél is igen gyakran változtatta a helyét a megismételt vizsgálatoknál, úgyhogy ezt a leletet csak ritkán tudjuk értékesíteni. Körülírt nyomási érzékenység gyakrabban volt megfigyelhető, Röntgen-ernyő alatt vizsgálva azonban nagyon gyakran lehetett tapasztalni, hogy a kóros elváltozás egész máshol volt, mint a nyomásra fájdalom hely. A fájdalomok kisugárzása körülbelül az esetek felében volt megállapítható, legtöbbször hátra, a gerincoszlop irányában, csak néha fölfelé, a szív felé. Gyakran csak hátfájdalomról panaszkodtak a betegek és csak a közelebbi vizsgálatnál derült ki a fájdalomok tulajdonképeni oka. A fájdalomok jellegére vonatkozólag azt az érdekes megfigyelést tehetjük, hogy az esetek többségében (45) tompa, nyomó fájdalomról panaszkodtak a betegek, amelyek rendszerint igen rossz általános közérzettel jártak együtt. A fájdalomok minősége ezen eseteknél körülbelül ugyanaz volt, mint amelyet túlságos étkezés után a gyomor szokatlan telődési állapota folytán a megváltozott tonusviszonyok következtében érez az ember. Ezen 45 eset közül 9 esetben mutatkoztak még az említett tompa, nyomó fájdalomok kívül időnként göresős fájdalomok is. Csak gyomorgöresők, amelyek kétségkívül a gyomor izomzatának spasmusára vezethetők vissza, 13 esetben voltak észlelhetők. A még fennmaradó 4 esetben szúró, égető fájdalomokról, vagy sebézésről panaszkodtak a betegek. A leggyakrabban előforduló tompa nyomó fájdalomok és a göresős fájdalomok megjelenési formája lényegesen eltért egymástól. A gyomorgöresők rendszerint csak időnként, accidentalisan léptek fel, a kezelés folyamán leghamarabb eltűntek, ezzel szemben a tompa nyomó fájdalomok, amelyek kétségkívül a gyomornak *pathologikus tonusbeli viszonyaira vezethetők vissza*, meglehetősen rendszerességgel, a betegség activ periódusában naponta mutatkoztak és a kezelés kapcsán legutoljára tűntek el. Ezen tompa nyomó fájdalomok azok, amelyek az emésztési folyamatokkal a legszorosabban összefüggnek. A *Moynihan* és *Mayo* által megfigyelt tünetesoportot, amelynél a fájdalomok több órára az étkezés után, vagy éhgyomorral lépnek fel, s a táplálékfelvétel, tehát a gyomor tonusának a megváltozása után közvetlenül megszűnnek, 27 esetben tudtuk megfigyelni. Ezen 27 eset közül 22-ben tompa nyomó fájdalomok állottak fenn és csak 5 esetben göresősök. Néha a beteg először csak a tompa nyomó fájdalomokat érezte, s csak ezen fájdalomok intenzitásának a fokozásával, egy idő után jöttek a göresősökre. A fájdalomoknak a gyomor teltségi állapotával való összefüggését a többi esetekben is, ahol más jellegűek voltak a fájdalomok, meg tudtuk figyelni, egy esetet kivéve. Ennél az esetről kifejezett erős fájdalomok nem is léptek fel, dacára annak, hogy sajátos módon igen nagyfokú hyperaciditás volt jelen (szabad HCl 91, összaci-

dítás 104). 6 esetben a fellépő hányás enyhítette a fáj-
dalmakat, amit a gyomor tonusállapotának a megvál-
tozásával meg is lehet jól magyarázni. Hogy nem az
erősen acid, pangó gyomorbennének a hányás útján
való kiürítése az, amely a fájdmakat csillapítja, azt
mutatja már az a körülmény is, hogy ezen 6 eset közül
1 hypacid, 3 normacid és csak 2 volt mérsékelt hyper-
acid. Az eseteknek körülbelül a felében a felbőgés is
csillapította a fájdmakat.

Hogy a secretio fokozottabb volta a fájdmak
pathogenesisében nem bír olyan döntő fontossággal,
mint azt azelőtt hitték, ezt mutatja már az a körü-
lmény, hogy hasonló jellegű ulcusos fájdmakat lehe-
tett megfigyelni azon eseteknél is, amelyek hypacidi-
tással, sőt anaciditással járnak együtt. Ezen felfogás
ellen fel lehetne érvül hozni, hogy a szokásos alkali-
bevitel a savanyú gyomorbennék közömbösítése foly-
tán a fájdmakat gyorsan képes megszüntetni. Hogy
itt valóban csak az egyszerű közömbösítés játszik e
szerepet, vagy pedig a gyomornak a folyadékbevitel
által létrejött tonusváltozása az, amely szünteti a fáj-
dalmakat, mint pl. egy pohár tej megivása után, azt
úgy tudtuk eldönteni, hogy néhány beteggel a fájdmak
közben egy pohár tiszta vizet itattunk. A hatás
ugyanaz volt, a fájdmak enyhültek, vagy megszün-
tek. Így magyarázhatjuk meg az alkalik jó hatását
azon anacid eseteknél, amelyek „hyperacid” fájdmak-
kal járnak együtt. Más megfigyelések is vannak, ame-
lyek az ellen szólnak, mintha a fájdmak keletkezésé-
ben a hyperaciditás játszaná a döntő szerepet. Így több
mint egy éve észlelünk egy duodenalis fekélyben szen-
vedő beteget, aki kéthónaponként ellenőrző vizsgálá-
tok céljából visszajön hozzánk. Kezdetben tipusos
tompa nyomó fájdmakat érzett a gyomortáján, ame-
lyek étkezés után 3–4 órára, vagy éhgyomorral léptek
fel és étkezésre megszűntek. Időnként gyomorgöresök-
ről is panaszkodott. 4 hónapi kezelés után a fájdmak
mind ritkábbakká váltak és félév után teljesen meg-
szűntek; azóta teljesen panaszmentes. A Röntgen-visz-
gálat, amely először a duodenum bulbusán fekélyfész-
ket mutatott, most a bulbus kistokú deformitásától el-
tekintve, normalis eredményt ad. A motilitás, amely a
fájdmak időszakban a felére csökkent volt, normalissá
vált. A hyperaciditás azonban épp olyan kifejezett ma-
radt, mint kezdetben. A gyomorbennék szabad HCl-
tükre 60, összaciditása 80; a kettős próbareggeli² után
szabad HCl 80, összaciditás 100. Amint a gyomorbennék
erősen emelkedett aciditási koncentrációja nem
változott meg, a secretio intenzitása is lényegesen
nagyobb maradt a normalisnál, mint azt ecetsavpró-
bánk³ mutatta. A hypersecretio tehát nem csökkent, a
fájdmak azonban teljesen megszűntek; így ez is a
kettő aetiologiai összefüggése ellen látszik szólni.

A fájdmak myogen keletkezési módja mellett
szól azoknak a melegtől és a mechanikus behatások
által való befolyásolhatósága is. Csaknem valamennyi
betegnél csillapította a meleg alkalmazása úgy a gör-
csös, mint a tompa nyomó fájdmakat. Az intraabdo-
minalis nyomás fokozása, pl. összekuporodás (Porges⁴)
20 esetben volt kedvező hatású a fájdmakra. Úgy lát-
szik tehát, hogy a gyomortonus az intraabdominalis
nyomás változásával szintén megváltozik, még pedig
akképpen, hogy a fájdmak megszűnnek.

Vizsgálataink szerint tehát az ulcusos fájdmak
keletkezésénél a gyomor motoros dysfúctiója játssza
a legfontosabb szerepet. Ugyanezen felfogás kezd újab-
ban az irodalomban érvényre jutni. Így a német orvo-
sok és természettudósok lipcei gyűlésén Bergmann⁵ a
fájdmak keletkezésénél a gyomormotilitásnak a tonus-
beli változását hangsúlyozta. Főleg azonban az ameri-
kaiak azok, akik az ulcusos fájdmak myogen kelet-
kezési módja mellett foglalnak állást. Így Hardt⁶ ügye-
sen tudta regisztrálni a gyomorba bevezetett chloro-
form-manometer segítségével a fájdmaknak a gyom-
mortonus fokozódásával való időbeli összefüggését.
Smithies⁷ a különböző fájdmakat összefoglalva
„gastric motor-spasm syndrome”-ról beszél. Szerinte

„it follows, then, that, in the periods of activity,
patients exhibit symptoms dependant upon pyloric and
gastric spasms with increased intragastric tension, but
that the spontaneous or other type of healing of the
ulcer is succeeded by a symptom-free interval, when
the gastric motor function returns to normal”...

Korántsem hisszük, hogy vizsgálatainkkal s azok
eredményével az ulcusos fájdmak keletkezésének
bonyolult problémáját teljesen kimerítettük. Nagyon
sok megoldatlan kérdés van még hátra, így a motoros
dysfúctio létrejöttének a módja, amelynél talán épp
a fokozott secretió viszonyok játszanak szerepet. Hisz-
szük azonban, hogy a gyomor egyes funkciós anomáliái-
nak a pontosabb megismerésével a többi még meg-
oldásra váró problémák is tisztázódnak fognak.

Irodalom: ¹ Vándorfy: Magenbelastungsprobe bei
Hyperaciditätsfällen. Z. f. k. M. 100. köt. — ² Vándorfy:
Über die Wirkung von Essigsäure auf die Salzsäure-
sekretion des Magens. Eine neue Methode der funk-
tionellen Magenuntersuchung. M. Kl. 1924, 29. sz. —
³ Porges: Über die Bedeutung der Schmerzphänomene
für die Diagnose und Therapie des Ulcus ventriculi
und duodeni. M. K. 1923, 13. sz. — ⁴ Bergmann: Ulcus
duodeni. Mitt. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir. 1923, 14.
pótfüzet. — ⁵ Hardt: Studies of the cause of pain in
gastric and duodenal ulcers. II. Arch. of int. med. 1922,
V., 29., 5. sz. — ⁶ Smithies: Observations upon the
nature, diagnosis and clinical management of gastric
ulcer. The amer. j. of the med. sciences. 1923, 621. sz.

A Szent Rókus-kórház I. sz. sebészeti osztályának köz-
leménye (főorvos: Hüttl Hümér dr. egyet. ny. rk. tanár).

Féregnyúlványgyulladás vesekö- tünetekkel.

Írta: Elischer Ernő dr. közkórházi adjunctus.

Rendellenes elhelyeződésű féregnyúlvány meg-
betegedése esetén más szervek felé terelheti a figyel-
münket, viszont a vakbél közelében fekvő szervek vala-
melyikének gyulladása appendicitis tünetei között
jelentkezhetik. Elsősorban a női belső nemiszervek
megbetegedései járnak gyakran a féregnyúlványgyul-
ladáshoz hasonló tünetekkel, sokszor jelentkezik epekő-
betegség, vagy epehólyaggyulladás appendicitishez
hasonló tünetek között, úgyszintén nem ritka ez gyomorfekélynél,
a vakbél és vastagbél betegségeinél sem. Az irodalomban ritkán
találunk említést vesekőtünetekkel lezajló féregnyúlványgyulladásról és az azt
kísérő vörös vizeletről is csak kevés feljegyzést talá-
lunk. A kérdéssel először angol, francia és amerikai
szerzők foglalkoztak (Lancien 1902, Oddo és Silhal, Wal-
ther 1904, Rose és Carless 1905); 1911-ben Frisch foglal-
kozott részletesen a kérdéssel két esete kapcsán.

Frisch mindkét esetében jellemzőnek találta:
1. hogy a véres vizelet mindig kólikához csatlakozott,
2. néhány nap alatt rendessé vált a vizelet, 3. majdnem
kizárólag véresejtcylinderek voltak jelen, nagyon
kevés magában levő véresejt. Frisch az okot a vesé-
ben támadt thrombosis, illetve emboliában látta. Az
emboliának retrogradnak kellene lenni a retroperi-
tonealis vénák és vesetokvénák között. Szerinte az
sincs kizárva, hogy a véres vizelet oka glomerulus-
laesio. Frisch mindkét esetében oldalsó fekvésű volt a
féregnyúlvány és nem volt lényeges összenövés jelen.

Legújabbban (1924) Gottlieb egy esete kapcsán
alaposan foglalkozott e kérdéssel és az irodalmat össze-
hasonlítva és csoportosítva dolgozta fel. Gottlieb saját
esetével együtt 36 esetről számolt be és arra a követ-
keztetésre jut, hogy a haematuria oka legtöbbször az
egyik vagy mindkét vese megbetegedése, ritkábban a
jobb ureter és kivételesen a húgyhólyag bántalma. A
36 eset közül 9-ben az ureterben találta az okot (Seelig,
Duval, Carless, Hunner esetei), a gyulladás közvetle-
nül terjedt a féregnyúlványról az ureterre. Lefure szer-
int a féregnyúlvány igen gyakran (állítólag 67%-ban)
vagy keresztezi az uretert, vagy párhuzamosan fut

vele úgy, hogy ilyen esetben a féregnyúlvány meglobosodása vagy nyomás okozta pangás, vagy közvetlenül áttérjedő gyulladás által okozhat véres vizeletet. 27 esetben veseeredetű volt a haematuria, egyesek szerint acut nephritist, vagy parenchymás nephritist következtében (Seelig, Brickner, Kümmel, Anschütz), mások szerint thrombosis vagy embolia lehetett az ok (Frisch), amit a Walker által bebizonyított mesocelon és jobb vesetok-venák és nyirokerek közti összefüggés magyarázna meg. De ráterjedhet a gyulladás közvetlenül is a lobos féregnyúlványról a vesére (Hammersley, von der Becke esetei) és lehet a vese reflectorikus congestiója is oka a véres vizeletnek (Israel, Strauss, Anschütz). Gottlieb arra a következtetésre jut, hogy a közölt esetek nem mindegyikében a beteg appendix a véres vizelet előidézője, bár az aetiológiai kapcsolat nem tagadható. A kérdést véglegesen csak kísérleti kutatás és pontosabb klinikai és kórtani észleletek tisztázhatják. Kétes esetekben Gottlieb az appendektomiát ajánlja először elvégzetetni.

Az appendicitist utánzó kórformákról értekezik Manninger az „Orvosképzés“ egyik számában. Korányi professor a „Diagn. u. therap. Irrtümer und deren Verhütung“ 5. füzetében részletesen foglalkozik a vesekő és appendicitis differentialdiagnosissal és kiemeli, hogy nemleges Röntgen-lelet nem bizonyító, viszont az sem valószínű, hogy jellegzetes kőárnyékot mutasson más valami, mint vesekő. Vér a vizeletben a vesehám toxikus alapon történő sérüléseinek nem ritka más betegségeknel sem és így nem bizonyít még vesekő mellett. Ha pedig, mint Hausner esetében látjuk, a gyulladt féregnyúlvány az uretert lezorítva, a vizelet lefolyását akadályozza, tévedésünk teljesen indokolt. A hólyag felé lenőtt féregnyúlvány vizeleti panaszokat okozhat és fájdalommal teheti a hólyag összehúzódását.

Esetünk, melynek ismertetése érdemesnek látszik, röviden a következő: a 30 éves férfi 5 hónap óta szenvedett jólét közben hirtelen jelentkező, láztalanul lefolyó, igen heves hasgörcsökben, melyek a hátra kisugároztak és morphiuminjectióra rögtön szűntek. A fájdalmak ismétlődése miatt Bálint professor klinikájára vétette föl magát, ahol hosszabb időn át vizsgálták állapotát. A gyomornak úgy functionalis, mint chemiai vizsgálata semmi rendellenességet nem derített ki, az epehólyag és pankreas részéről sem volt kóros elváltozás kimutatható, hasonlóképen nemleges volt a vesék vizsgálata is köre. Három nappal a Rókus-kórházba való felvétele előtt hirtelen rosszul lett, görcsei jelentkeztek a hasában, melyek a hátra sugároztak ki és vizelete feltűnően vörös lett. A fájdalmak az ágyéktájon voltak a leghevesebbek és onnan a penis gyökébe és a herezacskóba húzódtak. A jobb ondózsínor meghúzása heves fájdalmat okozott és még a vizelet is kínossá vált. Utóbbi körülményre, t. i. a húgycsőnek vesekőnél jelentkező azonoldali fájdalomosságára Israel hívta fel a figyelmet. A beteg sem lázas nem volt, sem hidegrázása nem jelentkezett, a vizelet pedig halvány fehérjenyomok mellett még vörösvérsejteket tartalmazott bő mennyiségben. Emellett fennállottak általános hasi tünetek is, mint meteorismus és az egész hasra, de főképen a jobboldali Israel-féle ureterpontra lokalizált fájdalomosság. A beteget a jellegzetes vesekő-, illetve ureterkötünetek miatt Illyés professor osztályára tettük át, a klinikai tüneteket ureterkőre tartva gyanusnak. A cystoskopiai vizsgálat és az ureterkateterismus nem mutatott eltérést a rendestől és a Röntgen-felvételek kőárnyékot nem mutattak. A véréjtszámlálás szerint eleinte 9000, majd 12.000 volt a vörösvérsejtek száma. Utóbbi körülmény, meg a naponta emelkedő hőmérséklet figyelmünket mindjobban a has felé terelte, amíg egy nap a medencetányéron körülírt fájdalommal resistenciát nem találtunk, mint a periaepidicularis tályog kétségtelen jelét.

A megejtett műtét alkalmával retrocoecalisán és medialisán nagy feszülés alatt kevés bűzös genyet tartalmazó tályogot találtunk, amely jodoform-gazecsik-drainagera három és fél hét alatt meggyógyult. Öt hét-

tel később — ezen idő alatt a beteg teljesen jól érezte magát — hasfalreconstructiót és appendektomiát végeztünk. A 14 cm hosszú féregnyúlvány retrocoecalisán és medialisán feküdt és hegyes szögletben megtörve, úgyszólván lovagolt a jobb ureteren. A műtét után 8 napra a beteg gyógyultán távozott.

Az eset érdekessége véleményünk szerint abban van, hogy az eleinte határozatlan hasi görcsök hamarosan jellegzetes vese-, illetve beékelt ureterkötüneteknek adtak helyet, melyekhez még láztalan véres vizelet is jelentkezett. Ezek a tünetek joggal félrevezethettek bennünket és csak a tályog kialakulása döntötte el diagnosissunkat. A jelen esetben fellépett húgycső- és herefájdalmakat az appendixnek, illetve a tályognak a nervus spermaticus externusra gyakorolt nyomása váltotta ki és a gyulladásnak az ureterre való közvetlen áttérjedése magyarázza meg a rövid ideig tartó haematuriait. Hogy nem toxikus vesehámlaesióval volt dolgunk, mutatta az, hogy a vörösvérsejtek nem cylinderekben voltak felraktározva és bőven voltak jelen fehérvérsejtek is. A csekély fehérjemennyiség is ellene szól a vese súlyosabb megbetegedésének.

A Charité-poliklinika gyomor-bélbetegrendelésének (főorvos: Preisach Izidor dr.) és Röntgen-laboratóriumának közleménye (főorvos: Bársony Tivadar dr.).

Adatok a pylorus-passage kérdéséhez.

Írták: Bársony Tivadar dr., Polgár Ferenc dr. és Szemző György dr.

Ha éhomra baryum-suspensiót itatunk a beteggel, az esetek egy részében ez azonnal beleszalad a nyitott pyloruson át a bulbus duodenibe, az esetek egy másik csoportjánál a pylorus zárt, még tartós effleurage-zsal is alig sikerül kontrasztanyagot a bulbusba préselni. A pylorus e különböző viselkedésének megvan a maga oka és törvényszerűsége, erről azonban ma még csak keveset tudunk. Az az általános felfogás, hogy a pylorus záródását egy a duodenumból kiinduló mechano- és chemoreflex szabályozza, nem állja meg a helyét, pylorust záró duodenalis reflex nincs (Bársony¹). Mégis egy esetben, mint látni fogjuk, az anaciditásnál van valamelyes összefüggés a gyomor secretiók típusa és a pylorusátjárhatóság között, hogy azonban ez mi módon jön létre, azt nem tudjuk. Épp ily kevéssé tisztázott a pylorus nyitottságának összefüggése a gyomor és bulbus izomállapotával. Még a legjobban a pylorus-táj és organikus elváltozásainak a pylorusra való hatása ismeretes, bár itt is sok kérdés szorul még revizióra.

Jelen közleményünkben néhány adattal kívánunk hozzájárulni a pyloruspassage kérdésének tisztázásához. Rendszeres vizsgálatainkat olyan betegeken végeztük, kiket hasi panaszaik miatt kellett Röntgen-vizsgálat alá vetni, a legtöbbször szervi elváltozást a gyomor-duodenumon, fekélyt vagy rákot nem találtunk. Először baryum-suspensióval (150 g víz, 50 g baryum) röntgeneltük a betegeket, utána a szokásos Rieder-péppel. A következő napok valamelyikén állandó szondával megállapítottuk az üres gyomor secretiók görbéjét $\frac{3}{4}$ vagy 1 órán keresztül, majd egy harmadik alkalommal Boas-Ewald-próbareggel az egy óra múlva kivett gyomorbennék savértékeit. Könnyebb áttekinthetőség kedvéért némelyféle pylorus-typust különbözőztünk meg. Az első typusnál (nyitott pylorus = pyl. 1) a baryum-suspensio azonnal bőven ürült a nyitott pyloruson át a bulbusba, a 2. typusnál (könnyen nyitható pylorus = pyl. 2) a bulbus spontán nem, vagy alig telődött, de effleurage-zsal bőven volt tölthető, a 3. typusnál (nehezen nyitható pylorus = pyl. 3) effleurage-zsal is csak nehezen tudtuk a bulbusba tölteni, a 4. typusnál (zárt pylorus = pyl. 4) még hosszas effleurage-kísérlettel sem volt tölthető a bulbus duodeni. Az éhomra baryum-suspensióval nyert pylorustypusok rendszeresen megegyeztek a Rieder-péppel kezdetben és

később nyert típusokkal; ahol egy-egy esetben eltérést találtunk, ez minden szabály nélkül való volt, okát adni nem tudtuk. Természetesen az egyes típusok között átmenetek is voltak.

A pylorus átjárhatóságának a gyomoraciditással való összefüggése másképp áll, mint azt eddig hitték. Duodenumból kiinduló direkt pylorust záró reflex nincs, ezzel tehát a pylorus nyitottságát vagy zártságát összefüggésbe hozni nem lehet. Ha a pylorusnak az aciditással való összefüggését akarjuk tárgyalni, előbb két alapfogalommal kell tisztában lennünk. Ezek: a gyomor secretiós typusa és a gyomor phasisaciditása. A gyomornak éhomra az esetek egy részében van egy bizonyos 0 feletti aciditása, a próbareggeli elfogyasztása után ez az aciditás — részben a felhígulás, részben a HCl megkötése miatt — jelentékenyen csökken, majd a próbareggeli secretiós ingere folytán újból emelkedik, eléri legmagasabb értékét, aztán ismét csökken.* Ez a secretiós görbe adja meg nagyjában** a gyomor secretiós typusát. A secretiós görbék különböző aciditású szakokból tevődnek össze, az egyes szakok aciditása a phasisaciditása. Ha egy hyperacid gyomornál pl. éhomra magas az aciditás, ez a próbareggeli elfogyasztása után leszállhat csaknem 0-ra és csak később emelkedik fel ismét a hyperacid értékre. Az egyes phasisok aciditása (a phasisaciditás) tehát igen különböző lehet. Ha a pylorus átjárhatósága a phasisaciditással lenne összefüggésben oly értelemben, hogy hyperaciditásnál zártabb, anaciditásnál nyitottabb a pylorus, úgy ez annyit jelentene, hogy minden gyomornál egy a secretiós görbéhez hasonló, de ezzel ellentétes irányban haladó görbéje lenne a pylorus átjárhatóságának is. Ezt azonban vizsgálataink folyamán nem találtuk; a pylorus átjárhatósága, amennyire ezt Röntgennel megállapíthattuk, független a phasisaciditástól. A gyomor secretiós typusa és a pylorus átjárhatósága közt is csak azt az összefüggést találtuk, hogy anacid vagy achlorhydriás típusú gyomroknak rendszeren nyitott a pylorusuk (pyl. 1, pyl. 2). A hyperacid típusú gyomroknál különböző átjárhatóságú pylorusokat találtunk, sokszor zártabbat (pyl. 3, pyl. 4), de gyakrabban nyitottat (pyl. 1, pyl. 2). Nyitott pylorus előfordul tehát anacid típusú és hyperacid típusú gyomroknál egyaránt. A normacid vagy hyperacid típusú gyomornál pedig a pylorus átjárhatósága (akár nyitott a pylorus, akár zárt) nem változik a phasisaciditással, más szóval nem változik az emésztés ideje alatt fellépő aciditásgadozással. A pylorus átjárhatósága tehát nem követi az aciditást. Hogy az anacid típusú gyomroknál miért találtunk nyitott pylorust, nem tudjuk. A nyitott pylorus, úgy látszik, nem az anaciditásnak a kövekezménye, hanem az anacid típus és a vele járó pylorus mindkettő egy eddig még ismeretlen oknak a következménye.

A pylorusátjárhatóságot befolyásoló tényezők közül a gyomoraciditáson kívül jelentős szerepet tulajdonítanak a gyomor izomállapotának is. Ismeretes, hogy totalis gastrospasmusnál, továbbá a kis görbület jelentékeny retractiójával járó organikus folyamatoknál (kisgörbületi fekély, scirrhus, haránt gyomorresectio) a pylorus tágra nyitott. Ennek oka a hosszanti izomzat fokozott contractiója. Hogy ez a fokozott contractio egy dilatator pylori mechanizmusával vagy egy antropylorikus nyitóreflex fokozott működése útján hozza-e létre a pylorus fokozott nyitottságát, ezzel a kérdéssel itt nem foglalkozunk. Tény az, hogy a gyomor hosszanti izomzatának nagyfokú contractiója idején fokozott a pylorus átjárhatósága. De fokozott a pylorus átjárhatósága az ellenkező végletnél is, akkor, ha a gyomorizomzat tonusa jelentékenyen csökkent. Rendszeres vizsgálatainknál tágranyitottnak találtuk a pylo-

rust hypotoniás és atoniás gyomrok minden esetében (kivéve, ha a pylorustájjon organikus elváltozás volt jelen). Igen nagyfokú atoniáknál a pylorus insufficiens volt olyan értelemben, mint azt *Schlesinger*² chronikus gastroparesisénél találta: ha a bulbusba préseltük a kontrasztanyagot, ez az effleurage megszűntével az ellazult pyloruson keresztül visszaömlött a gyomorba. A vizsgálok nem hangsúlyozzák a pylorus fokozott átjárhatóságát hypo- és atoniáknál. Ennek oka úgy látszik az, hogy a pylorus állapota az esetek egy részében csak a direkt erre irányított vizsgálattal mutatható ki. A jó tonusú gyomroknál, ha a pylorus nyitott, a bulbus a nehézségi erő hatására, illetve a közlekedő edények törvényének megfelelően azonnal megtelik baryum-suspensio itatásakor. Nem így a hypo-atonias gyomroknál. Ezeknél, minthogy rossz a gyomor tonusa, a nehézségi erő hatására a tartalom a caudalis polusra süllyed s a pylorus szintje alatt marad, minthogy nagy a nivókülönbség a kis görbület legmélyebb pontja és a pylorus közt (nagy „Hubhöhe“). Megfelelő effleuragezal azonban csaknem mindig sikerül a pylorus szintje fölé emelni a kontrasztpépet és ekkor kiderül, hogy a pylorus tág, a bulbus bőven tölthető. Ha a pylorus insufficiens, az effleurage megszűntével a bulbusba préselt tartalom visszahull a gyomorba. A hypo-atonias gyomroknál baryum-suspensió vizsgálatoknál rendszeren spontan nem telődik a bulbus, csak effleurage után (pyl. 2). Nem nagyfokú hypotoniáknál, ha a „Hubhöhe“ sem túlnagy, spontan is telődik a bulbus (pyl. 1), igen nagyfokú ectasiás atoniáknál (pl. kisgörbületi vagy duodenalis fekélyeknél) előfordul, hogy a baryum-suspensiót nem sikerül a pylorus szintjére felemelni, a Röntgen-pép elfogyasztása után azonban legtöbbször sikerül ez s ekkor jól felismerhető a pylorus tátongása. Néha csak fekvő helyzetben mutatható ki a pylorus nyitottsága (l. *Schlesinger*: chronikus gastroparesist is²). Az elmondottak alapján tehát némesak a gyomor hosszanti izomzatának fokozott contractiójánál nyitottabb a pylorus, hanem a gyomor jelentékenyebb tonusesökkenésénél is.

A pylorus átjárhatóságának a bulbus izomállapotával és a pylorustájjon organikus elváltozásaival való összefüggését más helyen fogjuk tárgyalni.

Összegezve vizsgálati eredményeinket, azt találtuk, hogy anacid típusú gyomroknál rendszeren nyitottabb a pylorus. Hyperacid típusú gyomroknál találtunk nyitottabb és zártabb pylorust egyaránt. Egy gyomornál a phasisaciditás változásának megfelelően nem változik a pylorus átjárhatósága. Hypotoniás és atoniás gyomroknak nyitottabb a pylorusuk.

Irodalom: ¹ *Bársony*: Pylorus-rhythmus. Wien. kl. Wochenschr. 1921. és *Bársony-Hortobágyi*: A duodenalis pylorusreflex. Orvosi Hetilap, 1924. — ² *Schlesinger*: Chronische Gastroparese. Mitt. Grenzgeb. Med.-Chirurg. 1920.

A m. kir. Állami Bakteriologiai Intézet közleménye (igazgató: Aujeszky Aladár dr.).

Hydrophil colloidok jelenléte az ivóvízben.

Írta: *Darányi Gyula dr.* egyetemi magántanár.

Az ivóvíz szennyezettségének kimutatására a helyszíni szemlén kívül chemiai és bakteriologiai eljárásokat szoktunk alkalmazni.

A chemiai eljárások közül a konyhasó, a nitrátok, a nitritek, az ammoniak kimutatása mellett leginkább a szerves anyagok mennyiségi megállapítását szoktuk végezni, amit az oxidálhatóság fokából KMnO₄-el, ennek elszíntelenedéséből határozzuk meg.

² *Schlesinger* e néven azokat a gyomor- és duodenumfekélyekhez társuló és nagyfokú motorikus insufficienciával járó, ectasiás gyomrokat illeti, melyeknél a pylorus tátong (insufficiens) és emellett a gyomron peristaltika egyáltalán nincs vagy csak igen sekély.

* Az aciditásnak ez a változása az irodalomban eléggé ismeretes, különösen szembeötlő a fractionált alkoholos próbareggelinél.

** De csak nagyjában, mert gyakran fordul elő, hogy ismételt vizsgálatnál más és más secretiós görbét kapunk.

A szennyezettség bakteriologiai megállapítása pedig az illető víz 1 cm³-ében levő bakteriumok számának meghatározásában áll. Ez a meghatározás pedig úgy történik, hogy a vizsgálandó víz steril pipettával lemért csekély mennyiségét folyékony, de megalvadó táptalajba: gelatinába vagy agar-agarba keverve, néhány nap múlva a táptalajban fejlődött, makroszkoposan, vagy lupéval látható telepeket, melyek mindegyikének egy bakterium felel meg, megszámláljuk és 1 cm³-re átszámítva határozzuk meg a bakteriummennyiséget. Úgy a szervesanyag-mennyiség, mint a bakteriumszám nagyjában a víz szennyezettségi fokának felel meg, de azért köztük parallelismus csak nagyjában van és inkább az egyik érték a másikat kiegészíti. Ez érthető is, mert pl. egy stagnáló vízben a bakteriumok igen nagy mértékben elszaporodhatnak anélkül, hogy a szervesanyag-mennyiség ugyanoly mértékben nőne, vagy pl. sok szerves anyagot, humin anyagokat tartalmazhat egy a bakteriumokat jól visszatartó talajból jövő víz.

A higienikusok általában a helyszíni szemlét tartják a víz vizsgálatánál a legfontosabbnak, ami nem is annyira a víz momentán szennyezettségéről ad felvilágosítást, mint inkább arról, hogy a víz ilyenek ki van-e téve, hogy a talaj, a kút helyzete, környéke, külső fertőzést lehetővé tesz-e?

A víz külső tulajdonságairól, színéről, ízéről, szagáról, hőmérsékletéről a helyszíni szemle alkalmával tájékozódunk leginkább. Itt azonban a víz ezen érzékelhető tulajdonságainak megállapításán kívül nem rendelkezünk oly módszerrel, mellyel a szennyezettséget a helyszínén könnyen megállapíthatnánk. Ennek megállapítása csak az említett kémiai és bakteriologiai methodusok segítségével, arra felszerelt laboratoriumokban történhetik meg.

Colloidechemiai dolgozásom közben és különböző vizek helyszíni vizsgálatai alkalmával egy rendkívül egyszerű methodust találtam, mellyel a helyszínén meg lehet állapítani a víz szennyezettségét.

Az eljárás röviden abban áll, hogy az ivóvíz a szennyezettségnek már igen kis fokánál azt a tulajdonságot mutatja, hogy epruvettában rázva, a keletkező buborékok több másodpercig megmaradnak, míg a kifogástalan tiszta ivóvíznél buborékképződés jóformán egyáltalában nem jön létre. Mi az oka már most a buborékképződésnek?

Tekintve, hogy a buborékképződéssel még colloidechemiai munkák is csak keveset foglalkoznak, e jelenre kissé részletesebben térek ki.

Colloidechemiailag azt, amit két folyadék keveredésénél emulsióknak nevezünk, az egy folyadék és egy gáznemű anyag (így levegő) keveredésénél a hab-, illetőleg a buborékképződés.

Úgy, amint az emulsió létrejöttéhez, úgy a buborékképződéshez is colloidok jelenlétére van szükség. A kristalloidok nem adnak habképződést, de viszont a colloidok se mind mutatják e tünetet, hanem amint *Ostwald* meghatározza: a habképződés a *hydrophil colloidok tulajdonsága*. Tágabb értelemben azonban a lyophil colloidokra jellemző, mert lehet más oldószer is, mint a víz, így alkohol, pl. toluolalsam alkoholos oldata, ami szintén habzik. Minden esetben azonban a colloidokat, ha oldhatatlanok is, egy oldódó réteg kell hogy körülvegye (pl. az aminosavak sói; a szappanok).

A hydrophil colloidok tulajdonsága még a magas viscositás, a nagy belső súrlódás. Míg azonban a viscositás kristalloid oldatoknál is nagy lehet, addig a buborékképződés itt jóformán nem szerepel. A viscositás, a belső súrlódás legnagyobb foka az alvadás. A viscositás maga azonban nem igen függ attól, hogy a folyadék colloid- vagy kristalloid-oldat, hiszen pl. a glicerin, a kénsav nagyobb viscositást mutathat, mint bizonyos colloidoldatok. Ezzel ellentétben a habképződés tünete tisztán colloidtünet.

A hydrophil colloidoknak, főleg a hydrophil geléeknek fontos tulajdonsága az is, hogy vizet vesznek fel, vagyis vízzel érintkezve, térfogatuk megnagyobbodik, duzzadnak. A duzzadás és vízfelvétel rendszeren addig

tart, amíg az egyes részek leválnak és egy oldat: a *sol* áll elő. Fontos tulajdonságuk még a hydrophil colloidoknak az ú. n. védőcolloidhatás, vagyis a hydrophob colloid solhoz téve, megvédi ezeket az elektrolytok kicsapó hatásával szemben.

A habképződés tünetényét adhatják nagymolekulájú szénhidratok, azután zsír-, illetve szappanszerű, továbbá fehérjenemű anyagok.

Preisz tanár úr hívta fel figyelmemet arra, hogy a vérsavó 200–300-ezerszeres hígításban is mutat még buborékképződést. Ezt a *Preisz*-féle jelenséget igen tanulságos kísérlettel lehet demonstrálni. Egy fél epruvetta vízbe csak egy platinkacsnyi vérsavót adunk és ez elég ahhoz, hogy az epruvettát rázva, élénk habképződés mutatkozzék.

Ha a vérsavó 2–300.000 hígításban adja a buborékképződés jelenségét, akkor ez kb. 2–3 milliószoros fehérjehígításnak felel meg, tekintve, hogy a vérsavó fehérjetartalma általában 8% körül mozog. Normalis vízzel 1:5–10.000 hígításban még persistensebbek a buborékok, mint a tiszta víznél.

Egyéb anyagok, így szénhidratok és zsírnemű anyagok a habképződés tünetényét ily óriási hígításokban nem mutatják.

A buborékképződésben ilyformán egyik legérzékenyebb biophysikai jelenséget ismerjük meg. A hydrophil colloidokban leggazdagabb oldatok egyikének a vérsavó tekinthető. A habképződést eszerint a hydrophil colloidoknak, a szerves anyagoknak, a fehérjének oly csekély nyomai már adják, amilyen kis mennyiség az ismert fehérje- és biuretreakciókkal ki nem mutatható. Ha az oldat oly kevés hydrophil colloidot tartalmaz, hogy rázásnál habképződés már nem áll be, akkor is még a képződő buborékok persistensebbek voltak szembenetűnő.

A hydrophil colloidok a természetben jóformán kivétel nélkül szerves eredetűek. Az ivóvízszennyezettség is többnyire csak állati és növényi eredetű szerves anyagoktól származik. Szennyezés leginkább vizelet és ürülék által történik, mely anyagok szintén bőven tartalmaznak hydrophil colloidokat.

Minél inkább hydrophil a colloid, annál erősebb a habképződés. A nagyobb molekulájú, durvább diszperzitású globulinok több buborékot adnak, mint az albuminok. Hiszen ismeretes a serologiában, hogy a savó rázásánál a globulinok könnyen átmennek a felül álló habba. Frissen levált, frissen a solba átment colloidok jobb habképződést mutatnak, mint a már régen oldatban lévő, amiből érthető, hogy ivóvíznél is frissebb szennyeződések erősebb habképződéssel járnak, ami pedig azt is megmagyarázza, hogy habképződés, szerves anyag és bakteriummennyiség nem haladnak egymással szigorúan párhuzamosan. De vizsgálataimban az eljárás a víz szennyezettsége és élvezhetősége eldöntésében nem bizonyult kevésbé használhatónak, mint a kémiai vagy a bakteriologiai próba.

Ezek szerint a vizsgálat is csak egész frissen merített vízpróbaival a *helyszínen végezhető*. Állás következtében a colloidok szétesnek és a habképződés gyengül. Viszont üvegen eltett, laboratóriumba beküldött, csak hosszabb idő múlva vizsgálatra kerülő víz azért sem használható, mert a parafa- vagy gummidugóval érintkezve ezen anyagokból hydrophil colloidok mennek át a vízbe és az ilyen állott vizek, még ha bakteriologiailag vagy chemiailag tiszták is, hydrophil colloidokat tartalmazhatnak.

Hogy egyenletes eredményeket és mintegy quantitativ értékeket kaphassunk, a vizsgálatra hosszú, tág lumenű kémcsöveket használunk. Így legjobbnak találtam a 18 cm hosszú és 18 mm lumenű epruvettákat. Ennél szűkebb epruvettáknál ugyanis a felületi energiák és az adhaesio, míg tágabb kémcsöveknél a folyadékfelület erős mozgása befolyásolhatja az eredményeket. Hogy bizonyos következtetést vonhassunk a hydrophil colloidok mennyiségére is, legjobb a kérdéses

vízzel kb. $\frac{1}{3}$ -ig megtöltött epruvettát kézizületből erőteljesen vízszintes helyzetben 10 mp-ig rázni és a másodperceknek megfelelően számolni, hogy meddig tart az utolsó buborék eloszlása. Három-négyszer ezt ismételve, a kapott értékek számtani középátlóját vesszük. De alkalmazható keresztekkel való jelzés is. Tekintve a hydrophil colloidok jóformán ubiquitáer elterjedését (akárcsak a szerves anyagoknál vagy a bakteriumoknál), a használt epruvettát mindig a legtisztábban tartjuk, csak vívizsgálati célra használjuk és a vizsgálat előtt az illető vízzel is jól kiöblítjük. Itt is hangsúlyoznom kell, hogy csakis frissen merített vízzel, a helyszínen végezhető a próba.

Ami pedig a vizsgálati eredményeket illeti, kb. 100 különböző vizen próbáltam ki az eljárást. A fontosabb eseteket röviden elősorolom. Vízvezetési vizek, így a pesti, budai, margitszigeti, fácán-üdülői és budafoki vizek, melyek úgy chemiailag, mint bakteriologiailag kifogástalanoknak bizonyultak, hydrophil colloidok tekintetében is tiszták voltak. Ugyanígy viselkedtek egyes forrásvizek, mint a budai disznófői, a visegrádi Mátyás-forrás; továbbá a gellérthegytetői szivattyús kút vizek. A Dunántúlon a zsámbék-nyárcsai fennsíki földeken gémes- és vedreskutakat is vizsgáltam. Ezek a kutak mélyek, csiraszámuk 3–800 közt mozgott, a KMnO_4 -fogyasztásuk csekély volt, úgyhogy tisztáknak voltak minősíthetők. Ezen kutak vize buborékképződést sem mutatott. Viszont ezen a környéken lévő elposványosodott réti kút vize 5 másodpercig, egy közvetlenül a trágyadomb mellett lévő szivattyúskút vize 9 másodpercig fennálló buborékképződést adott. A KMnO_4 -mennyiség mindkét kútnál 20 mg fölé emelkedett, bár a bakteriumszám aránylag csekély volt, 1000–1500 közt mozgott cm^3 -enként. Sokkal kedvezőtlenebbek voltak a vizsnyok az Alföldön, ahol Tasson végeztem vizsgálatokat. Ezeknél az 1–2 méter mély gémes kutaknál a KMnO_4 -mennyiség jóformán mindenütt 12 mg fölé emelkedett s csaknem mindig tartalmaztak ezek a vizek hydrophil colloidokat is. Érdekes, hogy a csiraszám sokszor a víz szennyezettségéhez képest aránylag alacsony értéket mutatott. Ugyanitt a Duna vizét is vizsgálva, egy halászház mellett cm^3 -enként csak 300 csirát találtam, pedig hogy a víz nem volt tiszta, azt mutatta a 31 mg KMnO_4 és a 12 másodpercig persistáló buborékok, továbbá a víz már külsőleg is zavaros volta. Artézivíz négyet vizsgáltam, melyek közül a Gellértfürdői és margitszigeti bakteriumokat, hydrophil colloidokat és szerves anyagokat alig tartalmaztak. A tassi artézivíz bakteriumokat nem tartalmazott, de 19 mg KMnO_4 -et fogyasztott, a Hungária-gyógyforrás pedig 120 csirát és 13 mg KMnO_4 -et mutatott. Mindkét víz egyúttal, bár csak kis mennyiségben, a két másodpercig persistáló buborékokban hydrophil colloidok nyomait mutatta.

A budai szarvas téri villamos- és a hereceghalmi vasútállomásnál lévő szivattyús kutak szennyezetteknek bizonyultak és hydrophil colloidtartalmuk is tetemes volt. Legszennyezettebbeknek találtam a Hungária-körút mellett lévő bolgár kertészek trágyázott földjein fúrt nyitott kutak vizét. Ezek tetemes bakterium- és szervesanyagtartalom mellett sok hydrophil colloidot is tartalmaztak. Különben ivásra nem is használják őket, csak öntözésre.

Általában a buborékképződés annál erősebb, minél frissebb colloid szennyeződés van jelen. Ha egy addig colloidokat nem tartalmazó víz egyszerre buborékképződést mutat, ez a víz beállott szennyeződésére vall. Ez ilyformán vízvezetékek állandó vizsgálatánál is ajánlható próba volna. A helyszíni szemle alkalmával megállapítandó az ivóvízről, hogy vajjon az tiszta, színtelen, átlátszó (még széles rétegben szemlélve is), szagtalan, üdítő ízű, 7–11 C° hőmérsékletű-e. Ezeket a követelményeket már most kiegészíthetjük a helyszíni vizsgálat alkalmával azzal, hogy a víz rázásnál, a próbának a fent leírt módon való végzésénél buborékképződést ne mutasson.

Röviden összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a hydrophil colloidok jelenlétének megállapítása a helyszíni szemle alkalmával a víz szennyezett volta tekintetében igen jó felvilágosítást ad és nagy előnye, hogy az eljárás oly könnyű és egyszerű, hogy bárki által elvégezhető.

Az adrenalin felszívódási viszonyainak vizsgálata a helyi érzéstelenítéssel kapcsolatban.

Írta: Fodor György István dr. műtőorvos.*

A fogorvos kartársaknak állandóan napirenden lévő problémája az anaesthesist követő szövödmények elleni küzdelem. Ez alkalommal az anaesthesisnek nem a veszedelmes szövödményeivel, a phlegmonosus megbetegedésekkel foglalkozom, hanem azzal a párnas, jóindulatú oedemával, amely sem fájdalmat, sem lázt, szóval semmiféle lobos jelenséget nem okoz, s amely minden beavatkozás nélkül nyom nélkül eltűnik.

Gyakori panasz a fogorvos kartársak részéről, hogy az adrenalin novocainanaesthesiseknél ugyanazon asepsis, ugyanazon novocainmennyiség, ugyanazon beavatkozás és ugyanazon technika mellett az anaesthesist követő nap egyik beteg arca megduzzad, a másiké nem.

Ezek a duzzanatok fogorvosi tapasztalatok szerint egyszerű pulpakezeléseknél is keletkeznek, midőn tehát traumás beavatkozásnak nyoma sincs.

Műtéteimnél, melyeket az arcon és állcsontokon végeztem, magam is azt tapasztaltam, hogy egyes betegek a műtét után semmit, vagy csak alig duzzadtak meg, mások ugyanazon műtét után — környezetükre szinte ijesztő hatást téve — a legnagyobb mértékben bedagadtak. Mivel e kérdés engem is közelről érdekelt, érdemesnek tartottam vele behatóbban foglalkozni.

E jelenségnek okát két tényezőben láttam: az érzéstelenítő folyadékaikban használt *adrenalin localis hatásában* és a beteg constitutiójában.

Közismert, hogy az adrenalin vasoconstrictor hatású, vagyis a szöveteket vérteleníti azáltal, hogy az ereket összehúzza. A vasoconstrictio foka, úgy vélem, individualisan más és más, aszerint, hogy az adrenalin mennyi ideig vesztegel a szövetekben, vagyis mikor és mennyi adrenalin szívódik fel a vérbe. Ha az adrenalin egyáltalán nem, vagy csak sokára szívódik fel, úgy kétségtelen, hogy tartós vasoconstrictio fog létrejönni, aminek következménye, hogy a tartósan fokozott nyomás miatt az érfalazat veszít a rugalmasságából, elernyed, változik a permeabilitása, a vérplasmából keletkezik a transsudatum s így létrejön a *duzzanat*.

Az oedemák létrejöttében tehát az adrenalin felszívódási viszonyainak tulajdonítottam a főszerepet.

A szervezet adrenalinérzékenységének a meghatározására az egyes vizsgálók fokozott, csökkent és normalis érzékenységet állapítottak meg. E vizsgálatok eredményeinek a megítélését sokáig zavarta, hogy minden szerző más és más jeltől vélte megállapítani a szervezet adrenalinérzékenységét. Volt, aki a pulzuszapóródást tartotta az adrenalinérzékenység fokmérőjének, míg mások a vérnyomásemelkedésben, a glykosuriában látták biztos jelét. Ezek a reakciók azonban nem voltak mindig állandóak, nem mindig és egyenlő értékben jelentkeztek. *Falta*, *Newbourgh* és *Nobel* óta az adrenalinhatás legállandóbb jelének a vérnyomásemelkedést tartjuk. *Eppinger*, *Dresel*, *Götsch* a vérnyomásemelkedést subcutan adrenalininjekciók után állapították meg (ez az úgynevezett Götsch-próba).

Csepai mutatott rá, hogy a subcutan adrenalininjekciók után észlelhető vérnyomásemelkedést nem

* Előadta a Magyar Sebész-társaság XI. nagygyűlésén, 1924 szeptember 12-én.

lehet a szervezet valódi adrenalinérzékenységének tartani, ez csak a látszólagos érzékenység, mert itt a felszívódási viszonyok fontos szerepet játszanak. Hogy az adrenalin a vérnyomást fokozó hatását kiválthassa, a vérbe kell kerülnie, eljutnia oda, ahol a vérnyomást emelő hatását kifejtheti, vagyis a splanchnicusoktól innervált capillariskok vasomotorjaihoz. Már pedig a felszívódási viszonyok individualisan különbözők lévén, egyszer több, másszor kevesebb adrenalin kerül felszívódásra. Csépai vizsgálatai óta a valódi adrenalinérzékenységet úgy határozzuk meg, hogy a felszívódási tényezőket kiiktatva, az adrenalin direct a véráramba — intravenásan — adjuk. Hogy ez a differenciálás jogosult volt, bizonyították Csépai azon vizsgálatai, hol 0.5—1 mg adrenalin subcutan injectiója után számos esetben egyáltalán nem mutatkozott vérnyomás-emelkedés, míg ugyanott 0.01—0.02 mg intravenás injectio után kifejezett vérnyomás-emelkedés jelentkezett.

Csépai vizsgálatainak azon eredményét, amely a szervezetek különböző adrenalinfelszívódási képességét igazolta, használtam fel a saját vizsgálataim kiindulópontjánál. Céлом volt: vizsgálni az adrenalin felszívódási viszonyait olyan esetekben, hol az adrenalin novocain használata után az arcon duzzanat keletkezett és vizsgálni ellenőrzésképpen olyan esetekben is, midőn a duzzanat nem jelentkezett.

Legegyszerűbb lett volna, ha akár a szövetekben, akár a vérben az adrenalin magát mutattam volna ki. Az adrenalin azonban — a mellékvesevénák plasmáján kívül — a szervezetben eddig még kimutatni nem sikerült. Tehát olyan szert kellett választani, melynek a szervezetben való kimutatása könnyűszerrel történhetik. Ezt adrenalin és adrenalin nélkül fecskendezve be, a két oldat kiválasztódási idejének a differenciája az adrenalin felszívódási képességére is felvilágosítással szolgál. Weisz és Kolta által ajánlott natriumjodid-oldatot használtam.

A betegeknek előzőleg 5 cm³ 2%-os novocain-suprarenin-oldatot injiciálva az arcukba, a következő nap kiválogattam a duzzadt és a duzzanat nélküli betegeket. 20 beteget vizsgáltam, még pedig 12 oedemas és 8 oedema nélküli beteget.

10 cm³ 2½%-os natriumjodidot fecskendeztem be az arcbőrön keresztül, a folyadékot egészen a nyálkahártyához deponálva. 6 beteg a bőrfelőli beszúrásba nem egyezett bele, ezeknél a beszúrást intraoralisan végeztem, vigyázva, hogy a jódoldatból semmi se jusson a nyálba (a szűrési csatornát azonnal steril gázzal comprimáltam). Megnyugtatómra, hogy a szájba csakugyan nem jutott jód, a nyálát azonnal vizsgálat alá vettem. További vizsgálatra a beteget csak akkor tartottam ott, ha a reactio negativ volt. A natriumjodidot a nyálban natrium nitrosom, kénsav és keményítő segítségével mutattam ki.

A duzzadt és duzzanat nélküli betegeknél adrenalin nélkül a jód kiválasztódásának időtartama feltűnőbb különbséget nem mutatott. Egy betegnél 8 perc alatt, két betegnél 10 perc alatt, hat betegnél 10—15 perc között, míg tizenegy betegnél 15—20 perc múlva jelent meg a jód a nyálban, 24 óra elteltével ugyan csak 10 cm³ natriumjodidot fecskendeztem be, hasonló technikával, de most már 1 cm³ Richter-féle 1:1000 tonogenoldattal keverve. Itt már a duzzadt és duzzanat nélküli betegeknél lényeges különbségek jelentkeztek. A 8 duzzanat nélküli betegnél az adrenalin és adrenalin nélkül adott natriumjodid kiválasztódási időtartama között a differenciák a következők voltak: 2 perc, 4 perc, 4 perc, 5 perc, 7 perc, 10 perc, 14 perc, 15 perc.

A 14 duzzadt betegnél az adrenalin natriumjodid felszívódása az adrenalin nélküli jódhoz viszonyítva már sokkal jobban elhúzódott. A két időtartam között a következő differenciák voltak: 6 perc, 10 perc, 23 perc, 28 perc, 28 perc, 32 perc, 35 perc, 40 perc, 47 perc,

öt betegnél a jódot egy órán belül nem mutathattam ki a nyálban.

Feltűnő tehát, hogy a duzzanat nélküli betegeknél az adrenalin a natriumjodid felszívódását számottevően nem befolyásolja, míg a duzzadt betegeknél a felszívódást jelentékenyen késlelteti, sőt pár esetben a jód felszívódását egészen meg is gátolta. Ezekben az esetekben az adrenalinhatás következtében beálló érgörcs nemcsak a jódnak, hanem magának az adrenalinnak a felszívódását is megakadályozza, ami azt jelenti, hogy az adrenalin a szövetekben hosszabb ideig vesztel. A gyakorlat szempontjából is érdekesek Weisz vizsgálatai, ki azt bizonyítja, hogy midőn az anaesthis beadása után rövid idő múlva novocainos kellemetlenségek jelentkeznek (anaemia, collapsus), olyankor az adrenalin gyors felszívódásával állunk szemben, vasoconstrictio vagy egyáltalán nem, vagy csak olyan kis mértékben fejlődik ki, hogy a novocain magával az adrenalinnal együtt akadály nélkül felszívódik.

A duzzanatos esetekben a másik véglettel van dolgunk. Itt az adrenalin egyáltalán nem, vagy csak igen kis mennyiségben szívódik fel, tehát tartós vasoconstrictio van jelen, amely úgy a novocainnak, mint magának az adrenalinak a felszívódását is gátolja.

Négy duzzanatos betegnél Csépai módszere szerint a valódi adrenalinérzékenységet is vizsgáltam, majd ennek lezajlása után a látszólagos adrenalinérzékenységet. Intravenásan 0.01 mg adrenalin fecskendeztem be, melyre mind a négy betegnél 15—30 másodperc múlva jelentős — kettőnél kifejezetten fokozott — vérnyomás-emelkedés következett be. A hatás — a vérnyomás-emelkedést Recklinghausen-féle tonometerrel mérve — két perc alatt lezajlott. Ugyanezen betegeknél a szájüreg felől submucosusan adtam 1 mg adrenalin, 5 percnként mérve a vérnyomás-emelkedést; két betegnél egy órán belül nem jelentkezett vérnyomás-emelkedés, a harmadiknál a 35. percben, a negyediknél 40 perc múlva 10 cm-es emelkedés jelentkezett.

Tehát oly betegeknél, kiknél az adrenalin novocain után duzzanat keletkezett, az adrenalin felszívódását erősen korlátozva látjuk.

Az adrenalin késedelmes vagy egyáltalán végbe sem menő felszívódásának e betegeknél tartós vasoconstrictio az eredménye, amelynek következtében — mint már kifejtettem — a tartós nyomás folytán az érfalzat elernyed, veszt a rugalmasságából, változik a permeabilitása és keletkezik a transsudatum.

Hogy az egyénenként különböző felszívódási viszonyokat, a fokozott és csökkent felszívódást mivel magyarázhatjuk, erre feleletet adni nem tudunk. Az ok bizonyára a belsősecretióban keresendő. Talán a pajzsmirigy működése befolyásolja. Eppinger vizsgálatai mutatják, hogy a pajzsmirigy működése és az oedemára való hajlam között összefüggés van. A fokozott pajzsmirigyműködés csökkenti a bőrnek, a bőr alatti kötőszövetnek folyadékfelvételképességét, a csökkent pajzsmirigyműködés pedig fokozza. Az adrenalin felszívódást nemcsak a localis érgörcs gátolja, hanem ebben a szövetek szerkezetének is szerepe van. Tehát az ok a constitutióban, a szervezetnek a chemismusában is keresendő.

Irodalom: Csépai: D. m. W. 1921, 33. sz. — Csépai: Kl. W. 1923, 47. sz. — Weisz és Márkus: Magyar Orvosi Archivum 1924, IV. — Weisz és Kolta: Magyar Orvosi Archivum 1924, IV. — Fatta-Newbourgh-Nobel: Zeitschrift f. klin. Med. 72. — Dresel: Deutsche med. Wochenschrift 1919. — Biedl: Innere Sekretion I., II.

KLINIKAI ELŐADÁS.

A koponyalövésekről.

Irta: *Verebély Tibor dr.* egyetemi tanár.

A koponyalövések jelentőségét éppúgy, mint a koponyasérüléseket általában a kísérő agysérülés adja, amelynek különválasztása a csontos tok törésétől itt még kevésbé lehetséges, mint a tompa sérüléseknél. Éppen azért, bár az agylövések az agybetegségek külön fejezetét képezik, a legfontosabbat már itt, a koponyalövéseknél kell előlegeznünk.

Lövés a boltozat vagy az alap felől érheti a koponyát, az utóbbi a szem, orr, fül, száj, vagy garaton át, ritkábban a tarkó felől. A roncsoló löveget puska-, shrapnel- vagy revolvorgolyó, sörét, gránátzilánk, vagy egyéb idegen test (köpenyrészlet, kődarab, ruhagomb stb.) képviseli. Hatása a löveg eleven erejétől, nagyságától, alakjától, szerkezetétől, a behatolás irányától és helyétől függ, amint az kísérletileg szépen tanulmányozható. Anélkül, hogy itten ezen kísérleti vizsgálatokat részleteznék, eredményeiket a világháború tapasztalataival egybevetve, néhány szabályba foglaljuk össze.

A löveghatás tényezői közt megtaláljuk mindazokat az erőket, amelyek a koponyasérüléseknél általánosságban szerepelnek. A löveg a csontot reácsapódása helyén hajlítás útján kilyukasztja, amely lyukból a golyó feszítő (ék) hatása folytán finom repedések ágaznak szét. A löveg az egész koponyát behorpasztja (körkörös, aequatorialis repedések) és megrepeszt (sugaras, meridionalis repedések), majd a koponya üregébe jutva, részben oldaltdobó (hydrodynamikus), részben nyomástfokozó (hydraulikus) hatása folytán a koponyát belülről szétrobbantja. Ehhez járul a golyónak forgó mozgása (rotatio) adta roncsoló, morzsoló hatása, amit nagymértékben fokoz a golyó alakján és átmérőjén kívül a haladás iránya, nevezetesen a golyó ferde felcsapódása. A csavarmozgás jelentőségéről fogalmat alkothatunk, ha tudjuk, hogy a puskagolyó fordulása hossztengelye körül másodpercenként 3667-et tesz ki. Mindez a tényezők együttesen határozzák meg a hatás eredményét, úgyhogy a hatásnak egyedül a távolságtól függő olyatén fokozatait, mint azt a kísérletek alapján régebben felállították (*Kocher*), az életben megkülönböztetni nem lehet; a közeli és távoli lövések különválasztása azonban olyan alapon, hogy 1000 méteren innen a robbantó, azon túl az átütő hatás a szembe-tűnő (*Axhausen*), mindenesetre jogosult.

A lövés eredménye minden egyes esetben a golyó eleven erejétől és a koponya és tartalmának ellenállásától függ. A golyó eleven erejének vesztesége egyenértékű a végzett munkával, tehát a koponyán bekövetkezett elváltozással, amit a physika azzal a képlettel fejez ki, hogy $E = \frac{mv^2}{2}$. Ha számbavesszük, hogy a katonai puskagolyó 10 gr-os tömegét (m) a fegyvercsőből 820 m kezdősebességgel (v) löki ki a robbanás, könnyen kiszámítható (*Payr*), hogy a golyó ereje 50 kg súlyt 10-3 m magasságba, az emberi fej tet 250 m nyire tudná fellökni. *Bircher* számítása szerint a német puskagolyó kinetikus energiája 390 méterkilogramm, ami 25-ször nagyobb, mint az az erő, mely az emberi koponya szétzúzásához szükséges (*Messerer*). A shrapnelgolyók sebessége másodpercenként 600-1000 m, a gránátzilánkoké 400-2000 m közt ingadozik (*Franz*), ami megmagyarázza a kicsinyke daraboknak is nagy

átütőképességét. A végzett munka a behatolás irányában (axialisan) kifejtett zúzó-szakításból és oldal felé dobó hatásból tevődik össze.

A lövéseket legeelszerűbben a fegyver szerint katonai (vagy háborús) és polgári (vagy békebeli) sérülésekre oszthatjuk fel; a háborús lövéseket gyalogsági és tüzérségi (shrapnelgolyó, gránátzilánk, bombaszilánk) fegyver, a polgáriakat pisztolyok (különböző szerkezetűek) és vadászfegyverek (golyós, sörétes) okozzák. A lövések tünettana és kezelése eszerint különbözővén, a lövéseket ilyen felosztásban tárgyaljuk.

1. A háborús koponyalövések.

A háborús koponyalövéseket a világháború tapasztalatai alapján (*Payr, Borchard, Matti*), több, klinikailag eléggé élesen elhatárolt csoportba oszthatjuk, amelyek kezelés szempontjából is összetartoznak.

A háborús fejlődések *gyakorisága* egyazon háború folyamán terep (fedezék), haremódor (rohamozás, állóharc, lövészárók) és bizonyos rendszabályok (roham-sisak) alkalmazása szerint igen ingadozó. A japánok az orosz-japán háborúban összegezve 29.5%-ra számították ki az arányszámot, ami a világháborúban valószínűleg alacsonyabbnak fog bizonyulni, különösen, ha tekintetbe vesszük, hogy az esetek közt túlnyomó részben szerepelnek a fejlődött; a haretéren maradtak pontos számbavétele pedig csaknem kivihetetlen. Éppily nehezen állapítható meg az a kérdés is, hogy a koponyalövések közül mennyi társult agysérüléssel és mennyi nem; itt viszont a klinikai felismerés nehézségei okozzák a bizonytalanságot. A háborús lövések halálozási arányszámát a háború elején *Borchard* 75-80%-ra becsülte.

a) *A zúzódos lövések* a csontos tokon számbavehető törést nem okoznak, ellenben a koponyaüreg tartalmában jelentékeny roncsolással járhatnak. *Keletkezésük* szerint két lehetőségük ismeretes: 1. a *leptattanó* lövéseket (*Prellschuss*) fáradt, a koponyát függőlegesen vagy hegyes szögletben érő lövegek okozzák, melyek átütik a lágyrészeket, benyomhatják, esetleg be is törhetik a koponyatokot, de azután a lágyrészeken át visszapotyognak anélkül, hogy a koponyaüregbe behatoltak volna. Okozójuk leggyakrabban shrapnelgolyó, gránátzilánk, olykor oldaltcsapódó puskagolyó. A csonton a külső lemez berepedése, a velőüreg vérzése, és a belső lemez darabos törése jelzik a behatolás helyét, olykor a letört szilánkok messze elpattanásával. 2. A *súroló* lövést (*Streifschuss*) a fej tet tangentialisan érő golyó okozza, ha nemcsak a bőr alatt fut el, hanem többé-kevésbé sérti a csontot is. Az utóbbin sekély árok, illetve vályú jelzi a golyó útját, amelynek mentén a csonthátya szétroncsolódott, a velőüregben apró véromlányok támadtak, a belső lemezről pedig kisebb-nagyobb szilánkok lerepedeztek; ezek mélyen becsapódhatnak a burkokon át az agyállományba s azt zúthatják. Mindkét esetben a lényeges kérdés éppen a belső lemez és az agyállomány sérülésének foka, amiről a seb pontos ellenőrzésén kívül Röntgen-képek, ágyéki csapolás és a pontos idegvizsgálat adhatnak felvilágosítást. *Payr* ajánlja, hogy véssük le ilyenkor óvatosan a felületes külső csontlemezeket, ha a diploében zúzódos jelei mutatkoznak, valószínű a belső lemez elterjedt törése, s ezzel együtt az agysérülés is.

A zúzódos lövések *kezelése* ezek szerint a bőr-seb kellő feltárása és a csontsérülés gondos megtekintése után abban a kérdésben csúcsosodik ki, hogy nyitandó-e a koponya a belső csontlemez, a burkok és az agyvelő sérüléseinek ellenőrzésére. A nyitás történhetik a csontsérülés tölesérén át

* Az 1924 november 5-én tartott sebészklínikai előadás szövege.



sel, annak szomszédságában fúrt nyílással, vagy a sérülés helyét körülíró (osteoplastikus) csontlemez kiemelésével. Általában azt kell mondani, hogy minden némileg gyanus esetben a felnyitás, az említett módok valamelyikével tanácsos.

b) *A vályús lövések* (Rinnenschuss) voltaképpen olyan mélyebb tangenciális lövések, melyeknél a golyó együttesen sérti a lágyrészeket, a csontot és az agyvelőt.

Az idetartozó lövések képe felette tarka. A bőr vagy egész kiterjedésében fel van tépve, úgyhogy a sérülés teljesen szabadon fekszik s a sebszélek közül kibuggyanik a csontszilánkokkal kevert agytörmelék; vagy pedig két lyuk jelzi a bőralatti csatorna elejét és végét, úgyhogy a két nyílást elválasztó bőrhíd alatt az agy- és csonttörmelék hullámozása tapintható. A csontot mindig darabokra töri a golyó; a törmelékét az egyik esetben magával rántja a löveg, úgyhogy a boltozaton voltaképpen keskenyen ovalis hiány tátong; máskor a kisebb-nagyobb szilánkok ott maradnak helyben s összekeverednek az agytörmelékekkel; ismét máskor a csontdarabok messze szétszóródnak az agyállományba. Az agy maga mindig véralvadékkal, csonttörmelékekkel kevert, véresen átitatott péppé lett, amely a keményburok nyílásán át előtölul s szétnyomja a bőrséb széleit.

Az ilyen lövések *kezelése* szükségképpen mindig gyökeres. A bőrséb tágitása, az esetleges bőrhíd átmetése és a roncsolt bőrsébselemek kimetszése után a felületes csontszilánkokat és agytörmelékét óvatosan kitöröljük a sebből és a csonthiányt széleinek fokozatos lecsípésével mindaddig tágitjuk, míg a keményburok és az agy sérülése jól áttekinthető. Az agyzúzódásos gócot ezután tágran feltárjuk, a törmelékét eltávolítjuk, a vérzést pontosan csillapítjuk, majd az agyba besodort csontszilánkokat, amelyeknek helyéről és számáról előzetes Röntgen-kép tájékoztat, kiemeljük. A seb további ellátása három elv szerint lehetséges: 1. A sebészek túlnyomó része nyitvatartja, tamponnal tömi ki a sebet, amely tampon a legkülönbözőbb antisepticumokkal lehet átitatva (jódtinctura, Lugol-oldat, perubalzsam, Dakin-oldat a leghasználtabbak). 2. Mások *Bárdny* ajánlatára a sebet teljesen zárják, és pedig réteges varratokkal, ami olykor csakis plastikával vagy szövetátültetéssel vihető keresztül. 3. A harmadik csoport a sebet zárja, de a bőr alá, csont alá a keményburokra biztosító tampon helyez. *Bárdny* maga az elzárást csak bizonyos feltételek mellett tartotta javaltnak, az agyvelő és a másodlagos fertőzés elkerülésére; bírálói (*Payr*, *Kültner*) a feltételeket még jobban megszorították s azt mondják, hogy csakis 12 órán belül kezelésbe kerülő, nem nagy fokban szennyezett, Röntgennel ellenőrzött sebek varrhatók be teljesen, ha aseptikus műtét keresztülvitelére alkalmas helyen és képzett sebész részéről történik az ellátás.

c) *Átütő lövésről* (Durchschuss) beszélünk, ha a golyó a koponyán két lyukat ütve, a tartalmát csatornaalakban átfúrva hatol keresztül. A két lyuk a koponyagömb kisebb szelvényének alapján (*segmentalis*), vagy a koponya valamelyik átmérőjében (*diametrialis*) fehetnek. Az utóbbi oly módon is lehetséges, hogy az egyik nyílás a koponyatetőn, a másik az alapon van, ahonnan vagy ahová az arcüregeken át, illetve a test távolabbi helyéről juthat a löveg.

A bőr sérülése a bemeneti nyílásban sokszor oly jelentéktelen, hogy a megfelelő kis bőrrepedés teljesen elkerülheti a figyelmet; máskor azonban a belövés kerek, élesszélű, vagy inkább roncsolt lyuk. A kimeneti nyílás rendszeren jóval tágabb, nem ritkán felszakított, tátongó folytonosság hiány, amelyből vöröses, véres,

csontszilánkokkal kevert agytörmelék bugyog elő; lehet azonban viszont ez is finom, repedésszerű hasadék. A *csontcn* a bemeneti nyílást többnyire szintén a jelentéktelenebb roncsolás jellemzi; a nyílás lehet kerek lyuk, amely befelé tölesérszerűen szélesedik azáltal, hogy a belső csontlemez nyílása nagyobb, roncsoltabb, mint a külső; előfordul azonban, főleg közletről történt lövésnél a bemenetnek megfelelően is kiterjedt roncsolás, szilánkos törés. A kilövés rendszeren nagyobb-fokban roncsolt a bemenetnél. A két nyílás közti koponyarészlet annál kevesebb elváltozást mutat, mennél inkább közeledik a lövés a diametrialishoz; viszont mennél rövidebb segmentalis a lövés, annál súlyosabb a közbenfekvő koponyarészlet repedezése, törése. Ennek következménye, hogy az *agy* roncsolása is súlyosabb segmentalis, mint diametrialis lövéseknel; persze azáltal, hogy az utóbbiaknál viszont a löcsatorna hosszabb, a sérült góccok száma diametrialis lövéseknel mindig nagyobb. Igen súlyos, szinte biztosan halálos az agysérülés, ha a löveg agygyomrocot vagy nagyobb véreteret talál. Maga a sérülés az agyban többé-kevésbé tág csatornának felel meg, melyet véresen átitatott, véralvadékkal, csontszilánkokkal kevert agytörmelék tölt meg s melynek falait lágyult, roncsolt agyállomány képezi.

Az ilyen lövések *kezelésének* alap gondolata az a meggyőződés, hogy a sérülés végzetes következményeinek: a fokozatosan előhaladó agylágyulásnak (*enkephalitis*) és fertőzésnek (*meningitis, encephalitis, abscessus cerebri*) elejét venni semmiféle gyökeres beavatkozással nem lehet. Az agy lövési csatornájának feltárása éppoly kevésbé lehetséges, mint annak kimetszése, tekintve a rövid segmentalis lövésektől, amelyek a vályús lövések módjára látandók el. Minthogy tapasztalat szerint az átlövés veszedeleme nem is a fertőzésben, hanem az agygyomlás fokozódásában áll, részben a sérüléssel járó vérzés, részben a bevezető vizenyő folytán (*Payr*), az ilyen átütő lövéseknel mindennemű beavatkozástól, tartózkodni kell. A be- és kimeneti nyílás elzárandó, sőt ha a roncsolás, szennyezés nem nagyfokú, be is varrható. A fokozódó agygyomlás leküzdésére is célszerűbb az ágyéki csapolás vagy az agygyomrocok megcsapolása (Balkenstich), mint a lövési csatorna tágitása és nyitvatartása. Természetesen, ha a kifolyó agytörmelék bűzös, bőségesen tartalmaz csonttörmelék, sőt idegen testeket, nem marad más hátra, mint a nyílások megtisztítása, ellátása után a csatorna óvatos, nem mélyre terjedő drainézése.

d) *Benrekedt lövésről* (Steckschuss) beszélünk, ha az elsorolt lövési sérülések valamelyikénél a löveg nem hagyja el a koponyát. A golyó ilyenkor is az arcüregeken át, vagy a test távolabbi helyéről jöhet a koponyába, legtöbbször azonban közvetlenül éri a boltozatos. Az utóbbi esetben a löveg már a lágyrészekben vagy a csontban (epiduralisan) megakadhat, de leggyakrabban ilyenkor is bejut az agyállományba. Az agyba jutott löveg vagy már útja közben, akár az agyállományban magában, akár a gyomrocok valamelyikében (vak csatorna) reked meg, vagy átütve az agyat, a túlsó csontos falon állapodik meg, de arról vissza is pattanhat s visszafelé újra befúródhat az agyállományba.

A löveg benrekedésére annál inkább megvan a lehetőség, mennél gyengébb erejű, mennél könnyebb és szabálytalanabb alakú a löveg, mert annál inkább érvényesülhet az egyes szövetek ellenállása. Ugyanilyen arányban fokozódik a löveg roncsoló ereje, s ezzel a fertőzőes megbetegedés veszedeleme is. A benrekedt löveg csatornája és ágya körül a roncsolás fokával arányos idejű lappangás után (*Payr* szerint e *korai* szak

5—7 napig tart) megindul a helyreállítás, ami a törmelék és vérömleny eltakarítása után (4—5 hetes *közbeeső* szak) kötőszövetes körültekintéssel (*késői* szak) végződik. Ez azonban nem jelent olyan fokú befalazást, hogy a löveg körül később, olykor igen hosszú idő múlva fel ne lobbanhasson a gyulladás, vagy hogy a löveg helyet ne változtathatna. Ebben rejlik a benrekedt lövegek állandó veszedelme.

A bőr, csont és agyvelő sérülése semmivel sem jellemző a benrekedésre, amennyiben egyszerű zúzódásos, vagy vályús, illetve átütő lövés képe alatt ott lappanghat a legtöbbször csak igen gondosan átvizsgált Röntgen-képeken kimutatható löveg. A behatolási nyílás a *bőrön* és a *csonton* lehet alig kimutatható rés, mely olykor zúzódás benyomását kelti; de lehet bőségesen roncsoló lövés tölesér, illetve vályú is. Az *agyban* olykor csak felületen roncsolásos góc jelzi a kemény burok felett vagy alatt megakadt golyó roncsoló hatását; ha a golyó bejutott az agyba, abba löcsatornat váj, mely végződhet vakon, vagy átvezethet a koponyatok túlsó oldalára, vagy visszahajolva bevezethet ismét az agyba, melyben többé-kevésbé mélyen befúródva, valóságos második csatornában fekszik a golyó. A benrekedt golyók pontos bakteriologias vizsgálata, az ilyen sérülések klinikai észlelése és további sorsának ellenőrzése azt a tanulságot szolgáltatja, hogy az ilyen lövések veszedelme, ellentétben az átütő lövésekkel, a fertőzésben rejlik. Fertőzött voltaképpen minden lövés; de ezzel a fertőzéssel a szervezet megküzd, ha a teljes gyógyulás lehetőségét egyéb ok nem zavarja. A koponyában, főleg az agyvelőben rekedt golyó, mint idegen test, maga körül állandóan oly ingert fejt ki, mely a teljes megnyugvást lehetetlenné teszi. Friss esetben a golyó körül kifejlődő lágyulás szinte előkészíti az agyvelőt a fertőzés tovaterjedésére; idült esetben pedig a löveg körül mindig marad olyan törmelékes, savós-sejtes rés, amelyben a csírok lappangva tovább élhetnek.

Ezzel szemben a lövegek eltávolítása nem csekély feladat elé állítja a sebészt. Nemcsak a golyó megtalálása lehet nehéz a puha agyállományban, hanem a kutatás és kihúzás közben ejtett roncsolás és ezzel a már lappangó fertőzés fellobbanása lehet oly fokú, hogy az életet veszélyezteti.

Innét van az, hogy a benrekedt lövések *kezelése* a háború alatt két véglet közt ingadozott, hogy végül a szerzett tanulságok alapján a középúton állapodjék meg. Kezdetben a *Bergmann-féle* kutaszólási tilalom hatása alatt minden beavatkozástól lehetőleg tartózkodtak a sebészek; később viszont felbuzdulva a műtett esetek kedvező lefolyásán, a benrekedt lövegeknek minden áron való eltávolítását követelték. A nagyobb statisztikák azután mindenekelőtt különbséget tettek a tág belövésű és szűk nyílású benrekedés között (*Axhausen*). Ott, ahol a belövési nyílás tág, roncsoló volta *activ* sebességét úgyis igényel, célszerűnek bizonyult a lövegnek egyidejű felkeresése és eltávolítása; ott viszont, ahol a bemenet szűk, csakis akkor ajánlatos a löveg kutatása, ahol a kezdődő fertőzés tünetei (láz, agynyomás, leukocytosis) megjelennek.

Az *eltávolítás* ritkán sikerül egyszerű fektetéssel (*Guleke*), illetve a bemeneti nyílással lefelé fektetett koponya gyenge ütögetésével (*Holbeck*). Legtöbbször ki kell a löveget húzni, amire fogók és mágnesek használatosak. A Röntgen-felvételek segítségével pontosan lokalizált löveget az óvatosan bevezetett ujjal, vagy a *Payr* ajánlotta gummidraines lágy fémkutaszsal felkeressük s azután az ujj mentén vagy a gummidrainen át bevezetett vékony-finom fogóval megfogva,

kihúzzuk. Fémlövegekre, amelyeknek felkeresését igen megkönnyíti a Röntgen-asztalon (*Holzknicht*) való operálás, ugyanilyen óvatossággal kézi mágnes fémsarkát vezethetjük rá s ezzel húzhatjuk ki a golyót. Mindenesetre kíméletesebb eljárás, mint a természetben használt óriási mágnesek alkalmazása, amelyek valószínűleg kirántják az agyvelőből, nem ritkán sértetlen, nem fertőzött agyrészleteken át, a löveget, ami súlyos veszélyt jelenhet. Mindezek az eljárások azonban kellő felszerelést és megfelelő gyakorlatot igényelnek, úgy-hogy általános kezelési szabályként használatuk elő nem írható. A gyakorlatban a szűk bemenetű benrekedt lövésekre tehát továbbra is fentartandó a műteti tilalom.

e) A *roncsoló* koponyalövések sebészi jelentősége csekély, mert az esetek túlnyomó részében a halál szinte pillanatnyilag következik be s így ellátásukról voltaképpen alig lehet szó. Ilyen súlyos roncsolással járnak: 1. a nagy tüzéségi lövegek okozta *szakítások*, melyeknek legnagyobb fokát a fejnek a törzsről történt teljes letépése képviseli, amint azt főleg tengeri ütközetekben látták; 2. lövegnek *robbantó*, roncsoló hatása közlő történt, nagyerejű (gránátzilánk, puskagolyó) lövéseknél érvényesül, s az egész boltzatnak és agyvelőnek teljes pusztulásában nyilvánulhat; 3. a *Krönlein-féle* lövésnél az agyvelő sértetlen állapotban repül ki a teljesen szétroncsolt koponyatokból, s kerül kisebb-nagyobb távolba a hulla mellé. Keletkezésének feltételei (közlő, gyalogsági fegyverből eredő lövés, amelynek golyója a koponya alap felett repül át a koponyán) ritkán vannak adva, úgy-hogy maga a lövés is ritkán észlelhető.

2. A polgári koponyalövések.

A polgári életben előforduló fejlődések sokszínűségét nem annyira a lövés távolságának különböző volta, mint inkább a használt fegyvereknek és használat céljának változatossága okozza.

A lehetőségek közül felemlítendő: a) a *rendfentartására* hivatott állami közegek (rendőrség, katonaság, vámórság) kötelességük teljesítésére katonai fegyvereket használnak; a rendzavarások kapcsán ejtett fejlődések tehát azonosak a rövid távolságról ejtett háborús fejlődésekkel. b) *Gyilkosok* többnyire pisztolyt, sokszor régi ólomgolyós fegyvert használnak közvetlen közlő; ritkábbak a katonai vagy vadászfegyverrel nagyobb távolságból ejtett fejlődések. c) Az *öngyilkos* szándékból ejtett fejlődések legtöbbször a koponyára szorított pisztolyból, újabban a divatos acélköpenyes lövegekkel ellátott fegyverekből (Mauser, Browning, Steyr) származnak. Sebészi kezelést nem igényelnek, mert kivétel nélkül halálosak a fejlődések, ha az öngyilkos a fegyvert (esetleg puskát) a száján át sűti el, vagy ha a fegyver csövébe vizet, homokot önt. d) A véletlen *szerencsétlenségek* vagy pisztolyokkal, vagy vadászfegyverekkel, az utóbbiakból főleg sörétes löveggel történnek. Mindkét esetben vagy közlőből, vagy több lépésnyi távolból éri a lövés az áldozatot.

A lövések *klinikai képe* nem mutat lényegbeli eltéréseket a háborús sérülésektől. A *katonai fegyverek* okozta fejlődések igen ritkák, megfelelnek a háborús közlővéseknek s mint ilyenek túlnyomó részben halálosak, mert robbantó hatásúak. A *gyilkos* lövések csak akkor fejlődések, ha közvetlen közlőből történnek, mert a fej, mint aránylag kicsiny és körzeti célpont a lövésre nem alkalmas. Az ilyen közlő lövések azután csaknem azonosak az *öngyilkos* fejlődésekkel, amelyek a fegyver ereje szerint átütő vagy benrekedt lövések, többnyire nagyobb fokú roncsolással a belövés helyén; nem egyszer azonban robbantó lövések is, igen kiterjedt pusztí-

tással. A véletlen szerencsétlenség pisztollyal rendszeren közelből történik, míg a sörétes lövés több lépésről vagy nagyobb távolságból szokta érni (vadászat) a fejet; kivételt képez az, ha a söréttel töltött puska elesés közben, alulról, az állalatti táj felől éri a fejet. A koponyába sörét ilyenkor is aránylag ritkán kerül be, eltekintve az olyan szerencsétlen véletlentől, hogy a sörétszem a koponyatok valamely nyílásán (szemüreg) hatol be; nagyobb roncsolást azonban ilyenkor sem okoz.

A kezelés alapelvei azonosak a háborús fejlődésekkel kifejtettekkel azzal a megszorítással, hogy meglévén a lehetőség a sérültek korai ellátására, állandó ellenőrzésére, viszont csekélyebb lévén a fertőzés lehetősége, a műtéti beavatkozások korlátozása itt még szigorúbb. A lágyszövet- és csontsérülések elsődleges zárása, varrása jóval gyakrabban keresztülvihető, a nyílások tág feltárása, a benrekedt lövegek keresése még inkább kerülendő, mint a háborúban.

A felsorolt fejlődések tarka képét még változatosabbá teszik a lövés okozta *szövődmények*, amelyek már a lövés pillanatában csatlakozhatnak a szorosan vett lövés tüneteivel, vagy a gyógyulást zavarhatják meg, vagy annak bekövetkezése után maradhatnak meg zavaró hiányokként. A *pillanatnyi* szövődmények a lövésnek, mint mechanikus behatásnak a következményei az illetén behatások iránt felette érzékeny agyvelőn, ahol agyrázódás (*commotio*), agnyomás (*compressio*) és agyzúzódás (*contusio*) képeiben jelentkezhetnek. A *korai* szövődmények okozója kivétel nélkül a fertőzés, mely megtámadhatja a lágyszöveteket (orbáné, *phlegmone*) és a csontokat (*osteomyelitis*, *osteonekrosis*), éppúgy mint az agyburkokat (*meningitis serosa et purulenta*) és az agyállományt magát (*oedema*, *prolapsus*, *abscessus cerebri*, *enkephalitis*). A késői következmények közül a csontok hiánya (*defectus cranii*, *pneumokele*), az agyburkok savós tömlője (*cysta meningealis*) és az agyvelő elváltozásai (*abscessus chronicus cerebri*, *epilepsia*) a fontosabbak.

Schaffer Károly tanárt hívták meg az elme- és idegkórtani tanszékre.

Ismeretes, hogy Schaffer Károly tanár, akiben a pesti facultás a tragikusan elhunyt Moravcsik professzor legméltóbb utódát látta, ismételten szerényen elhárította magától a megtisztelő meghívást. A kiváló bűvár nem tudta magát elhatározni arra, hogy csendes, de oly világszerte elismert kutatásai melegségét, a neki „ad personam” szervezett agyszöveti intézetét elhagyja, bűvár-tevékenységét egy nagy klinika professori és adminisztratív, súlyos feladatai által korlátozza. A december 16-i kari ülés azonban oly egyhangúan, annyi melegséggel és elismeréssel intézte közvetlenül hozzá meghívását, hogy a professor megindult szavakban jelentette ki, hogy az irányában ilyen módon megnyilatkozó bizalom elől többé nem térhet ki, s a Facultás kívánságát teljesíteni kötelességül ismeri. Az egyhangú felterjesztés haladéktalanul ment fel a Tanács útján a Ministerhez jóváhagyás végett és így az üres tanszék betöltése mihamar remélhető egy oly férfival, kinek reátermettsége és érdemei előtt mindenki meghajlik.

Schaffer Károly született 1864 szeptember 7-én, Bécsben. 1888-ban orvosdoktor. *Laufenauer* tanár mellett mint tanársegéd, 1893-ban magántanárrá habilitáltatott, 1899-ben már mint a poliklinika és Erzsébet szegényházi kórház idegosztályának főorvosa, rendkívüli tanári címet kapott. 1912-ben pedig ny. rk. tanár lett s az agyszöveti intézet igazgatója. 1918 óta nyilvános rendes tanár; 1914 óta pedig a Magyar Tudományos Akadémia lev. tagja.

Munkássága az elme- és idegkórtan számos problémájára vetett világot. Dolgozatainak túlnyomó része az idegrendszer anatómiájának és kórszövettanának körébe vág; ezek úgy localisatiós és pályatani, mint finomabb szövettani kérdéseket tárgyalnak. 1901-ben „Anatomisch-klinische Vorträge aus dem Gebiete der Nervenpathologie” címen önálló kötetben foglalkozott a tabes és a paralysis progressiva kérdésével. Munkásságának legnagyobb szabású eredménye az öröklődő idegbajok egységes kórszöveti jellemzése. Ezekre vonatkozó vizsgálatait a családi vakságos idiotaság, merevgöröcsös bénulás, kisagyi ataxia és Pelizaeus-féle betegség esetein végezte s ezekkel tisztázta a másik nagy magyar ideggyógyos, *Jendrassik Ernő* által klinikailag egységesnek felismert betegségcsoport: a heredo-degeneratív idegbántalmak kórszövettanát. Ezirányú vizsgálatainak végső eredményeit, mint hivatalos referátumot, előterjesztette a német ideggyógyosok idei innsbrucki kongresszusán, s felfogásának nagy körvonalait rajzolta a magyar orvosi közönség előtt is nemrég tartott Balassa-előadásában.* Egyéb önálló vizsgálatait az intrahypnotikus reflexcontracturákra, az Ammon-szarv szövettani szerkezetére, a csüllóagy anatómiájára, az agyvelő barázdálódására, a bővérzés és az associált szemmozgások kérgi localisatiójára, a középponti látópálya lefutására, az idegsejt kóros elváltozásaira, a lyssa és a tabes kórszövettanára, az ép és a kóros neuralgiára, a gerincvelő hátulsó gyökereinek lefutására, a pseudobulbaris hűdésre, a mikrogyriára vonatkoznak. Intézetét abban az időben szervezte, amidőn a régi Magyarországnak módjában volt tudományos kutató-intézeteket felállítani, amelyek nem annyira a felső szakoktatás, mint inkább az önálló tudományos búvárkodás céljait szolgálják. Ennek az intézetnek „Hirnpathologische Beiträge” című közleménysorozatából immár negyedik kötetje jelenik meg. Magyar szempontból is említésre méltó, hogy nemrég megjelent akadémiai értekezésével lezárta azt a vitát, amelyet jeles történész-publicistánk, *Grünwald Béla* munkája gróf Széchenyi István idegéletének értékelésére vonatkozóan megindított, kimutatván, hogy Széchenyi leszármazásilag terhelt lehetett ugyan, finomult, sensibilibisebb idegrendszerrel is bírt, de az, hogy kifejezett melancholiával elborult elméjű lett volna, — kizártnak tekinthető. Szélesebb orvosi körök előtt gyakran szerepelt összefoglaló közleményeivel, melyek hosszú sorából említendőek a lyssáról és tabesről írt cikkei, a Lewandovszky-féle kézikönyvben s a hűdéses elmezavarrról és a sokfoltú keményedéstről írott magyarnyelvű közleményei.

Schaffer Károly megnyerése nagy nyereség a budapesti Pázmány Péter-tudományegyetemnek, s orvosi karának tekintélyét kifelé is öregbíteni fogja. Vele közelebb jön ez a fontos tanszék a gyakorló orvosképzés igényeihez is, s a mindennapi életben gyakrabban szükséges neurologia elfoglalja megillető túlsúlyát a specialisabb elmekórtani tudás mellett orvosképzésünkben. Örömmel üdvözljük e meghívást és a meghívottat, és sok szepet és jót várunk tőle. Sz.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Néhány megfigyelés a nyaki bordákról. *Léri*. (La Presse Médicale 1924, 88. sz., 857. o.)

A szerző a bordák fejlődésének tanulmányozása révén olyan anatómiai változatokat figyelt meg a Röntgen-felvételeken, melyeknek segítségével logikusabb alapra tudja helyezni a nyaki bordák anatómiai és klinikai osztályozását. Részletesen ismerteti a bordák fejlődéstani viszonyait s azoknak a csigolya harántnyújtványához és a csigolyatesthez való viszonyát, valamint a nyaki bordáknak a fejlődéstani ismerete révén könnyen értelmezhető sokféle változatát. Anatómiai és radiographiai alapon a nyaki bordáknak következő főcsoportjai különböztethetők meg: 1. A processus transversus egyszerű hypertrophiái, melyek különösen annak elülső gyökerére vonatkoznak. 2. Az ú. n. „capitularis” nyaki bordák, melyek csak a borda fejéből és nyakából állanak, s keletkezésük oka az, hogy az embrionalis borda nem csatlakozott mint elülső gyökér a csigolya harántnyújtványához; ezek többnyire rövidek és nem

* Orvosi Hetilap 1924, 734. oldal.

haladják meg a hypertrophiás harántnyújtvány méreteit. 3. Az ú. n. „tubercularis” nyaki bordák, melyek a borda testéből és tuberositásból állanak; okuk az, hogy az embrionalis borda primitív része nem szívódott fel. Ezek nem a csigolyatesttel, hanem a harántnyújtványal alkotnak ízületet, tehát mint hosszabb nyaki bordák jelentkeznek. 4. Az ú. n. vegyes alakok, melyek mind a capitularis, mind pedig a tubercularis részből állanak; ugyancsak hosszúak, de a fej néha mint „os capitulare” különálló marad. Klinikai szempontból a nyaki bordák rövidekre és hosszúakra oszthatók: előbbiekhöz tartozik a processus transversus hypertrophiája és a capitularis typus, míg az utóbbiakhoz a tubercularis és a teljes bordának megfelelő vegyes alakok. A nyaki bordának a plexuságakhoz való és részletesebben ismertetett anatómiai viszonyaiból következik, hogy a rövidebbek többnyire a plexus alsó ágainak (VII—VIII. nyaki és I. háti gyökér) megfelelően okoznak izgalmi, illetve kiesési tüneteket, míg a hosszabb nyaki bordák vagy csak a felső plexuságaknak megfelelő Duchenne-Erb-izom-csoportban, vagy az egész plexus területén vezetnek idegrendszeri tünetekhez. Megfigyelései szerint ez a gyakorlati megkülönböztetés az esetek túlnyomó részében helytálló, eltérések tőle mindazonáltal előfordulhatnak, amennyiben pl. nagyon szorosan egymás mellett haladó plexuságak „en bloc” komprimálhatók, vagy mert a bordán túlterjedő és röntgenzéssel ki nem mutatható porcos vagy rostos szalag okozhat bizonyos tüneteket, vagy pedig reflexes úton a komprimálttól távolabb eső területeken jelentkezhetnek zavarok. Műtéti beavatkozásra leginkább a súlyosabb tüneteket okozó hosszabb bordák adhatnak alkalmat; megfigyeléseit a műtét szempontjaiból azért tartja fontosnak, mert ha a borda feje és nyaka annak testétől külön maradt, úgy elég lehet csak a bordatest kivétele és elkerülhető éppen a műtét legveszedelmesebb része: a fejnek és nyaknak az eltávolítása.

Pákozdy dr.

Az ép és kóros szív hátsó határvonala Röntgenképen és a bal pitvar tágulása által a trachea- és bronchus-elágazódásokon okozott elváltozások. Gäbert. (Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen 32. k., 3—4. f.)

Ha a szív hátsó felületét homlokirányú síkban vizsgáljuk, akkor a határvonalat a hátrafelé domború bal pitvar alkotja, mely alul a vena cava inferior vonalába folytatódik. A bal kamra szerepe a hátsó határvonal képzésében alárendelt jelentőségű. Egyes esetekben — főleg ha nagyobb mértékben és izoláltan nagyobodik meg — a pitvar és vena között kis darabon látható. A bal pitvar tágulásának mértéke: a hátsó mediastinum beszűkülésének foka, a hátsó szívkontúr előbótosulása, az oesophagus helyzetváltozása, a főbronchusok összenyomása, illetőleg az elágazódás szögének megnagyobbodása. A szív hátsó határvonalát legtisztábban akkor látjuk, ha mély lélegzés közben vizsgálunk. A szív lüktetésének megfigyelése útján a hátsó mediastinumban a kamrát a pitvartól csak nagyon ritkán tudjuk elkülöníteni.

Erdélyi József dr.

Sebészet.

Drótnyújtás a vállövön. Block. (Klin. Wochenschrift 1923, 44. sz., 2036 oldal.)

Új, nyújtásos módszert dolgozott ki idült vállficam és eltolódott felkartörések kezelésére, mely szerint közvetlenül a kulcsont vége mellett, nyílirányban, előlről hátra átfúrja az akromiont, s a fúróval körülbelül 1 mm vastag acéldrótot húz át rajta, amit szétfeszít, hogy a lágyrészeket ne sértse. Ellennyújtást a felkar alsó epiphysisén diacondylarisan vezetett dróttal ugyanilyen módon készíti s a két pontot nyújtókészülékkel alkalmas módon széthúzza.

Szombati.

A nem esontosan gyógyult combnyaktörés műtéti kezelése. O. Hildebrandt. (Zentralbl. f. Chirurgie 1924, III.)

A panaszokat (fájdalom, sántítás) megterhelés-kor a distalis csont elmozdulása okozza; a fejec eltávolítása a fájdalmat megszünteti, de a bizonytalan, sántító járást nem, mert a nyak csontja nem tud meg támaszkodni az acetabulumon, hanem a medencecsonton csúszkál. Lehetővé teszi a csont biztos megtámaszkodását a következő módon. A nagy tempor belső oldalából éket vág ki oly módon, hogy annak egyik oldala a nagy tempor belső szélének, másik oldala pedig a combnyak csontjának a folytatásába essék. Így a combnyak csontját meghosszabbítja. Műtét után rögzítés abductió gipszkötésben.

Végleges eredmény combcsont-epiphyseolysis esetében klinikai és röntgenológiai megfigyelések alapján. M. Kappis. (Zentralbl. f. Chirurgie 1924, III.)

8 esetben, melyekben a kezelés alatt a betegeknek ismételt alkalmazott röntgenológiai ellenőrzést, a következőket tapasztalta: 6 esetben a működés 2—14 év után majdnem, vagy teljesen kifogástalan, 2 esetben a csípőizület merev volt; e két eset közül egyik a sérülés után 4 hónappal került kezelés alá. A Röntgen-vizsgálat szerint a bonctani gyógyulás 1 eset kivételével igen rossz. Feltűnő, hogy a röntgenológiai lelet mennyire hasonlít a Perthes által leírt osteochondritis deformans coxae juvenilis gyógyult alakjaira. Szerző eseteiben előfordult a Perthes által leírt golyószerű, gombaszerű és henger alakú eltorzulása a fejecnek. Szerző ezt úgy magyarázza, hogy a Perthes-féle betegségnél a fejec eltorzulásának az oka a csontállomány elhalása; az epiphyseolysisnél is elhal a fejec, vagy ennek egy része, amint ezt ő egy operált esetben látta és szövettani vizsgálattal is megerősítette. Epiphyseolysisnél állületképzést, miként ez a combnyaktörésnél oly gyakran előfordul, egyszer sem látott.

A törésekről. Meringes. (Zentralbl. f. Chirurgie, 1924, III.)

Egy eset kapcsán vizsgálatokat végzett hullán arra nézve, hogy a lágyrészek (bőr, fascia, izom) rugalmas összehúzódása milyen hatással van a törvégek eltolódására. Ezen vizsgálatai alapján háromszor végzett az adductorokon kiterjedt izomátmetszést, a biceps semimembranosus és semitendinosuson pedig inátmetszést. Három esetben ezen átmetszéseken kívül a bőrt és fasciát körkörösén átvágta. A törvégek repositója ezek után könnyen volt végezhető, az átmetszések az izmok későbbi működését nem befolyásolták károsan.

Janovics.

Szemészet.

A sympathiás szemgyulladásról. C. Thier. (Arch. f. Augenheilk. 1924 okt.)

A phthisis bulbi következtében tönkrement esonkon szerző a prothesis viselését veszedelmesnek tartja sympathiás szemgyulladás szempontjából. Nézetének igazolása végett egy esetet ismertet, amidőn conjunctivitis diphtherica következtében phthisikus bulbuson a beteg 7 éven keresztül viselte a prothesist, ami végül is a másik szem sympathiás iridocyclitist váltotta ki, amely a phthisikus csont eltávolításával megszűnt. A kórismét a kórszövet-tani vizsgálat igazolta. A gyulladás késői jelentkezését azáltal magyarázza, hogy a sympathiás gyulladás akkor keletkezett, amikor a prothesis a cornea hámszéljének elrönsolása után a trigeminus-idegvégződéseket direkt izgatta. Másik esete a sympathiás gyulladás therapiájának szokatlan módosítása. A limbusban áthatoló sérülés mindkét szemben a sympathiás iridocyclitis megszokott képét váltotta ki. A szokásos helyi és általános therapia meddősege arra készítette, hogy a sérült sympathizáló szemem három, illetőleg négy ízben műtétet hajtson végre, ami a sebbe benőtt irisszárak kiszabadításából és a sebajkak cauterizálásából állott. A gyulladás változó intenzitással meg-megújult, míg nem az utolsó műtét után mindkét szem megbékült. Minden esetben ajánlja a műtéti beavatkozást, amidőn a gyulladást előidéző ok sebészileg nyilvánvalóan kiküszöbölhető.

Licskó dr.

A sérüléses enophthalmus műtéti kezeléséről. Seefelder R. (Archiv f. Augenheilk. 1924 okt.)

A jobb szemtájék tehénzarvval való sérülése után betegnél kiskokú ptosis és 7 mm mély enophthalmus keletkezett, amelyet Darier módszere szerint, mind a négy egyenes szemizom leválasztásával operált. Az eredmény még három hónap múlva is igen kielégítő, alig észrevehető 2 mm mély enophthalmus. Esetében érdekes, hogy mind a négy egyenes izom tenotomiája ellenére a binocularis látás megmaradt.

Licskó dr.

Chinaalkaloidák a szaruhártya érzéstelenítésére. Wegner. (Archiv f. Augenheilk. 1924 okt.)

Morgenroth és Ginsbernek nyulak corneáján különféle chinaalkaloidakkal hosszabb-rövidebb ideig tartó érzéstelenítést sikerült elérnie. Szerző a kísérleteket emberről folytatta és azt találta, hogy az isopropylhydrocuprein 0.2%-os oldata ugyan elég tűrhető érzéstelenítést okoz, azonban a velejáráó vérbőség, fájdalom miatt nem alkalmazható. Ugyanez áll az eucupinkenésre is. Legjobb hatást 0.125%-os eucupinum basicum-oldattól látott, amely mélyreható anaes-

thesiát idézett elő. Ennek azonban 0-15%-os oldata már kártékony a szaruhártyára. Alkalmazhatóságát olyan esetekben látja, amidőn a betegnél cocain idiosyncrasia van jelen.

Licskó dr.

Amoeba-dysenteria okozta amblyopia gyógyulása. *Ferguson.* (British Journal of Ophth. 1924 okt.)

53 éves betege Szudánban malaria és dysenteria-val betegedett meg. Látásélessége 6/60, mindkét látóidegfő annyira halvány, hogy atrophiát tételezett fel. Az ürülék bakteriologiai vizsgálata pozitív volt, naponta 1 g emetin subcutan injectiókat alkalmazott, a beteg meggyógyult és visszanyerte 6/5 látásélességét.

Licskó dr.

Hálygműtétek utáni lencsetok meghasításának módosítása. *Lang.* (British Journal of Ophthalm.)

Szerző minden hálygműtét után még azon esetekben is, midőn a visszamaradt hátsó lencsetok teljesen áttetsző, a műtétet követő tíz-tizenkötödik napon a bentmaradt tokot tüvel meghasítja. Ezen discissio indokál az, hogy a visszamaradt lencsetok, ha még oly átlátszó is, a műtét után 5-6 esztendővel elszűrülhet és a látást megrontja. Ha még kéregrészek is maradtak vissza a mellő csarnokban, akkor nem hasítja meg a hátsó tokot, hanem előbb felbolygatja a discissió tüvel a maradékokat és csak azok teljes felszívódása után végzi a discissiót, amelyre a *Bowman-féle* tűt használja és nem direkte szúrja át a corneát, hanem e tűt subconjunctivalisan vezet néhány milliméterrel a limbus előtt, hogy az esetleges infectiót megakadályozza.

Licskó dr.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület dec. 20-i XC. rendes közgyűlése.

1. **Buday Kálmán elnöki megnyitója.** Igen tisztelt Közgyűlés! Újabb rendelkezések szerint Egyesületünk évi beszámolóját a polgári év közepén, május havában tartjuk; mai közgyűlésünk fő tárgya tulajdonképpen csak a tagválasztás lenne. Mégsem lehet az 1924. év közeli beveződése felett szólanul elsiklanunk s keresnünk kell, hogy Egyesületünk s a magyar orvosi tudományos élet szempontjából mit jelentett a lefolyt esztendő. Annnyira szerve része vagyunk a nagy nemzeti organismusnak, hogy közállapotainknak már 10 év óta tartó súlyos válságát, annak minden újabb fejleményét mi is élénken érezzük. Ha ezt a válságot valamely nagy betegséghez hasonlítjuk, akkor most ennek a betegségnek olyan gyógyulási időszakához értünk, amikor a nagy veszteségeket és megrázkódtatásokat a szervezet részben kiheverte ugyan, de eközben erőt nagyon tetemesen lehanyatlottak. Túl vagyunk a háborús vérvesztéseken, a kommunismus deliriumán, a gazdasági lehanyatlás lázas rohamain s most az inanitiós állapot egy nemébe jutottunk, amelyet még elősegít az, hogy két évre szóló koplaló kúrát hajtunk végre magunkon. A sovány esztendők közepén vagyunk; az állam az egyetemi intézetek tudományos általányát a békebelinek egytizedére szállította le, holott a tudományos dolgozásnak majdnem minden kelléke és eszköze a békebeli árra átszámítva is jóval többe kerül, mint a háború előtt. Ilyenformán tengődésre vagyunk kárhoztatva, s keveset segít az, hogy az elméleti intézetek a hallgatóikra, a klinikák és kórházak a betegeikre hárítják át a fenntartási költségeket. Egyedül azzal vigasztalhatjuk magunkat, hogy azon az áron, amelyet a normalis gazdasági helyzet visszaállításáért fizetnünk kell, talán mégis közelebb jutottunk a komoly munka megbecsüléséhez (ideszámítva nemcsak a tudományos, hanem a gyakorlóorvosi munkának értékelését is), s talán azok, akik idealisan dolgoznak és lelkiismeretes kiképzésre törekednek, mégsem lesznek ezen túl olyan nagy anyagi hátrányokban azokkal szemben, akik tisztán az árhullámzásokra alapították boldogulásukat. Vigasztaljuk magunkat azzal is, hogy az éhezés éveit letelnek, s akkor az új tápláló források megnyíltával megszűnik a passív sorvadás állapota is, amelyben ma vagyunk. A tudományos téren dolgozó fiatal orvosi nemzedéknek két oldalról is nyújtanak segítő kezet. Az egyik a mi Tudománytmentő Bizottságunk és egy magát meg nem nevező maeenás, akik nagy áldozatkészséggel és gyakorlati érzéssel igyekeznek ott adni buzdítást és anyagi támogatást, ahol attól leginkább eredményt várnak. A másik segítő kéz az amerikai Rockefeller-alapítvány, amely már sok

törekvő magyar orvosnak adott módot arra, hogy magát legalább egy éven át az amerikai Egyesült-Államok tudományos intézeteiben, minden anyagi gondtól menten, képezze. Megbecsülhetetlen az a haszon, amely ebből reánk nézve származik; összeköttetést kaptunk a világnak most szinte leghatalmasabb kultúrnemzetével, megismertük annak gondolatvilágát, az ott dívó tudományos bűvarkodást, amely gyakorlatiasabb iránya által az európai nemzetektől eltér ugyan, de különösen az újabb időben az abszolút tudományos siker terén is bámulatos erővel tör előre. Hogy a tudományos dolgozás felsorolt nagy nehézségei Egyesületünkre is kihatással vannak, az természetes, mert hiszen régi szokás szerint főképpen Egyesületünkben szokták bemutatni munkájuk gyümölcseit azok, akik Magyarországon az orvostudományok fejlesztésén buzgólkodnak. Cseppet sem lehetne csodálkozni, ha eredményeik a békebeliek mögött maradnak. Pedig sok jel vall arra, hogy a pangás éveit után jobb fordulat előtt állunk. Nemcsak Egyesületünk működik normalis keretek közt s van ellátva hosszú időre bejelentett felolvasásokkal, hanem egyéb társesületekben is élénk tudományos élet folyik; a sebészek, elmeorvosok, tuberculosissal foglalkozó orvosok s a balneologusok nagy részét mellett tartották meg kongresszusukat, illetőleg országos értekezleteiket. Nem fejezhetem be rövid reflexióimat anélkül, hogy ne emlékeznék meg pár szóval azokról a férfiakról, akiket Igazgató Tanácsunk a közgyűlésnek tiszteleti tagságra hoz javaslatba. *Báró Kétyl Károly, Dollinger Gyula és Tauffer Vilmos* érdemeit nem kell hosszasan felsorolnom, mindnyájan úgy tiszteljük őket, mint a magyar orvosi oktatásnak, tudományosságának és az orvostársadalmi mozgalmaknak vezérlő alakjait; nevük szorososan egybe van forrva Egyesületünkkel is, amelynek a háború előtti fénykorában, éppen az Egyesület házának megszerzése és kibővítése idején buzgó elnökei voltak. *Báró Kétyl Károly* Egyesületünknek nestora, *Dollinger Gyula* és *Tauffer Vilmos* 50 év előtt nyerték el az orvosdoktori fokot. A gondviselés mindhármukat megáldotta tehetséggel, munkabírással, amelyet megengedte, hogy korukhoz képest csodálatosan megőrizték testi-lelki frissességüket. A tiszteleti taggy választással Egyesületünk csak halálját nyilvánítja velük szemben, bizonyosságot tesz arról, hogy meg tudja becsülni azokat a szolgálatokat, amelyeket ők az Egyesületnek tettek. 90. közgyűlésünket ezzel megnyitottnak nyilvánítom.

Elnök bejelenti, hogy a Tauszk Ferenc-jutalomdíjat a jelölőbizottság *György Tibornak* ítélte oda, aki orvostörténelmi előadássorozatával az orvostársadalom legnagyobb figyelmét és érdeklődését keltette fel.

A közgyűlés a rendes tagsági díjat az 1925. évre 300.000 koronában állapította meg. Egyetemi theoretikus tanáregedek, theoretikus és klinikai gyakornokok, kórházi al- és segédorvosok, katonai és tisztviselőorvosok, akik magángyakorlatot nem folytatnak, 150.000 koronát fizetnek, ha azt 1925 január végéig kérelmezik. Beirataási díj 150.000 korona, alapítói tagdíj 3.000.000 korona.

A közgyűlés tiszteletbeli tagnak megválasztotta: *báró Kétyl Károlyt, Dollinger Gyulát és Tauffer Vilmost*; külföldi levelező tagnak: *Pearce dr.-t* (NewYork) és *G. Eversolet dr.-t* (Paris), felvett 39 új rendes tagot.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület december 20-i ülése.

Elnök: Horváth Mihály.

Jegyző: Rosenthal Jenő.

Bemutatás.

1. **Tóth István: Uterus bicornis terhessége, a nem terhes fél mint szülési akadály; császármetszés.** 30 éves először terhes nőnél a méh mellett a medencébe beekelt képletet talált, diagnosisa cervicalis myoma, vagy kétszarvú méh. A 8. hónap végén elfolyik a magzatvíz, fájások kelnek, a két ujra tág méhszájban lábujjak tapinthatók. Az ökölyre megnagyobbodott daganat a medencéből narkosisban sem emelhető ki. Császármetszés, élő 2100 g-os magzat. A jelzett daganat a beszorult nem terhes méhfélnek bizonyul. Láztalan gyógyulás. Gyermek jól fejlődik.

2. **Kiviselt tubouterinalis terhesség, a szülés kezdetén méhrepedés.** 6 hónapos terhességével látja az először terhes nőt, jobb oldalán fájdalomról panaszkodik. 8-10 nappal túlfordott terhességével, renyhe fájá-

sokkal jelentkezik a szülészobán. Koponyafekvés, bőven újjnyi méhszáj, álló burok, jó szívhangok, normalis T, 84 P. Pár órai renyhe vajadás után lassan fokozódó rosszullet, majd hirtelen collapsus, anaemia, dyspnoe, nagy meteorismus. Bemutató 140-es, hitvány pulzussal látja. A méh balra helyezve, a jobb hasfélben puffadt belek, szívhang nincs, a bőven újjnyi méhszájon át apró rész, kéz tapintható. A lumbaltáják tompultak, punctióra vér nem ürül. Teljesen bizonytalan diagnózis. Laparotomia: hasürben 1/2 liter híg vér, de sok véralvadék, a medencéből kiemelkedő képletből térd és láb lóg ki a szabad hasürbe; a halott magzatot kihúzzák (4100 g). A magzatot rejtő képlet a fundusán harántul átrepedt méh. Magas amputatio. Mindez narokosis nélkül, pulzus nélküli betegen. Nagy küzdelem az anaemiával, a fiatal szervezet győz s egyetlen 38.5 C^o T-t leszámítva gyógyul. A kivett méh gondos megvizsgálása kideríti, hogy a placenta csak kis részével tapad a méhfalon, legnagyobb része a kürt interstitialis, sőt isthmusos részében ül, míg a magzat a méhürben fejlődött ki, de felhasználta a kürt jelzett részeit is. Mindkét esetet részletesen közölni fogja.

Előadás.

1. Pándy Kálmán: *Az alkoholkérdés orvosi vonatkozásban.* Új, orvosi renaissance előtt állunk, ez az alkoholra vonatkozó, a középkorból megmaradt ismereteinket is átalakítja. Az alkohol nemcsak az egész embert teszi mámorossá, hanem a test minden sejtjét elbódítja. Az alkoholos folyadéktól körülvett sejtek nehezkiesen, rosszul tudnak élni, nem tudnak ellenállni a napsugárnak — napszúrás-alkoholos pellagra — nem tudnak ellenállani más mérgeknek — alkoholos intoxikáció —, sem a fertőző betegségeknek. A szeszszel élő embernek nehezebben, lassabban, rosszabban gyógyul a sebe, az ilyen gyermek lassabban nő, az alkohollal élő ember mindenféle betegségből nehezebben gyógyul, mindenféle fertőző betegséget könnyebben és veszedelmesebben kap meg. Az alkohol mámorosítja a szív sejtjeit, csökkenti a szív erejét, cardiacumokkal, hidegvizes borogatással biztosan pótolható. Az alkohol árt a gyomornak, árt a veséknek, árt az ereknek, az alkohol diabéteszt csinál, az alkohol még csak sedativumnak, narcotikumnak sem jó, mert nyugtalan bódulatot csinál. Az alkohol népbetegségekre vezet, mint megszokásra készítő mérge és mint a szegénységnek, esztelenségnek, meg gondolatlanságnak is legfőbb oka. A tüdővészben való elhalálozás lépést tart a szeszfogyasztással — nálunk a Bácskában és Baranyában —, az ország két legmulatósabb vidékén hal meg a legtöbb tüdővészese ember. Az alkohol legjobb melegágya a másik népbetegségnek, a syphilsnek és a harmadiknak, a gyermekhalálozásnak. Kiváló tudósok már évek óta teljesen elhagyták az alkoholt mint orvosságnak a rendelését, az amerikai orvosok 70–80%-a ellene nyilatkozott, az amerikai gyógyszerkönyvből is kihagyták, sőt egyes államok törvényesen is eltiltották, hogy az orvosok rendeljék. A középkorban úgy hívták az alkoholt „aqua vitae” — az orvosi és szociális tudás haladása kiderítette, hogy ez téves, az alkohol igazi neve „aqua mortis”.

Földes Lajos: Csodálatos, hogy a három népbetegség elleni küzdelemben (tbc, venerea s alkoholizmus), éppen az alkoholelleniben vesznek legkevesebb részt az orvosok, pedig hovatovább rá leszünk kényszerítve — a nagy világmozgalmak által. Rámutat különösen a közönségben elterjedt tévhitre, hogy az alkohol tápszer, mely ellen az orvosoknak minden körülmények között küzdeni kell. Kiemeli az alkohol kifejezett fajrontó hatását, melyet állatkísérletek (*Blum Agnes, Stockard etc.*) a legfényesebben bebizonyítanak, azért újból kéri a kollégákat, hogy foglalkozzanak az alkoholkérdés tudományos vonatkozásaival.

Juba Adolf: Két megjegyzést tesz. Első ízben felhossa az *Arndt-Schultz*-féle törvényt, mely szerint minden inger kis mennyiségben a sejteket élesíti és csak nagy adagokban bénít. Másodszor felhossa *Pearl* baltimorei egyetemj tanár statisztikáját, mely szerint tovább élnek a mérsékelten ivók, legtovább pedig a rendszeresen, mérsékelten ivók (1/2–1 liter bor, vagy néhány pohár whisky szórával). Érteni lehet, mert ahhoz, hogy valaki mindig mérsékelten igyék, nagy lelki erő kell és mert mentesít pl. rossz víz fertőzésétől. Amely barátja az alkoholizmus elleni küzdelemnek, és amennyire ellensége a szeszadásnak gyermekek számára, épp annyira nem tudja elítélni a kismennyiségben való

fogyasztását. Erre kell nevelni embereinket és ezzel több eredményt fogunk elérni, mint a politikával. Visszaélni semmiféle méreggel nem szabad.

Friedrich Vilmos: Kiemeli, hogy helyes annak hirdetése, hogy 1. az alkohol nem tápszer, hogy 2. annak alig van tápértéke, hogy 3. az csak élvezeti szer, de hogy 4. az kis mértékben felnőtteknél használva főleg egyes kóralakoknál mint excitans károkat a szervezetben nem okoz. Előadó által felhozott statisztikára, mely szerint azon pneumoniásoknál, akik alkohollal kezelve lettek, a kór lefolyása súlyosabb s halálozásuk nagyobb volt, az a megjegyzése, hogy e statisztika csakis akkor érne valamit, ha az ugyanazon en- vagy epidemiára vonatkoznék, mert a pneumonia súlyossága s lefolyása a genius epidemicustól függő, van sok enyhe s sok halállal végződő járvány. Évek előtt felhívta a figyelmet arra, hogy a 25–30 év közötti munkásoknál már kimutathatók az arteriosclerosis jelei, főleg azoknál, kik nehéz fémekkel — ólom, arsen, higany, réz — dolgoztak, s kik erősen éltek, illetőleg visszaéltek az alkohollal. Emé megfigyelés, hogy az alkohollal való mértéktelen élés a kór korai elősegítéséhez hozzájárul, megerősítést nyert a háború alatt, midőn ugyanis a alkoholfogyasztás kisebb volt, e szám csökkent, míg háború után s jelenleg, midőn a munkások egy része újból erős koncentrációs nagyobb mennyiségű alkoholt fogyaszt, e szám növekedőnek látszik. A benzol és vegyületeivel dolgozóknál — főleg gyermekeknél s asszonyoknál — igen súlyos ipari megbetegedéseket látott háborúban (töltény- s vegyigyári munkásoknál), anélkül, hogy azok alkoholt fogyasztottak volna, lehetséges azonban, hogy alkohollal visszaélve, ezen mérgezés előbb állott volna be.

Hajós Lajos: Az alkoholelles propaganda túlzásának káros hatásáról számol be, amely az orvos azon törekvését, hogy specialis esetben, mikor az alkoholi betegségek okozóinak vagy egészségrontónak találta és ez ellen a betegséget gyógyító rendeléssel akarja ellátni, ezek a propagandás túlzások a beteget gyanakóvá teszik: azt a benyomást keltik benne, hogy egy utópias eszméért hevülő misszió akar belőlük prozelitát csinálni, nem pedig az ő egyéni gyógyulásáról van szó.

Mutschbacher Tivadar: Sebészi szempontból reflektál az előadó állítására, hogy az alkohol nem excitans. Párhuzamot von az alkohol hatása és az aether-narokosis között. A sebgyógyulásra való befolyást a kisfokú alkoholelvezetnél nem lehetett találni. A mohamedán katonáknál észlelhető jobb sebgyógyulás az egyszerűbb életmód és edzettebb constitutio következménye. A gyermekkor óta meztláb járó magyar parasztfü sebe éppen olyan jól gyógyult, mint az abstinent mohamedáné. Az alkohol elleni küzdelem jogosult, mint gazdasági és morális küzdelem a népnymor ellen.

Pándy Kálmán: *Mayora*, a legkiválóbb amerikai sebészre hivatkozik, aki azt mondta, hogy az alkohol rossz orvosság és az orvosi tudomány már áll azon a fokon, hogy erre a rossz orvosságra szüksége nincs. Az Amerikába Európából átszivárgó milliárdokat a szesztilalom révén takarították meg és nálunk ezen a réven milliárdokat veszítenek el. Minden órában egymilliárd koronába kerül az a szesz, amit Magyarország elfogyaszt s amiből lakóházat, közegészséget és erős országot lehetne felépíteni.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elméleti és idegkörtani szakosztályának dec. 15-i ülése.

Elnök: Ranschburg Pál.

Jegyző: Büchler Pál.

1. Sarbó Artúr: *Újabb pathológiai adatok a rubralis ataxiához.* Egy bemutott betegén hiptokinesis és ataxia fellépéséből a vörös mag tájékának bántalmára következtetett. A szövettani vizsgálat feltévést igazolta. Diagnostikai tételként állítja fel, hogy térszűkítő agyi folyamatokban, ha az I. vagy II. koponyagödrben játszódnak le, a nyomás előrehaladtával hiptokinesis és fokozódásával ataxia fejlődik a vörös-mag-rendszer működési hiányából. Hátsó koponyagödr daganatoknál hiányzik a kezdeti hiptokinesis, de utólag jelentkezik, ha a daganat a pons felé nyomul. Azt hiszi, hogy ez azért van, mert a nyomás csupán a foramen magnum irányában hathat, mit a processus clineideus ellapult volta is igazol.

Richter Hugó: A nucleus ruber két sejtszert foglalt magában, melyeknek különböző a rostoztatni összefüggésük. A phylogenetikailag régi sejtszert a kisagyhoz tartozó motoros sejteket foglalja magában s kiterjedésben mögötte marad a fejlődésileg fiatalabb vörös magnak (nucleus parvicellularis), mely a thalamus opt. útján főleg a kéreggel áll összeköttetésben. Kérdezi, hogy a sejtelváltozások melyik csoportból származnak.

Schaffer Károly: A készítményeket átvizsgálta: az idegsejtek kóros elváltozásai csupán két helyen: 1. a homloklebenynek daganatkörülí részében és 2. a két vörös magban voltak feltalálhatók. Ez alapon az elváltozások nem mondhatók jelentőségnélkülieknek és miután a frontalis daganat elhelyezkedése olyan volt, hogy mindkét vörös mag szenvedhetett a nyomás folytán, az itt talált elváltozásokat a kóros tünetek magyarázatában értékesíteni lehet.

Büchler Pál szintén észlelt frontoparietális tumort, mely hátra- és balradóléssel járt, tehát kétségtelen ataxiával.

Sarbó Artúr: Lokalizálni a klinikai jelenséget nem mindig lehet. A tünetek egymásutánja s a kísérő jelenségek döntik el az eredetet. Ma még nem dönthető el, hogy melyik sejtcsoport játszik a statikai egyensúlyozásban döntő szerepet.

2. Schuster Gyula: *Egy nagygyvi dermoid okozta pathoarchitektoniás elváltozásokról.* Bal homloklebenyi, a jobb homloklebenyt összenyomó daganat (dermoid) klinikai tüneteket alig okozott. A jobb homloklebeny ganglionsejtjei atrophiasak, a Virchow-Robin-ürök tágak, a bal homloklebeny rétegzettsége eltűnt, durva gliahálózat az I. sejtregben, s a kéregben, a kéreg alatt gömbsejtes infiltratio. A nyomás a III., IV., V. rétegek elváltozását, az I., II., VI., VII. rétegek nekrosizát okozta. Mindkét homloklebeny betegségében is a szellemi és motoros apparatus ép lehet.

Donáth: Egy esetében beteg a tanult szerb nyelvet felejtette el, míg magyar anyanyelvét nem; cigányzenész az összes zeneszámot, egy praeludium kivételével. A kóros tünetek visszafejlődésével az emlékezés zavar is megszűnt.

3. Keller Kálmán: *Kisagyvelői tünetek gócos nagyagyvelői megbetegedésekben.* A bal motoros kéregmező daganata miatt operált esetben először a jobb, majd átmenetileg a bal oldalon jelentkezett adiadochokinesis. Ugyanilyen tünet volt hasonló baloldali agydaganat, valamint két lueses hemiplegia esetében ép oldalon. A kisagyvelő működése hibátlan volt. A tünet az apraxiával azonos feltételek mellett jelentkezett. Számolni kell ezek alapján azzal a lehetőséggel, hogy az adiadochokinesisnek kisagyvelői alakján kívül apraxiás alakja is van, melyet a nagyagyvelő kérgének elváltozása okoz. Az apraxiás jellegű adiadochokinesis fokozott agynyomás nélkül járó kezdeti gócos elváltozások esetén körjelzési fontosságú. Az adiadochokinesis kisagyvelői alakja fenntartható.

Schaffer Károly: Corticalis laesio esetén félrevezető adiadochokinesisről szólni, hanem az előadó által hangsúlyozott eupraxia zavaráról, dyspraxiáról. Az adiadochokinesis cerebellaris, az eupraxia corticocerebralis jelenség, a kettőt tanácsos elkülöníteni. Kérdezi, tekintettel a frontalis laesióra, Bárány-féle félremutatás volt-e jelen?

Donáth Gyula: Nagyagyvelői betegségekben cerebellaris tünetek a frontalis ataxiák közé tartoznak. A fej, a szem és törzs mozgásainak központját a II. frontális gyrusba helyezzük. Frontalis ataxiát csupán a homloklebeny tumoros betegségében észleltek; tályog, sérülés stb. csupán psychikus kieséseket, emlékezeti, intellektusos és emotív zavarokat okoz, míg kisgyvi sértés megfelelő oldali ataxiát okoz. A frontalis ataxia távolhatás, mely a cerebellaris, esetleg a nucleus ruber pályáján terjed tovább.

Sarbó Artúr: Adiadochokinesis és bradyteleokinesis klinikai formája azonos, akár kis-, akár nagygyvi eredetűek. Keller érdeme, hogy kimutatta, hogy e tünetek agyi eredetűek is lehetnek.

Keller: Az adiadochokinesis apraxiás alakjának ismeretében az agykéreg gócos elváltozásaira is gondolnunk kell. Eseteiben félremutatás nem volt.

4. Schuster Gyula: *A cisterna cerebellomedullaris punctiója.* A cystemapunctio technikája könnyű és veszélytelen s főleg gerincgyvi tumornak lipiodollal való diagnostizálására szükséges. Levegőtöltésre jobb a lumbal punctió módszer, mely azonban két esetben múló

nagyothallást okozott. Cystemapunctiónál kevesebb a subjectiv kellemetlenség, s hallási zavart nem okoz. A cystemapunctio csak mintegy 15 cm³ folyadékot eredményez. Levegőtöltésnél több liquort bocsássunk le, mert rossz képeket okoz kevés levegő. 10–20 cm³ levegő nem ártalmas. Cystemapunctiónál a tűt 45–55 cm hosszúságban megjelöljük, a beszűrés lassan történik s a tűvel lassan kell előrehaladni. A fecskendő pontosan illeszkedik a tűre. Erősebb szívás kerülendő, mert a vitális központok izalmát okozhatja.

Sarbó Artúr: A bemutatott gerincevelői tumor Röntgen-képén látható elváltozás a VI. háti gyöknek felel meg, klinikailag is megállapítható a III. háti csigolya magasságában látható elváltozás.

A Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár orvosainak dec. 19-i ülése.

Jegyző: Filippi Ernő.

Elnök: Horacek János.

Bemutatások:

1. Teveli László: *Livedo racemosa esetek.* Mint a latens lues tünetét demonstrálja ezen a bőrön látható faagszerűen elágazó s kékes rajzolatú jelenséget. Leginkább a mell, has, s hát alkalmas a vizsgálatra. Oka: hogy a megszükül arteriák miatt a vér továbbítása gátolt. 100 syphileses közül 64 esetben találta, 100 nem-syphileses közül 19 esetben. Ezek közül is voltak olyanok, kiknél luest kizárni nem lehetett.

Pándy Kálmán megerősíti az előadó adatait. A livedo gyakori jelenség, mely a kisebb arteriák lueses elváltozására utal; megfelelő kezelésre javul.

2. Jassniger Károly: *Luetikus eredetű aneurysmák.* Több esetet demonstrál, melyeket évek óta figyelemmel kísér. Hangsúlyozza a korai felismerés fontosságát. Az antiluetikus kúrák főleg combinativ formában a legfontosabbak a kezelésben, melyet chr.-an intermittáló módon kell keresztülvinni.

3. Singer Hugó: *Két gyanús portio-erosióról* számol be. Az egyik a rákosfekély minden makroszkopos kriteriumát mutatta. Az ok a kráter mélyén lévő három vastag visszamaradt jodcatgut-kacs (előző hystero-tomia). A másik inkábbluetikus, vagy tuberculosisos fekélynek látszott, a szövettani vizsgálat rákfészekre mutatott. A legnagyobb óvatosság indikált az ártatlan erosio diagnosizálásánál.

4. Filippi Ernő: *Egy latens gonorrhoea* esetét mutatja be. Fontosnak tartja az ondóhólyagesák pontos vizsgálatát, a gyakori mikroszkopos vizsgálatot, amely az esetben is pozitívnak minősíthető. Ha extracellularis Gram-negatív diplococcusokat találunk.

Előadás:

1. Dobák Ferenc: *A zsigeri idegrendszer neurosisai.* Röviden ismerteti a vegetativ idegrendszer anatómiáját és fiziologiáját. A vegetativ idegrendszer pharmacologiai befolyásolhatóságával eldönthető, hogy valamely szervezetben a sympathicus, vagy a vagus tonusa van-e túlsúlyban. A vegetativ idegrendszer ingerlékenységére az agy vegetativ idegközpontjának és a belsecretiós mirigyek váladékának van döntő befolyása. Ismerteti az adrenalininjekcióra bekövetkező vérnyomás-emelkedést, majd Csépaunak a valódi adrenalinérzékenység megállapítására alkalmas újabb módszerét. Végighalad a vagotonia-sympathicotonia tünetein s tárgyalja néhány fontosabb betegségnek (tuberculosis, Basedow stb.) befolyását a vegetativ idegrendszer ingerlékenységére. Majd a gyógyszeres kezeléséről beszél e háttalmainak.

Friedrich László: A vagotonia és sympathicotonia fogalma oly mereven már nem tartható fenn, mint eddig; helyesebb, ha vegetativ stigmatizált emberekről beszélünk. Az idegek ingerlékenységének állapotán kívül igen fontosnak tartja a simaizomsejtű szervekben elhelyezett plexusok állapotát, s magát a simaizomsejtet. A vér elektrolitjainak megváltozása sem oly szabályos, mint azt Krauss iskolája felállította. Felhívja a figyelmet a vagotonia tympanicára (*Bdltnt*) és arra, hogy a colica mucosa tisztán vegetativ neurosis és nem a bél gyulladáson alapuló betegség.

2. John Károly: *A csecsemőtáplálás újabb vívmányairól.* A felvett táplálék physikai, vegyi és biológiai aktivitása úgy helyi, mint általános kihatásában nem kisebb jelentőségű, mint azon erőké, melyeket az

emésztési funktiók és az alkat képviselnek. Ma nem beszélhetünk már az egyes tápanyagok káros hatásáról, hanem csak oly ártalmakról, melyeket a tápanyagok együttesen a correlatió keresztül okoznak. A vajleves, amelyre szerző és Heim együttesen hívták fel a figyelmet, igen jól bevált, de óv túlzásoktól; sokszor alkalmazák anyatej helyett, holott az anya- vagy nőtej marad mindenkor a legnagyobb vívmány a csecsemő-dietetikában. Szól a fehérjéstejről, melyet a Heim-John-féle túróstej pótol s tesz hozzáférhetővé a magyar csecsemők részére. Ez az alkati és idült dyspepsia nélkülözhetetlen gyógytápszere, melyet érthetetlen módon hazánkban alig rendelnek, pedig könnyen és házilag készíthető. A nőtej dacára is előálló táplálkozási kudarcok oka olykor maga a nőtej, máskor a csecsemő alkata. Az az álláspont, mely szerint a nőtej vagy sok, vagy kevés, de mindig jó, nem tartható fenn. Ezután még *Petényi* vitamin-terápiájáról beszél. *Petényi* már 10 gramm burgonyapüré után nagyfokú gyarapodást látott. Alkalmazását indokoltnak tartja még akkor is, ha nem a vitamin-terápia diadalát jelentené. A nőtej kiegészítésére a Dubot (17% conc. tehéntej) kis csecsemőknél bevált. Óv a koncentrált caloriadús tejkészítmények alkalmazásától nyáron. *Ellenzi* a túlzott tejhigitásokat. A sacharophobia is idejélt múlt. Újabban a diietetikában a caloriadús táplálkozás mellett levő irány győz, az első negyedévben 140 caloria kilónként szükséges.

A Debreceni Orvosegyesület 1924. december 11-i ülése.

Elnök: Tüdös Kálmán.

Jegyző: Siegmund Ervin.

Bemutató.

Tamássy Géza: *Hemiplegia spastica infantilis* esetét ismerteti; bemutat egy jelenleg 3 éves gyermeket, ki 3 hetes korában valószínűleg enkephalitis acutában betegedett meg. A bemutatott eset a leírt esetek többségétől különbözik abban, hogy epilepsziás rohamok a gyermeknél eddig nem jelentkeztek és a gyermek szellemi képességeiben visszaesés nincsen. A gyermek korához képes igen értelmes. Előadó végül röviden ismerteti ezen betegség kórtanát és körjelzését.

Csiky József: A kórképet inkább mageredetűnek tartja, olyannak, mint amilyent az enkephalitis képe alatt látunk influenza után kifejlődni.

Szontagh Félix: Hozzászólóval egy véleményen van és a gyermeknél észlelhető idegrendszerbeli elváltozásokat postenkephalitis természetűnek véli minősíteni, s inkább a corpus striatum megbetegedésére gondolna.

Előadás.

1. **Neuber Ede:** *Újabb adatok a Gilchrist-féle blastomycosis pathogenesiséhez.* (Egész terjedelmében megjelentik.)

2. **Huzella Tivadar:** *Gondolatok és vizsgálatok a capillaris működés, a secretio és a szövetek anyagcserejének mechanizmusáról.* Előadó a saját és tanítványai kísérletei és szövettani vizsgálatai alapján egységes nézőpontból vizsgálja a capillaris működés, a secretio és a sejtananyagcsere funktióinak kölcsönhatását a szervezetben. Különösen a mesenchyma legfinomabb rostjainak structurájában az ezüstsókkal impraegnálható, a mikroszkopos készítményben így jól feltüntethető, úgynevezett impraegnatio, ezüst- vagy rásrostok bonyolult rendszerét. Ezúttal a phylogenesis különböző fokán álló állatok, különösen lágytestűek, de növények szervezetében és szerveiben is kimutatta. Sikert az ezüsttel impraegnálható rostok finom szöveteket különböző nyákos váladékokból mechanikai behatásoknak rögzítésük közben való alkalmazásával a szervezetekben kimutatható rásrost-structurákhoz felhívón hasonló alakban mesterségesen is előállítania. Sikert továbbá saját constructiójű, egyszerű mikro-manipulatorával collodium- vagy gelatinaoldatból rögzített mesterséges capillarisok mikromodelljén a vörsejteknek diffúziós hártákkal szemben való viselkedését mikroszkoposan megfigyelnie. *Huzella* az impraegnatio rostoknak a szervezet organisatiójában, a legbonyolultabb normalis és kóros életfolyamatok structurájának kialakulásában, különösen a capillaris működés, a sejtsecretio, illetőleg a sejtananyagcsere körül igen nagy, eddig fel nem ismert jelentőséget tulajdonít. Igyekszik ezen, a szervezetekben általánosan és ki-

terjedten kimutatható rostok rendszerének eredetét, természetét, tulajdonságait és szerepét tisztázni.

Egybevetve az impraegnatio rostoknak a szövettanilag tanulmányozásából felismert constructióját és tulajdonságait a szövettanésztés tapasztalataival, a colloidechemia, mechanika, morphologia, physiologia és pathologia idevágó eredményeivel és megismeréseivel, a következő conclusióhoz jutott:

A kötőszövet sejtközi állománya a sejtek „belső excretio”-jának, esetleg oldódásának terméke, amely nem ürül felszínre, mint a hámsejtek külső excretuma, nem távozik más úton, mint a belsősecretiójú mirigyek váladéka, hanem stagnál, mint a sejtek egységének szempontjából már holt, de a sejtfunctio befolyása alatt álló, a szervezetben impraegnált, konzervált és felhasznált anyag.

Egyforma eredetű és lehetőségű sejtek anyagcsere-termékeinek, illetőleg secretumának mechanikai és colloidchemiai tulajdonságai a sejtre ható erők, nyomások változásával különbözők lesznek és a sejt működés által kialakult erővonalak mentén a dinamikai igénybevétel foka szerint különböző tulajdonságú és megjelenésű rostokká sűrűsödnek, merevednek (rásrost, pókháló, cholagen, chondrin, ossein, transsudatum, exsudatum különböző fehérjetartalma, sclerosis stb.).

A capillarisok képződésében elsődlegesen az ér-falat képező, alaktalan, diffúziós colloidhártya szerepel, amely a sejtek secretumából vagy oldódásából származó közegben a vér és szövet határában megalvad. A zárt érrendszerben a vérből és a kötőszövetből ideiglenesen vagy állandóbban különbözően differenciálódott, de közös potenciájú sejtek támaszkodnak, ragadnak, tapadnak a capillarisfalhoz. Majd leválnak róla kívül és belül (endothelsejt, pericyta, Rouget-féle sejt, adventitialis sejt, histocyt, monoclastocyt stb.) és az ép vagy kóros (lob) labilis structurában többé-kevésbébbé intenzív tempóban, a szövetek localis igénye szerint bonyolítják le a szervezet anyagforgalmát.

A legfinomabb mesenchymarostok a rögzített és impraegnált készítményekben a szöveteket átszövik, egyrészt a parenchyma hámsejtjeit, a mirigysejteket és acinusokat fogják körül, hálózakk be, másrészt kötőszöveti sejtekkel, rostokkal és más képletekkel (kosarsejt, membrana propria) állanak összefüggésben, azokban gyökereznek. Az impraegnatio rostok constructiójából arra következtethetünk, hogy az élő szervezetben az élet subtilis, a közvetlen megfigyelés számára hozzáférhetetlen, durva fogalmainkat meghaladó dimenzióban, az élet structurájában és funktióiban a mikroszkopos rásrostrendszernek egyrészt az egyes sejtek és a mirigyacinusok, másrészt a capillarisok közt kifejlülő (status strictus-laxus) elastikus erőrendszer felel meg. Ezen rendszer elasticitáson alapuló önjelétől igen finom mechanizmust tart fenn, amely a vérkeringés, a secretio és az anyagcsere utolsó fokán, utolsó hatványán a capillarisok önálló contractilitását, a mirigysejtek kiürítését, a vérkeringés és anyagcsere kölcsönösségét az egyes sejtek igényének megfelelően, ideg- és izomelemek nélkül is localisan és automatikusan szabályozza.

A capillaris működés és secretio mechanizmusának ezen theoriája, amely előadó szerint az impraegnatio rostok elastikus rendszerét mint principialisan új factort viszi a vérkeringés és secretio tanába, összhangban áll *Krogh* megállapításával a capillarisok önálló, az arteriáktól független működéséről és ennek, valamint a secretio nem egy jelenségének magyarázatát adja, anélkül, hogy tisztán hypothetikus szövetelemek megfigyeléssel és kísérlettel nem támogatott feltételezésére (sima izomsejt) vagy ellentmondó magyarázatokra utalna.

HETI KRÓNIKA

(Párizsi levél.)

A Rockefeller Foundation jóvoltából pár hónappal ezelőtt Párizsban tartózkodtam. Én is keresztül estem a lelkiállapotnak ama hullámzásain, amelyeket ez a csodálatos város az idegenekre gyakorol. A legkülönbözőbb véleményekkel lehetünk a franciák esprítje és mentalitása iránt, azt azonban el kell ismernünk, hogy a Ville Lumière tényleg valami egészen rendkívüli, csodálatos hely, mely az ember lelkét a legnagyobb mértékben megragadja és abban a legszélsőségesebb benyomásokat kelti.

Hogy milyen volt Párizs a béke idejében, azt nem tudom, most azonban minden a szervezkedés és a reconstructio jegyében él itten. A francia nemzet óriási erőfeszítéseket végez, hogy azt a vezető szerepet, amit a háború idejében az egész világon vitt, továbbra is megtartsa, illetőleg visszahódítsa. Érdekes megfigyelni ebben a tekintetben a francia és az angol mentalitás közötti különbséget. A háború mind a két országot súlyos pénzügyi válságba juttatta. Anglia mármost első sorban anyagi egyensúlyának helyrehozatalára törekedett és ezért óriási adókat vetett ki polgáira, amelyek lehetővé tették, hogy háborús adósságainak egyharmad részét már letörleszthette. Ezzel azonban megdrágította a megélhetést, lerontotta az iparát, a munkanélküliek számát 1.800.000-re emelte, úgy, hogy ha a Daves-féle terv életbelépése esetén Németország még óriási összeget is kap feléledési kölcsönül, amelyből bőven elláthatja magát nyersanyagokkal, akkor Anglia olyan pénzügyi katasztrófába kerül, amely lerontja számára a világháborúban elért eredményeket.

Franciaország egész másként gondolkozik. A pénzügyi aggodalmakat elnyomta egy másik. Angliában megint a régi vetélytársát látja és eszébe sincsen visszafizetni neki sok milliárdnyi tartozását, pedig az angolok, hogy morális kötelességükre figyelmeztessék a franciákat, egy emléktáblát is elhelyeztek a párizsi Notre Dame-templomban „Egymillió angol katona halt meg a nagy háborúban, legnagyobb részük francia földön” felirással. A francia azonban nem a saját népét adóztatja meg, hanem a külföldet törekszik újra megvámolni. Ezért mindent elkövet, hogy saját vonzóerejét növelje, odaesdítse az idegeneket, akik ne csak bőven költszenek, de vásároljanak is francia termékeket, szertanyagokat a francia ízlésnek és tudományának hírért és önkéntelenül is apostolaivá válnak a frankofília eszméjének és árucikkei kelendőségének.

Nemcsak a francia ügynökök, de művészek, sőt tudósok is világméretű őrületbe esnek, hazájuk számára prozelitákat verbuválnak és ebben a kormány, de a gyárpar és a társadalom valóságos versenyző: rendjelek, címek, levelező-tagságok, meghívások, kedvezményes előfizetési díjak, utazási segélyek, tanácsosok stb. segítségével. Ez a munka lázasan folyik. Hogy mire készül Franciaország, nem tudjuk. Látnivaló azonban, hogy a legnagyobb aggodalom tölti el őket a lakosság szaporodásának csekély volta miatt. 1923 első háromnegyedében 584.458, az idén már csupán 573.435 volt a születések száma, tehát megint lemorzsolódott 11.000-rel. A halálozásokat a számok tavaly 78.451-gyel, az idén már csak 52.138-cal szárnyalták túl. Ugyanakkor a leigázott Németországban mind a két évben 400.000 körül volt a szaporodás. Érthető tehát a franciák rettegése.

A hiba nem lehet magában a francia fajban, hiszen azok a francia családok, amelyek Kanadába vándorolnak, itt óriási termékenységet érnek el. Ott nem ritka a 10–15 testvér egy családban. A francia kormány megkísérelte tehát társadalmi, pénzügyi és adminisztratív intézkedésekkel tenni lehetővé a szaporodást. Ez a törekvés nem járt sikerrel. Az újabb kísérlet erre oda irányult, hogy a Franciaországban letelepült idegenek közül az alkalmas race-oknak megkönnyítsék a francia néphez való beolvadást. Különösen az olaszoknak és a spanyoloknak, mint rokon fajhoz tartozó, rendszerint szorgalmas és szapora embereknek könnyítettek meg a naturalizálódást. Ezt a számítást azonban keresztülhúzta az, hogy a háborútól megkímélt dél-amerikai államok még sokkal jobb megélhetési lehetőséget nyújthattak a latin fajok kivándorlóinak azzal, hogy ingyen területeket osztanak szét és nemcsak adómentességben, hanem állami támogatásban is részesítik a letelepülőket. Ily kudarccok után Franciaországnak vissza kellett térnie ahhoz a módszerhez, hogy lakosságának számát egészségügyének javítása által stabilizálja: a közegészségügynek rendkívül érdekes aranykorszaka indult itt meg, amelynek kitűzött célja a lakosság megedzése és életének meghosszabbítása, a szociális viszonyok megjavítása és a népbetegségek leküzdése útján.

A tervszerű intézkedések egyik csoportja a tuberculosis leküzdésére vonatkozik. Minket, boldog magyarokat, nem izgat az, hogy 8 milliónyi lakosságunk közül évenként mintegy 30.000 hal meg tuberculosisban, sőt, hogy *e halálozási arány 1923-ról 1924-re 11,5%-kal még meg is romlott.* Amikor azonban a franciák megtudták, hogy 39 milliónyi lakosságukból 1 év alatt 100.000 ember halt meg tuberculosisban (vagyis, hogy a

tuberculosis halálozási arányuk kétharmad része lett a miénknek), a legintenzívebb védőmunka indult meg, amelyben a Rockefeller-Foundation is erősen támogatta a kormányt. Mint az egészségügyi ministerium osztálytitkárától, *Dufaur dr.*-től értesültem, az intézkedés egy felhivatalos *Comité National de défense contre la Tuberculeuse*-re bízott, melyet az állam 75 millióval, a departementok és a községek további óriási összegekkel támogatnak. *Evrot dr.*, a Comité egyik vezetője említette nekem, hogy már a legenyhébb betegek részére is, akiknél még csak a hilus-mirigyek duzzanatát lehet konstatálni, 80 preventoriumot állítottak fel, 5500 ágygal. A legmintaszerűbbek egyike, melyet magam is megsejtem, Plessis-Robinsonban, Páris közelében működik. A Comité arra is törekszik, hogy beteg családok egészséges gyermekeit a beteg környezetből elvonja és több évre faluhelyen, egészséges körében helyezze el. Rendeteg dispensaire-t és szanatoriumot is szerveztek és ezeknek helyes működését a legszigorúbban ellenőrzik; nagy propagandát is üznek, külön conferencier-eket alkalmaznak, akik vándorszíneszek módjára beutazzák az országot és vetített filmekkel, illusztrációkkal, előadásokkal agítanak a tuberculosis ellen.

A másik nagy actio a *nemibetegségek* ellen való küzdelem. A franciák temperamentuma kizárta azt, hogy a kérdést a skandináv államok mintájára, a törvényhozás útján fogják meg; ott könnyű volt az aboliótiót, a kötelező bejelentést és gyógykezelési kényszert stb. kimondani, mert nép mentalitása évtizedek óta megérlelődött erre. Mint *Cavaillon dr.*, az egészségügyi ministerium nemi prophylaxis osztályának vezetője, bőlesen kifejtette előttem, a sanguinikus francia nép nem tűrné az ilyen reformokat. Ők tehát inkább ingyen gyógyszerek és gyógykezelések általánosításával, az ambulatoriumok szaporításával (már 350 működik Franciaországban) és támogatásokkal (a párizsiak 500.000 frankot kapnak), valamint társadalmi propaganda útján törekszenek eredményt elérni.

A venereás ambulantiákat, a feltűnés elkerülése céljából, rendszeren a belgyógyászati ambulatoriumban helyezik el, vagy legalább ezzel közös várótermet adnak nekik és óvatosan kerülnek a venerikus jellegnek feltűntetését. A közönség már tudja, hogy a „*Consultation de deux degrés*”, „*Institut prophylactique*”, „*Service hospitalière annexe*” stb. kifejezés tulajdonképpen venereás intézményt jelent. A nemibetegségeket minden téren üldözik, még a fogházakban is berendeztek ilyen intézeteket, a kikötőkben rendeléseket; a hajókat kényszerítik, hogy megfelelő gyógyszerekkel lássák el magukat; a legnagyobb súlyt azonban arra helyezik, hogy a szülőnők és az anyák jó előre kigyógyíttassanak e bajokból. Ez főleg *Couvelaire* tanárnak érdeme, aki a Hôpital Baudelocque-ban levő osztályán 1919-ben *Marcel Pinard*-ra bízott, egy „*Maladies héréditaires*”-nek nevezett rendeltetést, ahol, mint tőle hallottam, nemcsak az anyákat kezelik igen behatóan és szakszerűen, de még a rendszerint tünetmentes újszülötteket is.

A gyógykezelésben teret adnak az individualis felfogásnak. *Vernes pl.*, aki *Syphilitisme* című könyvében (amelyet azonban a legtöbb szakember nem fogadott el), a syphilis fokának kvantitatív meghatározását javasolja, a symptomatikus gyógykezelésnek híve. Csak addig kezel, amíg a vér és a liquor reakciója pozitív. *Gougerot* ezzel szemben 4–5, sőt még több évig elnyújtja a gyógyítást. A csecsemőket sulfarsenollal kezelik, amely nem egyéb, mint az *Ehrlich*-féle sulfoxylat-salvarsan; ez nálunk nem igen terjedt el, noha fájdalomtansága miatt subcutan injectióra is alkalmas, mert hatásában nem éri el a többi készítményeket. A *Fourneau*-féle *stovarsol*, amelyről különben *Kolle* kimutatta, hogy az egy általuk már régen előállított, de csekély értéke miatt megint elejtett készítménnyel azonos, nem váltotta be a hozzáfűzött reményeket, s most inkább tropikus megbetegedéseknél kísérleteznek vele.

A nemibetegségek ellen ezenkívül két társadalmi egyesület is küzd, a *Comité Hygiénique de prophylaxie*, melynek elnöke *Sicard*, és a *Ligue Nationale contre le péril vénérien*, melynek vezetője *Jeanselme* tanár, *Fournier* utóda.

Mint látható, a védekezés módszereiben egyetlen új gondolat nincsen; ami ott történik, és még sok más indítvány, mind bennfoglaltatik ama javaslatok között, amelyeket *Nékam* tanár a Nemzetvédő Szövetség enquete-je elé terjesztett 1917-ben — de amelyeket ná-

lunk eltemetett az összeomlás. Ez a szomorú esemény az, ami lépten-nyomon eszünkbe jut, ha Párizsban járunk. A minap egy igen kedves francia kartársal beszélgettem, aki rövid idővel ezelőtt tért vissza egy balkáni utazásáról. Alig győzte magasztalni azt az óriási haladást, amelyet a szerbek az egészségügy terén pár év alatt elértek; bámulta mintaszerű kórházait, különösen a Novisad városban épültet. Minket, magyarokat, annál inkább érdekel ez a jelentés, mert tudjuk, hogy Novisad régi neve Újvidék volt.

Dr. Herczeg Árpád.

VEGYES HÍREK

Orvostári Naptárt ajándékoz az Orvosi Hetilap minden előfizetőjének, aki 1925-ös évfolyamunk legalább I. negyedére előfizetését beküldötte (és esetleg fennálló hátralékát is kiegyenlítette). Régi előfizetőink számára már december 14-i számunkhoz cheque-lapot mellékelünk, hogy előfizetésüket még karácsony előtt megújíthassák és nekik a naptárt még decemberben megküldhessük. Január 4-i első számunkat mutatványul minden magyar orvosnak megküldjük, hozzá cheque-t mellékelünk, s amint új híveink előfizetése beérkezik, a naptárt a következő számmal megkapják.

Naptárunk a budapesti facultáson szokásban volt orvostári tárcanaptár formájára készül kifogástalan famentes papíron és kiállításban, 13×8,5 cm nagyságban, 80 oldal terjedelemben (3 mm vastag). A naptári rész után, melyben bejegyzésekre van egy üres oldal hagyva, s melyben az egyetemi szünnapok, ünnepélyek, kari ülések, határidők ki vannak tüntetve, 1. a budapesti teljes orvosi tanári és magántanári kar és intézetek, 2. a szegedi, 3. a pécsi, 4. a debreceni kari tagok és intézetek lakáscíme, telefonszáma és működési helyük követhetnek. Azután egy egyetemi határidőnaplót; okmánybélyeg-fokozat; posta- és távirtdatarifa; vonatok indulási ideje Budapestről; végül — amit nagyon üdvösnek fognak találni kartársaink — a forgalmasabb magyar gyógyszerek és gyógyszerkülönlegességek névsora (körülbelül 100) therapiái csoportokban, összetétel, adag és ár feltüntetésével.

Tanártársaim régi óhaja teljesül e helyes kis naptárral, mit 1919 óta nélkülöz karunk, s amit mindenki oly híven hordott és használt egy éven át. Most négy egyetemet szolgálunk ki ezzel, de azt hiszem, örömet okozunk vele és hasznára vagyunk minden kartársunknak is, mert eltekintve a mindenkire hasznos fejezetektől, mégis csak minden orvos tagja valamelyik karnak és érdeklődéssel, iskolatársi emlékezéssel fogja szemlélni a szorosabb karban maradtak sorakozását, kiket sokszor barátságából vagy orvosi gyakorlatból kifolyólag levélben vagy személyesen fel akar keresni.

Legyen ez az ügyes kis tárcanaptár kifejezője annak, hogy az „Orvosi Hetilap” mennyire megbecsüli előfizetőit, fenntartóit, kik az orvosi kultúráért — melynek szolgálatában állunk — áldozatot szívesen hoznak és örömmel szemlélik, mint ismerősök lapunk és mint lesz az előfizetés mind kevesebb „áldozat”, s a lap mind nagyobb és nagyobb „ellenérték”.

Jól esik, hogy adhatunk valamit, aminek mindenki örül, s ezáltal melegebbé fűzhetjük a viszonyt köztünk és előfizetőink között. *Vámossy.*

Naptárunk szétküldése, nyomda-technikai okokból, csak most kezdhető meg. Akiknek előfizetése beérkezett, azoknak azonnal, *külön borítékban*, megküldjük.

Előfizetésünket 1925-re — amit az 50. számhoz mellékel cheque-n kérünk beküldeni —, aranykoronában emelve, de a szorzószámot 17.000-ról 15.000-re leszállítva —, *csak 10%-kal* emeljük, miután lapunk most már állandóan 28 oldalas és lesz még több is. Egy évre 20 K (= 300.000 papír korona), félévre 10 K (= 150.000), negyedévre 5 K (= 75.000), egy hónapra 2 K (= 30.000) lesz az *Orvosi Hetilap* előfizetési ára; — az *Orvosképzés* 10, illetve félévre 5 aranykorona; a *Magyar Orvosi Archivumé* marad egy évre 6, félévre 3 aranykorona. Ezek szerint kérjük tehát a cheque kitöltését. **Ha még ezenkívül hátralékos összegek is kerülnek a cheque-re, kérünk annak hátlapján okvetlen írásbeli részletezést.**

Az Orvosképzés 1925. évi XV. évfolyamának előfizetési díját egész évre 10 aranykoronában, félévre 5 aranykoronában állapítottuk meg, mivel azonban a szorzószámot az aranyértéknek megfelelően most 15.000 papírkoronára tettük, az előfizetési díjat tulajdonképpen alig emeltük.

A jövő évben a számok pontosan februárban, áprilisban, júniusban, októberben s decemberben fognak megjelenni, tehát 5 számot adunk.

A lefolyt 1924. évben 5 füzetet 44 ív terjedelemben adtunk. Az a törekvésünk, hogy e terjedelmet elérjük. A dolgozatok színvonaláról munkatársaink nyújtják a biztosítékot.

Előfizetni lehet vagy az *Orvosi Hetilappal* egyidejűleg (VIII, Üllői-út 26., II. em.) vagy az *Orvosképzés* kiadóhivatalában (VIII, Mária-utca 39) vagy a mellékelt csekkklappal. Az előfizetési díj az 1925. egész évfolyamára 10 aranykorona (150.000 papírkorona), félévre 5 aranykorona (75.000 papírkorona). Szorzószám: 15.000 korona. *Az Orvosképzés szerkesztői.*

Kitüntetések. *Fáy Aladár dr.-t*, a népjóléti és munkaügyi ministerium orvos-államtitkárát ernyedetlen és közhasznú több évtizedes munkásságáért jól megérdemelt, magas kitüntetés érte: a Kormányzó Úr Ö Főméltósága a II. fizetési osztály jellegét adományozta neki. *Fáy Aladár*, kinek megközelíthetetlen puritán jellemét, a közjóért önzetlen lelkesedését és a legnehezebb időkben is fáradhatatlan működését mindannyian ismertük, — evvel ministeri rangba lép. Ez eddig szokatlan magas kitüntetésben az ország közegészségügye fontosságának és annak irányításában a nélkülözhetetlen orvosi rend kvalitásainak elismerése rejlik. Köszönjük *Fáy Aladár*-nak, hogy ezt az elismerést a saját személyén keresztül kivívta nekünk!

Hasonló kitüntetésben részesült *báró Petrichevich-Horváth Emil* államtitkár is, míg *Lengyel Zsolt* min. tanácsos, kinek a magyar fürdők és források, újabban a szegényügy és közjóléti intézmények annyit köszönhetnek, — helyettes államtitkári címet és jellegét kapott. Két kiváló férfiú, kik mindig megértették az orvosok szavát és azt lelkük nemes, szociális felfogásával egyesítve, használni és alkotni tudtak hivatásuk terén.

Szabóky János dr. gleichenbergi fűrdőorvost *egészségügyi főtanácsosi*, *Steiner József dr.* kalocsai kiváló orvost, t. vm. főorvost pedig, kinek 50 esztendősi jubileumát a hetekben ünnepelték a kalocsai hatóságok és hálás hívei és barátai, *egészségügyi tanácsosi* címmel tüntette ki a kormányzó, kiváló szolgálataik elismerésül.

Magántanárrá habilitáltattak a pesti egyetem orvosi karán, december 20-án megtartott próbaelőadásuk után *Szabóky János dr.* a „belső gümőkórmegbetegedések kór- és gyógytaná”-ból és *Horváth Béla dr.* a „szemészeti diagnosztiká”-ból.

Az orvosok forgalmi adója. A pénzügyminiszter az 1925 január elsejétől december 31-éig terjedő adó-kivetési időszak tartamára az orvosok általános forgalmi adójának kötelező átalányozását rendelte el. Az általános forgalmi adó befizetésére kötelez orvosokat a lakóhelyük szerint illetékes pénzügyigazgatóság (Budapest az adóügyi útmutató és ellenőrző hivatal) az adóalap megállapításához szükséges adatok záros határidő alatt való beszolgáltatására felhívja s velük az átalányösszeget megköti. A pénzügyigazgatóságok jogosultak felhívni a székhelyükön levő orvosszövetséget (egyesületet) az adóalap megállapításához szükséges adatok beszerzésénél való közreműködésre. Ha az egyezségkötés megghiúsul, a pénzügyigazgatóság a rendelkezésre álló adatok, esetleg szakértői becslés útján meg-

állapított adót fizetési meghagyással írja elő. A pénzügyigazgatóság adót megállapító határozata ellen panasznak van helye.

A Magyar Gyermekorvosok Társasága első nagygyűlését Budapesten, 1925 május hó 19–20-án fogja tartani. A társaság tisztikara: Elnök: *Bókay János*, titkár: *Torday Ferenc*, jegyző: *Faludy Géza*, pénztáros: *Deutsch Ernő*. Az igazgatótanács tagjai: *Szontagh Félix*, *Heim Pál*, *Eröss Gyula*, *Hainiss Géza*, *Flesch Armin*, *Perényi István*.

Egy jeles kiadónk, *Rényi Károly*, az Eggenberger és Fia kecskeméti-utcai régi neves könyvesbolt tulajdonosa halt meg hirtelen december 22-én a Váci utcában jártában. Őszinte sajnálatunk kíséri utolsó útjára: cégének úgy az orvoskari könyvtárral, mint a legtöbb intézettel, klinikával évtizedek óta fennállott szálítói viszonyát a legnehezebb időkben is becsülettel fenntartotta és szolgálta, s újabb orvosi könyveket is kezdett kiadni: nála jelent meg Vámosy-Mansfeld „Gyógyszertaná”-nak VI. és VII. kiadása, s Imre-Scholtz „Szemészeté”-nek II. kiadása.

† *Kaczvinszky János dr.*, a székesfővárosi Margit-kórház sebészfőorvosa december 22-én meghalt. A főorvos, Kovács sebészprofessor tanítványa, tizenöt éven át működött a békésgyulai kórházban, melynek sebészeti osztályát klinikai színvonalra emelte és évenként közölt forgalma és operatív statisztikája vetekedett pesti klinikáinkéval. Az ország minden részéből felkeresték, mert ismerték nagy szaktudását és megnyerő egyéniségét. Tanítványai rendkívül szerették és a vezetése alatt álló orvosokból sokan kiváló sebészek lettek. Rendkívül szerény ember volt és ennek tulajdonítható, hogy munkásságának kellő elismerése sokáig késett. 1918-ban nevezték ki Kassára igazgató-főorvosnak. Később megkínálták a debreceni egyetem sebész-tanári állásával, azonban betegeskedése miatt ezt nem fogadta el. Korai halálát a magyar orvosi kar őszintén gyászolja.

A Magyar Orvosi Archivum XXI. „Bókay”-kötete kiadóhivatalunkban 50.000 K-ért kapható. Figyelmeztetjük olvasóinkat és könyvtárainkat, hogy e kötet a Magyar Orvosi Archivum évfolyamsorozatát egészíti ki, az elmaradt 1920-as évfolyamot pótolván, mint annakidején a XX. „Buday”-kötet az 1919-es évfolyamot pótolta. A sorozat teljessége kedvéért tehát beszerzendők, mielőtt a csekély példányszám elfogy.

Az orvosi tudomány magyar mesterei címmel a *Markusovszky Társaság* kiadásában egy 12½ ívnyi könyv jelent meg, mely *Balassa János*, *Markusovszky Lajos*, *Semmelweis Ignác*, *Korányi Frigyes*, *id. Bókai János* és *Fodor József* életrajzát tárgyaló emlékbeszédeket foglalja magában. Dicső nagyjaink tanulságos jellemzését, mit kitűnően sikerült arcképek s az 1875-i fakultás csoportképe díszítenek, pompás korrajz vezet be, ami az akkori közállapotoknak, magyar orvosnevelésnek és kutató tudománynak hű és lebilincselő tükrö.

Az elsőrangúan kiállított könyv bolti ára 50.000 K. Ugyanennyiért kapható az az „Orvosi Hetilap” kiadóhivatalában is. A pénzt beküldőknek portómentesen megküldjük.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint december 21-től december 27-ig előfordult:

Hasi hagymáz.....	6 (4)	Gyermekági láz.....	— (—)
Küteges hagymáz....	— (—)	Bárányhimlő.....	39 (—)
Hólyagos (ál-)himlő..	— (—)	Járv. fültőmirigylob..	— (—)
Kanyaró.....	223 (3)	Vérhas.....	4 (—)
Vörheny.....	81 (1)	Járv. agygerincgyhártyalob..	— (1)
Szamárhurut.....	14 (2)	Trachoma.....	2 (—)
Roncs, torok- és gége-lob	15 (1)	Veszeltség.....	— (—)
Influenza.....	4 ()	Lépfene.....	— (—)
Ázsiai kolera.....	— (—)	Tetanus.....	— (—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóóróját kedden és pénteken 11–12-ig tartja.

Az egyetemek székhelyén készült dolgozatokat az ottani egyetemi sajtóbizottság képviselőihez kell beküldeni; a szerkesztőség csak az ő véleményük alapján fogad el közlésre kéziratokat.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

M. TUD. TÁRS. SAJTÓVÁLLALATA RT. BUDAPEST. — SZABÓ T. ISTVÁN

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete Kálvin-tér 10. Bejárat Ráday-utca. Telefon: József 3–75.

Dr. SZEGŐ KÁLMÁN SZANATORIUMA
ABBAZIÁBAN (Italia). Erősítő-, edző-, hízaló-, diätetikus kúrák. Gyermek 7 éven felül kíséret nélkül is felvétetnek

Dr. JUSTUS BORGYÓGYITÓ ÉS
Kórházi főorvos KOZMETIKAI INTÉZETE
IV. Ferencz József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

NERVOPLAST
IDEGTONICUM SEDATIVUM
FERGLOBIN
SINE ET CUM ARSENO
GUAJAGLOBIN
TABLETTÁNKÉNT 0'05 GR. GUAJACOL
TUBERCULOSIS STB.
ÖRKÉNY HUGÓ
BUDAPEST, KIRÁLY-UTCA 12.



KOSMOS gyógyszergyár Budapest-Kispest
organotherapiás készítményei:
Hypoglandin, Thymus, Corpus Lut.
Hypophysis Cer., Thyreoidea,
Thyreoidea c. jodo, Ovarium, Ovarifer,
Testes, Suprarenalis, Parathyreoidea,
Kosmorenin, Adrocaïn, Tabl. & Injections.

WESZELY ISTVÁN ÉS TÁRSA UTÓDA

Cég-tulajdonos **Nagy Károly Frigyes**
Budapest IV, Apponyi-tér 1. Telefon: J. 149–73.
Ajánlja saját gyártmányú 1^o orvosi műszereit, műtő- és vizsgáló-butorokat, laboratoriumi készülékeket.
Nagy raktár költszerekben és betegápolási cikkekben.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON.
Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi miniszter úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága:

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Rusznayk István és Gönczy István:** Az aorta-nyomásnak vértelen úton való meghatározása. (21—23. oldal.)
Waltner Károly: A csecsemő- és gyermekkori dysenteria terapiája. (23—24. oldal.)
Bánki Zoltán: A méhen kívüli terhesség korai diagnosisának egy biztos jele. (24—26. oldal.)
Országh Oszkár és Karafiáth Imre: A tüdőlelet értékesítése a gégetuberculosis osztályozásánál. (26—27. oldal.)
Bársony Tivadar: A regionalis izomdepressio fogalma és szerepe a gyomor kórtanában. (27—28. oldal.)
Raisz Dezső: Újszülött májrepedése spontán szülés után. (28—29. oldal.)

- Hofhauser István és Kürti László:** Húgysavmeghatározás vérsavóban és vizeletben. (29—30. oldal.)
Sombor József Antal: Az alkoholkérdésről, különös tekintettel a hazai viszonyokra. (30—32. oldal.)
Kaczvinszky János. (32—33. oldal.)
Lapszemle. Belorvosstan. — Sebészet. — Urologia. (33—35. o.)
Elméleti tudományok köréből. (35—36. oldal.)
Könyvismertetés. (36—38. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégészeti szakosztályának december 9-i ülése. (38. oldal.)
Magyar Szemorvostársaság ülése december 14-én az I. számú szemklinikán. (39. oldal.)
Vegyes hírek. (40. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem III. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi ny. r. tanár).

Az aorta-nyomásnak vértelen úton való meghatározása.

Írták: *Rusznayk István dr.* klinikai tanársegéd és *Gönczy István dr.* klinikai gyakornok.

Vérnyomás alatt úgy a gyakorlatban, mint a klinikai dolgozásban a klinikusok a Riva-Rocci-műszer segítségével nyert értéket értik. *Benczúr* klinikánkon végzett vizsgálataival bebizonyította, hogy az az általános feltevés, amely szerint a pulsatio az arteria radialisban abban a pillanatban tűnik el, amelyben a nyomás a Riva-Rocci manchettájában magasabb lesz, mint az arteria brachialisban, helytelen. *Benczúr* azt találta, hogy a karnak „systolés” nyomás mellett való compressiója alkalmával a vérnyomás a peripherián (ujjhegyen) nem száll le nullára. Ebből a tényből arra következtetett, hogy az arteria brachialisnak systolés nyomás mellett való compressiója nem lehet tökéletes, vagyis a Riva-Rocci-műszerrel kapott érték nem felel meg a valódi vérnyomásnak.

Benczúr vizsgálati eredményei az irodalomban nem találtak jelentőségükhöz illő méltánylást, minek oka az, hogy a Riva-Rocci-készülékkel való vérnyomásmérés a gyakorlatban egyszerű és jól használható eljárásnak bizonyult, másrészt pedig, hogy *Müller* és *Blauel* véres úton több esetben ellenőrizték a Riva-Rocci-val mért értékeket és a kétféle módon nyert adatokat eléggé egyezőnek találták. *Benczúr* vizsgálati eredményei a szerzők adataival látszólag ellentétben állanak és ezért *Korányi* professor ösztönzésére elhatároztuk, hogy ezen ellentmondás okának felderítésére *Benczúr* vizsgálatait folytatni fogjuk.

Mindenekelőtt két kérdést akartunk tisztázni. Először, hogy mit mérünk a Gärtner-féle készülékkel, másodsor, hogy mit határozunk meg a Riva-Rocci-féle műszerrel.

Valamely folyadékkal telt edényben nyomásnak nevezzük azt az erőt, amellyel a folyadék az edény falára

nehezedik. Nyugvó rendszerben ennek az erőnek a neve hydrostatikai, mozgó folyadékknál pedig hydrodinamikai nyomás. E két fogalom élesen különbözik egymástól (l. pl. *Geigel*) és fontos tudni, hogy a hydrodinamikai nyomás a mozgó folyadék sebességének is functiója olyan értelemben, hogy a sebesség növekedésével a falra ható hydrodinamikai nyomás csökken. Meghatározása csak a folyadék sebességének változatlansága mellett lehetséges és a műszaki gyakorlatban ú. n. piezométerekkel, azaz a mozgó folyadék irányára merőlegesen álló oldalesővekekkel történik, melyekben a vízállás magassága adja meg az áramló folyadék (hydrodinamikai) oldalnyomását. Ha a mérésnél a cső falát összenyomjuk és ezáltal a folyadék áramlását lassítjuk, akkor a talált érték magasabb, mint az eredeti volt és tökéletes compressio esetén a hydrodinamikai nyomás átmeny a hydrostatikaiba.

Ha az arteria digitalisokat a Gärtner-féle tonometer manchettájával tökéletesen összenyomjuk, akkor a keringés a manchettától proximálisan is megáll és ezen a helyen hydrostatikus nyomás jön létre. Ha csökkentjük a manchettában a nyomást, akkor elérkezünk egy ponthoz, amelynél ez a hydrostatikai nyomás legyőzi a manchetta ellennyomását s az ujjhegy megvörösödik a beáramló vértől. A Gärtner-tonométerrel tehát az arteria digitalisokban lévő hydrostatikai nyomást határozzuk meg, vagy minthogy az arteria digitalisok az arcus volaris piezométerei gyanánt tekinthetők, ezért az így kapott érték a fentiek szerint az arcus volarisban uralkodó hydrodinamikai oldalnyomásnak felel meg.

A Riva-Rocci szerint való mérésnél kissé komplikáltabbak a viszonyok. Már említettük, hogy *Benczúr* szerint az arteria brachialis compressiója systolés nyomás mellett nem tökéletes, s hogy ennek ellenére bizonyos áramlás áll fenn, csak hogy nem pulzáló, hanem egyenletes áramlás. A Riva-Rocci-mérési módszerrel annak az akadálynak a mértékét kapjuk meg, mely szükséges, hogy a pulzáló áramból egyenletes áramlás legyen.

Ha *Benczúr* eljárása szerint a Riva-Rocci-készülékkel meghatározzuk a systolés nyomást és a kart tovább ezen nyomás mellett összenyomjuk, akkor, amint erről igen sok esetben mi is meggyőződhattunk, az ujjhegyen még elég tekintélyes nyomást találunk. Mi azonban még tovább mentünk mint *Benczúr* és ezen

nyomás időbeli változására is kiterjesztettük figyelmünket. Eljárásunk a következő volt:

1. Meghatároztuk a vérnyomást *Gärtner* szerint.
2. Meghatároztuk a vérnyomást *Riva-Rocci* szerint.
3. Tartósan összenyomtuk a kart „systolés“ nyomás vagy valamivel csekélyebb nyomás mellett és egyidejűleg sorozatos nyomásméréseket végeztünk az ujjhegyen a *Gärtner*-féle eszközzel.

Az eredmény lényegileg mindig ugyanaz volt: a nyomás az ujjhegyen a brachialis comperssiója után egy kezdeti alacsony értékről folytonosan emelkedik egy állandó maximalis értékig, mely a systolés nyomástól teljesen független, lehet magasabb, vagy alacsonyabb, mint a systolés nyomás, vagy össze is eshetik vele. Egy pár jellemző példát itt adunk.

F. L., szívblokk (Adams-Stokes-betegség).

1. Vérnyomás az ujjhegyen *Gärtner* szerint 90 mm-Hg
2. Vérnyomás a karon *Riva-Rocci* szerint.. 155 mm-Hg
3. Tartós összenyomása a karnak 135 mm-Hg mellett.

Vérnyomás az ujjhegyen	2 perc múlva	0 mm Hg
5	10	10
13	40	40
15	70	70
16	90	90
17	110	110
18	120	120

(állandó)

A maximalis nyomás az ujjhegyen ebben az esetben kisebb, mint a systolés nyomás *Riva-Rocci* szerint.

S. J. nephrosclerosis.

1. Vérnyomás az ujjhegyen *Gärtner* szerint 150 mm-Hg
2. Vérnyomás a karon *Riva-Rocci* szerint .. 195 mm-Hg
3. Tartós összenyomás a karon 195 mm-Hg mellett.

Vérnyomás az ujjhegyen	1 perc múlva	160 mm Hg
2	160	160
6	160	160

(állandó)

A maximalis nyomás az ujjhegyen itt kisebb, mint a „systolés“ nyomás.

G. H., insufficiencia bicuspidalis.

1. Vérnyomás az ujjhegyen *Gärtner* szerint 120 mm-Hg
2. Vérnyomás a karon *Riva-Rocci* szerint.. 160 mm-Hg
3. Tartós összenyomás a karon 150 mm-Hg mellett.

Vérnyomás az ujjhegyen	1 perc múlva	100 mm Hg
3	140	140
6	160	160

(állandó)

A maximalis nyomás az ujjhegyen egyenlő a systolés nyomással.

L. F., myodegeneratio cordis, lues, insufficiencia aortae.

1. Vérnyomás az ujjhegyen *Gärtner* szerint 98 mm-Hg
2. Vérnyomás a karon *Riva-Rocci* szerint .. 120 mm-Hg
3. Tartós összenyomás a karon 120 mm-Hg mellett.

Vérnyomás az ujjhegyen	1 perc múlva	65 mm Hg
3	90	90
6	100	100
8	150	150
10	170	170

(állandó)

A maximalis nyomás az ujjhegyen nagyobb, mint a systolés nyomás.

Már ebből a 4 példából is az alábbi következtetést vonhatjuk le:

Hogyha a kart systolés nyomás mellett összenyomjuk, akkor — mint megállapítható — még van véráramlás a kéz distalis részei felé, ami abból látszik, hogy az ujjhegyen a kezdeti alacsony vérnyomás lassanként növekszik és végre egy állandó értéket ér el. Ez az állandó nyomás mindig magasabb, mint a *Gärtner*-tonométerrel a *compersio* előtt mért nyomás, de a *Riva-Rocci*-val kapott értéktől teljesen független. Az az idő, amely az állandó nyomás elérésére szükséges, nagyon különböző: 1—25 perc között ingadozik.

Ezen állandó nyomás jelentősége a következő: Ha a kart systolés nyomás mellett összenyomjuk, akkor az arteria brachialis, mint láttuk, még mindig kissé nyitva marad, ezzel szemben egész biztos, hogy a venás elfolyás tökéletesen meg van akadályozva. Ha így áll a dolog, akkor a kar érrendszerében a következő folyamatnak kell lejátszódnia: A nem tökéletesen elzárt arterián keresztül a vér a manchetán túl továbbfolyik az arteriába, míg a venán keresztül nem tud elfolyani. A vérenek ez az odaáramlása mindaddig tart, míg a nyomás a manchetától distalisan el nem éri a manchetától proximalisan lévő arteria brachialis darabban fennálló nyomást. Amikor ez bekövetkezik, abban a pillanatban megáll a keringés nemcsak a manchetta alatt, hanem attól proximalisan is, egészen az első elágazásig, illetőleg ha az arteria subclavia végarteria volna, akkor az aortáig. Ez az a nyomás, melyet *Gärtner*-tonométerrel meghatározunk. Ebben az esetben az arteria brachialis ügyis tekinthetjük, mint az aortához tartozó piezométert, amiből következik, hogy az állandó nyomás nem egyéb, mint az aorta hydrodynamikai nyomása. A valószínűségben a subclavia nem végarteria és a keringés megállása csak az első elágazódásig terjed. Tekintettel arra, hogy a vérnyomás az aortától a brachialisig — mint mindjárt látni fogjuk — alig néhány mm-rel csökken, mondhatjuk, hogy a leírt módszerrel megközelítően az aortában uralkodó tényleges vérnyomást határozzuk meg.

Hogyha a *Gärtner*-tonométerrel — mint fentebb jeleztük — az arcus volaris oldalnyomását, az előbb említett kombinált eljárással pedig az aorta oldalnyomását határozzuk meg, akkor a kettő között valódi differentia a nyomás esését jelenti az aortától a kézarteriáig. Ez az érték normalis esetekben csak 10 és 30 mm-Hg között ingadozik, ami valószínűnek is látszik, mert a vérnyomás tulajdonképeni csökkenése főképp a kapillariskban történik. Valamivel nagyobb volt ez a vérnyomásesés Basedow és insufficiencia aortae esetében. Ha a vérnyomásesés az aortától a kézarteriáig nem nagy, akkor ugyancsak kicsinek kell lenni az aortától a brachialisig, úgyhogy a módszerünkkel kapott értékeket a gyakorlatban azonosoknak tekinthetjük az aortában uralkodó valódi nyomással.

Számos esetben volt alkalmunk összehasonlítani a *Riva-Rocci*-módszerrel kapott értékeket a valódi aortanyomással. Normalis esetben a kettő rendesen nagyon közel van egymáshoz, ami érthetővé teszi *Müller* és *Blauel* fentemlített megfigyelését, mely szerint a *Riva-Rocci*-val kapott értékek a véres úton végzett kontrollvizsgálatok eredményeivel jól egyeznek.

Hypertoniánál, Basedownál, aortainsufficienciánál a *Riva-Rocci*-értékek jelentékenyen magasabbak, mint a tulajdonképeni aortanyomás, míg a szívizom megbetegedéseinél viszont az aortanyomást találtuk lényegesen magasabbnak. Ezen jelenség okát és egyúttal a feleletet az eredetileg felvetett kérdésre, hogy mit mérünk a *Riva-Rocci*-methodussal, akkor kaptuk meg, amikor ugyanazon betegnél a betegség különböző stádiumaiban tanulmányoztuk az aortanyomás és a *Riva-Rocci*-értékek egymáshoz való viszonyát.

Például a következő esetet hozhatjuk fel:

L. F., 49 éves könyvkötő, félév óta munkadyspnoében és szívdobogásban szenvedett. Felvétele (1924 január 17) alkalmával a vizsgálat különösen balra megnagyobbodott szívét mutatott systolés és diastolés zöréjjel az aorta felett. A szív működés kissé szapora volt. A máj alsó széle 2 ujjal a bordaív alatt volt tapintható. Vizeletében kevés fehérje és elvéve vörösvérsejtek. Wassermann-reactio ++++. Vérnyomás (R.-R.) 120 mm-Hg, aortanyomás hasonlóképp 120 mm.

Február 22-én a beteg állapota változatlan. R. R.: 120. Aortanyomás 120 mm.

Március 2-án állapota szemlátomást rosszabbodik a megkezdett therapia ellenére. Dyspnoé nagyobb, a beteget nehéz köhögés kínozza. R. R.: 105. Aortanyomás 118.

Március 19. A beteg állapota néhány euphyllin-injectio után valamivel jobb. R. R.: 120, aortanyomás 133.

Március 28. A beteg állapota újra rosszabbodik, diuresis csekélyebb lett. R. R.: 120, aortanyomás 135.

Április 4. Nagyfokú dyspnoë, sensorium zavart. R. R.: 110 mm. Aortanyomás 170 mm.

Április 7. Exitus.

Már régóta ismert tény, hogy a szív működés gyengülésével a Riva-Rocci-módszerrel mért nyomás gyakran lesz áll. Ezekben az esetekben nyilvánvalóan már kisebb akadály is elegendő ahhoz, hogy az energiáját vesztett pulzuslökések tovaterjedését feltartsa. A fenti megfigyelés bizonyítja, hogy ezzel nem kell szükségképpen együttjárnia a valódi vérnyomás csökkenésének. Ez az oka annak, amiért frustran contractiókkal bíró betegek Riva-Rocci-nyomását sokszor lehetetlenség meghatározni. Az ilyen betegeknek az aortanyomás meghatározása mutatja, hogy a valódi vérnyomás (aortanyomás) még emelkedett is lehet. Éppen az ilyen betegeknek láthatjuk a legtisztábban, hogy a Riva-Rocci-methodus nem a vérnyomás, hanem a pulsus kinetikai energiájának a mértéke. Minél energikusabb a szív működés, annál nagyobb nyomást kell a Riva-Rocci-készülék manchetájára alkalmazni, függetlenül a tulajdonképeni vérnyomástól, hogy a pulsus hullámot feltartsuk. Az a régi vita, hogy keskeny vagy széles manchetát alkalmazzunk-e a Riva-Rocci-methodussal való vérnyomásmérésnél, elveszti jelentőségét azért, mert a Riva-Rocci-módszerrel úgysem a valódi vérnyomást határozzuk meg és a kapott értékek úgysem abszolútak, hanem csak relatívak. Az igazi vérnyomás és a Riva-Rocci-értékeknek a megegyezése normalis esetekben éppen azért jön létre, hogy a Riva-Rocci-eszköz manchetájának méreteit olyképp választották meg, hogy normalis esetekben a véres és vértelen úton mért nyomás egymással összeessék.

Más kérdés annak az eldöntése, hogy miért halad a két értéknek a változása sokszor párhuzamosan, pl. az aortanyomás emelkedése miatt követi gyakran a Riva-Rocci-értékeknek emelkedését. Ennek a jelenségnek egyszerű magyarázatát megtaláljuk a szív ismert alkalmazkodási képességében. A szív — amíg rezervereje elegendő — erőteljesebben dolgozik az eléje szabott feladat növekedésével. Az emelkedő vérnyomással szemben a szívnek is energikusabban kell működnie, hogy a vérkeringést fenn tudja tartani és ezért az egyes contractiók, valamint az egyes pulsusok is energikusabbak lesznek és a Riva-Rocci-érték emelkedik.

Összefoglalás: A Riva-Rocci-methodus nem a valódi vérnyomást méri, hanem inkább a pulsus (kinetikai) energiájának relatív mértéke. A Gärtner-féle módszer megközelítőleg az arcus volaris hydrodinamikai oldalnyomását szolgálja. Ha a Gärtner-féle tonometerrel meghatározzuk az ujjon a maximalis nyomást, mialatt a kart manchetával összeszorítjuk, akkor az aorta hydrodinamikai oldalnyomását kapjuk meg. Az aortanyomás a Riva-Rocci-értéktől független, normalis esetekben a két érték vagy összeesik, vagy az aortanyomás valamivel alacsonyabb, viszont a myocardium elváltozásainál normalis vagy magasabb aortanyomás mellett alacsony Riva-Rocci-értékeket kapunk. Aorta-insufficienciánál, nephrosklerosisnál stb.-nél pedig a viszony rendszeren fordított.

Reméljük, hogy az aortanyomásmérés leírt egyszerű módszere hozzá fog járulni a keringési pathologia több kérdésének tisztázásához.

Irodalom: *Benczúr:* Deutsche med. Wochenschr. 1910, 22. — *O. Müller u. K. Blauel:* Deutsches Arch. f. kl. Med. 91. köt., 5—6. füz. — *R. Geigel:* Ergebnisse d. inn. Med. u. Kinderheilkunde 20. köt.

A m. kir. Ferenc József-tudományegyetem gyermek-klinikájának közleménye (igazgató: Hainiss Elemér dr. egyet. ny. r. tanár).

A csecsemő- és gyermekkori dysenteria terapiája.

írta: *Waltner Károly dr.* tanársegéd.

Mielőtt a therapia kérdésének tárgyalására rátérnénk, néhány ismert, de a gyakorlatban nem eléggé szem előtt tartott tényre akarunk röviden rámutatni.

A dysenteria a háború előtt ritka betegség volt Közép-Európában. A háború óta endemiássá lett és alig van az évnek szaka, mikor legalább szórványosan elő nem fordulna és nem múlt el nyár és ős anélkül, hogy jelentős járvánnyá ne halmozódtak volna a megbetegedések. A járványok a statisztikai adatok szerint évről-évre nagyobb méretűekké lesznek. Pedig a statisztikai kimutatásokban dysenteria jelzés alatt elkönyvelt esetek az előforduló megbetegedéseknek csak kis százalékát teszik ki. A hasmenésnek különböző megjelöléseivel — enteritis, colitis, enteritis follicularis stb. címen — elkönyvelt esetek nagy része dysenteriában szenvedett. A betegséget, mint minden járványos bajt — a bacilluszgázakon kívül — elsősorban a fel nem ismert és a könnyű esetek terjesztik. Van 1—2 napig tartó hasmenéssel lezajló dysenteria, mely a megszokott élet-és étrend minden megváltoztatása nélkül is meggyógyul. A chronikus és a recidiváló — különösen a nyáron előforduló — hasmenések egy része ugyancsak dysenteria, bár ezeknél a dysenteriát általában jellemző tüneteket már nem találjuk meg. Az alimentaris intoxicatio képét utánzó (erős hasmenés és hányás, láz, elesettség, öntudatzavar stb.) igen súlyos és heveny lefolyású nyári csecsemőhasmenések egy része szintén dysenteria lehet.

Gyakorlatilag legalább minden véres-nyálkás, véres-geyes vagy geyes, tenesmussal járó *hasmenést* — főleg ragályosság szempontjából — dysenteriának kell vennünk. (*Invaginatio:* véres nyálka, kevés széklet, tenesmus nélkül. *Polypus, fissura:* véresen festenyzett rendes szék.) A dysenteria bakteriologiai kimutatása nehéz. Utána nagyon bizonytalan ideig tartó immunitás marad.

Úgy a csecsemő-, mint a gyermekkori dysenteria terapiáját négy összetevője szerint tárgyaljuk.

1. *A specifikus therapia.* Bár a dysenteriaserumot mai alakjában (polyvalens serum) már néhány éven át használjuk, mindezt ideig a vélemények a serum hatásosságáról igen különbözők. Véleményünk szerint a dysenteriaserum hatástalanságáról terjesztett nézetek oka abban van, hogy az eredmény nélküli eseteknél a serumnak nem elég nagy adagját fecskendezték be. Hatást a serumtól elsősorban friss eseteknél és csak akkor várhatunk, ha csecsemőnek és kisgyermeknek legalább 40—50 cm³-t, öt évesnél idősebb gyermeknek 80—100 cm³-t adunk. Az adag felét intraglutealisán, felét pedig a lumbalis táj bőre alá szoktuk befecskendezni. A serumtól legalább is a subjectív tünetek — hasi fájdalom, kízó tenesmus — prompt javulását várhatjuk. Ezenkívül különösen erősen véres székletnél a széklet vértartalmának lényeges csökkenését. Ha ezek a tünetek 1—2 napi javulás után ismét erősebb mértékben jelentkeznek, vagy ha az egész betegség 2—3 nappal a serum adása után még nem mutat semmi javulást, megismételhetjük a befecskendezést ugyanakkora adaggal. A legsúlyosabb eseteknél 1—2 nap után egy második, majd ugyanannyi idő múlva egy harmadik adagot adunk. Megjegyezzük, hogy aránylag gyakran látunk már egyetlen befecskendezés után magas lázat fellépni, mely azonban 2—4 nap alatt simán lezajlik.

2. *A táplálási therapia.* a) *Csecsemőknél.* Tisztán anyatejjel táplált csecsemőt dysenteriával szemben praktikusán védettnek tekinthetünk. Emlőn való táplálásnál ugyanis a fertőzés lehetősége nagyon kicsi, azonkívül egészséges szopógyermek resistenciája dysenteriafertőzéssel szemben meglehetősen nagy. Ha mégis megbetegedne ilyen dysenteriában, a nőtejjel úgyis a legmegfelelőbb gyógytáplálékot kapja, csupán quantitativ szempontból kell esetleg a táplálékot az enteralis fertőzéssel járó tolerancia csökkenésnek megfelelően rendeznünk, illetve toxikus alaknál ennek megfelelően adagolnunk. Dysenteriánál is a legjobb és legbiztosabb

táplálási mód a nőtejjel való táplálás. Sajnos, nem is olyan ritkán kell erre olyankor áttérnünk, mikor már a többi gyógytáplálékkal kudarcot vallottunk, — még pedig nemcsak csecsemőknél, hanem a csecsemőkoron már jóval túl lévő gyermekeknél is. Azért három hónapnál fiatalabb csecsemőnél (főleg ha nem is jól fejlett és táplált, vagy betegsége súlyosabbnak ígérkezik) ne is kísérletezzünk sokáig tápszerekkel, hanem adjunk kezdettől fogva nőtejet.

Dysenterias, mesterségesen táplált csecsemő táplálására felhasználhatjuk az összes antidyspepsiás hatásúnak ismert tápszereket: nyák- és lisztfőzeteket és ezek tejkeverékeit, túrós tejet és fehérjés tejet, Adam-tejet, hollandi írórt és savanyú soványtejet, valamint cukornélküli Morot. A táplálék megválasztásánál nagy súlyt helyezünk arra az utóbbi időben egyre inkább hangsúlyozott szempontokra, hogy az antidyspepsiás hatás mellett a csecsemő caloriaszükségletét is teljesen fedezzük. Eppen ezért használjuk előszeretettel a cukortalan Morot (l. *Göttche*, O. H. 1924, 34. sz.) dysenterias csecsemők táplálására.

A betegség kezdetén hozzánk került dysenterias csecsemő kezelése így alakul: Minél előbb két kávékanálnyi — egy evőkanálnyi ricinus; 50 cm³ serum; 24 órán át saccharinos tea, jelentős vízvesztéségnél, toxikus tüneteknél $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ Heim-John-sóval vagy $\frac{1}{3}$ Ringer-oldattal. 2. nap: ha előző nap toxikus symptomák álltak fenn, savó, liszt- vagy nyákfőzet. 2. vagy 3. nap: 4 óránként cukortalan Moro; napi mennyiség testsúlykilogrammonként 60 g. Ezt a quantumot napról-napra növeljük kg-ként 10, esetleg 20 g-mal addig, míg kg-ként 120 g-ot nem kap a csecsemő. Ezt a mennyiséget találjuk általában optimalisnak. Az etetések közti időben és éjjel saccharinos tea. Lázzal járó eseteknél még óvatosabbnak kell lennünk az adagolással. Addig, amíg toxikus tünet áll fenn, cukortalan Moro adása contra-indikált.

Cukortalan Moro adásánál a székletek száma 2—3 nap alatt rendszerint jóval csökken, maga a széklet consistensebbé, pépessé válik és bár nyálkával, gennyel, esetleg vérrel kevert még, mégis arra enged következtetni, hogy a bélfolyamat maga is gyógyulni kezd. Mert ha kétségtelen is, hogy a székletnek 2—3 nap alatt létrejövő meglepő javulásával nem haladhat párhuzamosan a bélszéklet, sokszor nagyon is mélyreható anatómiai elváltozások restitutiója, a székletek számának és minőségének gyors javulása mégis indicatora annak, hogy az adott táplálék a beteg belet nem izgatja és kedvező felszívódási viszonyokat teremt. Mindezek szerint a cukortalan Morot kell a nem toxikus csecsemő-dysenteria legjobban bevált gyógytáplálékának tekintenünk, melynek kitünő therapiás hatása mellett elkészítésének egyszerűsége is nagy előny. Természetesen mindig akadnak majd esetek, mikor cukortalan Moro hatástalan adása után más táplálékkal érünk el eredményt.

Toxikus tünetekkel lefolyó dysenterianál, ha nőtejjel nem áll rendelkezésünkre, a tenap és az ezt követő 1—2 savó- vagy lisztleves-nyáklevesnap után lehetőleg valami savanyú táplálékot adunk. Természetesen itt is kis adaggal kezdve és napról-napra növelve a táplálék quantumát. Ismét hangsúlyozzuk, hogy a protrahált éheztetést, különösen már nem egészen friss eseteknél, a legtöbb szerzővel egyetértően károsnak kell mondanunk.

Az ú. n. savanyú táplálékok közül elsőnek a nálunk nehezen megszerezhető hollandi írórt kell említenünk. Legegyszerűbben elkészíthető közülük a savanyú soványtej (l. *Hainiss*, O. H. 1923, 24. sz.), melynek savanyúságát és ezzel antidyspepsiás hatását tejsav hozzáadásával fokozzuk. 5%-os tejsavból egy deciliter langyos tápszerbe egy kávékanálnyi teszünk etetés előtt. Ezzel savfokát 50—60-ra növeljük (n/10 NaOH). (A tej finoman túrósítva válik!) Írórból és savanyú soványtejből az éheztetés utáni első napon 70—80 g-ot adunk testsúlykilogrammonként, szénhidrát nélkül. Aztán naponta 10—20 g-mal növeljük a mennyiséget és $\frac{1}{2}$ —2% lisztet főzetünk bele. Teljes mennyiségnek kg-ként 150 g-ot tekintünk, melybe aztán a liszten kívül 2—3—4% tápcukrot adunk. Ugyanez az adagolási módja az Adam-féle tejnek (l. *Ambrus*, O. H. 1924, 5. sz.) és a fehérjés tejnek. Ez utóbbinál azonban kg-ként 200 g-ig kell felmennünk. A Heim-John-féle túróstejet ugyanúgy kell adni, mint a fehérjés tejet; therapiás hatásában ezzel teljesen egyenrangú. A legkevésbé hatásos liszt- és nyákfőzetek tejkeverékeit általában nem szívesen és

csak könnyű eseteknél adjuk vagy ha más tápszer rendelkezésélre felmerülő technikai akadályok kényszeríté- nek rá.

b) *Gyermekek*nél. A therapia kezdete, éppenúgy, mint csecsemőknél, hashajtó (ricinus, phenolphthalein, senna), majd 24 órán át tea vagy feketekávé (makk-kávé) kevés cukorral vagy saccharinnal. Két évesnél fiatalabbnál kísérletet tehetünk cukortalan Moroval. Idősebbeknek és azoknak, kik azt nem akarják enni, a következő étlapot adjuk: reggel és délután tea, feketekávé vagy vízben cacao kétszersülttel, pirított zsemlyével, délelőtt ugyanaz friss tehéntúróval, délben és este rántottleves (*kevés zsírral* készítve!) pirított zsemlyével (kis kockákra vágva), esetleg vörösbörleves, burgonyapüré. Javulásakor a reggelibe és uzsonnába fokozatosan tejet kezdünk adni, majd vízben, esetleg féltéjben főtt darát vagy rizst és darált húst. A súlyosabb eseteknél, melyek jelentős étvágytalansággal, lázzal folynak le, jóhatású szokott lenni tejsavas soványtej vagy lefőzött aludttej mint kizárólagos táplálék. Italként víz, citromos tea, citromos limonádé, szódavíz szolgálhat.

3. *A physikalis kezelés*. Erre általában kevesebb gondot fordítanak, mint hatékonysága miatt megérdemelné. Pedig a meleg a dysenteriasok hasi fájdalmainak és tenesmusának leküzdésében áldásos eszköz. Nagyon gyakran látjuk, amint egy állandó fájdalmas székelési ingerektől összekínzott beteg meleg ülőfürdő után nyugodt álomba merül és az addig úgyszólván perceként ismétlődő tenesmus órákhozszatt szünetel. A meleget lenmagliszt, korpa, só, melegvizes üvegek, thermophor segítségével applikáljuk a hasra, végbéltájra és a lábához. Ezek mellett adunk ülő- és egészfürdőket, esetleg melegvizes borogatást a hasra.

4. *A gyógyszeres kezelés*. A hashajtók alkalmazását már megemlítettük. A sokat használt bolus és carbo animalis adásáról *Göppertel* egyetértően az a véleményünk, hogy hatásuk bevételük kellemetlen voltával nincsen arányban. Csaknem ugyanilyen az ítéletünk a különböző (lapisos, tanninos, albariginos, bolusos stb.) beöntésekről. Az acut stadiumban kínzó, az úgyszólván ingerlékeny végbélet csak izgatják. A következők nyugalom a kimerülésre vezetendő vissza. Az acut tünetek lezajlása után vagy chronikus eseteknél esetleg haszonnal alkalmazhatjuk. Egyéb, belsőleg adott, többnyire nagyon drága bevonóktól, adstringenséktől (bismut- és tanninkészítmények) sem várható sok hatás. Ha már adni akarunk ilyent, leginkább a bismutum subgallicumot (dermatol) ajánljuk. Értékes gyógyszereknek tartjuk a dysenteria, illetve a velejáró fájdalmas tenesmusok kezelésénél az atropint (belladonnát), papaverint és opiumot per os, injectióval vagy végbélkúpban adva. Nagyfokú kiszáradásnál és szívgyöngösgégnél infusiókat (Ringer-oldattal, 5% dextroseval), coffeint stb. alkalmazunk.

Therapiás közlésünkkel tisztán gyakorlati célt akarunk szolgálni s felhívni a figyelmet főként a serumkezelés és táplálás általunk követett módszereire, mint amelyekkel tapasztalataink szerint igen jó és sokszor meglepő eredményeket érünk el. Ezen kezelésnél legáltalább is a friss dysenteria-esetek aránylag kedvező prognoszt nyújtanak és a betegség azelőtti félelmetességéből sokat veszített.

A méhenküli terhesség korai diagnosisának egy biztos jele.

Írta: *Bánki Zoltán dr.* nőorvos, Győr.

Werthnek sokszor idézett közismert mondásánál — hogy a méhenküli terhesség rosszindulatú daganathoz hasonló, melynek kórismézése magában foglalja kiirtásának indicatióját — még sokkal találóbb egy kevésbé ismert hasonlata, mely a fejlődő méhenküli terhességet robbanóanyagának mondja, melyet a szervezetből még explodálása előtt el kell távolítani. Ez utóbbi hasonlat főleg azért oly találó, mert szemléltetővé teszi azt az ideális célt, hogy a méhenküli terhességet akkor kell felismerni és megoperálni, mikor még meg nem repedt, illetve, mikor még tubaris abortus nem következett be.

Ezen ideális céltől ezideig még igen távol állotunk.

Ha nagy klinikák extrauterin beteganyagát áttekintjük, vajmi ritkán végeztek ép petezsák mellett operációt. A legtöbb méhenkíüli terhesség akkor kerül orvosi megfigyelés, kezelés és így műtét alá, ha már — *Werth* hasonlatával élve — felrobbant, megrepedt, vagy tubaris abortussal végződött és miként a robbanóanyag, már kifejtette pusztító, kártékony hatását.

Mióta *J. Veit* 1884-ben először távolított el laparotomia útján egy tubaris magzatszákot, évről-évre még mindig növekvőben van az észlelt és operált esetek száma. És ez nem is csoda, ha meggondoljuk, hogy a pete megtermékenyítése a tuba ampullaris részében, a tubatölesérben történik. *Sellheim* nemrég a hallei orvosegyesület egyik ülésén azon jellemző kijelentést tette, hogy szinte csodálatosnak látszik, hogy nem sokkal több méhenkíüli terhesség fordul elő.

Egészen bizonyos, hogy a gyakorlatban ma is kezelnek orvosok kisebb-nagyobb haematokele retrourterinát parametran exsudatum vagy oophoritis, adnex-tumor gyanánt, mely haematokelek azután rövidebb-hosszabb idő múlva felszívódnak.

Veit ezen említett első műtete óta rohamlépésben haladt előre a gynaekologikus sebészet és így sok eset kapcsán a méhenkíüli terhesség kórbonctanának ismerete, azonban a korai diagnosis, a meg nem repedt intact, méhenkíüli terhesség felismerése tekintetében ma is igen kevés a haladás.

Werth szerint a pete a tubában való megtapadásával egyszersmind sírját is megássa, vagyis a tuba bonctani berendezkedése nem alkalmas a fejlődő és növekvő pete befogadására és így a legtöbb tubaris terhesség már az első hetekben, vagy legelső hónapokban megszakad. Még a legfinomabb diagnostikai készség és dexteritas mellett is vajmi nehéz azt a kis borsónyi—mogyorónyi dudort a tubában kombinált vizsgálattal felismerni, annyival is inkább, mert az ilyen legkezdetibb stadiumban—panaszokat nem okozván — ritkán kerül orvosi észlelés alá. Teljesen ép petezsák mellett csak a terhesség előrehaladottabb stadiumában — a 3–4. hónapban — kerül észlelés alá, mikor is a pete nagyságának megfelelő puha adnex-tumor felkeltheti a gyanút a méhenkíüli terhességre. Idáig azonban ritkábban halad a méhenkíüli terhesség, hanem, mivel a tuba bonctani berendezkedése a pete növekedésével lépést tartani nem tud, már korábban — az első hetekben, vagy legelső hónapokban — megreped, vagy tubaris abortussal végződik.

Nemrég jelent meg a wieni törvényszéki orvostani intézet egy közleménye, melyben 31 esetben a hirtelen halál oka méhenkíüli terhesség volt. Ezek azon esetek, melyeknél a belső elvérzés oly gyorsan következett be, hogy vagy egyáltalán nem, vagy csak nagyon későn kerültek orvosi kezelés alá. Ezen foudroyant esetektől eltekintve, a megrepedés vagy tubaris abortus képe: a belső vérzés tünete, a hirtelen rosszullét, esetleg előremert heves görcsök, a shock, a collapsus annyira jellemzők, hogy aki csak egyszer is látott ilyet, második esetben már könnyen felismeri és gondol erre. Ha azonban a belső vérzés már ilyen nagy mértékben bekövetkezett, akkor csakis a gyors kórházba vagy klinikára való szállítás és azonnali műtét mentheti meg a beteg kialudni készülő életét.

Különösen fontos, hogy a gyakorlóorvos, ki maga nem operál (különösen, ha messze esik olyan központtól, hol megfelelő dexteritású nőorvos áll rendelkezésre), már jókor, tehát lehetőleg a nagyobb fokú belső vérzés bedállta előtt ismerje fel az esetet, hogy kellő idő álljon rendelkezésére a szállításhoz és ne egy teljesen kivérzett beteg kerüljön a műtőasztalra. „Minden azon fordul meg, hogy melyik stadiumban diagnosztizálja az orvos a méhenkíüli terhességet” — mondja már *Fritsch* is.

Hosszú évek tapasztalata alapján egy olyan figyelmeztető jelet találtam, melynek alapján nem akkor ismerhetni fel a méhenkíüli terhességet, ha már a repedés vagy tubaris abortus folytán a vér előntötte a hasüregt és a beteg a heveny belső vérzés vagy el-

vérzés tüneteit mutatja, hanem a repedés, vagy tubaris abortus kezdeti stadiumában, mikor az első kis vér-szivárgás történik, vagy megtörtént. Mert hiszen a kórboncnokok kimutatták, hogy — különösen a terhesség legelső hónapjaiban — legtöbbször nem mechanikai, feszítési rupturáról van szó, hanem a bolyhok belenőnek, majd keresztülnőnek a tuba falán, azt arrodálják és így legtöbbször éppúgy, mint a tubaris abortusnál, a rupturánál is már előbb kezdődik a szivárgás, a kisebb vérzés a Douglas-üreg felé, mely vérzés itt a Douglas peritoneumában előbb csak izgalmat, majd következményes adhaesiv peritonitist vált ki. Ezen adhaesiv gyulladások, melyek a Douglas peritoneumán a kezdeti vérzés stadiumában, éppen ezen vérzés következményeképpen lejátszódnak, szolgáltatják azon klinikai tünetet, mely az általam említett *figyelmeztető jelet* képezi. *Ugyanis ilyenkor a méh „megemelése” rendkívüli fájdalmas: ha a vizsgáló egy vagy két ujját a hátsó hüvelyboltozatba vezetjük és innen a portiót vagy a méhet magát úgy megemeljük, mintha a symphysis felé akarnánk tolni, úgy a beteg erős, heves fájdalmat jelez, néha fel is sikolt.*

Ezen tünetet sok esetben észleltem, még pedig a kezdődő belső vérzésnek olyan korai stadiumában, mikor a beteg saját lábán, rendelőórán keresett fel; egyedül ezen jel alapján ki merem mondani a méhenkíüli terhesség, illetve a kezdődő belső vérzés diagnosisát — ha egyébként a kórelőzmény is emellett szól — egy olyan korai stadiumban, mikor még sem ájulások, sem szédülések, sem a belső vérzésnek egyéb objectív tünetei ki nem mutathatók. Minden egyes esetben rövidebb-hosszabb idő (pár nap — pár hét) múlva a bekövetkezett belső vérzés folytán fellépő collapsus, vagy az említett jel alapján végrehajtott műtét igazolta a diagnosis helyességét.

Nagyon jellemzőnek és szinte pathognomostikusnak tartom a beteg ezen Douglas-peritonitisének megfelelő panaszát is, mely ezen stadiumban ritkán hiányzik az anamnesisből: t. i. hogy a beteg pár nap óta fennálló székelési ingerről, tenesmusról panaszodik, és hogy a székelés nagyon fájdalmas.

Évek során át több beteg került ezen diagnostikus jel alapján klinikára vagy kórházba, hol vagy az azonnal végrehajtott műtét, vagy a több napon, esetleg heteken át történt észlelés után minden egyes esetben a bekövetkezett — általam szinte megjósolt — acut belső vérzés és collapsus igazolta a diagnosis helyességét.

Hogy biztos diagnostikus jel hiányában kutattak ilyen után, bizonyítja az utóbbi években közölt sokféle diagnostikus jel a méhenkíüli terhesség felismerésére és az elkülönítő diagnosisra vonatkozólag. Így: a leucocytaszámlálás, a vörösvérsejtek süllyedési gyorsasága, az urobilin kimutatása a vizeletben, a *Wagner*-féle hypophysin-reactio, a *Coullen*-féle jel, a phrenicus-tünet a vállfájás, a *Herzfeld*-féle hólyagtünet, az anuria stb. Mindezek azonban már csak akkor értékesíthetők, ha nagyobb mennyiségű vér van a hasüregben, azonban a kezdődő vérzést ezekkel, de még a próbapunctióval sem lehet kimutatni. Ellenben az említett diagnostikus jel: *a méh megemelésenek feltűnő fájdalmasága már az első vérzivárgásnál fellép és felhívja a figyelmet a méhenkíüli terhességre*, ha egyébként az anamnesis és a többi klinikai tünetek is emellett szólanak.

Különösen nagy hasznát láttam e jelnek az elkülönítő diagnosis szempontjából az intrauterin abortussal szemben. Itt követik el a gyakorlóorvosok a legtöbb hibát, a vérzést és görcsöket imperfect abortus tüneteinek tartják és méhüri beavatkozásokat végeznek, mi igen sokszor vészthozó a betegre, mert ha nem is okozza minden egyes esetben az extrauterin zsák rupturáját, az infectio szempontjából lehet veszélyes.

Az általam említett jel ilyen esetekben differential-diagnostikus momentumot képez, mert ha a méh megemelése fájdalmas, ez méhenkíüli terhesség mellett szól és ellenindikálja a méh tervezett kiürítését.

Ugyancsak szóba kerülhet az említett „jel“ az appendicitissal szemben, mikor is ezen jel pozitív volta tubaris terhesség és nem appendicitis mellett szól.

Természetesen mindig hangsúlyoznom kell, hogy e jel magában, ha egyebek nem szólnak a méhenkízüli terhesség mellett, más okból is előfordulhat; t. i. a méh megemelésének fájdalmassága előfordulhat friss vagy régebbi parametritis posterior vagy kezdődő Douglas-tályog esetében is, de ilyenkor az anamnesis és az egyéb klinikai tünetek úgysem keltik fel a gyanút a méhenkízüli terhességre.

Még csak azon kivételes esetekről akarok szólni, mikor hiányzik ezen „jel“, dacára annak, hogy méhenkízüli terhesség kezdődő vérzéssel áll fenn. Ha már régebben erős összenövések jöttek létre a Douglasban, úgy, hogy Douglas-üreg alig van, természetesen hiányozni fog a méh megemelésének fájdalmassága. Ezek azonban kivételes esetek. Az esetek zömében mindig jelzi a méh megemelésének feltűnő fájdalmassága a kezdődő belső vérzést méhenkízüli terhesség esetében, ha egyébként a kórelőzmény és a klinikai tünetek is e mellett szólnak.

Meg vagyok győződve, hogy az említett „jel“ figyelembevételével sokkal több méhenkízüli terhesség kerül műtét alá a belső vérzés egész korai stadiumában és hogy mily előnyököt jelent ez elsősorban a beteg, de a műtő részére is, azt felesleges tovább magyaráznom. Azt hiszem, e jel felhasználásával sikerült a méhenkízüli terhesség korai diagnosizát egy lépéssel előbbre vinni.

Az Erzsébet királyné sanatorium közleménye.

A tüdőlelet értékesítése a gégetuberculosis osztályozásánál.*

Írta: Országó Oszkár dr. igazgató-főorvos
és Karafiáth Imre dr. alorvos.

A tüdőtuberculosis osztályozását célzó törekvések határozott, bár még nem végleges eredményt mutatnak fel. A gégetuberculosis részben primaer, részben secundaer jelzővel illetik. Előbbi nagyon ritka, Ónodi az irodalomból 25 esetet gyűjtött össze. Kétségtelen az, hogy az esetek túlnyomó részében a gégetuberculosis a tüdő tuberculosisával együtt fordul elő. Osztályunkon a tüdőgümőkór-esetek 12,5%-ában, az Új Szent János-kórház tüdőbetegosztályán 10,8%-nál észlelték gégegümőkört. A wiesbadeni kórház boncolási anyagán Herxheimer az esetek 12%-ában állapított meg kétségtelenül gégegümőkört. A gégetuberculosis diagnostikája a korai formáknál tökéletlen. Midőn a gégeorvos a gümőkört a kifejezett infiltratio, vagy ulcus alapján állapítja meg, ugyanazon hibába esik, mint a belgyógyász, midőn a tüdőtuberculosis csak kifejezett beszűródés vagy caverna fennállása esetén kórismézi. A betegség korai stadiumának diagnosizása sokszor csak valószínűséggel történik és nagy nehézséget okoz a chorditistól, pachydermiától — hogy csak néhány példával éljünk — való megkülönböztetése. Úgy a diagnosis, mint a prognosis szempontjából véve is nagy fontossággal bír a tüdőállapot pontos megismerése. Annál is inkább, mivel a Ranke-féle vizsgálatok óta tudjuk, hogy a tüdőlelet a szervezet histologiai allergiájának is kifejezője. Helyesen gümőkóros betegről kell szólnunk, akinek tüdejében és gégejében elváltozások vannak. Ma sem tartoznak a ritkaságok közé azok a szerencsétlen betegek, akik a nagyvárosba utaznak, hogy ott gümős gégebajukat tartósan kezeltesék, és azok, akik nem törődve gégejükkel, a tüdőorvosi rendelésen részesülnek kezelésben. A gége- és tüdőfolyamat pedig egy nézőpontból ítélendő meg: ugyanazon szervezetnek ugyanazon körkörös által okozott megbetegedése. S bár előfordulnak

oly esetek, ahol a látszólag jó tüdőállapot mellett súlyos a gégelelet és viszont, mégis általában bizonyos fokú parallelismus állapítható meg és a tüdőmegbetegedés finomabb differentiálása a gégelelet megítélését is megkönnyítheti. Bár kétségtelen, hogy a tüdőtuberculosis újabb osztályozási módszerei nem tökéletesek, egyes klinikai formák élesen el nem különíthetők, mégis lehetőségessé vált a tuberculosis régebben dualistikus, majd egységes képének finomabb differentiálása. Egyes körülírt formák határozottan megkülönböztethetők. Vizsgálataink folyamán megkülönböztettük azokat a gégebetegeket, akiknél a mediastinalis vagy hilusmirigyek voltak erősen duzzadtak, azoktól, akiknek tüdejében kifejezett disseminatio volt kimutatható (generalisatio), és akiknél diffus, összefolyó képet mutatott a tüdőmegbetegedés.

Az első csoportban a mediastinalis vagy hilusmirigyek duzzanata, a Ranke-Albrecht-Gohn-féle primaer complexum, a második csoportban a disseminált nodosus és exsudatív góccok, a harmadikban a lobularis és lobaris folyamatok foglaltatnak. 1571 kórtörténetet áttekintve s a gégetuberculosis előfordulását keresve feltűnt, hogy ez a disseminatiót mutató betegeknek aránylag nagy számban fordult elő, nevezetesen 79,6%-ban, míg az átlag 12,5% volt.

A felsorolt értékeket relativoknak tekintjük, mint-hogy a Röntgen-átvilágításnál a finomabb disseminatio elkerülhetette figyelmünket. Tény azonban az, hogy a gégebetegeknél a disseminatiót mindig kifejezetten láttuk. A disseminált tuberculosisban szenvedő betegeknek, mint ismeretes, többé-kevésbé éleshatáru szétszórt góccokat és kötegeket látunk. A physikalikus vizsgálatnál aránylag csekély a lelet, sokszor a Röntgen-lelet meglepően gazdag. A disseminatio keletkezése a tuberculosisnak lymphogen és haematogen úton való terjedésével magyarázható. Ezen eredet mellett bizonyítékul szolgálhat, hogy eseteinknek közel felében lymphoma, pleuritis, esont- és egyéb folyamat szerepelt az anamnesisben.

Mellette szól a mediastinalis vagy hilusmirigyeknek erősebb duzzanata, s a góccok élesebb határa is. A biztosan gégegümőkórosak 45,6%-a, az arra gyanusak 34%-ának anamnesisében voltak a felsorolt megbetegedések megállapíthatók. A legnagyobb százalékkal a pleuritis szerepelt, a tracheobronchialis mirigyek feltűnő megnagyobbodása az esetek 11,6%, illetve 10,6%-ában volt kimutatható, ezzel szemben béltuberculosis határozottan egy betegnél sem volt megállapítható. S bár a betegek túlnyomó része előrehaladott stadiumban volt, feltűnt, hogy 11,6, illetve 12,7%-ban a köpet negatív volt, 48,9%-ban mennyisége kevés vagy semmi. A betegeknek 61,7%-a láztalan, vagy csak subfebrilis volt, sanatoriumi tartózkodása alatt súlyban csaknem valamennyi gyarapodott. Egyezik e tapasztalatunk Graueval, aki a disseminált formákat szintén jobb prognosizálásnak jelzi. Az intracanalicularis úton keletkező, súlyos jelenségekkel járó exsudatív, vagy caseosus jellegű disseminatio ritkán fordult elő.

Első helyen tárgyaltuk a disseminált kóralakokat, minthogy azok leggyakrabban mutattak gégeelváltozást. Aránylag ritkák a csak mediastinalis duzzanatot mutató esetek. Évek előtt egyikünk egy beteget észlelt, akit a gégeorvos küldött el hozzám megvizsgálás céljából. A betegnél hatalmas mediastinalis tumor volt található, mely vagus- és sympathicusnyomási tüneteket okozott. A tumor specifikus voltának diagnosizát tulajdonképpen a gége tuberculosisus megbetegedése tette lehetővé, amelyből szokatlanul nagy tracheobronchialis mirigylymphomára kellett következtetnünk. Azóta figyelemmel kísérve a gégebetegeket, a mediastinumban gyakrabban találtunk kisebb lymphomákat, az esetek nagy részében azonban, mint említettük, a disseminatio dominálta a kórképet. Ranke három évvel ezelőtt írt dolgozatában megemlíti a primaer gégetuberculosis, mint a primaer complexum alakját, melynél a környi mirigyek meg vannak duzzadva. Valószínű, hogy

* A Magyar Orvosok Tuberkulózis-Egyesületének VI. nagygyűlésén tartott előadás kivonata.

előbb említett esetünk szintén a primaer gégetuberculosis csoportjába sorolható.

Sanatoriumi beteganyagunkban aránylag kevés az összefolyó, kompakt elváltozást mutató eset. Természetesen az ilyen betegeknel is előfordulhat, bár ritkán, a gége tuberculosis, részben azért, mert e kórforma a disseminációs elváltozást mutató betegnek későbbi, előrehaladottabb stádiuma, részben, mert a szervezet ellenállóképességének csökkenésével az intracanicularis, tehát contact, localis fertőzés is létrejöhet. Ez esetekben a gégetünetek, köhögés, fájdalmak, nyelési nehézségek mint gégetünetek inkább előtérben állanak. A szervezet allergiájának hirtelen lecsökkenésével kapcsolatban kétségtelenül acute is kifejlődhetik a gégefolyamat. Rövid időn belül két esetben láthattuk ezt egy extrapleurális throcoplastika elvégzése és egy erősebb haemoptoé után.

Az elmondottakból kitűnik az is, hogy a gégetuberculosis keletkezésénél a lymphogen-haematogen eredet a gyakoribb. Az a körülmény, hogy gégetünetek egyrésze negatív köpetű volt, másrészt a pozitív köpetű phthisikusok nagyrésznél gégetuberculosisist nem észleltünk, is emellett szól, mert könnyebb elképzelni, hogy a tüdőbetegnél haematogen localisatio nem jön létre, mint azt, hogy a pozitív köpetnek nem volt alkalma a géget fertőzni. Valószínűnek tartjuk, hogy a *Pollatsek* által ismertett tünetnélküli gégegümőkór éppen a disseminált esetekben gyakori. A magunk részéről az ily kóralakot mutató tüdőbeteget mindig gyanúsunk tartottuk gégegümőkórra, bár kétségtelen, hogy néhány esetben nem bizonyult annak, de viszont sokszor tapasztaltuk azt is, hogy $\frac{1}{2}$ –1 esztendővel később a gégemegbetegedés manifestté vált. Azokban az esetekben, amidőn a gége nem normalis, de gümős megbetegedés határozottan nem állapítható meg, a disseminatio kimutathatósága arra indít, hogy fokozott gonddal ellenőriztessük a géget és ekkor könnyebben dönthetünk a tuberculosis diagnosisa mellett.

Összefoglalás: 1. A gégegümőkór túlnyomórészt disseminált gócos tüdőfolyamatban szenvedő betegeknel állapítható meg.

2. A disseminált tüdőbetegségben szenvedő betegek gégeje fokozott gonddal ellenőrizendő.

3. A gégetuberculosis túlnyomórészt lymphogen-haematogen eredetű.

A regionalis izomdepressio fogalma és szerepe a gyomor kórtanában.

Írta: *Bársony Tivadar dr.*

Ismeretes, hogy lobos folyamatok szomszédságában egyes izmok, vagy izmosoportok fokozott összehúzódásba jutnak. Ezt a fokozott izomösszehúzódást izomspasmusnak, vagy izomrigiditásnak nevezi a kórtan. A lobos zsigerekből kiinduló reflectorikus izomrigiditás: a *défense musculaire*. Azonban nemcsak fokozott izomösszehúzódás keletkezik lobos folyamatok szomszédságában, hanem fokozott izomellazulás is. A lobos folyamatok szomszédságában keletkező fokozott izomellazulást *regionalis izomdepressiónak* neveztem el. A regionalis izomdepressio épp úgy kísérője a lobos folyamatnak, mint a reflectorikus spasmus; lehet, hogy spasmus és izomdepressio egyidejűleg fordul elő különböző izmosoportban, de lehetséges az is, hogy valamely izmosoport spasmusát később izomdepressio váltja fel.

A reflectorikus izomspasmusokat eléggé méltatja már a kórtan, a reflectorikus izomdepressiók ma még alig ismeretesek.

A reflectorikus izomdepressióknak három fajtáját különböztetem meg: a psychogen, a somatogen és a regionalis izomdepressiót. A psychogen izomdepressio abban áll, hogy psychikus kellemetlenségek a test összes izmaiban, a harántesíkos izmokban és a zsigeri simaizmokban egyaránt izomellazulást hoznak létre. A soma-

togen izomdepressio annyit jelent, hogy fájdalmak, lázas állapot, általában betegségek, épp oly izomellazulást okoznak a test összes izmaiban, mint a psychogen izomdepressio.* Az izomdepressio e két fajtájánál az izomdepressio nyomban a psychikus, vagy somatikus inzultus után jelentkezik. Regionalis izomdepressión értem azt az izomdepressiót, mely lobos folyamatok szomszédságában keletkezik. Az előbbi két csoporttal szemben ez az izomdepressio lassan fejlődik ki, de sokkal kifejezettebb lesz s az előbbi két csoporttal ellentétben nagyfokú izomsorvadáshoz vezethet.** Az előbbi két izomdepressió csoporttal más helyen kívánok foglalkozni, jelen közleménnyel csak a regionalis izomdepressióra hívom fel a figyelmet.

Chronikus gonitissnél a quadriceps rendszeren sorvadt. Ez ismeretes. A sorvadás létrejöttében szerepel egyrészt az az inaktivitás, melyet a végtag kímélése, vagy therapiás rögzítése idéz elő, másrészt egy reflex, mely a lobos térdízületből kiindulva a quadriceps izomműködését csökkenti. Az izomműködés reflectorikus csökkenése már igen korai szakban mutatható ki, akkor, amikor sorvadásnak még nyoma sincs. Ilyenkor a megbetegedett oldal combja a quadriceps felett tapintva hidegebb, mint az ép oldalé. Az izomműködésnek ez a csökkenése (a regionalis izomdepressio) kimutatható olyan esetekben is, melyekben a beteg a kóros végtagját még épp úgy használja, mint az épet, amikor tehát kímélés okozta inaktivitás még szóba nem jöhet.

A quadriceps sorvadás, mint a gonitis szomszédságában keletkező reflectorikus izomdepressio nem izolált kórtani jelenség. Teljesen analog elváltozásokat találunk más ízületek megbetegedésénél is. A Perthes-Leggs-féle csipő-betegségnél pl. a csipőizület szomszédságában lévő gluteusokban jön létre az izomdepressio. Itt is ki lehet már a sorvadás kifejlődése előtt mutatni a csökkent izomműködést. Ha a beteget egy lábra állítjuk, akkor a kóros csipő gluteusa nem tartja fenn a medeneét, létrejön a pozitív Trendelenburg-tünet. A vállizület arthritis siccájánál a deltoideuson, a bokaizület szomszédságában az ikraizmon jön létre kimutatható izomdepressio és így tovább.

De nemcsak az izületmegbetegedéseknél jön létre ez a reflectorikus izomdepressio, hanem más gyulladáskor szomszédságában is. *Pottenger* a tüdőcsúcsfolyamatra jellemzőnek írta le a csúcs feletti trapezius fokozott contractióját, de a csúcsfolyamat hosszabb aktivitása után ugyanebben az izomzatban az izomműködés csökkenése jön létre az izomzat kifejezett sorvadásával. „Bei frischen pleuritischen Prozessen an den Lungenspitzen findet man vermehrte Rigidität. Bei älteren Prozessen schlägt diese durch fortschreitende Atrophie der Schultermuskulatur ins Gegenteil um und dann ist die schlaffere Seite die pathologisch affizierte.“ (*Newmann: Klinik der beginnend. Tbc. 1924, I. 44.*)

Lobos folyamatok szomszédságában tehát bizonyos izmosoportokban csökkent izomműködés jön létre: ez a regionalis izomdepressio. Hogy mily úton jön létre a regionalis izomdepressio reflexe, s hogy ideg- vagy érhatás-e vagy együttes ideg-érhatás-e, ennek a kérdésnek fejtegetésébe nem bocsájtkozom, mint ahogy nem tárgyalom azokat a részletkérdéseket sem, hogy mely izmok jutnak inkább depressióba; csak hangsúlyozni kívánom, hogy izomdepressio kifejlődhet utólag abban az izmosoportban, melyben előbb izomrigiditas volt jelen (pl. csúcsfolyamatnál trapezius), és, hogy egyidőben lehet jelen egymás mellett a spastikus és depressió izmosoport, még pedig nemcsak a *Sherrington-törvénynek* megfelelő csoportosításban.

A regionalis izomdepressio törvénye nemcsak a harántesíkos izmokra vonatkozik, megtaláljuk ezt a zsigerek sima izomzatánál is. Arra már fentebb utal-

* Lehetséges, hogy a somatogen izomdepressio subcorticalis reflexek útján terjed, de az sem zárható ki, hogy létrejöttében corticalis componens is szerepel.

** A regionalis izomdepressio reflexpályája úgy látszik egészen periphaer.

tam, hogy az izomdepressiók másik két formája a psychogen és a somatogen izomdepressio a harántesikos izom depressiójával egyidejűleg a zsigerek sima izmának depressióját is előidézi. Jelen közleményemben csak a gyomor regionalis izomdepressiójával fogok foglalkozni.

Ismeretes, hogy gyomor-nyombélfekélynél az esetek egy részében motorikus elégtelenség fejlődik ki. A kórtan mai tanítása szerint e motorikus elégtelenségnek oka a pylorus organikus, vagy spastikus szűkülete. Amíg a gyomor izomzata túltengésre képes, kompenzálja a pylorusszűkületet, ilyenkor a gyomor tonusa és peristaltikája fokozott, kiürülése jó. Amikor azonban a szűkület okozta túlhajtott munkában a gyomorizomzat kimerül, a pylorusakadályt legyőzni többé nem képes, kifejlődik a decompensatio. Ilyenkor természetesen a gyomor ectasiás-atonias, peristaltikája igen sekély, vagy egyáltalán nem látható. A motorikus elégtelenségnek ez a magyarázata nagyon plausibilis, de csak az esetek egy részében állja meg a helyét, ott, ahol valóban szűkület a pylorus. Az esetek egy nagy számában azonban (nyombélfekélynél ritkábban, gyomorfelekélynél gyakran) a pylorus nyitott, sokszor tátongóan nyitott. Már pedig nyitott pylorusnál a fenti magyarázat cserben hagy, itt más okot kell keresnünk. *Ez esetekben a motorikus elégtelenség oka a regionalis izomdepressio.* A fekély egy tartós reflex útján izomdepressiót okoz a gyomor-pylorus-bulbus izomzatán. (Néha a nyelőcső, máskor a bél izomzatán is.) Ez a megállapítás ellentétben látszik állani azzal az általánosan ismert tapasztalattal, hogy a fekély izomspasmust és izomexcitációt okozhat. Valóban gyakran találunk izomspasmust és izomexcitációt, spasmust főleg a fekély izomsegmentumában, egyéb izomexcitációt a gyomor többi részén. A betegség kezdetén ezek az izomexcitációk dominálják a képet, később jut csak kifejezésre a regionalis izomdepressio. Nyombélfekélynél például a betegség kezdetén rendszeren izomexcitációt találunk a gyomron. Ezt az izomexcitációt a fekély reflektorikusan hozza létre. A gyomorizomzat excitációját létrehozó nyombéli reflex — mint azt a *Hortobágyival* való állatkísérleteinkben kimutattuk¹ — *Bayliss-Starling* béltörvényének mechanizmusa szerint jön létre az intramuralis beidegzés útján, teljesen függetlenül a vagus-splanchnicustól. Kísérleteinkben vagus-splanchnicus átmetszése után a nyombél ingerére nyomban jelentkezett a gyomron az izomexcitatio. A nyombéli gyomorizomexcitatio reflexe tehát egy prompt reflex. Valószínű, hogy nyombélfekélynél már a betegség kezdetén keletkezik az a reflex is, mely végül (sokszor csak évek múltán) a gyomorizomzat teljes depressiójához vezet. Hogy mily pályán jön létre ez az izomdepressió reflex, az nem állapítható meg, kétségtelen, hogy csak lassan vezet kimutatható elváltozásokhoz, tehát nem prompt reflex. A másik két izomdepressió reflex, a psychogen és somatogen, prompt reflexek, nyomban jelentkeznek az inger behatása után. (Psychogen vagy somatikus inzultusra csökken a gyomor tonusa, kitágul, peristaltikája megáll, kiürülése szünetel.) A regionalis izomdepressio csak később nyilvánul meg kimutatható tünetekben. Első jele az, hogy a peristaltikában hosszabb szünetek jönnek létre, vagy a kezdeti fokozott peristaltika helyett később tartósan sekély peristaltikát látunk. A szünetek idején a tonus is csökken. Később az izomfal esőként beidegzése folytán az antrum fala a systolés nyomásnak ellentállni nem tud, kiboltosul a peristaltika nyomásának hatására, létrejönnek azok az „Ausladung“-ok, amiket *Schlesinger* írt le. Ha az izomdepressio még kifejezettebb lesz, akkor már csak a vizsgálat kezdetén találjuk meg a gyomorizomzat fokozott működését, később a gyomor kitágul, peristaltikát alig látunk, létrejönnek azok a gyomoralakok, melyeket áthangolódo gyomroknak neveztem el.² Az utolsó stadiuma az izomdepressiónak az, amikor a gyomor teljesen tonustalan zsákká alakul át, melyen peristaltikát nem látunk. A kép az, amit *Westphal* és *Katsch* mint maximalsecretorikus typust írt le s melyre *Schlesin-*

*ger*³ a találó chronikus gastroparesis elnevezést használta. Ebben a stadiumban a gyomorból alig ürül ki valami a chronikus gastroparesis, a szó igazi értelmében vett „motorikus insufficiencia“ miatt, dacára annak, hogy a pylorus tátonghat. Ez esetekben, a nyitott pylorus eseteiben kétségtelenül a regionalis izomdepressio az oka a motorikus elégtelenségnek, a gyomor benuulásának. A zárt pylorusok eseteiben is kétségtelen, hogy a társuló regionalis izomdepressio hozzájárul a motorikus elégtelenség kifejlődéséhez azzal, hogy csökkentve a gyomor izomerejét, ez hamarabb dekompenzálódik.

A pylorustól távolosó kiscsörgületi gyomorfelekélyknél, ahol a pylorus tátongása gyakrabban fordul elő, még szembeötöb a regionalis izomdepressio szerepe a motorikus elégtelenség előidézésében.

Összefoglalás: Lobos folyamatok szomszédságában az ismert izomexcitáción kívül izomdepressio is jöhet létre. Ez a „regionalis izomdepressio“ magyarázza meg nyitott pylorusnál a gyomor motorikus elégtelenségét.

Irodalom: ¹ *Bársony-Hortobágyi:* A duodenalis izomsyndroma. Orvosi Hetilap, 1924. — ² *Bársony:* Beitrage z. Ulcus duodeni. Boas Archiv. 1921. — ³ *Schlesinger:* Chronische Gastroparese. Mitteil. Grenzgeb. Med.-Chir. 1920.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem I. sz. női klinikájának közleménye (igazgató: *Bársony János dr. egyet. ny. r. tanár*).

Újszülött májrepedése spontán szülés után.*

Írta: *Raisz Dezső dr.* klinikai tanársegéd.

Nincsen az újszülött testének úgyszólván egyetlenegy pontja sem, amely a szülés alatt sérülést szenvedhetne. Leginkább előfordul ez a gyakrabban előforduló részen, a koponyán, ahol az egyszerű caput succedaneum, az infractio, varratszakadás, koponyaregi vérzések stb. nem is nagy ritkaság. A szemek nemcsak skleralis vérzésekkel találkozunk, de eléggé gyakori a retina vérzése is. *Coburn* 37 halvaszülött közül 17-nél találta, *Paul* spontán szülötteknél 29, szűkmedencés anyák gyermekeinél 50%-ra teszi a számukat. Látóidegbe, üvegtestbe történt vérzések is előfordulnak. Elég gyakori farfekvésben szülötteknél a sternocleidomastoideus haematomája, valamint a facialis- és plexusbenuulás is. Tetemesen megnövelik mindezen sérülések számát a műtétes szülések s szomorúan egészítik ki a képet az olykor elkerülhetetlen csonttörések esetei. Más csoportba sorakoznak azon sérülések, amelyek durva diagnostikus tévedések, műtéti erőszakoskodások eredményei, mint aminők a farfekvésben levő magzatnál a vizsgáló ujj okozta complett gátrepedés (*Thies*), a buroknak tartott caput succedaneum szúrási, vágási sebe (*Dorf*), az állkapocstörések, luxatiók, a csigolyák fraeturái stb.

A belső szervek sérülése aránytalanul ritkább. A tüdők és a szív leginkább másodlagosan, bordatörések alkalmából sérülnek. A csontosváz nélküli hasüri szervek már inkább ki vannak ennek téve. Gyakoriság sorrendjében ezek közül első helyen áll a mellékvesék vérzése. Három statisztikából összeállított anyagban *Lecont* 45%-ban talált mellékvesevérzést, *Mattei* 39 boncolt újszülött közül 37-nél tudta ezt kimutatni. Legritkábban sérül a vese és a lép, könnyebben a bél és a máj, amely utóbbinak gyakorisága *G. Hedren* szerint 1:12.020.

Amíg a mellékvesék vérzéseinek eredetéről hamaron kétségtelenné vált, hogy azok spontán szülés alatt minden erőművi behatás nélkül is létrejöhetnek, a máj és a belek sérüléseiről sokáig az volt a nézet, hogy ezek hibás vagy erőszakos műfogások következményei. Ilyenek a *Wallich* által leírt három s *Krater* közölte egy

* Bemutatta a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1924 november 15-i ülésén.

eset. Azonban *Sury* 1912-ben a karlsruhei törvényszéki orvoskongresszuson rendes szülés alatt támadt bélrup-turát is mutatott be, s *Hedren* saját észlelései s az iro-dalomból összegyűjtött esetek felsorolásával igazolja, hogy májsérülés egészen normalis szülések közben is előfordulhat. *Nieszytko, Walther, Dittrich, Gaifami* s mások közlései után végül az a nézet alakult ki, hogy felületesebb májrepedések asphyxia következményei is lehetnek ugyan, de a mélyebbeket mindig külső behatás idézi elő.

A bemutatandó esetet a spontan lefolyt szülés alatt támadt májrepedés nagysága teszi érdekessé s tünetetiben annyira ritka, hogy nagyobb, rendelkezésemre álló irodalomban sem tudtam hasonlót találni.

438/450. 1924. A. I. Rendes medencéjű negyedszer szülő nőben mindjárt a fájások kezdetével megrepedt a burok s ez után 11 óra 15 perc múlva minden segítség nélkül megszületik a 3830 g súlyú, 51 cm hosszú leány-gyermek. A gyermekben semmi szokatlan tünetet nem észlelünk, hője, széke rendes, a III. napra 3430 g-ra le-fogy, de a következő napon már 50 g-ot gyarapodott. A IV. napon délután és éjjel erősen nyugtalan, hője 38,5. Reggel hasa nagymértékben puffadt, zöldessárga széklet-szerűt hány. Beesett szemek, sápadtság, nagyfokú el-esettség. A bélpassagezavar ezen kifejezett tünetei mel-llett invaginációra gondolunk, de a végbélbe vezetett ujjal intussusceptiót tapintani nem tudunk. Magasab-ban fekvő bélezáródás, coecalis invaginatio gyanújával átszállítjuk az újszülöttet az I. sz. sebészeti klinikára, ahol *Verebély* tanár úr volt szíves a műtétet elvégezni. A has megnyitása után, nagy meglepetésre, részben al-vadt, részben folyékony vér bőven ürül a hasból, mely-nek forrását a máj jobboldali alsó szélén egy körülbelül 3 cm hosszú, élesszerű repedés képezi. A máj tokja nagy terjedelemben le van választva. Tamponade után has-falvarrat. Infúsiók, coffein, melegítés ellenére a gyer-mek az éj folyamán exitál. Boncolásnál a repedés helye már fel nem ismerhető, a bélpassage mindenütt szabad, a jobb lebenyről csaknem teljesen hiányzik a Glys-son-tok.

Az alarmirozó tünetek tehát csak a IV. napon jelentkeztek (akkor is bélezáródás képében), ami arra enged következtetni, hogy a szülés alatt csak egy felü-letesebb repedés támadhatott, amelyből a feszülő Glysson-tok alá csak lassan szívároghatott a vér. Ha a szívós tok némiképp tamponként is hatott, viszont az alatta lassan felgyülemelő vér nyomása folytán a repe-dés egyre mélyült, tágult, amihez nem kis mértékben járult hozzá az újszülött naponkénti fürösztésével, szop-tatásával járó emelgetés. Ez újra fokozza a vérzést, s tart ez a circulus vitiosus addig, amíg a tok tovább ellenállani nem tud, megreped. Az addigi vérvesztéség nem lehetett nagy, mert a gyermek feltűnőbbben anaemiás nem volt. A tok megrepedésével azonban meg-szűnt egyúttal ennek tamponáló hatása is s a már te-kintélyessé vált sebből szabadon ömölhetett a vér. Ekkor lépett fel a coagulumok nyomása alatt az ileus s a peri-tonealis shock képe elfedte az anaemiát.

Amilyen könnyen megmagyarázható ekként a májrepedés ezen szokatlan megjelenési formája, oly nehéz a primaer repedés létrejöttének okát megtalálni. Semmiféle műtét, még expressio sem történt, a gyer-mek az asphyxiának legkisebb jelét sem mutatta, gon-datlanság rovására írható elejtés, megütés kizárt. Egy kartársunk gyermeke lévén, őt is, anyját is nagy figye-lemmel vettük körül.

A szülés alatti mellékvesevérzések létrejöttének feltételeivel egész tekintélyes irodalom foglalkozik, de ezek semmiképen sem alkalmasak a májsérülések ma-gyarázására is. A mellékvese vérzései nem sérülésszerű vérzések, hanem hyperaemia, hosszan elhúzódó szülés (*Philip*), anyai eklampsia (*Dienst*), lues (*Meckel*), vena-thrombosis (*Toepffer*), hyperadrenalinaemiás vérnyo-másemelkedés (*Materna*) következményei.

Ha azonban a szülés mechanizmusában keressük az okot, ott úgy hiszem találhatunk némi támpontot,

ami segítségünkre lehet e kérdés tisztázásában. Ugyanis a mellfelé ívalakban hajló szülőcsatornán az I. koponya-fekvésben lévő magzat úgy halad át, hogy törzse a me-dence tengelyének megfelelően hajlik: jobb oldala elő-felé concav, bal oldala hátrafelé convex ívben. Ugyan-így a II. farfekvésben lévő magzatnál, de itt a törzs hajlását még fokozzuk is a karok kifejtésénél. Ilyenkor a bordaív rányomul a májra, s az amúgy is összeszorí-tott törzsben kétségtelenül komprimálja azt. *Küstner* is a *Dittrich* esetének bemutatását követő discussióban (*Gyn. Gesellschaft Breslau 1913, március*) az expressiót okolja mint a májmegrepedés előidézőjét, kiemelve, hogy az exprimálás által fokozott kyphosisba került magzat májára a bordaív erős nyomást gyakorol. Ter-mészetesen ezzel a magyarázattal sem elégedhetünk meg teljesen, mert hiszen ezer és ezer gyermek születik I. koponyafekvésben és II. farfekvésben a májsérülés legkisebb nyoma nélkül. De ha meggondoljuk, hogy mily gyakori újszülötteknél spontan szülés után is a koponyaüregi vérzés (*Orvosi Hetilap 1921, 12. szám*), s hogy — amint erre a múlt cyklus februárjában erről a helyről volt szerencsém a tisztelt Orvosegyesület figyelmét felhívni — újszülötteknél 56%-ban occult bél-vérzést találunk, az újszülött vérzékenysége és vulnera-bilitása oly élénk formában rajzolódik élénk, hogy ese-kélyebb behatásoknak is szerepet tulajdoníthatunk a májsérülések előidézésében. Nem tagadható azonban, hogy ezen állandónak mondható két tényező mellett egy harmadik alkalmi oknak is közre kell játszani — erő-sebb venosus pangás a májban stb. —, hogy ezek ere-dőjeként ruptura támadjon.

Kétségtelen azonban, hogy spontan szülés után minden műtéti beavatkozás, külső trauma nélkül kelet-kezhetik nagyobb repedés is a májon, ami nemcsak mint klinikai raritás érdemes feljegyzésre, hanem tör-vényszéki orvostani szempontból is fontossággal bír.

A Budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegye-tem III. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyet. ny. r. tanár).

Húgsavmeghatározás vérsavóban és vizeletben.

Írták: *Hofhauser István dr. és Kürti László dr.*

Folin és *Wu* colorimetriás húgsavmeghatáro-zási eljárása igen megbízható értékeket ad, azonban nagyon komplikált és hosszadalmas. Ezzel szemben az *Autenrieth*-ékkal végzett, *Neubauer* által módosított el-járás egyszerű ugyan, de a standard-ék és a vizsgá-landó folyadék színe közti különbség még gyakorlott szemű egyéneknek is nem csekély hiba forrása.

Célunk volt ezen methodikák összevonásával egy az előbbi pontosságát és az utóbbi egyszerűségét egye-sítő eljárás kidolgozása.

Az eljárás *elve* a következő: a savó fehérjéit uranylacetattal kicsapjuk és a tiszta szűrletben lévő húgsavnak alkalikus phosphorwolframsavoldattal adott kék színét ismert húgsavtartalmú oldat színével össze-hasonlítjuk.

Szükséges oldatok:

1. 1-6%-os uranylacetatoldat a fehérjék kicsapá-sára.
2. *Folin reagens*: 100 g wolframsavas natrium-hoz 80 cm³ 85%-os phosphorsavat (fajsúly: 1-71) és 700 cm³ vizet adva, visszafolyó hűtővel ellátott lombikban 3-4 óra hosszat főzzük, kihülés után 1 literre feltöltjük.
3. *Telített natriumcarbonatoldat*.
4. *Standard húgsavoldat*: exsiccatorban kénsav fölött súlyállandóságig szárított acidum uricum purissi-mumból analitikai mérlegben 1 grammot pontosan le-mérünk, 150 cm³ 0-4%-os lithiumcarbonatoldatban fel-oldjuk és desztillált vízzel pontosan 500 cm³-re feltölt-jük. Ezen oldatból 80 cm³-hez néhány deciliter desztil-

lált vizet és 500 cm³ tisztára szűrt 20%-os natrium-sulfidoldatot adva, desztillált vízzel pontosan 1000 cm³-re feltöltjük. Az így nyert standardoldat 1 cm³-e 0.1 mg húgysavat tartalmaz és jól elzárt üvegben igen hosszú ideig, használat céljából időnkint kinyitott üvegekben pedig hónapokig eltartható.

Húgysavmeghatározás vérsavóban.

A fenti standardoldatból 10 cm³-t egy 50 cm³-es mérőlombikba pontosan lemérve a jelig feltöltjük és jól összekeverjük (1 cm³ 0.02 mg húgysavat tartalmaz).

2 cm³ vérsavóhoz 6 cm³ desztillált vizet és 2 cm³ uranylacetatoldatot adva összerázzuk és néhány pernyi állás után leszűrjük. A kristálytisza szüredékből 5 cm³-t lemérünk (ez megfelel 1 cm³ savónak) és 0.25 cm³ húgysavreagenst, valamint 2.25 cm³ telített natrium-carbonatot teszünk hozzá. Ezzel egyidejűleg a hígított standardoldatból ugyancsak 5 cm³-t lemérve, szintén 0.25 cm³ reagenst és 2.25 cm³ telített Na₂CO₃-oldatot adunk hozzá.

10 pernyi állás után *Dubosque* colorimeterével* meghatározzuk a standardoldat és a kérdéses serum-filtratum színintenzitásának viszonyát. A kettő hányadosát megszorozva a standardoldat húgysavtartalmával (0.10), megkapjuk 1 cm³ savó (= 5 cm³ filtratum), ezt pedig 100-zal szorozva, 100 cm³ savó húgysavtartalmát **mg-okban** (0.1×100=10), tehát:

standardoldat állása . 10 = 100 cm³ savó húgysav-filtratum állása
 tartalma mg-okban = mg-%. Például standard-oldat állása: 15, filtratum állása 32.8.

$$\frac{15}{32.8} \cdot 10 = 4.57 \text{ mg-\%}$$

Az eljárás pontosságának ellenőrzésére ismert húgysavtartalmú savóhoz ismert mennyiségű húgysavat adunk és e keverék húgysavtartalmát colorimeterrel a fenti eljárás szerint meghatároztuk. Néhány értéket az alábbiakban közlünk:

Tényleges húgysavtartalom	Colorimetriás érték
5.82 mg-%	5.80 mg-%
5.28 "	5.25 "
5.13 "	5.17 "
4.96 "	5.00 "
4.81 "	4.82 "
4.57 "	4.54 "

Mint látható, a methodikai hiba 1%-nál kisebb.

Normalis savókban 1.59–5.9 mg-% között mozgó értékeket kaptunk.

Húgysavmeghatározás vizeletben.

Az eljárás elvben teljesen megegyezik a fent leírttal. Tekintettel a vizelet magasabb húgysavtartalmára, a standardoldatot nem hígítjuk, hanem az 1 cm³-ben 0.1 mg húgysavat tartalmazó eredeti oldatot használjuk összehasonlítás céljára. Minthogy pedig a vizelet nem, vagy a serumhoz viszonyítva kevés fehérjét tartalmaz, elegendő, ha 2 cm³ vizeletre 1 cm³ uranylacetatot veszünk, mikor is 7 cm³ vizet kell hozzáadni. A számítás ez esetben tehát a következő:

standardoldat állása . 50 = mg-% húgysav.
 meghatározandó oldat állása

Összefoglalás: A fentiekben ismertetett colorimetriás eljárás pontos, egyszerű és rövid idő alatt elvégezhető; colorimeter hiányában megközelítő pontosságú értékeket kapunk.

Irodalom: *Autenrieth:* Münch. med. Wochenschr. 1914. 9. sz. — *Folin and Wu:* Journal of biol. chem. 1922. 41. köt. (*Neubauer* eljárása tudomásunk szerint nem jelent meg; mi kéziratból szereztünk róla közvetett tudomást.)

* Colorimeter híján a meghatározás megközelítő pontossággal oly módon is elvégezhető, hogy ismert koncentrációjú húgysavoldatokból sorozatot készítsünk, a kérdéses serumfiltratum húgysavtartalma egyenlő a sorozat vele egyező színű tagjának húgysavtartalmával.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter-tudományegyetem elme- és idegkórtani klinikájának közleménye (igazgató: † Moravcsik Ernő ny. r. tanár).

Az alkoholkérdésről, különös tekintettel a hazai viszonyokra.*

Írta: *Sombor József Antal dr.* egyetemi tanársegéd.

Az alkoholkérdés már évszázadok óta foglalkoztatja az emberiség nagy tömegeit. Az ezzel kapcsolatos mozgalom hazánkban is fokozatosan terjed. Ebben a mozgalomban kell hogy az orvosok és főleg a pszichiaterok legyenek a különböző határozatok és rendeletek fő irányítói, éppen ezért fokozottabb mértékben járul a felelősségérzés a pszichiaterre. Kell hogy a kezükben tartsák az irányítást, lelkiismeretes előrelátással, komoly megfontolással mondják el véleményüket, adják meg tanácsaikat a hozandó határozatokra vonatkozólag. Ha ez így történik, tulajdonképpen döntőbíróként is szerepel a teljesen ellentétes felfogásokban. Szükséges és természetszerű kötelessége objective, minden befolyástól menten mérlegelni a mellette és ellene szóló argumentumokat. Két fél, két felfogás áll ugyanis egymással szemben: az egyik felfogás megengedi az alkohol bármilyen módon való élvezését, a másik azt eltiltja, az antialkoholista felfogás.

Az alkoholellesenek érveit én csak röviden összegezem, hiszen pontosan és részletesen sokan összegezték már nálunk a legutóbb is. Így csak utalok *Benedek, Donáth, Pándy* tanár urak, *Focher, Földes* stb. kartárs urak közleményeire, előadásaira, felszólalásaira. Sokoldalú, minden részletre kiterjedő, lelkiismeretes, komoly és statisztikákon alapuló adatgyűjtésük, eredménykövetkeztetésük, mint *Benedek* professor előadásában helyes meghatározással mondja, fanatikusokat nevelt. A fanatikusok subjectivitása, igazuk egyoldalú megvilágítása nyitott kérdést hagy, hogy vajjon adataikból folyó állításaik és ezek alapján történő következtéseik teljes mértékben magukon hordják-e a méltányosság, igazságosság, objectivitás elemi követelményeit? Állításaik értelmében ugyanis az alkoholtalalom eredményeképpen megszűnik a bűnözés, a betegség, a degenerálódás és a nyomor és helyét elfoglalja az egészséges, becsületes, szorgalmas és takarékos, gazdag emberek világa. Végcéljuk ennek érdekében a prohibíció, ha ez egyhamar nem is sikerülne, legalább átmenetileg localoptio legyen keresztülvihető.

A statisztikák azonban hibákat rejtenek, melyek közül egy párat felemlítek. Így *Ziveri* azt állítja, hogy subjectív beállítások folytán hamis eredmények vannak általában az alkoholpsychosisokról, s többek közt azt is említi, hogy pl. még 1907-ben is a velencei kongresszuson a paralysis progressiva okozójaként nagy szerepet tulajdonítottak az alkoholnak. *Wolfensberger* *Bleuler* klinikájáról az alkoholtéboltyt egy schizophrénia egy reakciójaként jelzi, melyet az alkoholmérgezés vált ki, szerinte csak mint tüneti kép fogható fel. 16 közölt eset közül csak 2 nem schizophrénia. *Moravcsik* professor könyvében ez olvasható: A különben psychosisra hajlamos egyének pathológiás sajátságainak egyik tünete lehet az alkoholnak mértéktelen élvezetére való hajlam és a szeszes italok azután a kifejlődő elmezavarának különös szint, jelleget kölcsönöznek. A tapasztalat kiderítette, hogy a maniás-depressiós elmezavarban, a dementia praecoxban szenvedő, az imbecillis, epilepsiás stb. egyénekben az alkohol gyorsabban és károsabban gyakorolhatja hatását. Némelyek az alkoholos psychosisok egy részét csak az alkohol hatása alatt kiélesedő, más természetű elmeformának tekintik: pl. *Graeter* dementia praecoxnak. *Gaupp* a dipsomaniát az epilepsia egyik megnyilvánulási formájának tartja. Néha maniára, máskor melancholiás lehangoltságra, sokszor stuporra emlékeztető tünetek is

* Előadta a magyar elmeorvosok VIII. értekezletén 1924 október 6-án.

előállhatnak. Az alkohol élvezete iránt való fogékony-sághoz, mint az elmezavar kifejlődéséhez, bizonyos egyéni dispositio kell, viszont vannak alkoholisták, akik éveken át élvezik s mégsem fejlődnek ki bennük a mérgező hatás jellemző testi és psychés tünetei. *Benedek* professor így mondja: Ismeretes tény, hogy az alkoholisták egy része ú. n. abnormis személyiség, vagyis olyan, akinél az örökséges elfajulás alapján a jellem-szerkezet és az ösztönök rendszerének kvalitása meg-változott. *Schroeder* szerint az alkoholisták terheltségi száma 50—94 között mozog. *Dreselnek* személyiséget elemző tanulmányából a külső tényezőknek az endogen okokkal való összehasonlítása tekintetében fontosnak látszik kiemelni, miszerint a 21. életév előtt jelentkező alkoholizmus szellemi kevesebbértékűségnek tanujele. Ugyancsak ő említi, hogy számos pszichiater kiemeli a különböző szerekkel magukat mérgező egyéneknek a kóros jellem szerkezetben rejlő szoros összetartozását. Meg kell azonban különböztetnünk azokat az alkohol-élvezőket, akiknek a legnagyobb része statisztikába nem kerül, akiknél semmiféle számbajöhető káros kö-vetkezményt nem mutat a mérsékelt alkoholélvezet. Számosan vannak ugyanis, akik nem antialkoholisták és munkaképességük jó, munkakészségük teljes, s úgy a haza, a társadalom, mint saját énjük és családjuk részére nagyobb teljesítő, produktív készséget tanusi-tanak, mint akárhány antialkoholista. Én elismerem, hogy nagy hátránnyal jár az alkoholnak csak csekély mennyisége is némely egyénre, de nem mindenkire. S igazságtalan lenne ezért megfosztani mindenkit az alko-hol élvezésétől. Az élvezet, az öröm eltiltása csak erő-szakos cselekedet lehet, az embernek joga van ahhoz, hogy élvezetét, örömét maga válassza meg, ha avval más kárát nem okozza. Az a gondolat, melyet *Schiller* ódájában oly csodásan megénekelt, ihlette meg a leg-nagyobb zenei kiválóságot, Beethovent, az isteni szép magasztos IX. symphonia megírására. Szélsőséges álláspontnak tartható az alkoholnak mindenkire egy-formán való eltiltása, viszont tudjuk, hogy a szélsősé-gek követése gyakran nagy visszahatást szül.

von Notthafft szerint sokkal kisebb percentszám-ban állítható biztosan a nemibetegséggel való fertőzős alkoholélvezettel kapcsolatban, mint ahogy általában felveszik.

A tapasztalat azt mutatja, hogy az alkohol után vágyó szerez magának szeszt, úgy, ahogyan tud. Két gyakorlati példával szolgálhatok többek között: Egy chronikus alkoholista asztalosmester patiens az alkohol-eltiltásra, melyre családja felügyelt, úgy válaszolt, hogy műhelyében firnájszt ivott. Egy régi ápoló, kinek hetenkint egyszer van csak kimenőnapja és így alkohol-hoz kevésbé juthat, a betegeknek kiosztandó étvágy-javító cseppeket az üvegből bőven itta, annyira, hogy a szó szoros értelmében részeg lett tőle, zavartság jelei mutatkoztak rajta.

A kísérletek, melyeket nem részletezek, de amelyeket *Pawlow*, *Loeb*, *Dixon*, *Lombard*, *Kraepelin*, *Frey*, *Joteyko*, nálunk *Király*, azonkívül *Reach*, *Stoklasa*, *Landsberg*, *Hans Meyer*, *Aschaffenburg*, *Weygandt*, *Rosenfeld*, majd *Bonhoeffer*, *Beninde*, *Petrusch*, *Donáth* stb. végeztek, kimutatták, hogy az alkohol elválto-zást idéz elő a szervezetben, de viszont bebizonyí-tott tény, hogy kis mennyisége káros befolyást nem gyakorol, sőt sok esetben szükséges és életmentő.

Az újabb megfigyelések és állatkísérletes adatok is leszállítják ama régibb felfogás értékét, hogy az alkohol a jövő generatio nemzésére és fejlődésére min-dig káros befolyást gyakorolna. Ezt látszanak igazolni *Bluhm*, *Mac Dowel*, *E. Carleton* stb. vizsgálatai. Meg-erősíti ezt a felfogást *Schaffer* professor ezévi Balassa-előadásában, midőn *Rüdinre* és *Wauschkunra* hivat-kozik, akik arra utalnak, hogy az iszákos emberek már eredettől fogva nem normalis emberek és így nem meg-lepő, hogy utódaikban rendellenességek találhatók. *Wauschkun* szerint bizonyítottan nem vehető az utó-dok örökletes megkárosítása szempontjából a szülő

idősült alkoholizmusa. *Benedek* professor füzetében ugyancsak olvasható, hogy a legutóbbi statisztikák szerint a genuin epilepsiás egyéneknél a szülők iszá-kossága mindinkább kezd veszíteni jelentőségéből.

Mindezekből kitűnik, hogy az alkohol rendkívül káros hatása határozottan be nem bizonyítható. Viszont a prohibitio keresztülvitele nehézségekbe ütközik.

Amerikai viszonyokra is hivatkozhatom, noha az általános viszonyok is kellőképen megrajzolják az ame-rikai helyzetet. A gazdag ember könnyen kijátssza az alkoholtilalmat. Szerez, vesz magának, készít esetleg otthon, mert kellő mennyiségű pénze van. Nem teljes prohibitio tehát a legnagyobb mértékben antisocialis is, mert a gazdag és protectiós könnyen juthat alko-holhoz, viszont a szegény ember csak mérgezettel elé-gedhet meg. *Hubbard*, *Bagly*, *Hugh Wansey*, *Ziveri* írják, hogy az északamerikai tapasztalatok alapján a radicalis alkoholtilalom nem kecsgett sikerrel. *Gerty* chicagói közleménye szerint az alkoholsychosisok megváltoztak; a régebbiekhöz képest a súlyos megbete-gedések száma megnövekedett és ennek oka a becsem-pészett és súlyosan mérgező hatású alkohol megjele-nése. *Legrain* állítása szerint nagy mértékben folyik a csempészés és nagyon felszaporodott az egyes csalá-doknál készült alkoholtartalmú ital, másrészt az egyes hivatalnokok megközelíthetőségét igen sajnálatos tény-nek minősíti. *Hubbard* azt állítja, hogy az alkoholtila-lom következményeképpen sok eddigi sörivő pálinka-fogyasztó lett, miután a pálinka elkészítése otthon könnyen keresztülvihető. Számos szerző szerint a cocainismus és morphinismus emelkedését idézi elő az alkoholtilalom.

A rendeletek kijátsszása el nem kerülhető, bár-mennyire is fokozott az elővigyázat és szigorú a tör-vény. Sajnálatos példával szolgálhatunk mi is, ugyanis szegény hazánk is keresztülment időszakos egy szigorú prohibitión. Egypár év előtt volt, mindannyiunk élénk emlékezetében van; az ú. n. kommunizmus idealis céljai közé tűzte ki az erőszakos alkoholtilalmat. S vaj-jon láttuk-e akkor a remélhető eredményt, az idealis állapotokat, az alkoholvívás megszűnését? Vajjon meg-szűnt-e akkor a bűnözés, javultak-e a viszonyok? Ter-mésztesen a protectiósoknak, másrészt pedig a degene-ráltaknak, bűnözésre hajlamosoknak akkora mennyi-ségű alkohol állott rendelkezésükre, amennyit akartak.

Látható tehát, hogy szigorú prohibitio keresztül-vitele lehetetlen, ezért ajánlatos lenne ehhez igazodni és mérsékelt töménységű szesz élvezését tenni lehetővé a körülményekhez igazodva.

Weisbach hallei hygienikus alkoholszegény sört és bort ajánl. *Erismann* Pétervárott megjelent köz-egészségügyi könyvében írja: „Kívánatos, hogy a pálinkát ott, ahol az nemzeti itallá lett, lassankint kiszorítsa és helyettesítse a sör. Kétségtelen, hogy a valódi műve-lődés terjedése és az anyagi jólét emelkedése lassankint a helyes útra fogja terelni a szesz italok használatát.“ *Bunge* professor azt állítja, hogy valamennyi szesz ital közül a sör a legártalmasabb, mivel annyira egyik sem alkalmas, hogy az unalomérzet elűzése céljából avval visszaéljenek. A sör mellett ezren elbutulnak, el-fásulnak és elzülnek. A sör azért is a legártalmasabb a szesz italok között, mivel egyik sem annyira esá-bító. Egyik italt sem lehet oly hamar megszokni, mint a sört, egyik ital sem esábit annyira a mértéktelen-ségre. Ezeken az állításokon csodálkozni már azért sem lehet, mert bennük van a megokolás is; az anti-alkoholistának célja a szeszélvezet terjedésének meg-gátlása és a minimumra való szorítása, illetőleg teljes eltiltása.

Kionka jeni pharmacologus dolgozatában a sört a legtökéletesebb és aránylag a legkevésbé ártalmas alkoholtartalmú italnak tartja, mely mint élvezeti szer egy különösen sokoldalú felhasználhatóságra nyújt módot. Állítása szerint a müncheni, illetőleg a bajor sör aránytalan nagy, 34 percentszámú kaliumtartalma okozza a „sörszívet“. Jenában az ottani sörivőknél ez

fel nem lelhető. Tény, hogy a sört kiterjedten alkalmazták már tápértékénél fogva is és enyhe hypnotikumként orvosok gyógykezelésnél.

Azokra vonatkozólag, akik rendszeresen nagy mértékben isznak vagy akiknek csekély mennyiség is megárt és kihatásokkal jár, rendszabályok alkalmazandók, még pedig igen helyesek volnának a szigorított törvények és az északi államok módjára az intézeti internálások szükségessége. A degenerált, exaltált, psychopatha vagy psychotikus iszákosok felügyelete rendszeresíthető és ellenőriztessék, szükség esetén való hosszabb internálása keresztülvihető legyen.

A legfontosabb azonban az, hogy az új generatio, a fiatal, serdülő korban levők kellő nevelésben részesüljenek, hogy magukat fegyelmelni tudják, tisztában legyenek bizonyos élvezetek túlhajtásának káros következményeivel, egészséges, becsületos és tisztességes életre nevelődjenek, hogy menten minden mértéktelenségtől, kultúremberhez illő, józan, komoly, munkás életet éljenek. Legyen minden ifjú elkészülve arra, hogy midőn szabad akarata teljesítésében már szülői vagy tanári felügyelet nem kíséri, ura tudjon maradni magának és gyengeségeit a körülményekhez képest fékezni tudja.

KACZVINSZKY JÁNOS

(1871—1924.)

Hatalmas energiaforrással lettünk szegényebbek. December 22-én meghalt *Kaczvinszky János*, hatalmas physicumát, páratlan munkaerjét tekintve fiatalon, 53 éves korában, két éves betegeskedés, lassú haldoklás után. A távolabb állók csak annyit tudtak róla, hogy ő volt az, aki Békésgyulából sebészeti Mekkát teremtett, akinek hírneve a szenvedők tízezreit csábította a vidék e falusi jellegű városkájába. De csak kevesen vannak, akik beleláttak ennek a hatalmas energiának műhelyébe, abba a ritka munkaforrásba, amellyel ezt a célt — minden külső eszköz mellőzésével és kerülésével — el tudta érni.

Ennek a feltűnő jelenségnek egyszerű a magyarázata. A legudvariasabb és legszelidebb emberek egyike volt, akiről el lehet mondani, hogy ama kevesek közül való, akinek nem volt ellensége — még a szűkebb kartársai körében sem. De ezzel szemben kevés emberrel találkozott, aki oly mesterien értett ahhoz, hogy „distantiát” biztosítson magának, akinek belsejéhez oly nehéz volt a hozzáférés, mint az övéhez. Akinek az a véletlen szerencse jutott, hogy bepillantást vothessen belső életének szentélyébe, csak az tudja, hogy benne a mai sebészszakmzedék talán legértékesebb, mindenesetre legeredetibb képviselőjét vesztettük el.

Külső élete eseményekben szegény volt. 1871-ben született Budapesten, és itt végezte el középiskoláit és tanulmányait. Mindig mintatanuló volt. De nem a törtéteknél egyike, aki a jó kalkulus kedvéért ügykedéssel nyeri el a tanár elismerését. Nála minden vizsga, minden szigorlat életkérdés volt, amelyre vaszorgalommal úgy készült el, hogy hallgatóságnak, tanárnak egyaránt eseményszámba mentek feleletei. *Kovács* professor klinikáján indult meg sebészeti pályafutása, amelyet azonban csakhamar megszakított mesterének halála. Így került, mint második tanársegéd a klinika új vezetőjének, *Dollinger Gyulának* vezetésé alá. Ekkor ismerkedtem meg vele én is, és közvetlen közelből láttam azt a nehéz harcot, amelyet magában megvívott. A megszokotthoz való pedáns ragaszkodása küzdött benne az „újjal” és e küzdelemben ő lett a vesztes. Nem tudott beleilleszkedni a klinika új rendjébe, és új mestere sem látta meg benne azokat a rendkívüli kvalitásokat, amelyek őt az ország egyik első sebészévé praedestinálták. Kétévi assistenskedés után megvált a klinikától, és miután egy évet töltött a Szt. Rókus-kórház nőgyógyászati osztályán, ahol magába szította későbbi kedvence tárgyának, az operatív gynaecológiának alapelveit. 1901 novemberében átvette a békésmegyei közkórház sebészeti osztályának vezetését.

Hogy e kórház sebészeti osztályának vezetésében milyen munkát végzett, arról annak évkönyvei tanuskodnak. Hogy csak egy-két statisztikai adatot idézzek: 1902—1913-ig terjedő időben a nagyobb műtétek száma 16.533. Ebből laparotomia: 1717, sérvműtét 2462. 1913-ban (ekkor jelent meg az utolsó évkönyv) 2162 nagy műtéttől 391 laparotomia. Ezt a hatalmas anyagot jóformán egymaga bonyolította le. Ha ehhez a munkához hozzászámítjuk az ambuláns-műtéteket, a magán-gyakorlat szédítő anyagát, képet kaphatunk arról a munkáról, amit *Kaczvinszky* gyulai gyakorlatában le-bonyolított. Volt segédeitől tudom, hogy ezen gyakorlati munka mellett időt szakított arra, hogy minden betegéről igen rövid, de annál pedánsabb jegyzetet készítsen, vagy készíttessen. De nemcsak operateur volt, hanem a leglelkiismeretesebb orvos és diagnosta is.

16 év alatt szabadságon nem volt, csak egyszer egy héten, szombaton jött fel Budapestre, ahogy ő mondta: „kis időre vissza a kultúrába”, elment az Operába, majd családját látogatta, hogy vasárnap este megint visszazökkenjen a munka taposómalmába. Irodalmi munkára nem sok idő maradt, de nem is szívesen ragadott tollat. Pedig kevés számú dolgozatai klasszikus egyszerűségükkel, világos logikájukkal bizonyítják, hogy tollforgatásra is kiválóan alkalmas volt. A gyulai kórház évkönyveinek 11 kötetén kívül, melyekben telegrammstylusban rögzítette meg 11 év munkáját, két németül is megjelent dolgozata foglalkozik a rákműtétek eredményeinek javításával, többi dolgozata a „Műtét utáni antisepsisre irányuló kísérleteit” ismerteti. A chinin-kezelés első kísérletei az orbáné leküzdésére irányultak, majd kiterjesztette a chinin-prophylaxist mindazokra a laparotomiákra, amelyeknél műtét közben fertőződhetett a hasüreg. Az utolsó beszámoló 1910-ből való, amikor eljárásában vetett bizalma annyira megnövekedett, hogy a műtét közben gennyel fertőzött has sebét drainezés nélkül merete elzárni. Az így kezelt 23 betege közül egy halt meg; 11 adnexgenyedés miatt így operált betege közül egyen jelentkezett néhány napig tartó genyedés, 10 per primam gyógyult. Annál feltűnőbb ez az eredmény, mert sebészeti technikája — világra hozott ügyessége ellenére is — nem volt kifogástalan.

A háború kitörése után az évkönyvek megszűntek, de nem a chininkezeléssel való további kísérletek. Az eljárásban csak annyiban történt változás, hogy az appendicitisből eredő tályogos, vagy peritonitises esetekben a műtét sebét teljesen elzárta ugyan, de külön metszésből három-négy napra draint helyezett a Douglas-ürbe, és a beteget jobb oldalára fektette, hogy a draincső külső nyílása a hasüreg legmélyebb pontjára kerüljön. Mint minden szokatlan, forradalmi ízfű eljárás, az övé is kevés visszhangra és követőre talált. Pedig az a meggyőződés, hogy egyszerűségében és határosságában fölülte áll mindazon eljárásoknak, amelyeket azóta a peritonitis megelőzésére megkíséráltak. Ezt bizonyítani az ő feladata lett volna. Sokszor biztattam is erre a munkára, de hiába. Felhozatta bőséges kórtörténet-anyagát Gyuláról, de a végeredményekről való beszámolóját elkészíteni már nem tudta. A mi feladatunk lesz, azoké, akik eljárását a gyakorlatban kipróbáltuk, hogy ezt a mulasztást pótoljuk. Ezzel emeljük munkásságának legméltóbb emléket.

Bármennyire kitöltötte életét a szakadatlan munka, nem elégítette ki kultúra után sóvárgó lelkét a gyulai élet. Vágyott oly központba, amely műveltségével közelebb esik a szépért rajongó lelkéhez. Így került ő a kassai kórház sebészeti osztályának élére, de csak okmányon. Az 1918-i összeomlás, Kassa elvesztése, őt is hontalanná tette. Budapestre jött — meghalni. Mert itteni működése, amely a Szent Margit-kórház sebészeti osztályán folyt le, már csak lassú haldoklásnak volt mondható. A gyulai 210 ágyas osztály helyett de facto 25 (papíron 45) ágyon bonyolította le sebészeti munkáját, oly időben, amikor minden romokban hevert, amikor itt új munkakört teremteni még a legerősebb, legedzettebb szervezetnek is alig volt lehetséges. És ebbe az időbe esik halálos betegségének kezdete is, azé a betegségé, amely éppoly különös, szokatlan lefolyású volt, mint egész egyénisége. Már fiatal éveiben nem egyszer voltak oly rohamai, amelyek az agyvelő vérkeringésének zavarára mutattak: újságolvasás közben percekig tartó hemianopsia, néhány percig tartó aphasia, amelyeket ő az objectív észlelő

pontoságával mondott el. Két év előtti éjjeli álmából arra ébred, hogy jobboldali hemiplegiája és teljes aphasiája van. Meggyújtja a villanyt, megnézi az óráját és konstatálja, hogy a roham pontosan tíz percre tartott. Utána nyugodtan alszik reggelre és megoperálnak. Majd megismétlődnek, komolyabb jellegű öltetek e rohamok és lassankint kifejlődik az a körkép, amely megtévesztésig utánozza a progressiv paralyticusét. Nem a serologias és liquor-vizsgálatok negatív volta, hanem a körlefoyas megfigyeloése az, amely bizonyítja, hogy — legalább az aetiologia szempontjából — nem igazi paralysis borította árnyékba e kiváló agyvelő működését. A francia irodalomban találjuk e körkép leírását, amelyet ott az angiospastikus végtagmegbetegedés analogiájára az agyvelő intermittáló claudicatiójának neveztek el. Ahogy a Raynaud-féle betegségben végeredményben elhal a végtag, úgy pusztul az agyvelőerek egyre ismétlődő görcsös szűkülésére az agyvelő kérge is. Pseudoparalysis angiospastica ex abusu laboris orta.

Ha végigtekintünk szakadatlan munkában eltöltött életén, az elszigetelt ember régi tragédiáját látjuk annak minden phasisában. Csak hasonlattal tudom egyéniségét a távolabb állóknak érzékíteni. Olyan volt az ő élete és egyénisége, mint a lombérdő rengetegébe véletlenül elhullott magból kicsirázott fenyőfáé. A terepért való nehéz küzdelem után sudárra fejlett fenyő törekszik a nap felé. Egy-kettőre áttör a lombos fák koronáján, és gyorsan fölér a csúcsával. Minél magasabba tör, annál jobban vékonyodik sudara. És végül, mint idegen, idegen talajon elárvultan áll egyedül, segítség, rokonság nélkül, míg az első nagy vihar le nem töri nem védett koronáját.

Manninger Vilmos dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Tapasztalatok a szív működés erejéről. Sobolovski. (Med. Klin. 1924, 44. sz.)

Katzenstein 1904-ben a szív működés erejének vizsgálatára a következő eljárást ajánlotta: Ha fekvő beteg arteria femoralisait két percig leszorítjuk, akkor két perc múlva egészséges emberen a szív működés szaporasága változatlan vagy csökken, betegszívű emberek pedig szaporább lesz. Ha ez a szaporulat percenként csak 2–6 érelökésnek felel meg, úgy a szív ereje csökken, ha ennél több, akkor a szív izomzata rossz. Szerző ezen eljárás szerint végzett sorozatos vizsgálatai alapján azt véli, hogy ezzel különösen műtetre kerülő betegek szív munkájáról értékes felvilágosítás nyerhető, de carcinomás és sepsises beteg toxinos szív bántalmának súlyossága is megítélhető vele. Neurastheniás betegek vizsgálatakor morphiomot ajánl. Sok esetben egyébként negatív lelet mellett egyedüli jele volt a súlyos szív-izombántalomnak.

Kaltstein dr.

A galócamérgezés. L. Welsmann. (D. Arch. f. klin. Med. 45. k., 151. l.)

41 észlelt, ezek közül 19 halálos eset alapján ismerteti az Amanita phalloidessal történt mérgezés lefolyását: Teljes jólétben eltelt 7–40 órával a gomba megévése után a mérgezett hány és heves hasmenést kap, széke nem véres. Súlyos esetekben mindjárt kezdetben nagy gyengeség fogja el, de öntudata zavartalan, csak az exitus közeledtével homályosul el; ekkor az in-reflexek eltűnhetnek. Babinski-reflex jelenhet meg. Göres nem fordult elő. Ikterus csak egy esetben támadt, de ez éppen könnyű lefolyású volt; lázas is csak ez az egy beteg volt. Ezt az ikterust más okból származtatja a szerző. A máj megduzzad és érzékeny lesz, gyakran főképpen a bal lebenye; a gyógyult esetekben a májduzzanat hamar elmúlt. A lép megnagyobbodása nem volt megállapítható. A vizeletben kevés fehérjét mindig, urobilin és urobilinogent csak az egyetlen ikterusos esetben talált. Cukor sohasem volt kimutatható, indikan- és diazoreactio negatív volt. Csecsemők mérgezett anyjuk tejétől nem betegedtek meg. A mérgezett sorsa a vérkeringés romlásán fordul meg, melyet a szerző feltevése szerint az érmozgató központ bénulása okozhat, mert sem a szívizom elzsírosodása, sem a hasmenéssel járó vízvesztés nem magyarázza meg kielégően. A súlyos, legtöbbször halállal végződő esetekben az érverés szapora, üres, utóbb nem is tapintható; az exitus a gombaevés után a 2–6. napon következik be.

Az öt esetben végrehajtott boncolás a máj, a szívizom, a vesecsatornák, valamint a rekeszizom és a hasizomok elzsírosodását mutatta. Azok a betegek, akiknél az érverés romlása nem állott be, mind teljesen meggyógyultak. A szerző azt gondolja, hogy a mérgezés klinikai képeiben a máj bántalmazottságának nincs jelentős része. Szerinte az elzsírosodás nem degenerálás, hanem zsírvándorlás a zsírraktárakból a parenchymás szervekbe és az izomzatba. Sem atrophia flava, sem cirrhosis kifejlődését nem látta; a máj súlyosabb functiozavarára utaló tünetet nem észlelt. A súlyos vérkeringési zavarral járó esetekben sem cukorinfúziótól, sem camphortól, strychnintól, adrenalinól nem látott biztos hatást; a könnyebb esetek maguktól meggyógyultak. A prognosis mindig bizonytalan, hirtelen rosszabbodás bármikor beállhat. Mivel a mérgezés sem a gombában kimutatott haemolysin, sem a muscarin szerű alkaloid hatásából nem érthető meg, a szerző feltételez egy harmadik mérget, mely az érbénulást okozná és melyet bakteriumtoxinszerűnek gondol. A gomba méreg tartalmazta tenyésztése első heteiben a legnagyobb. Az egyetlen sikert ígérő gyógyító eljárást az immunizálásban látja.

Perémy dr.

Golyvaprophyllaxis Svájcban. Eggenberger H.

(Münch. med. Wochenschr. 1924, 29. sz.)

A bajor golyvabizottság és orvosegyesület előtt f. évi június 2-án tartott ezen előadásában megállapítja, hogy a teljesen golyvamentes vidékek átlag-pajzsmirigye kisebb, mint a golyvás vidékeken rendszeres ismert pajzsmirigy. Klinikai szempontból az a rendes pajzsmirigy, mely nem tapintható és semmi hyperthyreosis tünetet nem okoz. A golyvásokra vonatkozó statisztikai adatokból kiderül, hogy a svájci újszülöttek 50–70%-ának pajzsmirigye megnagyobbodott, az összes iskolásgyermek fele láthatóan strumás és a hadkötelesek 2%-a struma miatt szolgálatképtelen. Legalább 5000 kretin van állandóan állami intézetekben.

A golyva aetiologiájára vonatkozó számos elmélet közül 1915-ben Hunziker H. alapozta meg a golyva biológiai keletkezésének új felfogását, amit 1919-ben Bayard egészített ki, hangoztatva a jódszegény táplálék jelentőségét a struma keletkezésében. 1851-ben már Chatin kimutatta, hogy a tengerparttól a golyvás vidékek fele fokozatosan kevesebb jódot tartalmaz, a természetben, de ezen megállapítását nem vették akkor kellő figyelembe. Újabb Svájceira vonatkozóan Fellenberg, az Egyesült-Államokra nézve Mac Clendon vizsgálatai erősítették meg Chatin észrevételének helyességét: mindkettő vizsgálatainak eredménye az, hogy a jódszegény vidék egyúttal golyvás vidék is. A pajzsmirigy tartalmaz leg több jódot minden szervünk között s tudott dolog, hogy jódot nem tartalmazó pajzsmirigy készítmény hatástalan. S minthogy a jelentős jódtartalmú pajzsmirigy-hormon nélkül nem is létezhetik az ember, a jódot életfontosságú elemnek kell mondanunk, mely a szervezet többi szervetlen alkotórészétől abban különbözik, hogy rendkívül kis mennyiségével szerepel. E fontos szerepe és kis mennyiségével kifejtett intenzív hatása miatt a jódot a nemes tápszer jellegével bír. Elenyésző kis mennyiségű jódot sok tápszerünkben van: legtöbb a csukamájolajban, aztán a halakban, citromban, vajban, tojásban és a zöldfűszelvényekben. Jódszegény a liszt, marhahús, hámozott alma és burgonya. A jódot hatás sokban hasonlít a vitaminhatáshoz. Nem a mennyiségével járul a jódot a szervezet felépítéséhez, hanem mint katalizátor szerepel. Fellenberg kimutatta, hogy az A-vitamint tartalmazó tápszerrel egyúttal jódotartalmúak is. Nem lehetetlen, hogy a vitaminok titokzatos hatása mögött hasonló módon még ismeretlen, mikrochemiai mennyiségű nemes, anorganikus anyagok rejlenek. — Fellenbergnek sikerült kimutatnia a jódot az anyagforgalomban, amit csekély mennyisége miatt mikrogrammban milliogrammmal = γ) fejez ki. Vizsgálatai szerint egy emmenthalj lakos napi jódfogyasztása tápszeri útján 11–13 γ jódot, míg a rendes pajzsmirigy működés napi 40–80 γ jódot kíván. Ha a táplálék s így a vér nem tartalmaz elég jódot, a pajzsmirigy megnagyobbodik, erei kitágulnak, hogy így nagyobb munka árán a hibás oldatból lehetőleg mégis visszatartsa a szükséges jódmennyiséget. A golyva tehát — mint azt Hunziker már 1914-ben hangoztatta — a pajzsmirigynek munkaszaporulat okozta hypertrophiája, nem azért, mintha a golyvás vidéken több hormonra volna szükség, hanem mert az exogen jódszűke miatt annak előállítására kerül nagyobb munkába. A golyva oka ezek szerint exogen, vagyis a környezet jódszegénységében keresendő. A

szervezet jódszükséglete a növekedés, a pubertás és a graviditás ideje alatt nagyobb a rendszerél, amikor is jódszegény vidéken a struma növekedése észlelhető.

Ezek alapján 1922-ben egy 60.000 lakosú kantonban rendszeresítették a golyvaprophylaxist, úgy, hogy jódos konyhasót (100 kg sóhoz 0.5 g jódot kevertek) hoztak forgalomba, ami napi 40 γ jódot jelent a szervezet háztartásában. E kis mennyiség semmiféle jódtartalmat nem okozott, ellenben azt eredményezte, hogy a strumák figyelemmel kísért volumene fokozatosan megkisebbedett, a golyvaműtétek száma évi 30–40-ről 8–11-re csökkent s míg azelőtt és az ugyanazon a vidéken a jódos sótól húzódozó anyáktól születettek 50%-a még ma is megnagyobbodott pajzsmiriggyel jött és jön a világra, a jódos sót élvező anyák újszülötteinek pajzsmirigyé kivétel nélkül rendes azóta.

A tüdőcsúcsok Röntgen-átvilágításának és felvételének technikája. *Gäbert.* (Klin. Wochenschrift 1924, 47. szám.)

A szerző felvételre és átvilágításra a következő testhelyzetet ajánlja: A beteg a Röntgen-cső felé fordulva lehetőleg púpos helyzetet vesz fel oly módon, hogy felső testét előrehajlítja, állát magasra emeli, vállait lesüllyeszti s karjait a test előtt keresztberakja. A fősugarat a jugulumra állítja be. Ebben a helyzetben válnak a tüdőcsúcsok a fedőárnyéktól leginkább szabadbá.

Erdélyi József dr.

Sebészet.

A furunculosis vaccina-kezeléséről. *Hubert Sieben.* Birstadt. (Deutsche med. Wochenschr. 35. sz., 1158. old.)

Szerző 120 esetben kezelt furunculost opogennel, a güstrowi gyógyszerészeti gyár által előállított staphylococcus-vaccinával. Az eredmények igen biztatóak. A kezelés csak két esetben volt teljesen eredménytelen s csak két esetben következett be 1–2 év múlva recidiva, mely azonban újabb vaccina-kezelésre teljesen gyógyult. A betegeknek első nap 500 millió, a két következő napon 750–750, a 4. és 5. napon 1000–1000 millió staphylococcut fecskendezett be. A kezelésnek csak egy betegnél látta utóhatását, ki könnyen gyógyuló urticariát kapott. Hasonlóképpen jó eredményeket ért el hydradenitisnél s állandóan kiújuló hordeolumnál, melyek mind zavartalanul gyógyultak.

Matolay.

Járulékos veseverőér okozta hydronephrosis és kezelése. *Haebler C.* (Archiv f. klin. Chir., 122. k., 3. f.)

A würzburgi sebészeti klinikán észlelt és műtött eset kapcsán, melynél az ureter előtt a vese alsó pólusához futó járulékos veseverőér okozott hydronephrosist, a szerző tanulmányozta ezeknek a szerepét a hydronephrosisk kezelésében, melyre először *Eckehorn* hívta fel 1907-ben a sebészek figyelmét. Annak magyarázatát, hogy a járulékos erek, mint veleszületett rendellenességek, nem okoznak kezdetől fogva vizeletpangást, a szerző abban látja, hogy a normalis életben is keletkezhetik a vesemedencében kisebbfokú pangás (bőséges vizeletelválasztás, telt hólyag, hurut, terhesség), mely azonban nem hagy nyomot. Járulékos erek ilyenkor az uretert összenyomják, ami a pangást növeli és állandósítja. Az irodalomból összegyűjtött 77 eset áttanulmányozása és saját állatkísérletei nyomán a következő eredményekre jut: 1. Járulékos erek okozhatnak hydronephrosist. 2. Mint a veseverőér ágait, úgy a járulékos ereket is vég-ütőereknek kell tekinteniük. 3. Ha nem a veseverőér főágairól vagy nagyobb vesereszletet ellátó járulékos érről van szó, mint gyógykezelés az illető ér átmetése jöhet szóba, tekintet nélkül az esetleg keletkező infarctusokra. 4. Ha ureterplastika válik szükségessé, igyekezzünk az eret megtartani. 5. Fertőzött hydronephrosistól vagy zsákvesénél nephrektomiát végezzünk.

Boytha.

Izületi szalagok műtétei képzéséről. *Prof. M. Katzenstein.* (Med. Klin. 1924, 40. sz. 1396. old.)

Számos eset alapján izületi szalagok pótlására a csonthártját ajánlja, mely sokkal tartósabb eredményt nyújt, mint a bonyéból vagy irhából képzett szalagok. A kivitelt illetőleg fontosnak tartja, hogy az átültetett csonthártya rétegével lefelé erősítsék a csonthártjától megfosztott csontot, mert így a megtapadásra legbiztosabban számíthatunk. A műtéttel jó eredmény érhető el az ú. n. lötyögő ízületek minden alakjánál, lüdtalpnál, gacsos térdnél, a gerincoszlop elferdülésénél s az izületi szalagok bármely eredetű pusztulásánál, úgyhogy ezáltal, gépek alkalmazása számos esetben feleslegessé válik.

Paunz dr.

Angolkóros esontelváltozások kísérleti előidézéséről. *Prof. A. Buschke és Br. Peiser.* (Klin. Wochenschr. 1924, 13. sz.)

Fehér és tarka patkányoknál thallium aceticum adagolásával (0.1 : 500 vízre, s ebből napon 1 cm³-t adagolták) és fém-thalliumnak a bőr alá ültetésével 128 eset közül 87-ben, tehát 68%-ban sikerült kísérletileg tipusos angolkóros esontelváltozásokat előidézniök. Felfogásuk szerint, a thallium a belső elválasztás szerveit mérgezi meg, s ezeknek bizonyos fokú működési zavara volna az angolkóros esontelváltozások fellépésének oka.

Paunz dr.

Chloroformaltatás hatása splenektomizáltakra. *Beresow, Nisnewitsch.* (Zentralbl. f. Chir. 1924, 40. sz.)

A lépküirtás után, a nyirokrendszer túltengése folytán fejlődik ki olyan körkép, mely a status thymolymphaticushoz hasonló. Az autonóm idegrendszer ingerlékenysége fokozódik. Tudjuk azt, hogy status thymolymphaticusnál a chloroformhalál gyakori. Mivel ritkán sikerül splenektomizált betegeket újabb altatásnak kitenni, azért a szerzők a kutyáknál splenektomiát végeztek chloroformaltatásban. A műtét után egy hónap múlva újabb laparotomiát kíséreltek meg, s kitért, hogy már a chloroform néhány cseppje (10–15) után részben elpusztultak a kutyák, részben megmentésük csak hosszas mesterséges légzéssel sikerült.

Kovács J. dr.

Az epithelpéppel végzett epithelizáló eljárás módosításáról. *Hilarowitz.* (Zentralbl. f. Chir. 1924, 40. sz.)

Az epithelpép befecskendése nagykiterjedésű, sarjadzó sebfeleletek behamosítására nagyon alkalmas. Eredménytelen azonban lepedékes sebfeleletek, kemény alapon (esont, heg) nyugvó bőrhiányok és trophikus zavarok miatt keletkezett fekélyeknél. Utóbbi esetekben a behamosítást oly módon végzi, hogy a fekély szélén a bőr epidermis- és corium-rétege közé finom késsel 6–8 mm mélységben bemetszést ejt, s a vérzés megszűnté után ezen tasakba szonda segítségével epithelpépet helyez. Nagyobb kiterjedésű fekélynél ezen bemetszéseket több helyen végzi.

Kovács J. dr.

Urologia.

Az izomtampónálás resorptiójáról veseresectiónál. *Dr. Ciminata.* (Zeitschrift für urologische Chirurgie 1924, XVI. kötet.)

Hivatkozik egy régebbi dolgozatára (Zeitschrift f. urolog. Chirurgie 9.), melyben secundaer vérzések elkerülésére izomdarabnak a nephrotomiás sebbe való transzplantálásával foglalkozott.

Jelen közleményében ugyancsak kutyákon végzett kísérleteiről szól. Veseresectiókat végzett és a vesesebet egy szomszédos izomdarabbal tampónálni próbálta. Ennek lehetőségeit, a transzplantált izomdarab viselkedését, resorptiójának egyes phasisait figyelte meg és anatómiai-histologiai vizsgálatának eredményeit a következőkben foglalja össze:

1. A megfelelő aseptikus cautelák mellett lehetséges kutyán a veseresectio sebet egy izomdarabbal tampónálni és gyors gyógyulást elérni.

2. A vérzésesillapítás kielégítő, utóvérzések nem fordulnak elő.

3. A gyógyulás a transzplantált izomdarab teljes nekrosisa és organizálódása mellett történik, mely utóbbi a 3. napon már észrevehető. A 6. napon már csak néhány jól megtartott izomköteget látni, míg a 20. napon a parenchyma sebet vastag, magszegény kötőszövet fedi az izomtampón helyén. A sarcolemmagvak megszorodása és a perimysium internum kissejtes infiltrációja az organizálódás egy fázisában sem látható. A szétesett izomrostok között sejtmagburjánzás nem vehető észre. Ehelyett a veseparenchymából a tunica fibrosa renisből és a vese zsíros tokjából a nekrotikus izomrostokat pótló kissejtes infiltratio indul meg. Ezen folyamat forrásaihoz közelebb fekvő izomrostok hamarabb pótoltnak kötőszövettel, mint a távolabb fekvők.

4. A parenchymán kisebbfokú elváltozások: az intertubularis stroma burjánzása, a húgyesatornácskák tágulása, néha hyalin cylinderek előfordulása láthatók.

5. Az izomrostokon regenerációs tünetek egy esetben sem voltak megfigyelhetők, amiből az következik, hogy a veseresectio izomtampónálásánál a regeneratio feltételei módfelett kedvezőtlenek.

Ehn dr.

Nagy prostatismyoma prostatismus tünetei nélkül.
Prof. Dr. A. Damski. (Zeitschr. f. urol. Chirurgie 1924, XVI. kötet, I. és II. füzet.)

Azon szerzők, akik a prostata myomatosus újképleteivel nemcsak kórbonctani szempontból, hanem klinikailag is foglalkoznak, minden esetükben a prostatahypertrophia jól ismert klinikai képét figyelték meg a prostatismus tüneteivel. Ez a legtöbb szerző azon nézetével magyarázható, mely szerint prostatahypertrophiánál legelőször a pars prostatica urethrae hátsó részének mirigyes elemei proliferálnak s az ily módon létrejött mirigyes képletek idézik elő a prostatahypertrophia tulajdonképeni klinikai tüneteit. Csak a későbbi stadiumokban szaporodik meg a stroma a mirigyes prostatahypertrophiában, amennyiben a herék belsősecretorikus izgalmanak megszüntével a mirigyes képlet a muscularis és fibrosus alkatrészek proliferációjához vezet. (Kornitzer és Zanger.)

Felhívja a figyelmet egy esetére, melynél a prostata egy egészen sajtáságos, hatalmas daganatáról van szó. Mikroszkopikusan tisztán myomatosus jelleget mutatott és klinikailag a prostatismus minden tünete hiányzott.

Egy 62 éves férfiról van szó, aki azzal a panaszal jelentkezett, hogy gáttája meg van dagadva, kínos nehézségei és fájdalmai vannak a székelésnél. A hólyag részéről nem állottak fenn panaszok. A mictiók éjjel-nappal normalisak voltak, retinális vizelet nem volt, a vizelet tiszta, kóros alakelemek nélkül. A gáton egy kisalmányi, tömött tapintatú, jól elhatárolható daganat volt tapintható, míg per rectum a prostata helyén egy terjedelmes tumor ült, melynek felső polusa ujjal nem volt elérhető. A cystoskopia normalis hólyag mellett nem mutatta a sphincter mögött a szokott prominenciát. Műtét praerectalis metszéssel, melynél kitért, hogy a gáttáji daganat folytatását képezi a per rectum tapintható volt prostatatumornak. A mikroszkopikus vizsgálat tisztán sima izomzatú prostatamymát adott. Hogy ezen esetben a prostatismus tüneteinek teljes hiányát megmagyarázhatja, fel kell tennie, hogy itt a prostatikus hügyesó hátsó oldalán lévő mirigyes elemeknek neoplastikus képződése elmaradt.

Ehn dr.

A papillomarecidivák terapiájáról. Dr. A. Malavcos. (Zeitschrift f. urologische Chirurgie 1924, 16. köt.)

A klinikailag jóindulatú bolyhos hólyagdaganatok terapiájában az intravesicalis módszer nagy elterjedtségnek örvend, vannak azonban esetek, melyeknél bizonyos okok folytán az electrocoagulatio nem vihető keresztül és a sectio altát kell választanunk. Ha mármint a véres beavatkozás után recidivák lépnek fel, tapasztalata szerint a régi műtési hegben fellépő új daganatok mindig gyanúsak malignitásra, még akkor is, ha a primaer daganat klinikailag-histologailag látszólag jóindulatú volt. Ilyenkor a beteget csak a műtési hegnek a daganatokkal együtt, mélyen az ép szövetben való resectiója mentheti meg. Egy papillomának jó vagy rosszindulatúsága élön lelkődött bolyhok, vagy próbaexcidált tumordarabok szövettani vizsgálata által nem határozható meg biztonsággal, mert a malignus elfajulás — mint ismeretes — eleinte a basison lép fel. Malignitás mellett szól elsősorban a daganatnak szélesen való elhelyeződése, vastag kocsánya. Ha ezek a viszonyok nem figyelhetők meg közvetlenül, támpontul szolgálhat a flottírozás hiánya a töltőfolyadékban, vagy az a körülmény, hogy a coagulatio szondával nem tudunk a daganat alá kerülni. További ismertetőjelek az incrustatio és ulceratio, jól kifejtett hosszú bolyhok hiánya. A daganat közvetlen környékére lokalizálódó nyálkahártya-cedema a hólyagfal mélyebb rétegeibe való terjeszkedés mellett szól. Multiplicitás és abnormis nagyság bizonyos mértékben szintén malignitásra gyanús. Ha a coagulatio ismert okok — kedvezőtlen fekvés, erős vérzés, nagy kiterjedés stb. — miatt nem vihető keresztül, látszólag jóindulatú papillomáknál is a véres műtéthez kell folyamodnunk, de szemünk előtt kell tartanunk, hogy a veszély a sebgyógyulás után még korántsem múlt el, mert a műtési hegben fellépő recidivák ilyen esetekben is feltűnően gyakran carcinomás jelleget mutatnak. Ez a sectio alta legnagyobb hátránya a coagulatioval szemben. Az ilyen hegben fellépő recidivák eleinte kifejezetten bolyhozottak, de már ilyenkor is szélesebb alapúak, egy granulatio csomóhoz hasonlítanak. Később, különösen ismételt coagulatio kísérletek után változtatják alakjukat, szélesek, „sessilisek” lesznek és nem bolyhozott, inkább szeder-szerű felületük van. Feltűnő az is, hogy ezek a daga-

natok nem reagálnak a coagulatióra, sohasem pusztíthatók el, minden fáradozás dacára növekednek. A hosszsan fennálló hólyagsipoly makacssága néha szintén a helyes kórisméhez segíthet. Az ilyen körülményeknek kellő időben való felismerése döntő fontosságú a beteg életére nézve. Kapcsolatosan négy esetet közöl, melyek közül kettőnél az elfajult műtési hegnek idejében való kiirtása által gyógyulást értek el; a másik kettő kiterjedt recidivákkal jött osztályukra és hosszas endovesicalis kezelés dacára is meghalt. A suprapubikus drainage, mint azt Zuckerkandl kimutatta, elősegíti a papillomacsírok elhurcolását; ennek ellenére nem kerülhetjük el egyes esetekben. Tapasztalatai bizonyítják, hogy drainage és hólyagsipoly képződése nélkül is léphetnek fel recidivák a műtési hegben. Már a hólyag megnyitásánál megtörténhetik a hólyagsebnek daganatcsírokkal való inficiálása, mert nehezen kerülhető el akár levegővel, akár vízzel való töltésnél a hólyagtartalomnak s ezzel az eltávolítandó daganat kis részeinek érintkezése a hólyagsebbel. Ezenkívül primaer, tökéletes hólyagvarrat mellett is megtörténhetik, hogy a műtét utáni vérzés az állandó kathetert időnként eldugaszolja s ezáltal a hólyag könnyű túlfeszülése, a varrat kistökű széthúzódása következik be. Ez a körülmény elégséges lehet a hólyagban még ilyenkor nagy számmal jelenlévő daganatrészekkének a hólyagsebben való megtelepedéséhez. Hogy ezek a rákos recidivák miért lépnek fel éppen a hólyagsebben s nem a hólyag más részein, annak okát abban gondolja, hogy ezeknek a metastatikusan recidiváknak fejlődése idegen szövetkörnyezetben történik és talán szerepet játszik az a tény is, hogy a megváltozott viszonyok mellett a daganat növekedése elé sokkal nagyobb mechanikus akadályok tornyosulnak, melyek ezen képződményeknek nem engedik meg, hogy papillomatosus characteriket megtartsák és az infiltráló terjeszkedés útjaira szorítják azokat. Hiszen a közönséges papilloma is az alapján szokott rosszindulatúan elfajulni, tehát azon a helyen, ahol a hólyagfal ellenállása a daganat növekedése elé nagyobb akadályokat gördít.

Összefoglalólag tapasztalatai alapján a következő követelményeket állítja fel a papillomarecidivák terapiájában.

1. Az endovesicalisan kezelt eseteknél 1—3 hónapos időközökben rendszeres cystoskopos kontrollvizsgálat, hogy az újonnan képződő kis papillomákat coagulálhassuk.

2. A véres beavatkozással kezelt eseteknél szükséges minden alkalommal a műtési hegnek úgy cystoskopos, mint kívülről való pontos vizsgálata, mert az ezen a területen fellépő recidiváknál mindig gyanakodnunk kell a malignitásra.

3. Ha a műtési hegben ilyen recidivák felléptek, ne alkalmazzuk sokáig a coagulatio eljárását, hanem resekáljuk minél előbb az elfajult műtési heget szélesen az ép szövetben, mely esetben jó eredményeket kaphatunk.

Ehn dr.

Elméleti tudományok köréből.

Atropin és pilocarpin hatása a vestibularis nystagmusra. Kleitman. (Pflügers Arch. 1924, 205., 201.)

Nyugalomban lévő szemizmokra sem az atropin, sem a pilocarpin nem hat észrevehetőleg. Hónystagmus alatt injeciált 30—40 mg atropin pro kg a nystagmust 5—10 percig gyengíti. 3—4 mg pilocarpin pro kg viszont a hónystagmust esekély mértékben erősíti. Fenti értelemben befolyásolja az atropin, illetve a pilocarpin a kétoldali labyrinthuskiirtás után fellépő compensatio (Bechterew-féle) nystagmust. A mérgek támadási pontja minden valószínűség szerint a vestibularis magvakban, a nyúltagyban keresendő. A szerző fenti kísérleteihez mindig házinyulat használt.

Hattyasy.

Adatok a bacteriophag kérdéséhez. K. v. Angerer. München. (Arch. f. Hygiene 93. köt., 7. füz., 313. old.)

A bacteriophagot fermentszerű anyagnak tartja. Vizsgálatai, melyek főleg fizikai tulajdonságokat vannak hivatva eldönteni, ennek bizonyítására irányulnak. Optikai úton meghatározva, a B. nagysága kb. 20 μ . Ez a nagyság is inkább colloid részecskére, tehát fermentmivoltra enged következtetni, mert kétséges az, hogy élő sejt, mely több fehérjemoleculából áll, ilyen kicsiny legyen.

A tarfoltokra (Lochkolonien) vonatkozólag azt mondja, hogy ezek egy pontból, mint centrumból ter-

jednek, azaz nagyobbodnak az idővel arányosan. A terjedés diffúzió útján történik. Ha a phaggal oltott agarlemez, a phag terjedési ideje alatt 0°-ra hűti s azután hőszekrénybe (37°) teszi, sokkal nagyobb tarfoltok keletkeznek, mint olyan agarlemezen, melyet nem hűtött le. Ez az észlelet sem bizonyít élő organismus jelenléte mellett.

A phagnak a bacteriumokhoz való kötődése rendkívül gyorsan történik. *Born József.*

Korai exanthema gyermekek gümőkóros fertőzésénél. *A. Uffenheimer.* (Arch. f. Hygiene, 93. köt., 104. old.)

Három eset és több irodalmi adat alapján, azon megállapításra jut a szerző, hogy a tuberculinérzékenység, a gümőkór primaer stadiuma után, azaz kb. két hónappal a fertőzés után fejlődik ki teljes mértékben. Csak ezután jelennek meg az első, a gümőkórra jellemző klinikai tünetek, még pedig az initialis láz, ezenkívül gyakran exanthema, melyre mindezeideig nagyon kevés figyelmet fordítottak. *Born József.*

A vörheny aetiologiájáról. *Prof. Bürgers és Bachmann.* (Arch. f. Hygiene, 94. köt., 4-6. füz.)

I. rész. A *Di Cristina* és *Caronia* által közölt kórokozóra vonatkozó vizsgálatokat ismételték meg a szerzők. 33 scarlatinás vérpróbából azonban egyszer sem sikerült kitenyészteni a kórokozót. Azon morfológiai egységek, melyeket a szerzők kulturáikban találtak, az anaërob tenyésztés közben degenerálódtak Gram-positív diplococcusok (staphylo-, streptococcusok) voltak, melyek a vérből kerültek a táptalajba. Ezek azonban sem átolthatók, sem tovább tenyészthetők nem voltak. Így vizsgálataikban a *Di Cristina* és *Caronia* leírásához hasonló képletek műtermékeknek bizonyultak. A táptalajok leírt zavarosodását az ott lévő szervdarabka autolysise okozta, ez különben a steril controll-esővekben is bekövetkezett. Rómából hozott eredeti tenyésztésben sem sikerült kimutatni a nevezett kórokozót.

II. rész. *Szontagh, Schiff, Moro* és többek nézete szerint a scarlatina mint anaphylaxiás jelenség fogható fel és nem szükséges külön kórokozót feltételezni. A szerzőknek sikerült fiatal tengerimalacokon scarlatinás vérből kitenyészteni streptococcusokkal anaphylaxiás shockot előidézni. *Born József dr.*

Szűrési kísérletek spirochaetákkal. *K. v. Angerer.* München. (Arch. f. Hygiene 92. köt., 7. füz., 325. old.)

Hasadó gombák és spirochaeták elkülönítése szűrés által lehetséges. A szűrőn a spirochaeták, megfelelő nyomás mellett átkúsznak. A spirochaeták átvándorlását a Berkefeld-szűrőn colloidok nagymértékben gátolják, sokkal inkább, mint a szűrőnél alkalmazott nyomás csökkenése. Ezért azt ajánlja, hogy lehetőleg colloidszegény közegből történjen a szűrés. A filtrátiónál a fiatalabb kulturákból a spirochaeták 1%-a, öregebb kulturákból csak 1%-e szűrődik át. Ez a spirochaeták élénkebb és kevésbé élénk mozgásából következik. *Born József.*

Diphtheriabacillusok élettartama a diphtheriapálcán s egyszerű eljárás annak növelésére. *M. van Riemsdijk.* (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankheiten, 103. k., 1. f., 106. old.)

Diphtheriabacillusok a kiszáradással szemben érzékenyek, s ha a váladék vételénél nem lett elég nedves, sokszor nem sikerül a bacillust kitenyészteni.

Élettartamának meghosszabbítására lósavó-agar-gel használatát ajánlja, melyet úgy készít, hogy háromszor egy óráig 59 C°-on melegített lósavóból 1/2 cm³ és 5/1000 vizes agar 1/2 cm³ keverékét üvegesben hideg vízbe téve igen lassan 93°-ra melegíti fel. A pálcát a váladék vétele után ilyen lósavó-agar-gelt tartalmazó kémcsőbe teszi, 24 óráig sötét, hűvös helyen való állás után Löffler-lemezre széleszt.

Míg 40 betegről vett, a szokásos módon és rögtön leoltással csak 23, addig a fent leírt eljárással 32 volt a pozitív esetek száma. *Makfalvy Margit dr.*

Belső elválasztású mirigyek eltávolításának hatása az ellenanyagképzésre. *Glusman M.* (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankheiten 102. k., 3-4. f., 428. old.)

Pajzsmirigyeltávolítás, valamint castratio, továbbá a két mirigynek együttes eltávolítása nincs befolyással az ellenanyagok: agglutininek, haemolysinek, haemotropinok képződésére. Az állatok (nyúl, kutya) a műtét után közvetlenül s később is (8 hó után) rendszeres ellenanyagképzést mutattak. *Makfalvy Margit dr.*

Ezüstkészítmények, főleg a kollargol viselkedése a szervezetben. *Schlee H. és Zweifel E.* (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankheiten 102. k., 3-4. f., 454. old.)

Ezüstkészítményeket intravenásan adva embernek, a legtöbb ezüst 30 perc múlva mutatható ki a vérében, azontúl fokozatosan csökken a mennyisége s egy óra múlva teljesen eltűnik.

Állatok szerveiben már néhány perccel a befecskendés után sokkal több az ezüst, mint amely a szervezetet tartalmazó vérnek megfelelően. A lerakódás a szövetekbe tehát már néhány perc alatt megkezdődik.

Az ezüstionok koncentrációja, függetlenül a befecskendett ezüst mennyiségétől, s függetlenül a vérében levő ezüstmennyiségtől, átlag mindig egyformán 3·10⁻⁵ mg ezüstion volt egy liter vérében.

Makfalvy Margit dr.

Kritikai és kísérletes tanulmány a bakteriophag szerepét illetően a szervezetben s a természetben. *Zdansky.* (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankheiten, 103. k., 1. f., 177. old.)

Kevésbé ismeretes a bakteriophag szerepe a szervezetben. Az eddig elért therapiás eredmények nagy részét vaccinhatásnak tartja. A bakteriophag hatásának a szervezetben ellene mond a lysishez szükséges lysinconcentratio, amely a bacteriumoknak a szervezetben nehezen elképzelhető felszaporodását feltételezi. Másrészt a colloidok is bizonyos határon túl gátolják a lysist. Ismeretes továbbá, hogy egy bizonyos arányra van szükség a lysin s a bacteriumok közt, mert ha relatíve kevés a bacteriumokkal összehozott lysin, ú. n. gyengült lysint kapunk, mely resistens csírák képződését teszi lehetővé.

Nem tartja valószínűnek, hogy a vizek tisztulásában a bakteriophagnak szerepe volna. Tekintetbe kell venni a víz elektrolitszegénységét, az alacsony hőfokot, a bakteriophag nagyfokú felhígítását s hogy a bakteriophag iránt főleg érzékeny pathogen bacteriumok a szervezetben kívül nem igen szaporodnak el olyan mértékben, amennyire a lysin szaporodása miatt szükség volna.

Ürülékkel szennyezett vizek vizsgálata eredményeként a víz higienikus elbírálása szempontjából fontos saprophyta s bél-oli elkülönítését bakteriophag iránti érzékenység alapján gondolja lehetségesnek, amennyiben a lysinnel szemben a béccoli érzékeny, a saprophyta coli ellenben nem. *Makfalvy Margit dr.*

Chemotherapiás antisepsis és streptococcusok virulentiájának megváltoztatása. *Schnitzer R. és Amster S.* (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankheiten.)

Rivanolnak olyan hígításával (1 : 1,200,000-1,320,000), mely már nem öli el a streptococcusokat, sikerült ezek virulentiáját 1/100-zal csökkenteni, anélkül, hogy haemolytikus képességüket, valamint érzékenységüket e szerrel szemben elveszítenék.

Már egyszeri, 24 óráig tartó rivanolbehatásra a virulencia-csökkenés tartósan (13 bouillonpassage után) megmarad. Szerzők ezt a tartós virulencia-csökkenést a helyi kezelés szempontjából fontosnak tartják.

Makfalvy Margit dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Abreisskalender für Ärzte. (Die Heilkunde in der Geschichte und Kunst.) Idra Verlag, Berlin-Britz.

A közmert és kedvelt falinaptár ez évben is, mint az előző években, 157 oldalon orvosi vonatkozású műemlékek reproductióit hozza *Rosenthal Oszkár dr.* szakszerű magyarázataival. Az izléses kiállítású falinaptár méltán számíthat kartársaink érdeklődésére. *F.*

Dr. Oskar Fischer: Experimente mit Raphael Schermann. (Ein Beitrag zu den Problemen der Graphologie, Telepathie und des Hellsehens. 200 lapon, 54 ábrával. Urban u. Schwarzenberg, Wien, 1924.)

Szerző a prágai német egyetemen az ideg- és elmekörtan tanára. Könyvében kísérletek alapján vizsgálta *Schermann* bécsi graphologus sok feltűnést keltett tehetségét a graphologia, telepathia és távollátás terén. Az ú. n. metapsychologia titkait igyekszik exact kísérletekkel megvilágítani. A szeretlen világban a physika sok olyan jelenséget ismer, melyekről érzékiszerveinkkel nem tudunk meggyőződni. Éppúgy állítja a metapsychologia ezt a szerves világról is. Az egyes szervezetekből eszerint olyan hatások indulnak ki, melyek más szervezetekben eddig ismeretlen úton

és módon bizonyos reakciókat váltanak ki. Míg az ilyenemű fizikai távolbhatások általánosan elfogadottak, addig az élő szervezetek ilyen távolba történő egymásrahatását, psychés hatások átvitelét a természetudomány nem látja bebizonyítottak. Ebből azonban nem következik — mondja *Fischer* —, hogy ezen állított tünetmények komoly vizsgálat tárgyai ne legyenek. Szerző maga is a legnagyobb skepsissel fogott neki s kísérleti eredményei azután eloszlatták kétkedését. És ha elolvassuk könyvét, igen meglepő dolgokat tudunk meg. Úgyhogy *Fischer*, ellentétben *Moll* és más, szintén megbízható bűvárok eredményeivel, végkövetkezményképen kimondja: 1. Psychés folyamatok emberről emberre átvihetők az érzékszervek megkerülésével. 2. Ez valószínűleg valamilyen, előttünk még ismeretlen energia útján történik egyik agyvelőről a másikra. 3. Vajjon az energia milyen módon távozik az egyik agyvelőből, hogyan talál rá a másikra és milyen úton, ez előttünk még teljesen ismeretlen. *Fischer* tehát bebizonyítottak látja a psychés átvitel lehetőségét s csak a magyarázatot nem tudja megadni. Itt csak további ezirányú exact kísérletek fogják a dolgokat tisztázni, mert olyan mélyen megrendítők volnának egész természetudományos gondolkodásunkra, hogy a legnagyobb körültekintés szükséges.

Reuter K.

Kurzer Abriss der Perkussion und Auskultation. *Hermann Vierordt.* (Urban u. Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1924. 19. u. 20. verbesserte Auflage, 1924.)

A 87 oldalas, tetszetős kiállítású könyvecske elterjedtségét és használhatóságát eléggé bizonyítja az első megjelenés negyven esztendeje óta elért húsz kiadás. Nem akarja pótolni a részletes diagnostikai munkákat, hanem vezérfonalat ad a fizikális diagnostika iránt érdeklődő kezébe. Tárgyalja annak elméleti alapjait, ügyes összeállítás által bepillantást nyújt a methodusok kifejlődésébe, a percussio és auscultatio rövid, fizikális magyarázata után az egyes szervek fizikális vizsgálati módszereit és azok eredményeit ismerteti, kiegészítve azt hasznos gyakorlati útmutatásokkal és a fizikális diagnostika szempontjából fontosabb betegségek összehasonlító táblázatba foglalja differentialdiagnostikai tüneteivel.

Igy nemesak a medikus, hanem a vizsgálati methodusokban jártas orvos is szívesen és haszonnal fogja forgatni e füzetet, melynek nagy elterjedtségét a húsz kiadásán felül még az is bizonyítja, hogy olasz, spanyol és orosz nyelven is megjelent, sőt a fordítás jogát már angol kiadó is megszerezte.

Biró.

La prophylaxie de la diphtérie par le dépistage des réceptifs etc. Société des Nations. 1924. Genève. Organisation d'hygiène. Louis van Boeckel.

52 lapon és teljes idevágó irodalmi feljegyzéseket tartalmazó, ügyesen s kritikusan szemmel megírt füzet, monographia alakjában tárgyalja a mai prophylactikus védekezést a diphtheriával szemben.

Az első részben részint történeti, részint a *Schick*-féle próba evolútiós fejlődését méltatja. Felemlíti, hogy míg ezelőtt a diphtheria 76% halálozást okozott, ma a halálozás százaléka 8 körül mozog, s mint az amerikai statisztikák kimutatják, e szám állandóan stabil marad. Ennek oka részben az, hogy bakteriologiás úton minden diphtheria-bacillushordozót kimutatni nem lehet s így a serumkezelés sokszor túlkésőn jön csak alkalmazásba.

Trousseau, Abel, Wassermann stb. vizsgálataira támaszkodva *Schick* mutatta ki, hogy a diphtheria-toxin intracutan alkalmazásával a diphtheriára fogékony egyének felismerhetők. Az ily egyéneket Di-toxin-antitoxin keverékkel (T. A.) lehet immunizálni. Az activ immunizálással a füzet második része foglalkozik s főleg *Behring* és *Roux* munkáira terjeszkedik ki. A toxin-antitoxin-keveréknél a toxin valamelyest nagyobb arányban van, mint az antitoxin. A keverékből 1 éves korig 0.50, azon túl 1 cm³-t adunk subcutan. A befecskendezéseket 1—2 heti időközökben ismétljük. Az amerikaiak nem állítanak fel ellenindicatiót, de sokan a bél, szív, mellékvesék és idegek zavarainál nem ajánlják alkalmazását. A *Schick*-negatív egyének mind

positivvá váltak az oltások után, s a sok százezerre menő amerikai oltások megmutatták, hogy bajok csak hibásan készített vagy tartott oltóanyag folytán következnek be. Az oltottaknál százalékosan sokkal kevesebb és jóval könnyebb lefolyású diphtheriát láttak kifejlődni, mint a nem oltottaknál. Mindenesetre, mint a szerző is kiemeli, Európában nehezebben lehetne ily tömegoltásokat keresztülvinni, mint Amerikában, hol a lakosság csodálatraméltó lelkesedéssel karolta fel az activ immunisatio ügyét. Ajánlja az orvosoknak és a nagyközönségnek e kérdésben való felvilágosítását és nevelését.

Bókay Zoltán dr.

Klinische Konstitutionslehre. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Von *L. Borchardt.* Mit 63 Textabbildungen. Urban u. Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1924.

Amint az előszóban írja, ezen régi, de most divattossá vált tudomány tárgyalásakor azt tűzte ki feladatául, hogy elsősorban a constitutio kutatásának és a klinikai kutatásnak összefüggését világítsa meg, hogy a betegségek lefolyásának sajátosságait a személynek különleges reagálásából vezesse le és hogy ezen sajátlagos reagálásnak okait felderítse. Az öröklésre vonatkozó ismereteken kívül ezért igen behatóan foglalkozik a külső ingerek okozta constitutiováltozásokkal; könyve beosztásának ez az alapja.

Tandlerrel és *Bauerrel* szemben a klinikai tapasztalatra hivatkozva constitutio alatt — amely öröklött és szerzett sajátságoknak összege — azt a belső tényezőt érti, amelytől a legtöbb betegség létrejötte és lefolyása függ, illetőleg amelytől szintén függ. Ezen tágraszabott meghatározás mellett az öröklést tartja a constitutio szempontjából a legfontosabbnak.

A constitutio klinikai kutatásában nélkülözhetetlennek mondja normatypusoknak felállítását, amelyeknek nem kell a valóságban megenniök, hanem amelyekhez abstractio révén jutunk. A normalistól való eltérést, ha állandó állapot, anomaliának, ha pedig a szervek működésének egyensúlyzavara, betegségnek nevezi. Ezen utóbbi meghatározásában tehát egyáltalában nem veszi tekintetbe azt, hogy a működés megváltozása milyen következménnyel jár, káros-e vagy ártalmatlan-e a szervezetre.

A következő fejezetben a variabilitással foglalkozik. A constitutio alapjában az öröklött tényezők eredménye (genotypus), de úgy a magzatkorban, mint a születés után külső ingerek is érvényesülnek, ezeknek hatására megváltozik a constitutio és létrejön a phäenotypus. Dispositio a constitutió alapuló hajlamosság betegsége, ezzel szemben a diathesis a szervezetnek bizonyos tüneti elváltozásokra való sajátlagos készsége. Nagyon helyesen határozza meg az ú. n. degenerációs jelek értékét; ezek nemesak psychikai, de testi anomaliák mellett is előfordulnak és nemesak a szervezetre káros eltérések mellett, hanem éppen úgy jó tulajdonságok, fokozott munkaképesség, tehetségek mellett is észlelhetők; jelentőségük tehát nem minden esetben degenerálás és éppen ezért azokat nem degenerációs, hanem deviatációs jeleknek nevezi. Ezen jelekkel foglalkozik a könyv részletes részének első fejezetében. Ezen rész második fejezetében pedig az ugyanilyen eredetű constitutiós systemasérüléseket tárgyalja, a chondrodystrophiát, a rachitist, az osteomalaciát, a Paget-féle betegséget, igen behatóan foglalkozik *Stüllernek* asthenia universalis congenitájával, részletesen ismertetve annak tüneteit, majd a *Kraus* leírta constitutiós szívgyengeséggel, végre a vérnek ugyanilyen eredetű elváltozásával és a hereditásos idegbetegségekkel. A tabest és a dementia paralyticát illetőleg deviatációs idegrendszeri elváltozásoknak is tulajdonít jelentőséget, bár e bajok keletkezésének obligat feltétele a syphillises infectio. Mindezen systemás sérülések, mivel csökkent működés jellemzi azokat, összefoglalhatók a *hypoplasziás tünetesoport* neve alatt, amellyel szemben a következő fejezetben a *status irritabilis* neve alatt, amelyre jellemző a nagyobb reakcióképesség és az ezzel járó elváltozások, a következő constitutiós zavarokat foglalja össze: az exsudativ diathesist, a status thymicolymphaticust, a vagotoniát, az eosinophil diathesist és az arthritismust. Így változik az ő felfogása szerint az élet folyamán az ingerlékeny constitutióknak képe. A nagyobb reakcióképesség időelőtti elhasználáshoz, majd pedig kötőszövetzaporodáshoz vezet. A hormonhatások című fejezetben vázolja a vérmirigyek betegségei okozta kórképeket és ezeknek példáit jó ábrákon mu-

tatja be. Végül a fejlődésnek zavarai, az endogen és exogen ingerek okozta constitutio-változásokkal és a habitussal foglalkozik még, amely utóbbinak azért van jelentősége, mert a constitutióknak külső kifejezője és mert az alak hatással lehet a constitutióra, viszont a constitutio nem ritkán az oka bizonyos habitusnak. Befejezésül a constitutiozavarok klinikai diagnózisával foglalkozik és az erre vonatkozó fontosabb eljárásokat és adatokat ismerteti.

A jó beosztású, világosan és szigorú bírálattal megírt könyv valóban hasznos olvasmány orvosnak, orvostanhallgatónak egyaránt.

H. F.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület orr- és gégeészeti szakosztályának december 9-i ülése.

Elnök: Lénárt Zoltán: Jegyző: Dörner Dezső.

Bemutatók:

1. Réthi Aurél: *Tuberculosus alapon fellépett kétoldali posticusbénulás esete.* 53 éves egyetemi tanárnak gégetuberculosisa hat évi conservatív kezelésre teljesen gyógyult. Ez év szeptember 4-én láz, rekedtség, nehéz légzés. Kétoldali posticusbénulás miatt tracheotomia. Röntgen: Intensív, éles határú árnyék, mely a mellő mediastinummal összefüggőnek látszik. Belvizsgálat eredménye: Mediastinitis tuberculosa, Wassermann-reactio negativ. Az infiltratumnak a recurrensre gyakorolt nyomása okozta a posticusbénulást.

2. Pollatschek Elemér: *Dentalis eredetű állcsont-öbölgyenyedés, orbitalis phlegmone. Műtét. Gyógyulás.* 25 éves nőbetegnek 10 hó előtt a jobb első-felső zápfog táján genyet őrítő fistulája támadt. Április 14-én hidegrázás, jobb szem dagadtsága. Két nap múlva jobb szemén fényvörzés már nem volt. Április 17-én vététt fel a kórházba, erős jobb oldali szemhéjduzzanattal, a felső szemhéj medialis és az alsó lateralis részén homályos fluctuációval. A jobb első-felső molaris palatinalis felszínén bűzös genyet őrítő fistula, jobb középső orrjáratban kevés geny. Röntgen: Jobb Highmor és jobb rostasejtek medialis része erősen árnyékolt. Próba-punctiónál sok bűzös geny. Az orbitalis duzzanat, dacára a rögtönj Denker-műtétnek, megmaradt. Műtét utáni második napon a jobb felső szemhéjon genyet őrítő áttörés, hidegrázás. Bulbusenucleatio, gyógyulás. Utóbb Blaskovich tanár jobb felső szemhéjat plastikával egyszerűen pótolta. Az alsó szemhéjra is reáterjedő fogdaganatoknál az orr és melléküregek feltétlenül vizsgálendók. Agyi complicatio veszélye miatt a szem megmenthető már nem volt. Dehiscenciahiánya miatt fel kell venni, hogy thrombophlebitis útján való infectio okozta a szemüreggyenyedést.

Lénárt Zoltán: Orbitalis-complicatiók a melléküreg falának defectusa nélkül is fejlődhetnek. Egy esetben a sinus frontalis genyedéshez társult orbitalis phlegmonenál, a bulbus enucleatioja a homloköböl műtéttel sem menthette már meg a későbbi műtét alá kerülő beteget.

3. Kepes Pál: *Mukokele ethmoidalis endonasalis műtéttel gyógyult esete.*

Az egyik 69 éves nőbetegnél trauma folytán a jobb oldali felső szemzúgban 3 év alatt diónyi fluktuáló duzzanat fejlődött, amely idővel kifelé tört. Az áttörés helyén időnként váladékot őrítő sipoly maradt vissza. Dislocatio bulbi, visus jobboldalt $\frac{5}{200}$, baloldalt $\frac{5}{20}$. Jobboldalt decoloratio papillae. Jobb középső orrjáratban bulla ethmoidalisnak kinéző, csontos tapintatú daganat. Röntgen: Jobb Highmor és rostasejtek táján intensív homály. Denker-műtét. Sok geny. A rostasejtek helyén egy helyenként síma fallal bíró üreg. Műtét után nagy javulás.

A másik 38 éves nőbetegnél a bal medialis szemzúgban 2 év alatt diónyi fluktuáló duzzanat fejlődött. Visus normalis. Középső orrjáratban hatalmasan tágult bulla ethmoidalis. Rostasejtek feltárásnál szintén egy gennyel telt nagy üreg. Műtét után gyógyulás. Mindkét esetben secundaer módon elgenyedő rostasetj-mukokele volt jelen.

Paunz Márk: Több ily esete volt. Hasonló esetekben a külső műtét barátja. Az endonasalis műtét hátrányos voltát több esetben tapasztalta.

Némái: Régente e képződményeket hygromának nevezték, ha kivezető nyílásuk eldugul, lesz belőlük mukokele.

Kepes Pál (zárószó): Endonasalis műtétre volt itt szükség, miután a kosmetikai szempontot is tekintetbe kellett venni.

4. Tóvölgyi Elemér: *A keményszájpad és a baloldali processus alveolaris teljes destructiója (lues?).* 32 éves rézműves, még háború előtt csontdarabbal való sérülés után keményszájpadon fekélyt kapott, ami körülbelül három évig csak lencsenagyságú volt. Ez időtájt felső fogait bal oldalon, miután fájni kezdetek, mind kihúzatta, mire rövidesen a bal alveolusok mentén daganata támadt, amely pár hó multával lohadni kezdett, de egyúttal a processus alveolaris is elpusztult. Megtekintésnél látható a bal csontos alveolus és keményszájpad destructiója mellett a bal szájjpadívek és mandula keménytapintatú duzzanata. A lágyszájpad felső részének pusztulása miatt az orrgaratür teljesen szabadon fekszik, úgyszintén az orrüreg hátsó részlete is, mind a két oldalon. Lapos serpiginosus fekély jobb alveolus belső részén. Sehoh sem hegesedés, sem összenövés. Röntgen: Bal Highmor és rostasejtek árnyékoltak. Próba-punctio negativ. Wassermann-reactio folyamatban. Állalatti mirigyek nem beszűrődtek. Kétszeri szövettani vizsgálat, amit Johan tanár végzett, negativ. Carcinoma, lupus, sarkoma és lues jöhet számba. Főleg e két utóbbi bántalom.

Lénárt Zoltán: A szájjpadlás destructióját tipikus luesnek tartja, ami minden más feltevést feleslegessé tesz.

Tóvölgyi Elemér: Habár ő is inkább luesnek tartja, nem mer ilyen határozottan nyilatkozni. (Mint az utóbbi tíz nap alatt kiderült, a jódkali teljesen hatástalannak bizonyult, a Wassermann-reactio pedig negativ!)

5. Tóvölgyi Elemér: *Gégesérülés és tracheotomia után visszamaradó nehézlégzés és ismételt haemoptoe érdekes esete.* A 34 éves férfibeteg 1915-ben az orosz fronton bajonettszúrást kapott a gégejébe. Huszonnégy órai eszméletlenség után reátaláltak, gégesébebe gummicövet tettek, majd pár nap múlva Krakkóban tracheotomizálták. Ez idő óta légzése nehéz, és minden 3-4 hóban erős haemoptoe lép fel. Gégelelet: Jobb gégefél nem mozog, bal korlátoltan. Nem dönthető el, hogy egy posticus-hűdés van-e jelen, avagy a szűrés alkalmával a crico-arytaenoid izület sérülése folytán anchylosis képződött. Alsó bronchoscopia sehoh semmi pathologikus elváltozást nem mutat. A tüdők felett a Röntgen sem mutat eltérést, mindazonáltal lehető, hogy vagy porcedarab, vagy a bajonett hegyének letört részlete kerülhetett a tüdőbe, ami az időleges haemoptoe és nehézlégzést megmagyarázná. További vizsgálatra van mindenesetre szükség.

6. Paunz Márk: *Deglutitio ritkább esete.* 23 éves leány ez év februárjában szerecsendiót nyelt, ami a bifurcatio magasságában megakadt. Az eltávolítás, bár nehezen, de sikerült. November hóban a leány újból lenyelt egy fél szerecsendiót, ami ugyanott akadt meg. Ezt is eltávolították. A leány öt év előtt lúgot is ivott, és ennek heges szűkülete táján akadt meg mindkét ízben a szerecsendió. Diagnosis: Hysteria.

Réthi Aurél: Analog esetet említ, hol lúgmérgezés után cseresznyemag akadt meg az oesophagusban. Eltávolítás sikerült.

Lénárt Zoltán: Nemcsak hysteria, sokszor könnyelműség az idegentesteknek a nyelősőben való fennakadásának oka. Osztályán cseresznyeérés idején igen sokszor távolítanak el magot a szűkült nyelősőből.

7. Székácsné Friedmann Ilona: *Angina Plaut-Vincentihez társuló sepsis érdekes esete.* A jobb tonsillán székélő fekély bakteriologiai vizsgálatánál sok fusiformis bacillus, spirochaeta és coccus találtott. Diphtheriára negativ. Fehérvérsejtszám 12.800, qualitativ vérvkép 86% leukocyta. 39-40 C° láz, belső szervek részéről septikus lelet. Therapia: Hypodermoklysis, polyvalens streptococcus-serum. 24 óra múlva exitus. Sectiós lelet a megszokott sepsis képet mutatta.

Pogány Ödön: A fusiformis sepsis igen ritka, a kitenyésztés igen nehéz. Egy esetben semmiféle bakteriumot kitenyészteni nem lehetett.

Magyar Szemorvostársaság ülése december 14-én az I. számú szemklinikán.

Elnök: Blaskovics László. Jegyző: Csapody István.

Bemutatók:

1. **Brana János:** *Retinalis erek sklerosisa kombinálva a legszélőbb capillarisok retinitis proliferansával.*

2. **Brana János:** *Igen nagyfokú enophthalmus hemiatrophia facialis kapcsán.*

Incze Antal: A szegedi szemklinikán hasonló esetet észlelnek, ezen határozottan megállapítható a sympathicus és a trigeminus bántalmazottsága, ezenkívül opacitas zonularis is van.

3. **Halász Kornél:** *Cyklodialysis luxált lencse okozta secundaer glaukoma ellen.* Sérülés következtében üvegtestbe luxált lencse 51 Hg-mm tensiót okozott, melyet heteken át adott pilocarpin nem tudott csökkenteni. Visus: 1 m ujjolvasás. Cyklodialysis után tensio 13 Hg-mm, visus: + 12.0 D = $\frac{5}{30}$. Az I. sz. szemklinikán ezen indicatio alapján végrehajtott sikeres műtétek száma a jelenlegivel 12-re szaporodott.

Klinikai közlések:

1. **Halász Kornél:** *A szem belsejéből spontán távozott rézszilánk.* Az I. sz. szemklinikán az utóbbi két évben két esetünk volt, melyben kis rézszilánk öt évig békén volt a szemben. Az egyik esetben a szemet ért tompa ütés után kezdődött az idegentest önként távozásával végződő gyulladás, a másodikban kiváltó okként a sérüléssel hálóg miatt végzett extractio linearis és discissio szerepelhetett. Az eltávolítás mindkét szemben a filtratio anatomiai helyén, a corneoscleralis határon ment végbe, ahol a szaruhártya spontán megnyílását elősegítette egyrészt a csarnok alján fekvő idegentest mechanikai nyomása, másrészt az idegentest eltávolítását célzó műtét limbusban ejtett lándzsasebének hege. Az első esetben $\frac{5}{15}$, a másodikban $\frac{5}{70}$ látásélesség maradt meg.

2. **Huber Rezső és Blaskovics László:** *Veleszületett ptosis és epicanthus operált esete.*

A szemhéjszüngés ellen *Blaskovics* szerint elővarratták a szemhéjemelőt, az epicanthus miatt *Lewis* szerint a X. bordaporcogóból vett, ékalakú darabot tolták az orrnyereg bőre alá. A gyermeknek 20°-nyi összetérő kancsalsága a műtételek után eltűnt, ami talán úgy magyarázható, hogy a fej kényszerű hátraszegésének megszüntével a süllyesztett tekintettel járó összetérés is elmaradt. Mivel az egyik pupilla takarva volt, lehetséges az is, hogy a betegnek esophoriája van, s ez latenssé lett, mihelyt a szemhéj emelt helyzetbe került.

Blaskovics László: Az epicanthus megszüntetésére az orrhát emelését *Kuhnt* ajánlotta először olyan módon, hogy az *Ammon* szerint körülhatárolt bórdarabot nem vágja ki, hanem fölötte egyesíti a metszés külső széleit. Ez az eljárás azonban az orrhátot csak kissé emeli, mert hiszen a bőrsziget fölületes rétegét ki kell irtanunk, különben a seb szétválik. A seb vonal kozmetikailag is kifogásolható. Paraffinnak bőr alá feckendezésével is tett szülő kísérletet, ennek rossz tulajdonságai ismertek. A porcogó beültetése *Lewis* szerint egyszerű és az orrhát emelésére elegendőnek is látszik. A műtétnek nyoma nem marad, azért ajánlja.

Csapody István: Ha az operáltat újra olyan fejtartásra készítjük, mint műtét előtt megszokta és alkalmazzuk az izomegyensúlyzavarok leleplezésére szolgáló eljárásokat, eldönthető, hogy az előadó által említett okokból szűnt-e meg a kancsalság. Ha a gyermek kora miatt subjectiv eljárással nem boldogulhatni, objectiv módon lehetne az egyensúlyzavart leleplezni, még pedig úgy, hogy + 20.0 D-ás üveggel mindkét szem előtt kapcsoljuk ki az egybeolvasztás kényszerét, s az üvegen át figyeljük a szemállást.

Huber Rezső: (zárószó).

3. **Singer Gyula:** *Löffler-féle bacillus okozta conjunctivitis crouposa 10 napos csecsemőn.* Ilyen fiatal

korban még nem írták le. Serumkezelést kapott, meggyógyult.

Blaskovics László: Felhívja a figyelmet arra, hogy gyermekosztályon orrdiphtheriás eset-makacs szem-endemiát tarthat fenn.

4. **Singer Gyula:** *Könnytömlő-sarkoma esete.* Az eset igen ritka. A műtét által eltávolított könnytömlő-daganat szövettani vizsgálata sarkomát derített ki.

Grósz Emil: A könnytömlő-sarkoma ritkaságát megerősítheti, úgyszintén rosszindulatúságát. Sok év előtt észlelt esetét említi, melyet könnytömlőgyenedéssel küldtek hozzá s melyet *Herczel* operált volt meg. A sarkomának bizonyult daganat kiújult s az exenteratio orbitae sem menthette meg a beteget.

Előadások:

1. **Liebermann Leó:** *Hályogoperált szemek nyitva-kezelése.* A hályogműtét legújabbkori irodalmán végigvonul a seb védelmének tendenciája. Nálunk *Blaskovics* volt benne úttörő. A kerekpupillás műtét *conditio sine qua non*jának tekinti a kötőhártyavarratosságot sebvédelem elejétől fogva megengedi, célja az állandó könnyirrigatio. A kötés alatt sok szem váladékos lesz, míg ha a könnyáram állandóan mossa a szemet, nincs pangás s a baktériumok kevésbé szaporodhatnak. De ennek ellene dolgozik jól tűrt kötőhártyaantisepticum (trypaflavin) következetes alkalmazásával. Természetes, hogy iridektomia, trepanatio, cyklodialysis, stb. után még inkább nyitva kezelhető a szem.

Blaskovics László: A Hjort-féle nyitott sebkezelést mintegy huszonöt éve az egyetemi szemklinikán hosszabb időn keresztül kipróbálták. Az eredmény az volt, hogy sem a fertőzések, sem a sebrepedések száma nem csökkent s ezenfelül a szem nagymértékben váladékos lett.

Horvát Béla: Ajánlja hályogműtétek előtt caseosan prophylactikus alkalmazását.

Huber Rezső: Nem hiszi, hogy a caseosannak a kötőhártya baktériumaira hatása lenne.

Horváth Béla: A caseosannal a szervezet védőerejét akarjuk fokozni.

Incze Antal: A szegedi szemklinikán már több mint két éve adnak caseosant, mint *Ditrói* beszámolt róla.

Liebermann (zárószó): A váladékképződésre vonatkozó megfigyelésekben a látszólagos ellentmondást alighanem az magyarázza meg, hogy ő a gyógyulás ideje alatt is antisepticumot alkalmaz. Egyébként individualizáljunk s vegyük tekintetbe, hogyan kelleme-sebb a betegnek.

2. **Liebermann Leó:** *Az ektebin diagnostikai és therapiai használhatósága a szemészetben.*

A *Moro*-féle tuberculinkenőcs (Merck) mint diagnostikum beválik, mert biztos tuberculosus esetén mindig positiv, viszont nem jelez nem activ fertőzést. Klinikai értékesítése természetesen ugyanolyan cautelák mellett lehetséges csak, mint a *Wassermann*-reactio, azaz egymagában ritkán dönti el valamely baj tuberculotikus jellegét, legfeljebb ha góc-reactiót is okoz, ami azonban igen ritka jelenség, akkor is könnyű jellegű és inkább hasznos, mint ártalmas. Szóval az ártalmatlanságában van a fő előnye a therapiás használat tekintetében. A könnyű és ritka időközökben való alkalmazás miatt a gyakorló- orvos kezébe is való. Évek óta szerzett tapasztalata az előadót arról győzték meg, hogy az ektebin igen jól beválik a szem tuberculosisának minden formájában, beleértve a lymphaticus szembajokot is. Legalább is ugyanolyan értékűnek tartja, mint az új tuberculin-injectió kezelését; előfordulhatnak esetek, ahol az egyik jobb, vagy a másik. A magyar készítmény (unguopertubin) ezidő szerint még nem válik be, amint az előadónak *Csapody*-nével együtt végzett párhuzamos kísérletei mutatják. Javításán dolgozik az intézet, mely előállítja.

Csapody István: Beszámol egy chorioretinitis esetéről, melyben az ektebin-kezelés alatt a látás jelentősen javult.

Horváth Béla: A szem külső tuberculotikus megbetegedései ellen a Röntgen igen hatásos.

VEGYES HÍREK

Előfizetésünket 1925-re — amit régi előfizetőinknek az 50. számhoz, új belépőknek első január 6-i számunkhoz mellékelte chequen kérünk beküldeni — aranykoronában emelve, de a szorzószámot 17.000-ról 15.000-re leszállítva —, csak 10%-kal emeljük, miután lapunk most már állandóan 28 oldalas és lesz még több is. Egy évre 20 korona (= 300.000 papír korona), félévre 10 K (= 150.000), negyedévre 5 K (= 75.000), egy hónapra 2 K (= 30.000) lesz az *Orvosi Hetilap* előfizetési ára; — az *Orvosképzés* 10, illetve félévre 5 aranykorona; a *Magyar Orvosi Archivumé* marad egy évre 6, félévre 3 aranykorona. Ezek szerint kérjük tehát a cheque kitöltését. **Ha még ezenkívül hátralékos összegek is kerülnek a cheque-re, kérünk annak hátulján okvetlen írásbeli részletezést.**

Az *Orvosképzés* 1925. évi XV. évfolyamának előfizetési díját egész évre 10 aranykoronában, félévre 5 aranykoronában állapítottuk meg, mivel azonban a szorzószámot az aranyértéknek megfelelően most 15.000 papírkoronára tettük, az előfizetési díjat tulajdonképpen alig emeltük.

A jövő évben a számok pontosan februárban, áprilisban, júniusban, októberben s decemberben fognak megjelenni, tehát 5 számot adunk.

A lefolyt 1924. évben 5 füzetet 44 ív terjedelemben adtunk. Az a törekvésünk, hogy e terjedelmet elérjük. A dolgozatok színvonaláról munkatársaink nyújtják a biztosítékot.

Előfizetni lehet vagy az *Orvosi Hetilappal* egyidejűleg (VIII. Üllői-út 26., II. em.) vagy az *Orvosképzés* kiadóhivatalában (VIII. Mária-utca 39) vagy a mellékelt csekkalappal. Az előfizetési díj az 1925. egész évfolyamára 10 aranykorona (150.000 papírkorona), félévre 5 aranykorona (75.000 papírkorona). Szorzószám: 15.000 korona.

Az Orvosképzés szerkesztői.

Orvostári naptárunkat a január 6-i első számunkkal egyidejűleg tettük postára külön borítékban mindazon kartársak és intézetek címére, akik esetleges régi tartozásaikat is kiegyenlítve, legalább az első negyedre előfizetésüket beküldötték. A lap megjelenésétől függetlenül folytatjuk a tárcanaptár szétküldését naponta, az előfizetések beküldése sorrendjében. Nem hisszük, hogy ily gondosság mellett pontosan kézhez nem jutna, de ha mégis valaki pénzküldeménye feladása után egy hétre meg nem kapná, azonnal kérjük reklamációját, hogy a rendelkezésünkre álló néhány száz példányból jogos igényét kielégíthessük.

Örömeinkre szolgál, hogy ajándékunk mindenkit kielégít, mint a hozzánk érkezett alkalmi sorok és levelek mutatják, amelyekért és a bennük foglalt őszinte jókívánatokért e helyen fogadják íróját, a mi régi és új barátaink meleg köszönetünket. De következtetünk erre abból a számos látogatóból és azok leveleiből, akik *„Orvostári naptárunkat“* külön megvenni óhajtanak. Sajnos, e kívánság teljesítése elvi és példányszámbeli akadályokba ütközik: naptárunk egyetlen ára = egy negyedévi előfizetés; s ez talán állandóan össze is bőrtöltött bennünket.

Külföldi előfizetőink a naptárt éppen így kapták, illetve kapják meg: külön borítékban, mint nyomtatványt.

A **postai díjszabást** a m. kir. postaigazgatóság január 1-ével meglepetésszerűleg felemelte. Mintha csak az lett volna szándéka, hogy az összes naptárak posta-rovatát érvénytelenné tegye, mint a posta nyomtatott díjszabásának concurrensait. A mi naptárunk is áldozat; de a bajon mindenki könnyen segíthet, ha az alábbi kevés változást naptárunkba bejegyzí: *vidéki levél 20 g-ig 2000 K.* Nyomtatvány 10 g-ig 200, 50 g-onként 400 K; *ajánlási díj vidékre 2500;* nem terjedelmes csomagok díja 1—5 kg-ig az utolsó rovatban 7000; 5—10 kg-ig 4500, 6—8—10—14 ezer; 15 kg-ig 6—9—12—15—25 ezer; 20 kg-ig 8—12—16—20 és 28 ezer. Elelmiszer-csomagokért valamivel kevesebb, terjedelmes csomagokért a díjak másfélszerese jár.

Többi közölt díjak változatlanok maradtak.

Reklamatiók kielégítése céljából kérjük olvasóinkat, hogy az esetleg rendelkezésükre álló múlt évi 1., 2., 3., 4., 14., 43., 46. számokat, melyek kifogytak és ez évi 1. mutatószámunkat legyenek jók beküldeni kiadóhivatalunkhoz. Szívesen vásároljuk számonként 7000 K-ért.

Hibaigazítás: 1. számunkban közölt Munkáspénztári orvosgyűlés jegyzőkönyvében *John Károly* előadásának referatumban „A vajleves“ szóval kezdődő mondat így olvasandó: ... a correlatió keresztlő okoznak, melyre *Heim* és szerző együttesen hívták fel a figyelmet. A vajleves igen jól bevált, de...

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynaekologiai Szakosztályának újjáalakítása. A Budapesti Kir. Orvosegyesület igazgató-tanácsához 35 egyesületi tag aláírásával beadvány érkezett, amelyben az öt éve megszünt Gynaekologiai Szakosztály újra való megalakulását kéri. Az igazgató-tanács az Egyesület alapszabályainak vonatkozó szakasza értelmében f. év január 13-ára, kedd délután 6 órára az Egyesület kis üléstermébe összehívta a beadványon szereplő tagokat, a szakosztály megalakítása céljából. Ezen alakulóülésem az Egyesület elnökségét *Tóth István* alelnök fogja képviselni, aki kéri az Egyesület azon gynaekologus tagjait, akik tagjai akarnak lenni a szakosztálynak, hogy jelenjenek meg ezen alakulóülésem.

A Wiener Medizinische Wochenschrift az 1925-ös évvel a 75. évfolyamát kezdte meg. Ez alkalommal *Schneider* minister és a bécsi tudományegyetem orvoskari dékánja, *R. Wasicky dr.* professor meglehangú levélben üdvözlötték jubiláló laptársunkat, aki ez évi első számában díszes „Ehrentafel“-ban aranybetűkkel örökítette meg 1851—1900. évi kiváló munkatársainak nevét és munkáit.

Ernst P. Pick professor, aki *Hans Horst Mayer* helyét foglalta el a bécsi kísérleti pharmacologia tan-székén, első előadását 1924 október 30-án tartotta „Pharmacologisches Experiment und Klinik“ címen. Ebben az előadásában rámutat arra, hogy az, hogy most van functionalis therapia, hogy most már mégis csak messze vagyunk attól az időtől, amelyre *Diell* oly jellemzően mondja: „Es gibt keine wirklichen Therapeuten, es gibt nur glückliche Ärzte“ elsősorban, majdnem kizárólag a kísérleti orvostudomány és a hozzá közel álló természettudományi szakok hatalmas fejlődésének köszönhető. Egypár példával világítja meg azt, hogy a kísérleti felfedezések milyen alapvetően befolyásolták a klinikusok gondolkodását és eszelekvését. Az inhalációs narkosis kísérleti felfedezése kétségtelenül a legnagyobb mértékben átalakította a modern sebészetet. A cocain-anaesthesia experimentalis megalapozása 4 évvel előbb történt, mint azt *Koller* gyakorlatilag kipróbálta. Új, helybeli érzéstelenítők felfedezése szintén a pharmacologusok érdeme. *Liebreich* és *Schmiedeberg* voltak az elsők, akik altatószert találtak a chloralhydrat, illetőleg az urethan alakjában. *Binz* pharmacologus már 13 évvel a malariaplasmodiumok felfedezése előtt kifejtette vizsgálatai alapján, hogy a chinin antipyretikus hatása azon alapszik, hogy egy alsóbbrendű organismust, a malaria okozóját megbénítja. A belső desinfectio nagy kérdésének megoldása is csak experimentalis úton várható. Amit eddig elértünk: a lues salvarsan-kezelése és legújabbban az afrikai álomkór sikeres leküzdése a *Bayer* Germanin-jával, mind azt mutatják, hogy helyes úton vagyunk. Ezekon kívül is számtalan példával lehet igazolni előadásának azt a végső következtetését, hogy therapeutikus haladás lehetetlen kísérleti megalapozás nélkül.

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:

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Poór Ferenc:** A leukoderma acquisitum centrifugum (Sutton) első európai esete. (41—42. oldal.)
Bakody Aurél: A paraphreniás és schizophreniás elme-zavarok egymáshoz való viszonyáról. (42—44. oldal.)
Surányi Lajos és Putnoky Gyula: A gümöbacillus közvetlen kitenyésztése a vizsgálati anyagból. (44—45. o.)
Kubányi Endre: Négy gyógyult májszűrés. (45—47. o.)
Deutsch Béla: Harminc év óta tartó csuklás esete. (47—48. oldal.)
Ország Oszkár: Tracheobronchialis mirigy tuberculosissal kiindult typhobacillosis esete. (48—49. oldal.)
Pfannenwald Mátyás: A méhen kívüli terhesség egy ritkább alakjáról. (49. oldal.)

Weisz Győző: Golyvabetegek vegetatív idegrendszerének vizsgálata. (49—51. oldal.)

Baló József: Az ascaris lumbricoides vándorlásáról a gazda szervezetében és ennek kórtani jelentőségéről. (51—53. oldal.)

Nékám Lajos 25 éves tanári munkásságához. (53—55. o.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Szemészet. (55—57. oldal.)

A Szegedi Egyetembarátok Egyesületének Orvosi Szakosztálya és a vele egyesült Szegedi Orvosegylet szakülései. (57—58. oldal.)

Grósz Emil: Az egyetemek költségvetése. (58—59. oldal.)

Vegyes hírek. (59—60. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A szegedi m. kir. Ferenc József-tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye.

A leukoderma acquisitum centrifugum (Sutton) első európai esete.

Írta: Poór Ferenc dr. egyetemi ny. r. tanár.

A dermatológiának az utóbbi évtizedekben világszerte való szakszerű művelése elmélyítette a disziplinát. A kutatás számos új és újabb nézőpontból világította meg a már régen ismert kórképeket is s az új értékelések alapján kiépítés alá fogta azoknak fejlődéstani, aetiologiai és kórtani vonatkozásait, azonban az ismeretek terjedésével az új, előzően ismeretlen kórképeknek felfemerülése természetesen egyre ritkábbá vált. Minthogy klinikámon egy ily, eddig alig ismertes kórképet volt alkalmunk észlelni, az éppen ritkaságánál fogva érdemesnek látszik előttem a közlésre. A kórképre Amerikából Sutton, az University of Kansas School of Medicine tanára hívta volt fel 1916-ban a figyelmet, s azt leukoderma acquisitum centrifugumnak nevezte el. A kórkép, tudomásom szerint, eddig az európai irodalomban még teljesen ismeretlen, csupán amerikai szerzőktől származik négy, a kórképpel foglalkozó közlés az amerikai szakirodalomban.

Esetem a következő:

B. M. 33 éves varrónő blennorrhoeával kereste fel a klinikát. A vizsgálatnál azonban feltűnt, hogy a barna hajszínű és kreol típusú beteg bőrén számos (több mint 20), testszerte, rendszertelenül szétszórt, kékesvörös-sötétbolyaszínű, környezetüktől élesen kiemelkedő, borsó-kismogyorónyi típusos naevus pigmentosus papillomatosus foglal helyet. Ez eddig elég közönséges és mindennapos kórképnél azonban az a rendkívüli és szokatlan, hogy a naevusok egy nagy részét 2—3 cm átmérőjű, fehér színűvel a bőr általános színeződésétől elütő, különben az ép bőr szerkezetét mutató, sima, kerek, részben ellipszisalakú udvar övezi, melynek a naevus szinte kiszámíthatóan a középpontjára esik. A depigmentáció fokozatosan megy át az ép bőr színébe, akként azonban, hogy a depigmentált udvar szélén az ép bőr egy árnyalattal sötétebben festékezett, mint a testfelület egyéb részein, de ez a sötétebb pigmentatio mégsem oly határozott, mint amilyent a vitiligónál megszoktunk. A kisebb naevusok

körül a depigmentált udvar átmérője is kisebb, sőt a legkisebbek körül ép, színében el nem változott bőr látható ily udvar híjával. A laesiók szinte kézzelfoghatóan mutatják, hogy a depigmentációs udvar csupán akkor kezd kifejlődni, amikor a naevus már bizonyos nagyságot, esetünkben a borsónagyságot meghaladott, s a naevussal arányosan nő a depigmentált udvar átmérőjének mértéke is. A kórképhez különben a betegnek semminemű subjectiv panaszja sem társul, noha maga észreveszi, hogy anyajegyei végtelen lassúsággal ugyan, de szaporodnak és növekednek.

Az elváltozás szöveti képében a naevus papillomatosust jellemző papillomatosus szerkezete, festékfelhalmozódás nemcsak a stratum basale sejteiben, de a stratum spinosum sejtrétegeiben is, a borszemölcsökben a tágult érkacsok, az irhában sávalakban és gomolyagokban elhelyeződött epitheloid jellegű, típusos naevussejtek a laesio félreérthetetlen képét adták.

A naevust övező, s minket a jelen esetben különösen érdeklő depigmentációs udvarból származó metasteteknél a Bielschowsky-féle, eredetileg kötőszövet-fibrillák kimutatására szolgáló, de Herxheimertől az autochtont bőrfesték kimutatására különösen ajánlott ezüst- és utólagos aranychlorid impraegnációs módszert alkalmaztam. A vizsgálatnál azonnal szembeötlött a bőr szerkezetének épsége. A hámrétegződése, sejtsorai, az egymással váltakozó hámlécek és papillák egymáshoz való aránya, az utóbbiaknak hajszálrésszel való ellátása teljesen normalis állapotot mutatott, azonban a festéktermelés körében bizonyos sajátos változás volt kimutatható. A festék eloszlása nem egyenletes. Egyes helyeken, több papilla terjedelmének megfelelő helyen, a basalis rétegből teljesen hiányzik, más-hol ismét kisebb részletekben sértetlenül és a szokásos mennyiségben jelen van.

A kórképet az irodalomban első ízben Sutton ismertette (1916), mint „a vitiligo egy szokatlan változatát”. A depigmentációnak két esetét mutatta be a címben jelzett elnevezés alatt. A kórképet jellemző kerek vagy ovalis depigmentált folt középpontjában kerek, enyhén elemelkedő, barna, apró, festékes „maculopapula”-t ír le, „naevusszerű”-nek jelezve azt, anélkül, hogy azt határozottan naevusnak minősítené. A histologiai vizsgálatnál az irhában endothelsejteket talált, melyek azt infiltrálták. A festékes képletnek a depigmentációval való oki kapcsolatát azonban nem hangsúlyozza. Stokes (1923) a rochesteri Mayo-klinikáról már több esetet említ, egyet közülök részletesebben is közölve, mint olyant, mely kifejezetten festékes naevus körül kifejlődött depigmentációs udvarról szól.

Több ily esetnek fényképét is közli, de hasonló pathogenesisist tulajdonít egy psoriasisgöb, s egy *Boeck*-féle sarkoid benignum laesiója körül kifejlődött hasonló depigmentációknak. Hasonlót említ különben már előbb *Shepard* a *Sutton*-féle esetekhez fűződött discussióban, egy kauterezett verruca körül kifejlődött depigmentációt hozva fel. A *Stokestól* körülményesen leírt eset histologiai képe kétségtelenné teszi a centralis képlet naevus-természetét. Egy a naevusok környezetében kifejlődő leukoderma-esetet közölt különben ugyancsak Amerikából *Klein* (1922), melynél a depigmentációk az utóbbi 2 év alatt s ugyancsak egy 17 éves nőbeteg esetét közli *Crawford* (1924), mely esetén a naevusok a beteg emlékezete óta mindig jelen voltak, s az eddigi észlelésektől eltérően sem nem szaporodtak, sem nem növekedtek.

Ha esetünket a leírtakkal összevetjük, azt látjuk, hogy azok közé a depigmentációk közé tartozik, melyet az eddig közölt szórványos esetekben mindenkor a naevusok környezetében láttak, s nézetünk szerint a kórkép a psoriasisgöbök vagy egyéb elváltozások körül kifejlődött depigmentációktól eltérő értelmezést és dignitást igényel. Részemről lényeges differentiat találok a leukoderma psoriaticum és esetem között abban, hogy a psoriasisgöbnél a göc visszafejlődését követően, mindenkor annak helyén láttam a depigmentatio jelentkezését, nem pedig előzetesen minden előrement laesiótól mentes területen. Az ilyen másodlagos depigmentációk különben sem ritkák. Nem csupán psoriasisos, hanem pl. lueses elváltozások nyomában is mindennaposak, s nem tartom megengedhetőnek azoknak, mint egy egészen elütő mechanizmus révén létrejötteknek analogiába hozatalát a szóbanforgó bántalommal, hol a naevusok körül előzetesen sértetlen bőrterületen fejlődik ki az elváltozás. Másfelől az eltérő mechanizmus folytán a psoriasisgöc helyén kifejlődő depigmentációt (mely különösen irritáló helyi kezelés nyomában szinte törvényszerűen keletkezik) sokkal szembeszökőbb, intenzívebben sötétebb hyperpigmentatio veszi körül, mint amilyent esetünkben láttunk.

Stokes esetében felemlíti, hogy a centralis naevusok közül néhány igen sötét képlet körül az udvar hiányzott, holott esetemben megállapítható volt, hogy a legsötétebben pigmentált naevusok körül mutatkozott a legszembeszökőbbben a depigmentatio s a depigmentált udvar átmérője is annál nagyobb, minél nagyobb a naevus. Histologiai vizsgálatomnál szembezőkő, hogy a klinikailag depigmentálnak mutató területen sincs jelen a festéknek egyenletes és abszolút hiánya, hanem a pigmentnek szigetekben való eltűnése állapítható meg, ami arra látszik utalni, hogy a *Sutton*-féle kórképnél az epithelsejtek festéktermelő képessége nem egyszerre, hanem fokozatosan szűnik meg. A festéktermelődének a néhány papillára kiterjedő szigetekben feltehetően időleges épenmaradása talán a mindennapos vitiligótól is megkülönbözteti a kórképet.

A betegség pathogenesisére vonatkozóan magam is osztom *Stokes*nek azt a nézetét, hogy a kórképnél a naevus lényegesnek („essential element”) tekintendő, s hogy a pigmentpusztulást a bőr illető részletében fizikai vagy chemiai tényezők hatása alatt bekövetkezett egyensúlyzavar váltja ki. Ez az egyensúlyzavar azonban mérvét, természetét tekintve eltér a vitiligónál észlelehetőtől.

A bántalmat, mint önálló kórképet el kell választanunk azoktól a depigmentációktól, melyek más, előrement laesiók (psoriasis stb.) nyomán és helyén másodlagosan fejlődtek ki. Viszont nem tarthatjuk kizártak, hogy a naevuson kívül egyéb bőrelváltozásokkal kapcsolatosan is kifejlődhetnek a festéktermelődé hasonló elváltozásra vezető egyensúlyzavarai a laesio előzetesen sértetlen környezetében.

Irodalom: *Sutton:* I. Cutan Dis. 1916, 797. oldal. — *Klein:* Archiv of Dermat. and Syph. 1922, 680. oldal. — *Stokes:* Archiv of Dermat. and Syph. 1923, 611. oldal. — *Crawford:* Archiv of Dermat. and Syph. 1924, 394. oldal.

A budapest-lipótmezej m. kir. állami elme- és ideggyógyintézet közleménye (igazgató: Oláh Gusztáv dr., min. tan.).

A paraphreniás és schizophreniás elmezavarok egymáshoz való viszonyáról.

Írta és a magyar elmeorvosok VIII. értekezletén előadta: *Bakody Aurél dr.* egyetemi m.-tanár, áll. elme- és ideggyógyintézetj főorvos.

A paraphrenia kórformáját *Kraepelin* 1912-ben, mint ismeretes, azért állította fel, hogy a schizophren megbetegedések túlságosan kitágított területét bizonyos irányban megszüktse. Az volt a szándéka, hogy elkülönítse a dementia praecox paranoid alakjaitól azon eseteket, amelyeknél a kedély- és akaratvilág zavarai sokkal kisebb mértékben fejlődnek ki, a lelki élet belső kapcsolatai jóval kisebb mértékben károsodnak meg, vagy amelyeknél a belső egység leromlása főleg bizonyos értelmi ténykedésekre szorítkozik csupán.

Definiója szerint mindezen egymástól nem pontosan elkülöníthető klinikai csoportoknál a kóros sajátságot a téveszmék nagymérvű előtérbe lépése, vagyis a kórkép paranoidos színeződése alkotja. Megengedi, hogy eltérések ugyan előfordulnak a hangulatvilágban, azonban a bántalom legelőrehaladottabb szakában sem látható az a kedélybeli tompaság és közöny, mely oly gyakran képezi a dementia praecox kezdő tünetét. Felemlíti, hogy a paraphreniánál is gyakran betegesen befolyásolt a cselekvés, azonban ez főleg csupán az abnormis gondolatmenet és hangulat következménye. Önálló akaratzavarok, melyek oly változatos alakban kísérik a dementia praecoxot, a paraphreniánál szerinte csak halvány jelekben észlelhetők.

Mint ismeretes, *Kraepelin* négyféle alakot különböztet meg a paraphreniánál. A paraphrenia systematicát szerinte igen lassan fejlődő, állandóan mindjobban kibontakozó üldöztetéses téveszme jellemzi, melyhez az egyéniség szétesése nélkül később nagyzásos gondolatok csatlakoznak. Az expansiv alak *Kraepelin* szerint nagy mérvben kifejlődött nagyzásos téveszmékkel, emelkedett hangulattal és könnyű izgalmi állapottal van jellemezve. A konfabuláló formára az emlékezetbeli csalódások ütnek a bélyeget; míg végül a paraphrenia phantasticát kalandos, összefüggéstelen, változó téveszmék jellemzik.

A lefolyt 12 év alatt a paraphreniás kórforma létjogosultságának megvitatása körül egész irodalom létesült, melynek resultatumaként a vélemények nagyrészt oda konkludáltak, hogy habár a paraphreniák általában különleges helyzetet foglalnak el, mindazonáltal a schizophreniás kórképnek csupán határozottan jellemzett csoportját alkotják.

Értékes adatokkal szolgál a kérdés tisztázása tekintetében *W. Mayer* „Über paraphrene Psychosen” című tanulmánya (1921), amelyben a szerző a müncheni klinika azon 78 kóresetével foglalkozik, melyek a paraphrenia kórképének felállítására ösztönözték *Kraepelint*. *Mayer* arra a következtetésre jut, hogy a paraphreniák a schizophreniának csak egyik alcsoportját képezik.

Megemlítem e helyen *Schuster* vizsgálatának eredményét is, ki 2 paraphreniás eset pathoarchitektonikus-átvizsgálásánál a dementia praecoxnál szereplő elváltozásokhoz hasonló, azokkal egyenlő értelmű, s azoktól csak fokozatilag különböző elváltozásokat talált.

A lefolyt 12 esztendő alatt *Kraepelin* akkori új diagnosisa a lipótmezei állami elme- és ideggyógyintézetben is otthonossá vált. Jelenleg is 25 azon férfibetegeknek a száma, kik felvételük alkalmával paraphreniával kórisméztettek.

Miután a paraphrenia kérdése teljesen tisztázva még nincsen, azt hiszem, nem teszék rossz szolgálatot,

ha ezen 25 eset kórlefolrásából merített tapasztalataimat s a levont következtetéseket ismertetem.

Az évekig tartó megfigyelés eredménye gyanánt megállapítható immár, hogy a betegek 80%-a az intézeti elhelyeztetés alatt paraphreniás jellegét elveszítve, schizopreniássá alakult át.

Csupán a paraphrenia systematica 3 esete és a paraphrenia phantastica 2 esete, vagyis az eredeti paraphreniás kórjelzésű betegek 20%-a maradt meg olyan, mely az eredeti diagnózisnak jelenleg is megfelel.

A 13 eredetileg paraphrenia systematicának diagnosztizált eset közül 7-ből paranoid dementia, 2-ből dementia simplex, 1-ből téveszmékkel bíró depressív elbutulás fejlődött ki. Az expansív alak egyetlen esete circularis schizopreniává alakult. A konfabuláló paraphrenia 5 esetéből 1 circularis, 1 agitált, 1 periodikus, 1 katatoniasan stuporos forma és a beszédzavarosság 1 esete bontakozott ki. A paraphrenia phantastica 6 esete közül végül 2 katoniássá, 1 agitált, 1 pedig paranoid schizopreniává módosult.

Ha az átváltozott 80%-ot jelenlegi diagnosizálás szerint szemléljük, a következő arányokat állapíthatjuk meg: Paranoid dementiaivá (ez van legnagyobb részét képviselve), a paraphreniás esetekből 32%, katoniássá (a stuporosokkal együtt) 12%, dementia simplexszé, agitált válfajává és circularis schizopreniává külön-külön 8—8%, téveszmékkel bíró depressív elbutulással, periodikus schizopreniává és beszédzavarossággá külön-külön 4—4% változott át.

A praecoxos átalakulás kezdeti tünetei 32%-nál a kedélyvilág és az akaraterő eltompulásából, az eseteknek további 20%-ánál az utóbb említett tünetekhez esatlakozó zilált gondolatmenetből, 12%-nál mindebből és ehhez társuló gátoltságból, 8%-nál utóbbiakból és impulsivitásból, végül az esetek 8%-ánál kifejezett katoniás tünetekből állottak.

52%-ban a schizopreniás átalakulás kezdeti tüneteiből lényeges súlyosbodás fejlődött ki. Associációs zavarok, súlyos gátoltság, impulsivitás, katoniás stuporos állapotok, negativismus váltakozva modorossággal, izgalmi tünetekkel, beszédzavarosság, továbbá tartós depressív állapotok gátoltsággal és mutacismussal képezték nagyjában a legsúlyosabb stadiumban a tüneteket, s ezeknek visszafejlődése, elhalványodása, az eseteknek csupán 12%-ánál következett be.

A taglaltakból kiderül, hogy a paraphreniásnak minősített esetek zömét különböző, főleg a paranoid alakhoz tartozó, lassabban, atypikusan kibontakozó schizopreniás megbetegedések képezik. Habár az esetek együtöde ma is megtartotta az eredeti diagnózis követelményeit, kizárva nincs, hogy ezekből is rövidebb-hosszabb idő után ugyancsak valamely schizopreniás alak ismert képe fog kibontakozni. Megerősíti e feltevést *Klugenak* „A paranoia“ című közleményében olvasható azon megállapítása is, mely szerint a lipótmezei férfiosztály anyagában lévő 30—40 éves kórrajzi multtal bíró, nagyrészt paranoid jellegű betegek között egyetlen-egy sem ismer, akít egyidőben paraphreniásnak ne kellett volna mondani, s akiben most akárki fel ne ismerné a kétségbevonhatatlan schizopreniás végállapotot. A rég elbocsájtott, illetőleg elhalt betegek kórrajzai között lapozgatva, én is nem egy ily esetre bukkantam reá, abban az időben azonban természetesen ezeknél vagy paranoia, vagy dementia secundaria volt a diagnózis.

Vizsgálati anyagom kétségessé teszi a paraphrenia diagnózisának létjogosultságát, mert eseteim nagyobb része később schizopreniásnak bizonyult, s kérdés, nem volna-e célszerű a paraphrenia különleges kórképe helyett atypikusan lefolyó schizopreniás alakról beszélni, ahol a tipikus schizopreniás tünetek a rendesnél hosszabb idő után bontakoznak ki, vagy pedig végig csökevényes állapotban stagnálnak, esetleg végig majdnem teljesen rejtettek maradnak. Ez esetben beszélhe-

tünk paraphreniás elmezavarról, de éppoly joggal atypikusan nyújtott fejlődésű és egyúttal stagnáló schizopreniás elmezavarról.

Anélkül, hogy az endogen elbutulások keletkezésének, kialakulásának és lefolyásának eddig még úgysem tisztázott okait bővebben firtatnám, e helyen csak az eseteimnél átlagosan a schizopreniás elmezavaroknál megállapított aetiológiai momentumoktól bizonyos mértékben eltérő s a betegség előkészítésére, kialakulására és lefolyására valószínűleg jelentősebben ható néhány körülményre hívom fel a figyelmet.

Elsősorban a megbetegedések idejére eső életkorokra mutatok reá. A leggyakoribb életkor, melyben anyagomnál a megbetegedés kezdetét veszi, 24%-kal a 30—35 éves közötti időre esik. *Kraepelin* szerint (ezirányban a továbbiakban is az ő adatait használom fel az összehasonlításra) a praecoxnál általában ebben az életkorban csupán 13% válik beteggé. Az eseteknek további 20%-a a 25—30. életévben betegszik meg, ami viszont már a praecox statisztikájánál látható 22,8%-os számon aluli értéket mutat. A fiatalabb életkorok felé haladva, anyagomnál mindinkább alatta marad a megbetegedési életkor arányszáma fokozatosan a 20—25. és a 15—20. életévek közötti részleteknél, amennyiben a 20—25. életévek között a praecoxosok 25,5%-ával szemben csupán 8%, a 15—20. életévek között pedig 21,7% helyett csupán 4% vált eseteimnél beteggé. Amíg pedig a praecoxnál 15 éves korig 6,2% betegedik meg, addig anyagomnál ezen életkor nem is szerepel.

A magasabb életkoroknál viszont a megbetegedések arányszámai nagyobbak a praecoxosokhoz viszonyítva. Magasabb százalékszám észlelhető, mint már fent említettem, a 30—35. korhatárnál is, ahol mintegy még egyszer oly gyakori a megbetegedés kezdete. A 35—40. életévnél a praecox 5%-ával szemben több mint 3-szor akkora (16%), a 40—45. életévnél a praecox 3,3%-ával szemben 5-ször akkora (16%), a 45—50. életévnél a praecox 1,2%-ával szemben pedig több mint 6-szoros százalékszám (8%) szerepel eseteimnél, míg az 50—55. életévnél a praecox 1,1%-ával szemben anyagomnál 4% észlelhető.

Ha a 30. életév előtti, illetőleg utáni megbetegedéseket külön-külön szemléljük, úgy a praecoxnál általában a 30. életévig bekövetkezett megbetegedések 76,2%-ával szemben beteganyagomnál csak 32%-ot, a 30. életéven túl viszont az átlagos praecoxos megbetegedések 23,8%-ával szemben 68%-ot észlelhetünk.

5 eseteimnél, mely nem változott, a betegség kezdete a 35—55. életév közé esett.

Az ú. n. paraphreniás megbetegedés eszerint, mintán az expressis verbis praecoxos megbetegedések zömével szemben ennél 10—15 évvel későbbi időpontban veszi leggyakrabban kezdetét, általában nem annyira a serdülésnek és az ifjúkornak, mint inkább az élet delelő korának megbetegedése, mely megállapítás *Kraepelin* és *Moravcsik* ezirányú megállapításával egybevág.

Öröklési terheltég beteganyagomnak 32%-ában szerepel. A dementia praecoxnál, ezen alacsony számmal szemben, az egyes kutatók jóval nagyobb százalékszámot találtak (52%-tól 90%-ig). *Kraepelin* a paraphreniánál, nevezetesen a paraphrenia systematicánál és az expansív alaknál az öröklés terheltég szerepét szintén alárendeltnek jelzi.

A gyermekoripsychoopathiás sajátságok eseteim anamnesisében csak 8%-ban szerepeltek. A praecoxnál jóval nagyobb számokat (50—68%-ig) állapítottak meg ez irányban a kutatók.

Betegeim mintegy 76%-a jól tanult, kifejezetten rosszul csak 4%. Ezzel szemben a legtöbb kutató a praecoxnál sokkal több rossz tanulóról számol be. (*Evensen* 22%-ról, *Schott* 28%-ról emlékszik meg.)

Az acut fertőző betegségek az anamnesisben anyagom 24%-ánál szerepelnek, míg a dementia praecoxnál *Kraepelin* szerint csak 10—11%-ban konstatáltak.

Mindebből a következő conclusiók vonhatók le:

A paraphreniás megbetegedés nagy valószínűséggel csak a schizophrénia atypikus, lassú vagy enyhébb lefolyású alakja; inkább a serdülés befejeződése utáni életkorban levő, tehát már befejezett agyfejlődésű egyének schizophrénia megbetegedése. A tünetek itt talán épp azért fejlődnek ki lassabban, protraháltan és néha tartósan enyhébben, mert az ismeretlen kórokozó már befejezett fejlődésű, tehát már kevésbé sértődékeny és így jobban ellentálló agyat talál magával szemben, nem úgy, mint a praecoxnál, ahol a bántalom kezdete legnagyobb részben a serdülés korára, vagy legalább is az azt közvetlenül követő évekre esik.

Ezen feltevést különben — legalább is a paraphrenia systematicára nézve — már maga Kraepelin is hangoztatta tankönyve 8. kiadásában, midőn e körforma kitörésének időpontját taglalva, ezeket mondja: „Dadurch könnte der Verdacht erweckt werden, dass ihre klinischen Besonderheiten vielleicht mehr auf der Reaktionsweise der entwickelten Persönlichkeiten, als auf der Eigenart des zugrunde liegenden Krankheitsvorganges beruhen.“ W. Mayer is hasonló módon nyilatkozik a már említett értekezésében.

Hogy az ú. n. paraphreniáknál az öröklés terheltség jóval kisebb számban szerepel, mint a praecoxnál általában, azt látszik bizonyítani, hogy egyes esetknél azért kelekezhet enyhébb, vagy hosszabb kifejlődésű psychosis, mert éppen az öröklés terheltség híján a schizophrénia elváltozásokat előidéző kórhátánynak nagyobb ellentálló erővel rendelkező szervezettel kell megküzdenie. Így azután nem jönnek létre, legalább is nem mindjárt azok a súlyos kedélybeli és akaratvilágbeli elváltozások, melyek a rendes praecoxra oly jellemzőek.

Ezen feltevés valószínűségét a gyermekkorban szereplő psychopathiás sajátságok jóval ritkább volta is bizonyítja.

A jó tanulók nagyobb arányszáma szintén azon feltevés mellett szól, hogy az ú. n. paraphreniánál egészségesebb alapvető sajátságokkal bíró egyének megbetegedésével állunk szemben.

Az acut fertőző betegségek gyakoribb volta az anamnesisben azt bizonyíthatja, hogy nagyobb kórokozó plusnak kell szerepelnie, hogy egy elmebántalom — ha elkésve is és általában enyhébb, vagy legalább is lassúbb lefolyással — kezdetét vehesse. Aránylag egészségesebb veleszületett sajátságokkal bíró egyénekről lehet itt szó, szemben az öröklésileg gyakrabban terhelt, inkább psychopathiás sajátságokkal bíró egyénekekkel. Előbbi esetben az ismeretlen kórokozóhoz, mely az egyszerű praecoxos esetknél elegendő a bántalom megindítására, még egy plusnak: az acut fertőző bántalomnak is hozzá kell csatlakoznia, vagy azt meg kell előznie, hogy a psychotikus folyamat meginduljon.

Összegezve az eredményeket, az ú. n. paraphreniás megbetegedés, szemben a többnyire a fiatalabb korban megbetegedett, avagy öröklésileg terhelt, gyermekkorukban is már psychopathiás, szellemileg csekélyebb értékű, testi és lelki constellációjukban sértődékenyebb egyének rendes lefolyású schizophrénia megbetegedésével, igen valószínűen olyan egyének megbetegedése, akiknél a fent említett praedisponáló és pathoplastikus momentumok hiányoznak, avagy kisebb mértékben szerepelnek.

Távol áll tőlem, már csak az esetek kis számánál fogva is, hogy az itt taglaltakat a kérdés tisztázása tekintetében zárószónak tekintsem. Számos további klinikai észlelésnek — s mint ahogyan azt maga Kraepelin is a „Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie“ 1921. évi május hó 12-én tartott ülésén mondtak szerint szükségesnek találja —, anatómiai vizsgálatnak és öröklésbiológiai kutatásnak kell még lefolynia, hogy e tekintetben elhangozhasson a végszó.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem bakteriologiai intézetének közleménye (igazgató: Preisz Hugó dr. egyet. ny. r. tanár).

A gümöbacillus közvetlen kitenyésztése a vizsgálati anyagból.

Írta: Surányi Lajos dr. tanársegéd és Putnoky Gyula gyakornok.

Ha az utóbbi évek irodalmát áttekintjük, a tuberculosis úgy elméleti, mint gyakorlati vonatkozásait illetőleg nagyszámú közleményt találunk. A háborús viszonyok folytán e veszedelmes népbetegség szinte ijesztő mértékben terjed s így az orvostudomány a veszedelem nagyságához mért erővel fáradozik a diagnostika és therapia meglévő eljárásainak tökéletesítésén, illetve a hiányok pótlásán. Ezen munkálkodások révén nagyszámú eljárás birtokába jutottunk, melyek különböző utakon bár, úgymint agglutináció (Fornet-Christhensen), praecipitáció (Bonacorsi), complementkötésen (Besredka, Bouget-Négre, Wassermann), colloidlabilitáson (Darányi, Gerlóczy, Mátéfy, Mundel), vérszejtsülyedésen alapuló módszerek, de mind a gümöb bacillus folyamat aktivitásának kimutatását célozzák, többkevesebb sikerrel. Vannak vizsgálatok, melyek a gümöbacillus antigenjének részeire bontásával nyert productumokat igyekeznek úgy a diagnostikában, mint a therapiában értékesíteni. Hogy ezen eljárások jórészt nem mentek át a gyakorlatba, amely egyedül hivatott a céljainak legjobban megfelelő eljárások kiválasztására s így még mindig csak egyes kísérletezők kezében vannak, azt főleg azon körülménynek tudhatjuk be, hogy a reactiók megejtéséhez szükséges, nagyrészt gyári úton előállított praeparatumok meglehetősen drágák. Már pedig drága készítmény általános alkalmazása, melyről még a nagy orvosi közvéleménynek nincs is meg a végleg kialakult nézete, a mai viszonyok közt lehetetlen. Vonatkozik ez pedig azon készítményekre, amelyek előállításához gümöbacillus tenyésztésre van szükség. Hogy nem minden tenyésztet egyformán alkalmas a fenti praeparatumok előállítására, azt hangsúlyozni is felesleges. Csakhogy nemesak az alkalmas, hanem általában a gümöbacillus-tenyészetek a laboratoriumok gondosan őrzött ritka tenyészetek voltak. S ha tekintetbe vesszük a sok nehézséget és fáradságot, amellyel a gümöbacillus kitenyésztése járt, még azt sem vehetjük rossz néven, ha egyesek, nem akarván magukat a fáradozások felül még negatív eredmények is kitenni, kísérleteikhez a már meglévő és sokszorosan átoltott tenyészeteket használták fel. Mindezeket a Löwenstein és Sumiyoshi által ajánlott módszer, azt hisszük, egy csapásra változtatni fog. A nevezett szerzők a gümöbacillusnak a vizsgálati anyagból való direkt kitenyésztésére a vizsgálati anyagnak különböző százalékú sav- és lúgoldatokkal való kezelését ajánlották.

Előkísérleteinkben vizsgáltuk kénsav, sósav és nátronlúg különböző százalékos oldatainak hatását és azt találtuk, hogy a legalkalmasabbak a 25%-os kénsav- és sósavoldatok. Vizsgálati anyagul a legkönnyebben szerezhető köpetet választottuk. Eljárásunk részleteiben a következő volt. Egy rész nyálmentes köpethez öt rész sav-oldatot adtunk, s 10, 15, 20, 30, 40 pernyi szobahőn való állás után a köpet és sav keverékének egy részét 3—5-ször annyi physiologiás NaCl-oldattal gyorsan nagy fordulatszámú gépben lecentrifugáltuk s az így nyert üledéket, még kétszer kimosván, tojásos táptalaj felületén elszélesztettük. A esövek a kiszáradás ellen paraffinlezárással védtük s négy hétig tartottuk költőszekrényben, természetesen közben gyakran ellenőrizve a fejlődést. Vizsgálat alá vettünk 150 köpetet, melyek közül a vizsgálatok folyamán 21-et nem a módszer hátrányára írható okokból a kísérletből ki kellett zárunk, s így a továbbiakban 129 vizsgálat eredményét ismertetjük. A 129 eset közül mikroszkop alatt a szokásos eljárásokkal 74 esetben találtunk gümö-

bacillust, míg 55 esetben annak kimutatása nem sikerült. A 74 pozitív esetből culturát kaptunk 59-szer, tehát közel 80%-ban (pontosan 79.7%), 52 kénsavval kezelt pozitív köpetből 40 (76.9%), míg 22 sósavval kezelt köpetből 21 tenyészetet nyertünk (95.6%).

Ha a savval való kezelés tartamát és a nyert tiszta tenyészetek száma közötti összefüggést nézzük, azt találjuk, hogy van egy időbeli optimum (15 perc), amelyen túl a tenyészetek száma a savhatás idejének tartamával csökken, úgy a kénsavas, mint a sósavas kezelésnél. Ezt a következő összefoglalás tünteti fel.

25%-os sósavval kezelt köpetek:

Kezelés ideje percekben:	10,	15,	20,	30,	40
Tiszta tenyészet %-ban:	87.5	100%	71.42	57.1	45.4

25%-os kénsavval kezelt köpetek:

Kezelés ideje percekben:	10,	15,	20,	30,	40
Tiszta tenyészet %-ban:	72.4	84.6	66.6	66.6	33.3

Az 55, mikroszkop alatt negatívnak bizonyult köpet közül 11-ben (20%) sikerült tenyészetet nyerni.

Kísérleteink folyamán még a következő megfigyeléseket tettük: 1. A telepek megjelenési idejére nézve az egyes törzsek szerint nagy eltérések mutatkoztak. Egyes törzseknél már a 10–12. napon voltak látható telepek, míg másoknál csak a negyedik héten tüntek fel ilyenek. 2. A kolóniák színe, küleme, terjeszkedési tendenciája és consistentiája elég nagy különbségeket mutatott nemcsak különböző törzsek szerint, hanem sokszor egy és ugyanazon tenyészetben is. 3. Minél tovább tartott a savkezelés, annál kevesebb az anyagból kifejlődött kolóniák száma is. 4. A savval kezelt köpetek üledékében mikroszkop alatt sokszor jóval kevesebb saválló bacillust találtunk, mint magában a süritési eljárásnak, a savkezelésnek alá nem vetett köpetben; sőt elég sok esetben egyáltalában saválló bacillust az üledékben nem sikerült kimutatnunk, de tenyészetet belőle mégis kaptunk.

Mindezek alapján a 15 percre sósavval való kezelést tartjuk a gümöbacillusnak közvetlen kitenyésztésére a legalkalmasabb eljárásnak.

Kísérleti eredményeinket nem volt módunkban párhuzamos állatkísérletekkel ellenőrizni s így a direkt kitenyésztésnek az állatkísérlettel szemben való értékéről saját tapasztalatok alapján nyilatkozni. Löwenstein és Sumyoshi adatai szerint a direkt kitenyésztés az állatkísérletekkel legalább is egyenértékű. Mindezeket tekintetbe véve úgy véljük, hogy a direkt tenyésztési eljárás hivatva van a mai nehéz gazdasági viszonyok között a költséges állatkísérlet helyettesítésére, sőt tekintetbe véve az utóbbi elég körülményes s nem teljes biztonsággal célravezető eredményeit, ennek esetleg teljes kiszorítására. Ezen előny mellett aránylag könnyen nyerhetni nagyszámú tenyészetet, melyek révén a gümöbacillus culturalis és általában biológiai sajátosságait illető ismereteinket revízió alá vehetjük, új tapasztalatokkal bővíthetjük, a különféle diagnostikai és therapiás eljárások céljaira pedig alkalmas törzsek könnyen hozzáférhetőek lesznek. Az autovaccinás kezelésre is módot nyújt ezen eljárás, valamint kilátást arra, hogy vele a gümöbacillusnak a keringő vérből való kitenyésztése is sikerülni fog.

A pécsi Erzsébet királyné-tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Bakay Lajos dr. egyet. ny. r. tanár).

Négy gyógyult májszúrás.

Írta: Kubányi Endre dr. egyetemi tanársegéd.

A májsérülések történetében a régi conservatív és körülbelül négyévtizedes multra visszatekintő operatív időszakot különböztetjük meg. Igen értékes tapasztalati tényre jutunk, ha ezen két irányt megvilágító irodalmi adatokat összehasonlítjuk. Mayer, Otis és Edler 601 műtét nélkül kezelt májsérülést találtak feljegyezve, amiből a halálozási arányszám 64.3%-ot

tett ki; ezzel szemben Terrier, Auvery, Giordano és Boliarsky (1887–1910-ig) 534 műtét árán gyógykezelt májszúrást gyűjtött össze s ebből 33.2%-os halálozás volt megállapítható. A háborús évek a feldolgozás lehetetlensége miatt nem tudtak kellő statisztikát nyújtani, legfeljebb megerősítették a háború előtt kialakult és Boliarskynak 1910-ben véglegesen leszögeztet véleményét, mely szerint minden májszúrás azonnal megoperálandó. A háború nagy májsérülésanyaga általánosságban annyiban vitte előre a sebészet ezen ágát, hogy elterjesztette az izom-, cseplesz- és fascia-darabakkal, az ú. n. „élő tamponokkal” való vérzés csillapítást.

Klinikánknak a budapesti Szt. István-kórházban eltöltött 1½ évi működése alatt négy ízben volt alkalmunk májszúrásból származó nagyfokú vérzést izomlehenyékkel csillapítani. Ezen esetekből levonható s főleg a májsérülések tüneteire és a sebllátásra vonatkozó tapasztalatainkat bátorkodom az alábbiakban összefoglalni.

A májsérülések tünetei általános és helyi jellegűek. Az általánosakra jellemző, hogy ha a trauma nem túlságosan nagy s a sebész nem hatol igen mélyen a májállományba, úgy a beteg közérzete az első órákban alig változik. A májsérülések ily irányú megítélésénél azonban figyelemmel kell lennünk arra a körülményre is, hogy a májszúrások legtöbbször lelki felindulás alatt, vagy meglepetésszerűen történnek, úgy-hogy a sérült legelőször csak a vérzésre lesz figyelmes. A súlyosabb sérüléseknél az első órákban shock és a vérzés okozza a komolyabb tüneteket. A shock (commotion abdominale) leginkább ott jelentkezik, ahol a sérülésen kívül a máj még tompa ütéstől is szenvedett; az egyszerű szúrás nem igen jár shockkal. A nagyobb fokú sérüléseknek mindenkor szövődménye a vérzés, ami rövid időn belül súlyos anaemiára vezethet. A vérzés legnagyobb része mindenkor a hasüregben történik, kifelé csak a borsebből, esetleg az arteria intercostalisból tör elő. A borseb megvizsgálásánál tudatában kell lennünk annak, hogy a külső seb nagyságáról nem igen következtethetünk a májseb nagyságára. Az utóbbi mindenkor a sérülést okozó eszköztől függ, azonkívül igen gyakori, hogy a szűrőeszköz a bordáról lecsúszva hatol a mélybe és ilyenkor a bordaközi izomzat teljesen be is takarhatja a nyílást, úgyhogy felületes vizsgálatnál esetleg csak kis jelentőségűnek látszó folytonossághiányt konstatálunk.

A helyi tünetek közül legjellemzőbb a *defense musculaire*. Trendelenburg szerint ezen hasfali rigiditásnak oka a hasüregben meggyült vérömleny; Hagen, Hippel szerint az az általánosan ismert tünet az ok, hogy a szervezet reflectorikus úton minden sérült szervnek lehetőleg nyugalmi helyzetet igyekszik biztosítani.

A *subjectív fájdalom* az első órákban néha teljesen hiányzik, de több órával a sérülés után, mindenkor megtaláljuk. A *nyomási érzékenység* mindig megtalálható, egyike a legfontosabb tüneteknek. A *légvételei nehézségek* legtöbbször arányban vannak a sérülés súlyosságával és azzal, hogy a diaphragma a sérülésben mennyire vesz részt, továbbá, hogy mennyi idő telt el a sérülés óta. A *rossz közérzet, szédülés, hányás*, a fokozódó anaemia részletjelenségei lehetnek, a későbbi időszakban esetleg a hashártyagyulladás következményei. *Icterus* aránylag elég ritkán keletkezik májsérülések után, Ludwig pl. 267 között eset közül csak 24 esetben találta feljegyezve jelenlétét. Mi egy esetben láttuk a műtét után a harmadik napon fellépni.

Finsterer hívta fel a figyelmet, hogy a májsérüléseknél állandó kísérő jelenség a *bradycardia*, de hangsúlyozta, hogy felismeréséhez okvetlenül szükséges, hogy rögtön a sérülés után és hosszabb időt át kísérjük figyelemmel a beteg érlökését, mert erre az összehasonlításnál szükség van. A bradycardiát a felszívódó epesavak idézik elő és annál szembetűnőbb, minél nagyobb a ronsolás. Ha azonban a sérülést egyúttal nagyobb fokú vérzés is kíséri, úgy a fokozódó anaemiával járó pulzusszaporodás a bradycardiát ellen-

súlyozza, sőt lényegesen felül is múlja. Ha ilyen nagyobbfokú sérült csak órák múlva kerül szemünk elé, úgy a súlyos májsérülés következtében nagymértékben felszívódott epesavak dacára a nagyfokú vérzés miatt mégis tachycardiát találunk. Megeshetik tehát, hogy a betegnek a sérülés után tényleg bradycardiája volt, de mire hozzánk került, ellensúlyozta a vérzéssel járó érelőkészaporulat. Ezek alapján a *Finsterer* által bejelentett bradycardia jelenléte csakis egyes esetekben, de nem a nagy általánosságban értékesíthető differentialediagnosztikus jel. Mi egyetlen egy esetünkben konstatáltunk nagyfokú bradycardiát, a többi esetünkben valószínűleg azért nem, mert igen nagy volt a vérzés.

Naedtzl az epeutacsák sérülése következtében a hasüregbe jutott epének gyulladáskeltő hatását tette vizsgálat tárgyává. Az epe által előidézett gyulladás vizsgálati szerint attól függ, hogy az epeváladék fertőzött-e, avagy nem. Szerinte a steril epe csak kis mértékben gyulladáskeltő s hogy mindazon esetekben, ahol mélyebbreható elváltozást idéz elő, ott az ok a genykeltők általi fertőzésben van. Ezen nézetet támogatja az a pár ismert eset, ahol nagyobb mennyiségű epe hosszabb időn át volt a peritonealis ürben anélkül, hogy mélyebbreható elváltozást idézett volna elő. *Garré* írt le egy esetet, ahol ő két hónappal a májszakadás után laparotomizált, s akkor boesájtotta le a két hónap alatt összegyűlt epét. Hasonló *Adám* májlövéses betege, akinél 14 nappal a sérülés után punctióval 600 cm³ epét boesátott le, s rákövetkező 10 nap után, per laparotomiát még nagyobb mennyiségűt, s a beteg meggyógyult.

A májsérülések *therapiájára* vonatkozólag ma már a köztudatba ment át, hogy májsérültet sebészeti intézetbe kell szállítani. Azon kisebb számú esetek, melyek műtét nélkül is meggyógyultak, szerencsés véletlenek, ahol a sérülés nem lehetett mélyreható, a vérzés nem volt nagyfokú, a szűresatornán át bejutott fertőzést a szervezet legyőzte. A májsérülések műtéti el látásánál a legfontosabb, hogy minél hamarabb urai legyünk a vérzésnek. A máj könnyen hozzáférhető sebei nál szóba jöhet a sebszéléknek catgutöltésekkel való *összevarrása*. Ezen egyszerű methodussal azonban igen sok esetben nem tudunk boldogulni. A leggyakoribb akadály a máj szakadékonysága, a sebszél egyenetlensége, roncsolása, nagyobb mérvű szövethiánya.

A másik igen bevált eljárás a májseb *tamponálása*. Előnye, hogy gyorsan és azon helyeken is alkalmazható, ahol a bordaív miatt öltéssel a sebhez nem lehet hozzáférni, továbbá, hogy azon esetekben, ahol a seb erősen fertőzött, egyúttal a váladék levezetését is biztosítja. Viszont hátránya, hogy a sebet így még akkor is nyitva kell kezelni, ha az nem fertőzött s így a gyógyulás elhúzódik, a tampon eltávolításakor pedig újabb vérzésnek lehetünk kitéve. A tamponeltávolítás idejének megválasztása ezen kezelési mód sarkpontja. Ha túlkorán távolítjuk el, újabb vérzést kaphatunk (*Dalton*), ha túllasszunk ideig hagyjuk benn epesipoly maradhat vissza (*Burghardt*). Kisebb jelentőségű hátránya még, hogy tamponkezelés után állítólag nagyobb hegek maradnak vissza.

A legutóbbi két évtizedben *szövetdarabakkal* való vérzéscsillapítás módja vált be. A szabad és nyeles csepleszdarabkáknak alkalmazását *Senn Loewy, Hessen, Bobiarsky*; a fascialebenyeket *Kirschner, Dawis*, az izomdarabkákat *Loewen* használta először. Ezen élő tamponok további sorsát *Girgolo* vizsgálta s azt találta, hogy vékony fibrinrecc segítségével 12–24 óra alatt nőnek össze a májállományal, s vagy 3–4 nap múlva már hajszálerekkel is rendelkeznek. Egy bizonyos idő múlva az ily módon átültetett szövetdarabkák részben felszívódnak, részben a májállomány és az átültetett szövetdarabkák kötőszövet állományából megindul a regeneratio. Arra vonatkozólag, hogy a májsérülések vég eredményben a gyógyulás után bizonyos idő elteltével milyen képet adnak, *Cosmo* végzett kutyakísérleteket. Szerinte a símaszélű nem mélyreható sebek varratok

nélkül is nyom nélkül gyógyulnak; nagyobb és mélyebbre hatoló sebészek részben a májsejtek regenerálódása, részben a kötőszöveti sejtek felszaporodásával gyógyulnak; a máj kiterjedt roncsolásainál a gyógyulás kétséges, a halálok vagy elvérzés vagy peritonitis. Azon kísérleteinél, ahol a májhiányt csepleszdarabokkal pótolta, a legtöbb esetben azt konstatálta, hogy a szervezet a májsejtek regenerálódásával és kötőszövetes hegképződéssel segít magán.

Ebner 8, Moscor 4 oly gyógyult májsérülésről számolt be, ahol operált betegeiket a sectiokor is alkalmuk volt megfigyelhetni és a visszamaradt heget revidéálni.

Az alábbiakban vázoljuk azon négy esetünket, ahol májszúrásból eredő elég súlyos sebzés miatt sürgős műtétet végeztünk. Három esetben a sérülés után 3 órával a beteg már a műtőasztalon fekdühetett, a negyedik esetben csak 8 órával a sérülés után. Két esetben egyszerű májszúrás volt jelen, két esetben pedig szövődménnyel társulva. Az utóbbiak közül egyszer a gyomor első fala, egy esetben pedig a vastagbél horizontális ága szenvedett sérülést. A májsebet mindenkor a musculus rectus abdominalisból vett izomdarabkákkal láttuk el s a vérzés mindenkor prompt megállt. A két egyszerű májsérülésnél a hasüregben levő vért száraz törülkövel pontosan eltávolítottuk, a két szövődményes esetben azonban az volt a főgyekezletünk, hogy a has megnyitása után a hasi situson minél kevesebbet változtassunk s minél kevésbbé bolygassuk meg a beleket. A szűresatornát — tekintve, hogy a sebzés mindig ruhán keresztül történt — fertőzöttnek vettük fel, draináltuk. A gyógyulási idő mindegyik esetben három hét körül volt.

P. M., Kispest, 22 éves. 1923 április 16. Két órával azelőtt az utcán megtámadták és dulakodás közben hasbaszúrták. A jobb mamillaris vonalban a IX. bordaközben 3 cm hosszú, mélyreható folytonosság hiány. Súlyos anaemia, légzés felületes, érelökés 140, hő 37. Műtét: laparotomia, a középvonalban a máj alatt nagy mennyiségű alvadt és folyékony vér, eltávolítása után konstatáljuk, hogy a szúrás az epehólyagon át hatolt a májállományba. Epehólyag üres, belőle tiszta epe folyik. Typusos cholecystectomia. Utána a májsebbe a musculus rectus abdominalisból vett izomdarabkákat catguttal fixáljuk. A vérzés megáll. A hassebet zárjuk, a szűresatornába jodoformesíkos gummidraint helyezünk. A beteg másnap többször epét hány, hőmérsék 39,5, érverés 120, széke rendes. Harmadnap közérzet rosszabbodik, érverés, hő ugyanaz. Intravenásan urotropint adunk, amit ötödik nap megismételünk. Hatodik naptól fogva lassú, állandó javulás, 22. napon gyógyultan hagyja el osztályunkat.

H. G., Budapest, 19 éves. 1923 április 19. Vitatkozás közben hasbaszúrták. A processus xiphoidens alatt 3 cm hosszú tátongó folytonosság hiány, melyből egy darab cseplesz türemkedik elő. Hő 37, érverés 116. Sérülés után három órával műtét. Hashártya megnyitása után gyomortartalommal szennyezett véralvadék. Anélkül, hogy a hasi situson változtatnánk, megkeressük a gyomor sebet, ujjal a gyomorba tapintva megvizsgáljuk, hogy nincs-e több sérülés. Gyomor sebet elvarrjuk, a szennyezett vért vigyázva eltávolítjuk, a májsebet fent leírt módon látjuk el. Szűresatornát kitágítjuk, drainezzük. Lázmentes gyógymenet. Gyógytartam 20 nap.

E. E. Erzsébetfalva, 39 éves. 1924 január 12. Összeszólalkozás közben megsúrták. Nem tud hangosan beszélni, mert fáj a máj tájéka. A IX. borda harántul át van vágva. Pulzus 48, hőmérséklet 36,7. Műtét: behatolás a bordaívek alatt közvetlenül, majd összekötjük a szűrési sebvonallal, bordaívet felemeljük, a májsebet az elülső felszínen találjuk. Sebellenés szokott módon. Szűresatornát draináljuk. Zavartalan gyógyulás. Gyógytartam 20 nap.

W. E., Szigetfalu. Nyolc órával azelőtt szőlőjében megtámadták és hasbaszúrták. Érverés 100, hő 37. Műtét: a szűresebet meghosszabbítjuk. Hashártya átvágása után a colon transversumot sérültnak találjuk. A májsebet a jobb májleány alsó részében. A colonebet két részletben elvarrjuk, májsebet szokott módon. Drainage. Síma gyógyulás. Gyógytartam 3 hét.

Ezen négy esetünkől levont tapasztalatainkat röviden a következőképen próbáljuk összefoglalni:

Minden májszűrés azonnal operálandó. Ha a beteg közérzete a súlyosabb sérülés ellen szól, de a belső sérülés lehetősége nincsen kizárva, szintén be kell avatkoznunk. Inkább végezzünk próbaparatomiát, mintsem lassú vérzésnek vagy a szűresatorna fertőzése által peritonitisnek tegyük ki a beteget. A korai műtéttel nemcsak hogy a lehető leggyorsabban urai vagyunk a vérzésnek, hanem a soha ki nem zárható mellék-sérülésekből (gyomor, bél) eredő veszélyeket is elhárítjuk.

A májsebből származó nagyfokú vérzéseket izomdarabkákkal mindenkor prompt sikerült elállítani.

A szűresatornát mindenkor fertőzöttnek vettük fel, ezért a műtéti seb zárása után a szűresatornát draináltuk.

Harminc év óta tartó csuklás esete.

Írta: *Deutsch Béla dr.* (Hódmezővásárhely).

A csuklás ártalmatlan természetű és általában néhány perc múlva önmagától megszűnő jelenség. Az a csuklás, amely néha műtétek után lép fel, valamint az úgynevezett járványos csuklás már napokig, sőt hetekig is eltarthat és a betegre nézve nagyon kínzóvá és kellemetlenné válik. Kivételesen súlyos esetekben a csuklás csak egy-két év múlva szűnik meg. A számomra hozzáférhető irodalomban a leghosszabb idő, amiről adat található, *három év* (*Neuberg* esete) és ugyanannyi ideig tartott az az eset is, amelynek gyógyulásáról *Kappis* számol be. Egészen szokatlan és önmagában álló tehát az alább leírt eset, ahol nemcsak a betegnek, hanem a teljesen megbízható és szavahíhető hozzátartozóinak és ismerőseinek egybehangzó bemondása szerint a csuklás legalább is *harminc éve* fennáll.

F. S. napszámos özvegye, 66 éves. Anamnesisében évekkal ezelőtt kiállott két lázas megbetegedés (valószínűleg malaria és typhus abdominalis) és hat szülés szerepel. Abortusa nem volt. Családi terhelttség, alkoholizmus, lues nincs jelen. Csuklása már férjzett korában, de még első gyermekének megszületése előtt kezdődött és azóta időnkénti egy-két napos megszakítástól eltekintve, állandóan tart. *Alvás közben is csuklik.* Sokszor gyógykezeltette már magát, de minden eredmény nélkül. Az alacsony, összetöprődött nőnél az idegrendszer részéről semmi elváltozás nem mutatható ki. Hysteria felvételére semmi alap nincs. A figyelem elterelésekor a csuklás egy-két percig kimarad, különben 15–20-szor csuklik percenként. Különböző kezelési módokkal sikerült 5–6 napig (egy ízben négy hétig) megszüntetni a csuklást, de gyógyulást elérni nem lehet.

A csuklás *mechanismusa* a következő: Rendesen a zárt hangszalagok mellett *lökésszerűen* levegő tódul a tüdőbe, s közben a gégében és valószínűleg a garatban is az ismert sajátságos és jellemző hang keletkezik. A lényeg a levegőnek lökésszerű betódulása a tüdőbe. A levegőnek ezen lökésszerű betódulását általában a rekeszizom clonikus görcsével magyarázzák, s bár már *Erb* is az egész lélekzőizomapparatus clonikus görcsét tekintette a csuklás okának, mégis csak a modern műtéti beavatkozások (phrenicotomia, phrenicusexairesis) igen gyakori sikertelensége terelte a figyelmet legújában ismét a többi lélekzőizom szerepe felé s így kiderült, hogy a rekeszizom activ részvétele nélkül is létrejöhet a csuklás (*Lehmann, Kappis, Neuberg, Götze*). Ilyenkor a nyak-, a váll- és a bordaközi izomzat clonikus görcse van jelen és ez hozza létre a váll és a mellkas hirtelen felemelése, illetőleg a tüdő hirtelen kitágítása révén a levegő lökésszerű betódulását. Igen valószínű, hogy az esetek túlnyomó nagy többségében tényleg az egész lélekző-izomapparatus görcse szerepel és csak egyes kivételes esetekben fordul elő a rekeszizom, vagy más belégzőizom izolált görcse. Magától értetődően a *therapia* szempontjából van nagy jelen-

tősége annak, hogy a rekeszizom szerepel-e a csuklás létrehozásában, vagy más belégzőizom, vagy mind a kettő együtt.

A csuklás *actiologiája* nem teljesen tisztázott és sok esetben nem is határozható meg pontosan. Ha abból indulunk ki, hogy az említett izmok, vagy izomcsoportok görcse csakis az idegrendszer útján jöhet létre, célszerűnek látszik az áttekinthetőség szempontjából két nagy csoportot megkülönböztetni, nevezetesen az *organikus* okokból eredő és *functionalis* eredetű csuklások csoportját. Organikus eredetűnek az olyan csuklást tekinthetjük, amelynél kóros anatómiai elváltozást találhatunk vagy a peripherikus mozgató idegekben, vagy a csuklást szabályozó központokban; ellenben ha anatómiai elváltozás felvételére semmi alapunk nincs, akkor *functionalis* csuklásról beszélünk.

A csuklásnál szereplő motorikus idegek a következők: elsősorban a nervus phrenicus, azután a külső bordaközi izmokat beidegző nervi intercostales, továbbá azok az idegek, melyek a mellkasemelő izomcsoportokat (scalenusok, pectoralisok, serratusok) látják el és amelyek részben a plexus cervicalisból, részben a plexus brachialisból erednek. Praktikus szempontból ezen idegek közül csak a nervus phrenicusnak van jelentősége, amennyiben résztvehet a nyaki, vagy a mellkasi szervek számos megbetegedésében (gyulladási folyamatok, daganatok, összenövések) és ennek következtében izgalmi állapotba juthat és így tartós jellegű csuklást okozhat. Érdekes példáját írták le ennek nemrégiben *Stratigopoulos* és *Psarftis*, akik paciensük folytonos csuklásának okát megtalálták a nervus phrenicus izgalmasában, ami viszont oly módon jött létre, hogy egy tracheo-bronchialis mirigy körüli gyulladási folyamat ráterjedt az ideg hüvelyére.

A belégzőizmok számára a gerinevelő nyaki és háti segmentumaiban külön központok vannak. Ezek azonban nem működnek önállóan, hanem a nyúltvelőben lévő magasabbrendű központ befolyása alatt állnak. Azonkívül az agykéregnek is van minden bizonynyal befolyása a lélekzésre és *Knapp* vizsgálatai alapján igen valószínű, hogy a csuklásnak is van egy magasabbrendű bulbaris és egy kéregbeli központja a frontális és a parietalis lebenyben. Úgy látszik, hogy az agy ezen részeinek megbetegedése szerepel az úgynevezett *járványos* csuklásnál.

1920 végén és különösen 1921 elején jelentek meg Európa minden részéből nagyszámban közlemények, melyek a csuklás járványszerű fellépéséről számoltak be. Ezen epidemikus csuklást az jellemezte, hogy jóindulatú volt. Minden kezeléssel dacolt ugyan, de néhány nap múlva önmagától elmúlt. Nagyon jellemző volt továbbá az is, hogy semmi idegrendszeri elváltozást nem lehetett kimutatni. Talán *Pick* volt az első, aki ezen járványos csuklást összefüggésbe hozta az *enkephalitis lethargica*-járvánnyal és csakugyan nem-sokára a legkülönbözőbb országokból való közlemények megerősítették a két járvány közötti kapcsolatot. Egyes helyeken a csuklasepidemia közvetlenül megelőzte az *enkephalitis*epidemiát, más helyeken utána jelent meg, ismét másutt egyidőben jelentkezett mindkét járvány (*Aronovics*). Ezen epidemiologiai összefüggésen kívül az egyes esetek klinikai megfigyelése is a két megbetegedés kapcsolatát mutatja. Észleltek eseteket, ahol a beteg előbb csuklott, azután *enkephalitis*ben megbetegedett. Más betegeknél viszont az *enkephalitis* gyógyulása után maradt csuklás vissza. (Ilyen volt *Neuberg* idézett esete is.) Francia szerzők írtak le oly *enkephalitis*-eseteket, ahol a kórképen a singultus és különböző izmok clonikus görcse uralkodott (*Aronovics*). Úgy látszik tehát, hogy *Umber* a singultusepidemiát nem ok nélkül tekinti az *enkephalitis* forme fruste-jének. Mindezekkel ellentétben *Rosenow* teljesen önálló megbetegedésnek tartja, mivel sikerült neki a járványos singultus nyole esetéből egy streptococcustörzset kitenyésztenie, amely állatokba oltva a diaphragmának és más izmoknak (*masseter*) spasmusát hozta létre. Közönséges streptococcustörzsekkel ezt nem sikerült ki-

váltania. Az elmondottak alapján tehát a járványos csuklás okának, minden valószínűség szerint, az agyban lejátszódó *gyulladásos* folyamatot tekinthetjük, mely a lélekzés, illetőleg a csuklás központjának izgalmat váltja ki.

De valószínűleg másfajta agybeli elváltozások is okozhatják ezen központ izgalmat és így a csuklást. Nevezetesen daganatok, degeneratio, oedema. Ezen csoportba sorozhatjuk az ú. n. *toxikus* csuklást, és pedig az uraemiás csuklást és talán a postoperatív csuklások egy részét is (a narkotizáló szer toxikus hatása).

Ezek voltak az organikus csuklásnak különböző formái. A csuklások másik nagy csoportjánál az izomgöresöt kiváltó központi és peripherikus idegapparatusban nem veszünk fel anatómiai elváltozást (*functionális csuklások*), hanem vagy az érzőidegek felől *reflectorikusan*, vagy pedig az agykéreg felől (*psychikus*) ingerekre váltódik ki a csuklást előidéző izomgöres.

A reflectorikus csuklás leggyakrabban a *has-hártya* felől váltódik ki (peritonitis, ileus, hasi műtétek), továbbá a *gyomor és bél nyálkahártyája* felől (bőséges étkezés, hideg italok, szeszes italok élvezése, typhus, cholera, dysenteria) és néha a genitáliák révén.

Psychogenek azt a csuklást nevezzük, amely *kedélyizgalmak* után áll elő néha. Ide tartozik a *hysteriás* csuklás is. A postoperatív csuklások — melyeknek egy része, mint láttuk, toxikus hatás következtében lép fel, más része pedig reflectorikusan — néha psychikus eredetűek is lehetnek, amint azt *Kremer* egy ízben gastro-enterostomia után, *Kappis* pedig tüdőabscessus megnyitása után észlelte.

Ami már most a leírt esetet illeti, itt a csuklás egészen szokatlan hosszú időtartama, továbbá az a körülmény, hogy alvás közben sem szűnik meg, azonkívül a hystéria kizárásának lehetősége a baj organikus eredete mellett szól. Viszont megállapítható az is pontos megfigyelés alapján, hogy a csuklásnál az összes belélelközőizmok göresösen összehúzódnak, tehát az organikus elváltozás nem a peripherikus idegekben, hanem a központban keresendő. Az ok kutatása közben feltűnt, a homlokon, a jobb szemöldök felett, közel a halántékhoz egy kis heg, amely alatt a koponyán kis kidudorodás tapintható. Kérdezésre azután a beteg előadja, hogy még leánykorában (tehát a csuklás fellépte előtt) a nevezett helyen ló rugta meg, ami után sokáig eszméletlenül feküdt és súlyos beteg volt. Lehetségesnek látszik tehát, hogy a trauma következtében a frontális agykéregnek épp az a része sérült volna meg, ahol a csuklás legmagasabbrendű központja lenne, *Knapp* szerint. Ez magyarázná meg a therapia sikertelenségét is. A phrenicotomia már csak azért sem vezethetne célra, mert kimutathatóan nemesak a rekeszizom clonikus görese szerepel, hanem a többi belélelközőizmok görese is, ami a rekeszizom működésének esetleges kikapcsolása után is fenntartaná a csuklást.

Az eset érdekességét a következőkben foglalhatjuk össze: 1. A csuklás egészen szokatlan hosszú időtartam (30 év) óta áll fenn. 2. Ennek dacára semmi különösebb káros hatása nem nyilvánult meg. 3. Úgy látszik, a csuklást a frontális agykéreg (csuklás-centrum) laesiója okozta.

Irodalom: *Neuberg:* Demonstr. im ärztl. Verein Hannover. Ref. D. m. W. 1923, 50. sz. — *Kappis:* Kl. W. 1924, 24. sz. — *Lehmann:* Kl. W. 1923, 26. sz. — *Stratigopoulos és Psaraptis:* J. a. M. A. 82. köt., 585. old. (Ref.) — *Rosenow:* J. a. M. A. 80. kötet, 875. old. (Ref.) — *Götze:* Chir. Kongr. 1921, 159. old. (Idézve *Kappis* után.) — *Pick:* M. Kl. 1921, 952. old. és 1924, 504. old. — *Knapp:* Zentralbl. f. d. des. Neurol. u. Psychiatrie, 28. kötet, 378. old. (Idézve *Kappis* után.) — *Aronovicz:* Kl. W. 1923, 35. sz. — *Kremer:* Ergb. d. Chir. 15. kötet, 362. old. (Idézve *Kappis* után.)

Az Erzsébet királyné-szanatórium közleménye.

Tracheobronchialis mirigy-tuberculosisból kiindult typhobacillosis esete.*

Ismerteti: *Ország* *Oszkár* dr. igazgató-főorvos.

A tuberculosissepsis (typhobacillosis) kórképe nálunk kevésbé ismert. *Bálint Rezső* a Magyar Orvosok Tuberkulózis-Egyesületének 1923 szeptemberében tartott debreceni kongresszusán tartott referatumaival hívta fel a figyelmet e kórformára. A Weiss Manfréd Alapítványi Szanatórium gyermekosztályán, mely az észlelés idejében orvosi vezetésem alatt állott, a következő esetet figyeltem meg:

Vass Mihály 10 éves, felvételt 1923 március 2-án, távozott 13-án, majd visszatért április 23-án, meghalt május hó 2-án.

Apja asthmában halt meg. Jelen bajára vonatkozólag előadják, hogy körülbelül egy év előtt köhögni, köpni kezdett. 37-37,2-ig terjedő hőemelkedései voltak. Étvágytalan. Testsúlya 23-80 kg. A vizsgálat kis rövidülést mutat a jobb tüdőcsúcs felett. A Röntgen ugyanott nagyon esekély homályt, mely köhögésre feltisztul és a hilusmirigyeknek különösen jobboldali duzzadását mutatta. Az intracutan reactio $\frac{1}{5000}$ mg altuberculinnal negativ volt. Március 10-én asthmaszerű rohama támadt és mindkétoldalt elől és hátul nagyszámmal bűgások voltak hallhatók. Családi körülmények miatt 13-án távozott. Visszatérésekor a beteg lázas volt, jobboldalt a csúcs felett és baloldalt az alsó lebeny felett bűgások voltak hallhatók, utóbbi helyen egy-két szörtyözéjjel. Április 24-én hőmérséklete 40°-ig emelkedett, köhögése számarköhögésre emlékeztető, mindkétoldalt számos száraz szörtyözéj volt hallható. Köpete igen bőséges, nyákos, Koch negativ. A beteg étvágytalan, hányt. 26-án hőmérséklete 40°-ig emelkedett. A köhögés coqueluchoide jellege nem változott, nagy mennyiségű köpete rubiginosus, heves főfájásról panaszkodik, a fényt kerüli és hány. 27-én a hurut feltisztult, csak a bal alsó lebeny felett hallható néhány apró hólyagú szörtyözéj. 28-án állandó magas láz, szapora pulzus, hányás, székrekedés. A beteg eszméletnél van, főfájásról panaszkodik, felállásnál meg kell támasztani, hogy párnájára vissza ne essék. A tüdő felett nagyon érdes légzés, mindkét, különösen a bal basis felett ropogások. A has erősen behúzódtott, nyomási fájdalommal nincs, a fej mozgatórész fájdalmas, az kissé korlátozott, reflexek fokozottak, mérsékelt spasmus, Babinszky 0, nystagmus. 29-én sensorium kissé zavart, nagyfokú elesettség, nagy lázesés. 30-án nagyon nyugtalan, hány, eszméletét veszti, subnormalis temperatura. Nystagmus, konvergáló strabismus tüdőoedema. Május 1-én állandóan eszméletlen, hörög, hány, időnként görcsöket kap, vizeletét maga alá eresztí. Mérsékelt ptosis, bulbusok felfelé fordultak, reflexek ki nem válthatók. Május 2-án exitus.

Boncolási lelet: Az agyban vérbőség és pontszerű vérzések, az agyhártyákon elváltozás nem található. Sajtosan elváltozott és megnagyobbodott tracheobronchialis mirigyek. Az összes többi szervek épek.

Az ismertetett esetben érdekességet kölcsönöz elsősorban az a körülmény, hogy a beteg asthmaszerű köhögésben szenvedett. A köhögésnek később számarköhögésre emlékeztető coqueluchoide jellege a tracheobronchialis mirigyek gümőkóros megnagyobbodásának diagnosist tette lehetővé. Ezek nyomása is okozhatta a bronchitises tüneteket. A nagy láz, majd a kifejlődő agytünetek nem voltak a tüdőlelettel összhangba hozhatók. Az idegrendszer részéről jelentkező tünetek a gümős agyhártyalob diagnosist nem tették lehetővé. Így a miliaris tuberculosis, vagy a typhobacillosis lehetőségére kellett gondolnunk, az agyi tüneteket toxikus meningismusnak tartván. A sectiós lelet a miliaris és agyhártyatuberculosis biztossággal kizárta, így a mediastinalis mirigyekből kiindult tuberculosissepsis diagnosistának helyessége igazolódott be.

* Kórbonctani készítmények bemutatva a Magyar Orvosok Tuberkulózis-Egyesülete VI. nagygyűlésén.

Bézançon és Jong leírása ráillik a mi esetünkre is: „La typhobacillöse n'est en effet que le masque d'une granulie avortée, d'une poussée évolutive pleuro-pulmonaire ou même dans certains cas seulement ganglionnaire.“

A Budapest székesfővárosi Szent István-kórház nőgyógyászati osztályának közleménye (vezető: Szili Jenő dr. főorvos).

A méhenküli terhesség egy ritkább alakjáról.*

Írta: Pfannenwald Mátyás dr. v. alorvos.

Az interstitialis terhesség a méhenküli terhességnek azon ritkább alakja, midőn a megtermékenyített pete a petevezeték végdarabjában, „interstitium“-ban akad meg. A petevezeték ezen része a méh falazatán vonul át, kb. 1 cm hosszú és belvilága kb. 1–1½ mm átmérőjű. A pete ezen helyen való fennakadásának oka legtöbbször az izomközi járatok túlerős kifejlődése, amint azt a salpingitis isthmica nodosa eseteiben majdnem mindig megtaláljuk.

Egy ilyen esetet volt alkalmam operálni a Szent István-kórház nőgyógyászati osztályán; kórtörténete röviden a következő:

W. I.-né, 30 éves munkás neje. IV.-P. I. ab. Utolsó havibaja felvétele előtt 7 héttel rendes időre és minőségben. Néhány nap előtt rosszul lett. Hasában igen heves fájdalmak léptek fel — elájult. Több ízben hányt. Azóta folyton szédül.

Felvételkor nagyfokú anaemia, dyspnöe, hőmérsék 37,0, érverés 100, igen könnyen elnyomható. Mellkasi szervek felett kóros elváltozás ki nem mutatható. Has puffadt, diffuse mindenütt, de főleg a jobb alhasban érzékeny. Jobboldalt a Poupert-szalaggal párhuzamosan egyujjnyi, baloldalt négyujjnyi széles csík alakjában tompult kopogtatási hang. Portio hátul felpuhult, méh mellül középnagy. A Douglas-ür és mindkétoldali boltozat puha resistencia által ledomborítva. Diagnosis: Graviditas extrauterina. Ruptura.

A műtét alkalmával a hasban kb. ¼ l nagyrészt alvadt vért találunk. A jobboldali petevezeték fimbriális vége szabad, a petevezetéken repedésnek nyomát nem találjuk. Előhúzza a méhet, látjuk, hogy annak jobb tubaris sarkában hátul egy mogyorónyi vérző kiemelkedés van, melybe a petevezeték direkt belenyílik. Ezen részt a méhfalzatból ékalakban kimetesszük és a szalagok lefogása és átvágása után a petevezetékkel és cystosusan degenerált petefészkekkel együtt eltávolítjuk. Méhfal sebének elvarrása, erek lekötése, csont borítása hashártyával. Réteges hasfalvarrat. Egyszeri 38-4-es hőemelkedéstől eltekintve síma gyógyulás.

A készítmény kórbonctani vizsgálatát Baló I. dr. tanárségéd úr volt szíves végezni.

„A tubasarokban egy hátrafelé néző mogyorónyi kiemelkedés található, rajta kb. félfüllérnyi repedés. A petevezeték fimbriái jól látszanak, a köztük lévő nyílás szabad. A fimbriák felett azonban a petevezetéken egy másik hely is van, ahol a fimbriához hasonlóan egy kiemelkedés van bolyhokkal, melyek közt ismét a petevezetékbe jutunk. A szövettani vizsgálatnál jól látható a méhfalzat, s emellett a tuba kiszélesedik, benne a nyálkahártya deciduaszerű átalakulása ismerhető fel. A petefészkekben mogyorónyi corpus luteum-cysta van.“ A szövettani vizsgálat szerint oly méhenküli terhességről van szó, mely a tubának a méh falzatában áthaladó részletében keletkezett és ráterjedt az isthmikus részletre is.

Az interstitialis terhesség meglehetősen ritkán fordul elő. Eckhardt szerint kb. 70 eset szerepel az irodalomban.

* A Kórházi Orvostársulatban tartott bemutató nyomán.

Az anatómiai viszonyok a pete továbbfejlődésének szempontjából még sokkal kedvezőtlenebbek, mint az isthmikus terhességnél és ezért a legtöbb eset igen korán a hasüreg felé való áttöréssel végződik és csak igen kivételes esetben történik az áttörés a méhüreg felé.

Diagnostikai szempontból fontos — amint arra első ízben Ruge hívta fel a figyelmet — a fundus ferde alakja, ami azáltal jön létre, hogy a tuba interstitialis része a méhfalban inkább hátul és felül helyezkedik el, minek következtében az az oldal, ahol a pete megtapadt, magasabb; ugyancsak magasabban fekszik az ezen oldali függelék kiindulási pontja is.

Az esetünkben említett mellékjáráthoz hasonlóly ír le Eckhardt is az általa bemutatott esetben és nem lehetetlen, hogy ily fejlődési rendellenességek is hozzájárulnak az interstitialis terhesség keletkezéséhez.

A gr. Apponyi Albert-poliklinika sebészeti osztályának közleménye (főorvos: Lobmayer Géza dr. egyetemi m.-tanár).

Golyvabetegek vegetatív idegrendszerének vizsgálata.

Írta: Weisz Győző dr.

Osztályunkon megforduló nagyszámú golyvabetegek évek óta részletes, sok szempontra kiterjedő vizsgálat tárgyát képezik. Lobmayer tanár úr megbízásából és utasítása szerint második éve vizsgáljuk kórházi osztályunkon a műtetre kerülő golyvabetegek vegetatív idegrendszerét is.

A vegetatív idegrendszer két része: a *sympathicus*- és *parasympathicus*-rendszer antagonizmusa hozza létre azt a tonust, amely zavartalan központi és endokrin szabályozás mellett végeredményben physiologiásan normalisnak mondható. A vegetatív idegrendszer és az endokrin rendszer közötti harmoniás összefüggés rendkívül bonyolult, főleg azért, mert bármelyik endokrin szerv működésében beálló változás nem mindig izoláltan, az illető szervre jellemző módon mutatkozik, hanem gyakran oly módon, hogy az endokrin összműködésre hatva (pluriglandularis mechanizmus) vált ki elváltozásokat.

Ezek kikutatása, csoportosítása, okainak kiderítése a célunk akkor, amikor golyvabetegeink vegetatív idegrendszerét vizsgáljuk. A működés milyenségének állandó figyelemmel tartása, annak javítása, módosítása egyik fő vezérlő elve a modern sebészetnek.

A legújabb évek vegetatív idegrendszer-sebészete, ennek bámulatos sikerei teljes mértékben igazolják a *functionalis* irány helyességét a sebészetben. Súlyos jelentőségű fordulatot jelent a sebészetre, hogy minden morfológiai, kórbonctani tünetet teljesen nélkülöző betegségek kerülnek az operateur kése alá, csak azért, hogy valamely működést változtasson meg. (Pl. asthma bronchiale, az angina pectoris operatív kezelése.)

Osztályunkon a vegetatív idegrendszer vizsgálatára Szondi sémáját (Szondi: Schwachsinn und innere Sekretion) alkalmazzuk s a következőkre vagyunk figyelemmel:

I. *Cardiovascularis tünetek*: Normalis pulzus-szám, respiratorikus arhythmia, Aschner-féle cardio-bulbaris reflex, Jenny-féle supraorbitalis reflex, Claude-féle plexus solaris reflex, Erben-féle reflex (Beugereflex).

II. *Szemtünetek*: Pupillatágasság, Korányi-féle respiratorikus pupillareflex, Redlich-féle katatonias pupillareflex, Meyer-féle iliocoecalis pupillareflex, a szemgolyók állása, Moebius-tünet, Gräfe-tünet, accommodationatio.

III. *Az elválasztómirigyek működése:* Gyomormotilitás, szabad sósav, összaciditás, bélmotilitás és elválasztás, nyálmirigyek.

IV. *Subdermalis reflexek:* Vasomotorikus reflex (dermographismus), pilomotorikus reflex (Pende), sudoromotorikus reflex.

V. *Az anyagcsere vizsgálata:* Vércukor, vércalcium, az izomműködés dynamája, hőszabályozás.

VI. *Pharmacodynamikus reflexek:* Löwy-Ehrmann-féle próba, adrenalinglykosuria, adrenalinérzékenység vizsgálata Csépai szerint.

VII. Vérkép.

A vizsgálatok technikájának, értékesítésének részletezésére helyszűke miatt nem terjeszkedem ki.*

Osztályunkon ezideig összesen 33 esetben végeztük golyvás betegeken a vegetatív idegrendszer vizsgálatát. Ennek eredményét az alábbi táblázat mutatja. Csak a kórházba felvett és megoperált golyvás betegeink szerepelnek benne. A kórbontani diagnózis — ha a műtétnél kiirtás is történt — szövettani vizsgálat, ha csak érlelés, akkor a műtéti lelet eredménye volt.

Összeállításunkban *normotoniásnak* vettük azokat az eseteket, amelyeknél az összes vizsgálatok normalis eredményeket adtak: 10-nél nem nagyobb pulzusedifferenciák a cardiovascularis tünetek vizsgálatánál, normalis gyomorsavértékek és motilitás, 5–10 Hg-mm vérnyomásemelkedés az adrenalinérzékenység vizsgálatánál. A *vagotoniát* és *sympathicohypertoniát* az ismeretes tünetek és reakció-eredmények egyöntetű jelenlétében állapítottuk meg.

A golyva kórbontani megjelölése	Összesen	Normotoniás	Sympathicohypertoniás	Vagotoniás	Hypotoniás
Struma colloidosa diffusa	23	19	—	4	—
Struma nodosa	1	—	—	1	—
Struma cystica	3	2	—	1	—
Struma hyalin.	1	—	—	1	—
Struma parenchymatosa (Adenoma papillare)	1	—	—	1	—
Struma basedovica	4	—	4	—	—
Összesen	33	21 (64%)	4 (12%)	8 (24%)	—

A táblázatban szereplő 4 Basedow-esettel, amely-nél kifejezett sympathicohypertonia állt fenn, részletesebben nem foglalkozunk.

A 21 *normotoniás* golyvás beteg közül 19-nek (89.5%) egyszerű colloidosa strumája volt, kettőnek struma cysticája (10.5%), amelyet a golyva degeneratív alakjának tekintünk. Fontosnak tartjuk a két utolsó leletét. Mindkét betegnek jól elhatárolt pajzsmirigy-cystája volt, amelyet a műtétnél könnyen ki tudtunk hámozni. A pajzsmirigy állománya egyébként teljesen ép volt. Az egyiknél a cysta a középső lebeny előtt feküdt tokjában, a másik betegnél a bal lebeny rövid kocsányon helyezkedett el.

A 8 *vagotoniás* beteg közül 4-nek volt degeneratív elváltozásokat mutató golyvája és ugyanennyinek colloid strumája. A struma cysticás betegnek (22 éves asszony) nagylúdtójsányi baloldali golyvája volt, amelynek belsejében a szövettani vizsgálat cystás elfajulást mutatott ki. A struma hyalin. (48 éves asszony) esetében mindkétoldalt férfiököllyi golyva, amelyben hyalinos elfajulás és mézlerakódás volt kimutatható. Az adenoma papillare (60 éves férfi) esetében két-

oldalt nagy, férfiököllyi golyva, amelyben a szövettani vizsgálat semmi colloidot sem tudott kimutatni, csupán diffus, a Basedow-golyvához hasonló adenomás burjánzást. A struma nodosánál kétoldali kisebb golyvában (38 éves nő) voltak kemény, meszes göbök, kevés colloid-golyvás állomány mellett.

Ezen adatokból kétségtelenül kitűnik tehát, hogy *azon golyvás betegeink, akiknek eltávolított golyvájában szövettanilag valamilyen elfajulás volt kimutatható, vagotoniások voltak.*

A nem degeneratív, colloid strumák az összes vizsgált esetek 70%-át teszik ki, míg a vagotoniás csoportban csak 50%-kal szerepelnek, ugyanannyival, mint a főcsoportban 12%-kal szereplő degeneratív strumák.

Az elmondottak alapján feltétlenül okozati összefüggésekre kell gondolnunk, a golyvások elég gyakori (24%) vagotoniája és a golyva kórbontani fajtája között. Az a tény, hogy mind a négy elfajulásos golyvás beteg egyúttal vagotoniás is volt, bizonyos irányt ad az okozati lehetőségek mérlegelésénél. Nevezetesen a golyva elfajulását teszi ebben a négy esetben, nagy valószínűséggel, felelőssé a vagotonia kifejlődésében. Általános ok gyanánt nem szerepelhet a vagotonia kifejlődésében a golyva elfajulása, hiszen ugyancsak négy esetben egyszerű colloidosa strumája volt a vagotoniás betegeknél. Az előbbi négy esetben (degeneratív golyvák csoportja) azonban annyira közelfekvő a causalis kapcsolat lehetősége, hogy megkíséreljük a belső elválasztás rokonterületein ismeretes tényeket e kapcsolat lehetősége szempontjából felhasználni.

A parasymphathicus-rendszernek, mint tudjuk, az adrenalinhoz hasonló élettani ingere nincsen. Csupán hypothesis az „autonomin“ keringése a vérben. Az adrenalin azonban bizonyos adagjaiban és a vagus-rendszer fokozott tonus állapotában kétségtelenül autonominszerű hatást fejt ki, amely azonban múlt-kor és rendszerint eltűnik, mielőtt az adrenalin sympathicus izgató hatását kifejthette (negatív vényomás és pulzusgörbe vagotoniánál). Nincs is olyan endokrin mirigyünk, amelynek izolált megbetegedése a parasymphathicus-rendszer izolált hypertoniáját vagy tonusesökkenését okozná. Szondi vizsgálatai szerint a persistáló thymus vagotoniát okozhat, amint azt a status thymico-lumphaticus-esetek jórésztében látjuk. Itt sem zárhatjuk ki azonban a pluriglandularis mechanizmust. A vagus-rendszer ingerlékenységének *csökkenése* csaknem mindig együtt halad a sympathicus-tonus csökkenésével. Addison-kórnál, az endemiás kretinismusnál a sympathicus- és parasymphathicus-rendszer ingerlékenysége egyformán csökken. Addisonnál főleg nem előrehaladott esetekben vagotonia mutatható ki, amely tényre a következőkben még visszatérni kívánok.

A parasymphathicus-rendszer ingerlékenységének fokozott volta tehát a *vagotonia* vagy constitutionalis sajátság, vagy szerzett elváltozás.

Szerzett vagotoniának mondhatjuk az Addison-betegségben szenvedő egyén vagotoniáját is és a golyvások vagotoniáját is. Mi okozza a bronzkóros vagotoniát? Kétségtelenül hypoadrenalinaemia következtében beálló sympathicus-gyengeség, amint azt számtalan vizsgálat is megerősítette. Adrenalin adagolására a vagotoniás tünetek gyorsan elmúlhatnak. Ha a golyvások vagotoniájának okát óhajtjuk keresni, úgy legcélszerűbb a pajzsmirigy elfajulásával járó betegségekkel kapcsolatot keresni. Ide tartozik elsősorban a myxodema, mint olyan endokrin megbetegedés, amelyet kétségtelenül a pajzsmirigy többé-kevésbé súlyos sorvadása, elfajulása okoz. Az ilyen betegek vegetatív idegrendszere egészében csökkent ingerlékenységű, súlyos esetekben pedig semmiféle reactio nem váltható ki. Sem adrenalin-, sem pilocarpinhatás nem mutatható ki e betegeknél (*Zondek*). Kezdődő esetekben elméletileg jól elképzelhető hypotoniás vagy atoniás

* Mindezek összegyűjtve R. L. Müller: Die Lebensnerven című új munkájában, irodalommal együtt, megtalálhatók.

sympathicus-rendszer mellett a parasympathicus-rendszer normalis vagy fokozott ingerlékenysége, tehát vagotonia is. Hiszen a pajzsmirigy hormonja, a vegyi leg is jól ismert thyreojodin erős ingere a sympathicusnak, amely ingernek quantitativ csökkenése kezdetben bizonyára csak a sympathicus hypotóniáját okozza és csak később fejlődik ki a pluriglandularis kapcsolat következtében az általános endokrin asthenia (Szondi), amely az egész vegetativ idegrendszer atóniáját okozza. Erre vonatkozó adatot az irodalomban, sajnos, nem találtam.

Elfajulásos golyvájú vagotóniás betegeinken hypothyreosis semmiféle somatikus tünetét nem észleltük, sympathicus-rendszerük ingerlékenysége volt csupán kissé csökkent. Az adrenalinérzékenység vizsgálata kettőnél adrenalintűrést, egynél 10 mm nyomásemelkedést mutatott, a negyediknél véredényelmesedés miatt (152 mm vérnyomás) nem volt vizsgálható. Ennél az alacsony vércukortartalom, 0.074 jelzi a sympathicus-gyengeséget. A másik három beteg vércukoreredményei 0.078, 0.062, 0.081, mind a normalisnál alacsonyabb eredmények. Szükségesnek tartom külön hangsúlyozni, hogy valamennyi esetünkben az egész endokrin-rendszer lehető morphologiai vizsgálatát (sella turcica, thymus Röntgen-felvétele, herék, ovarium állapota, természetesen pontos pajzsmirigy-lelet) is elvégeztük. Vizsgálatainkat lehetőség szerint kiterjesztettük minden esetben a többi belsősecretiós mirigy funkciójára is (vita sexualis, pubertas, menstruatio, testalkat, testarányok stb.). Mindezen vizsgálatok alapján azt mondhatjuk, hogy golyvabetegeinknél (kivéve a Basedow-eseteket, amelyek nem tartoznak fejtegetéseink körébe) más endokrin szerv részéről sem functionalis, sem morphologiai eltérést nem találtunk. Vagotóniás betegeinknél sem találtunk semmiféle ilyen eltérést, úgyhogy a vagotonia okát csak a pajzsmirigyben kell keresnünk. A sympathicusban észlelhető gyengült ingerlékenység kétségtelen jele az egészen kezdetleges hypothyreosisnak, aminek okát könnyen megtaláljuk, ha a pajzsmirigy működő állományának kezdődő elfajulását tételezzük fel azokban az esetekben, amelyeknél a kimetszett golyvarész elfajulása kimutatható volt. Fenti négy esetünkben tehát a vagotonia okát a pajzsmirigy működő állományára is ráterjedő elfajulás okozta hypothyreosis, illetve sympathicus-hypotóniában véljük felismerni.

A fennmaradó négy vagotóniás betegnek struma diffusája volt. A pajzsmirigy részéről semmiféle kiesési tünet észlelhető nem volt, sympathicus-rendszerük normalis ingerlékenységet mutatott. Feltűnő csupán mind a négy beteg fiatal kora (17-től 23 évesek). Golyvájukon semmiféle elfajulás nem volt, úgyhogy vagotóniájuk magyarázatára a másik négy esetéhez hasonló támpontunk nincsen. Talán alkati a vagotóniájuk és a golyvájuk a már meglévő vagotóniához társult.

Összefoglalva vizsgálataink eredményeit a következőket mondhatjuk:

1. A vizsgált 33 golyvabeteg közül 8 vagotóniás volt.
2. A normalis tonusú vegetativ idegrendszerrel bíró betegek golyvája, kettő kivételével, struma diffusa volt, kettőnek izolált cystája volt. A golyva elfajulása ezekben az esetekben kimutatható nem volt.
3. Az összes esetek közül négy golyvánál voltak degenerativ jelenségek: 1 struma nodosa, 1 cystica, 1 hyalin, 1 adenoma papillare. Mind a négy golyvás betegnél kifejezett vagotonia volt kimutatható a sympathicus hypotóniájával együtt.
4. Négy vagotóniás beteg strumájánál degenerativ jel nem volt kimutatható, feltűnő mind a négy beteg fiatal kora.

5. Az elfajulásos golyvában szenvedő négy beteg vagotóniájának okát a pajzsmirigy működő állományára is ráterjedő elfajulás okozta hypothyreosis, illetve sympathicus-hypotóniában véljük felismerni.

Az ascaris lumbricoides vándorlásáról a gazda szervezetében és ennek kórtani jelentőségéről.

(Összefoglaló szemle.)

Írta: Baló József dr.

Mivel az ascaris lumbricoides egyike a Magyarországon leggyakoribb nematodáknak, érdeklődéssel bírnak ránk nézve azok a kísérleti vizsgálatok, amelyeket F. H. Stewart²² 1916-ban kezdeményezett, B. H. Ransom, W. D. Foster, valamint E. B. Cram közreműködésével folytatott,^{17, 18, 19, 20, 21} s melyeket F. Fülleborn,^{5, 6} S. Yoshida^{25, 27} és E. Brumpt⁴ is megerősített. E vizsgálatok az ascaris lumbricoidessal való fertőzést egészen új oldalról világították meg. Lényegük, hogy az ascaris lumbricoides, amint a petéből kikel, hasonlóan egyéb nematodákhoz, a gazda szervezetében elhagyva a beleket, vándorlást végez a májon és tüdön keresztül és csak azután, ismét a bélbe jutván, fejlődik ki az ismert, érett bélféreggé. A fejlődésnek ez a menete található az ankylostomum duodenale vagy strongyloides stercoralis életében.

Lutz²³ és Epstein⁴ kísérletei alapján régebben az ascaris lumbricoidesről az volt a hitünk, hogy a petének lenyelésével következik be a fertőzés. A petéből a bélben kikel a lárva, s ez ugyancsak a bélben az ismert érett féreggé fejlődik ki. Eszerint az emberben a féreg tehát közvetlenül a lenyelt petéből fejlődne ki és gazdacserére nem volna szükség.

Az emberben élő ascaris lumbricoides valószínűleg azonos a disznó ascarisával és hasonló sok háziállat ascarisához.

Stewart^{22, 23, 24, 25} 1916—1918-ig kimutatta, hogy az ascaris fejlődése nem oly egyszerű, mint azt Lutz és Epstein gondolta. Stewart szerint, ha egeret vagy patkányt ascaris-petéekkel etetünk, a kibújt lárvák részben ezen állatok faecesében találhatók meg, de nem távolodnak mind el a bélsárral, hanem egy részük a vérkeringésbe kerül s bejut a májba és tüdőbe. A tüdő alveolusaiából a lárva a tracheán át a szájba és oesophagusba jut, s ismét a bélbe, ahonnan a lárvák végül mégis a bélsárral távolodnak el. Stewart disznók ascarisával kísérletezett, s mivel peték etetésével nem tudta a fertőzést a disznóban létrehozni, azt hitte, hogy az egér és patkány az ascaris második gazdája, vagyis az ascaris végleges kifejlődése gazdacserével történik. Ez úgy volna elképzelhető, hogy a petét az egér vagy patkány eszi meg, a kikelő lárva ugyanezen állatok máján és tüdején át vándorol, majd a patkány és egér bélsaróval kiürülő lárva, mely a leírt vándorlása alatt a fejlődésnek már bizonyos stadiumát elérte, a fertőzött ételek útján bejut az emberbe, vagy disznóba és ott fejlődik ki az érett bélféreggé. Ember vagy disznó ezek szerint pete útján nem volna fertőzhető, csupán lárva útján, amely az egerben és patkányban való vándorlás alatt a fejlődésnek kellő fokát érte el.

Először Lane¹⁰ és Low,¹¹ majd Ransom és Foster¹⁷ fejtette ki a Stewart-féle theoria valószínűtlenségét, Ransom és Foster számtalan állatkísérletet végzett és munkájuk az ascarisfertőzés módozatainak megismeréséhez vezetett. Kimutatták, hogy az ascaris ugyan azon állatban fejlődik ki az érettség állapotáig, tehát gazdacseré a végleges kifejlődésig nem történik. Mégis igaznak bizonyult Stewartnak az a megfigyelése, hogy a petéből kikelő lárva a májba és tüdőbe jut, s ezután a tracheán és oesophaguson át ismét a bélbe jutván, ki-fejlődik az érett féreggé. A lárva vándorlása így bebizonyítást nyert, de míg némely gazdaállat béltrac-

tusa a májon és tüdőn át vándorolt lárva végleges kifejlődésére nem alkalmas, addig bizonyos állatok, s az ember béltractusában a lárva további fejlődése lehetséges. *Ransom* és *Foster* kimutatta, hogy a tengerimalac, házinyúl, birka, kecske, disznó szervezetében az ascarislárva ugyanolyan vándorlást végez, mint az egér és patkány szervezetében és joggal tételezhető fel, hogy a lárva vándorlása az emberi szervezetben is azonos módon megy végbe.

A nőtény ascaris a petéit a gazda belében rakja. Ilyenkor a pete a segmentatio korai szakában van. Ha a frissen rakott pete nem ürül ki, a segmentatio megakad, mivel ehhez a testhőmérsékletnél alacsonyabb hőmérséklet szükséges. A pete csak akkor érheti el a fertőzéshez szükséges fejlődési állapotot, ha a gazda szervezetéből kijutott. *Martin*,¹² *Ransom* és *Foster* szerint 33 C° a legkedvezőbb a pete éréséhez, nedvesség és oxigen jelenlétében. Ha a körülmények kedvezőek, természetes és mesterséges körülmények között 10–30 nap alatt a frissen rakott pete elérte a külvilágban a fertőzéshez szükséges fejlettségi fokot.

Mint *Davaine*,² *Morris*,¹³ *Epstein*,⁴ *Galli Valerio*,⁷ *Ransom* és *Foster*¹⁸ kimutatta, hogy az ascarispete kémiai ártalmakkal szemben igen nagy ellenállást tanúsít. A pete burka feloldódhatik, de ezen belül egy igen ellenálló hártya van, amely pl. 5 napig megvédi antiformin hatásától a benne levő embriót. Feltehető, hogy az ascarispete kedvező körülmények között a gazdán kívül hónapokig, sőt évekig élhet.

A fertőzés rendszeren a pete lenyelése után történik. Érdekesek *Martin*¹³ kísérletei, aki ascaris equorum és ascaris vitulorum (ökör) petéjét a bőr alá fecskendezte kutya, patkányba és tengerimalacba és egy idő múlva a pete üres héját találta az injectio helyén. *Ransom* és *Foster* ezt megerősítette, sőt azt is kimutatta, hogy a lárva ilyenkor elhagyván a petét, a tüdőbe jut. Ismeretes, hogy az ankylostomum duodenale a bőrön keresztül hatol a szervezetbe, de hogy az ascarislárva képes-e a bőrön áthatolni, az kétséges. Bizonyos, hogy a lárvának a petéből való kikeléséhez emésztőnedvekre nincsen szüksége, illetve ily nedvek az ascarispete burkára hatással nincsenek. (*Davaine*,² *Klug*,⁹ *Ransom-Cram*.²¹) Hogy a pete kikelését mily körülmények segítik elő, eddig ismeretlen.

A frissen kibujt ascarislárva 0.2–0.3 mm hosszú, 0.013 mm széles, feji vége lekerekített, farki vége hegyes. A lenyelt petéből kikelt lárva igen hamar megjelenik a májban. *Stewart* ascaris marginata (kutya) petéinek egérrel való etetése után 24 óra múlva a májban megtalálta a lárva, de ekkor még nem volt lárva a tüdőben. *Ransom* és *Foster* 51 óra múlva az ascaris suum petéinek etetése után a májban találta a lárva, de még nem volt lárva ilyenkor a tüdőben. A lárva 4 nap múlva már megjelenik a tüdőben (*Stewart*), sőt *Ransom* és *Foster* 3 napra a peték etetése után is talált lárva a tüdőben. A lárva eltűnik a májból 4–10 nap alatt, néha azonban 23 nap múlva is fellelhető ott. Élő lárva lehet a tüdőben 23 nap múlva, de eltolódott és elhalt lárva ennél sokkal később is található. Patkány-, egér-, házinyúl- és tengerimalac-kísérletekben átlag 2 nap múlva jelenik meg a lárva a májban, 3 nap múlva a tüdőben és tracheában, 6 nap múlva az oesophagus és vékonybélben és 9 nap múlva a bélsárban. Ezek az állatok rendszeren 2 hétre a peték etetése után a férgek-től megszabadulnak.

A lárva vándorlása közben, mire a tüdőbe ér, 5–10-szeresére megnagyobbodik, átlag 1.43 mm hosszú, 0.065 mm széles. Talán a lárva bőséges oxigenellátást igényel a fejlődés korai szakában, s ez teljeseedik be a

tüdőben. A frissen kibujt lárva szélessége kétszer akkora, mint egy vörösvérsejt, s mire a tüdőbe ér, szélessége meghaladja a capillariskok átmérőjét, átfúrja ezek falát és belejut az allveolnsokba.

Mikor az ascarislárva a vándorlás után visszatér a vékonybélbe, itt kifejlődik az érett féreggé. Patkány, egér, tengerimalac, házinyúl nem megfelelő gazda s a vándorlás után a bélbe visszajutott lárva ezekből az állatokból a bélsárral kiürül. Bárányban és gödölyében a lárva a bélbe visszatérve csaknem érettség fokáig fejlődik ki, de kész petéket a nőtény sohasem produkál. Disznóban a féreg tökéletesen kifejlődik s ez így lehet az emberben is.

A vándorlás útját tekintve, *Stewart* azt tételezte fel, hogy ez a vérárammal a vena portae és cava felé történik. *Stewart* a lépben talált lárva, *Ransom* és *Foster* a lépben, thyreideában, peritoneum alatt a hasürben és tuba Fallopiiben talált lárvaikat. Az a lehetőség is megvan, hogy a lárva a nyirokutakon jutnak be a vérkeringésbe. *Yoshida*²⁰ szerint a szöveteken át vándorol a lárva a tüdőbe. A vándorló lárva szerinte a bélfalon át a hasürbe, majd a rekeszen át a mellüregbe kerül. *Yoshida* a vesében is talált lárva. *Fülleborn*⁶ mutatta ki, hogy a lárva jelen vannak kísérleti állatok mesenterialis nyirokcsomóiban, 24 órával a pete etetése után ő a lárvaikat a bél nyirokereiben is megtalálta. Vizsgálatai szerint sok lárva a nyirokcsomókban megrekedhet, más részük talán a hasürbe, vagy véreerekbe, esetleg a ductus thoracicusba jut. Kimutatta *Fülleborn*⁶ azt is, hogy a lárva a nagy vérkörbe is átmehetnek, ő agyban és vesében talált lárvaikat. *Höppli*⁸ szerint a lárva a liquor cerebrospinalisba is belekerülhetnek.

Ransom és *Cram*²¹ tüzetes vizsgálat tárgyává tették a vándorlás útját s 1–2 nappal az infectio után a vena portae vérében találták a lárva s később a vena cavában és szív vérében. Mivel *Ransom* és *Cram* nem találtak lárva sem a hasüregben, sem a pleuraüregben, nem tartják valószínűnek a lárva a nagy vér- és nyirokárám mentén való vándorlást tartják jellemzőnek.

Az ascarislárva leírt vándorlása azért bír jelentőséggel, mivel a vándorló lárva a szervezetben kóros elváltozásokat okozhat. A kísérleti állat májában vérezések vagy gócos nekrosisok és sejtes beszűrődés jöhet létre a lárva nyomában, amelynek következménye lehet a kötőszövet szaporodás. A tüdőben vérezések, vizenyő, szétszórt, vagy összefolyó pneumoniás góccok keletkezhetnek. A lárva hatására keletkező szövettani elváltozásokról főleg *Höppli*⁸ vizsgálatai adtak pontos képet, aki *Fülleborn* kísérleti anyagán dolgozott. Az egyes szervekben megakadó lárva elhalhat és ezt betokolódás követi.

*Stewart*²² már 1916-ban kimutatta, hogy a vándorló lárva egérben halálos pneumoniát okozhatnak. *Ransom* és *Foster*¹⁷ *Stewart* leletét megerősítette és hasonló pneumoniát talált egyéb kísérleti állatokban is. Malacoknál ismeretesek súlyos tüdőgyulladások, melyek a vándorló ascarislárva következményei.

Bár az ascarislárva vándorlása az emberi szervezetben kétséget kizáróan bebizonyítva nincsen, mégis minden jel amellet szól, hogy ott is teljesen azonos módon megy végbe, mint az állati szervezetben. Vanak bizonyos megfigyelések, amelyek ezt a feltételt megerősítik.

*Mostler*¹⁵ német orvos több mint 50 évvel ezelőtt ascarispeteket etetett egészséges gyermekekkel. Nem látta soha féregűző kúra után a kifejlett ascaris eltá-

vozását és így kísérletei részben eredménytelenek voltak. Mosler szerint a gyerekek a peték lenyelése után pár nappal lázasak lettek és légzési nehézségeket mutattak. Ő nem gondolt arra, hogy e tünetek az ascarissal volnának összefüggésben, de a mai tudásunk alapján valószínű, hogy a tüdőt elárasztó ascarislárvák okozták a légzési nehézségeket és lázat.

Lutz¹² hasonló kísérleteket végzett 32 éves emberrel, aki a kísérletre önként vállalkozott. Nyolcszor egymásután, pár napos időközökben, etetett ascarispetéket és azt találta, hogy a kísérleti médium súlyos bronchitist kapott, később bélhurut fejlődött ki. Lutz a bronchitist accidentalis tünetnek gondolta és csupán a béltüneteket tartotta a fertőzés következtében. A féreggúzó kúra sok kifejtett féreg eltávolozását eredményezte.

Pantin¹⁶ Chinából ascarisinfeció alatt gyerekeknek súlyos köhögését írta le.

Az ascaris lumbricoidessal rendszeren gyerekek szoktak fertőződni. Kísérletileg is fiatal állatok könnyebben fertőzhetőek. A gyerekek életmódjuknál fogva a fertőzésnek jobban ki vannak téve, mint a felnőttek, de valószínűleg hajlamosabbak is a fertőzésre. A malacok gyakrabban és súlyosabban vannak fertőzve ascaris által, s ez, minthogy életmódbeli különbség malac és disznó között nincs, csak a nagyobb hajlamosággal magyarázható.

Az emberi ascaridiosisnak, más szóval az ascarissal való fertőzés különböző stadiumainak, sem klinikai, sem kórbonctani képe nem ismeretes. Csakis pontos klinikai és kórbonctani észlelés deríthet fényt arra, hogy mily közvetlen, illetve késői következményekkel jár az ascarislárvának a szervezetben való áthaladása, vagy megakadása. Kétségtelen, hogy az eltévedt lárvák a legkülönbözőbb szervekben okozhatnak változatos klinikai és kórbonctani képet. Az is megérthető, hogy anthelmintikus kúra esetenként hatástalan lehet, mivel a féreggúzó szer csupán a bélben levő férgekre hat és nem befolyásolja a szervezetben keringő lárvákat.

E sorok írója, amerikai tanulmányútja alatt, foglalkozott az ascaris lumbricoides vándorlásának kérdésével, ezenkívül neki B. H. Ransom, a washingtoni Bureau of Animal Industry zoologiai osztályának vezetője volt szíves néhány praeparatumot ascarissal fertőzött tengerimalacok szerveiből átengedni.

Ransom praeparatumai a következő képet adták: 48 órával embriyonált peték etetése után a tengerimalac májában van a lárvá. A lárvá környékén a májban körülírt gócek találhatóak, amelyek úgy keletkeztek, hogy polynuclearis leukocyták, eosinophil sejtek, lymphocyták és fibroblastok szaporodtak fel. A lárvá részben a capillarissokban, de az ereken kívül is található. A leírt gócek helyenkint közel állanak egymáshoz és ilyenkor a gócek közti szövet is tartalmazza az említett sejt elemeket.

7 napra a peték etetése után a lárvák a tengerimalac tüdejében találhatóak, vagy az alveolusokban, vagy a kis bronchusokban. A lárvák környékén a tüdő szövete gócosan infiltrált, a szomszédos alveolusokban leukocyták, lymphocyták és eosinophil sejtekből álló izzadmány és az alveolushám leválása észlelhető. A kép eszerint bronchopneumoniának felel meg.

A m. kir. állatorvosi főiskola parasitológiai laboratóriumában Czinder János²⁸ állatorvos végzett szopmalacokon az ascaris suis embriyonált petéivel való etetési kísérleteket, és ő külföldi szerzők vizsgálatának eredményát a lárvá vándorlását illetőleg megerősítette.

Irodalom: ¹ Brumpt: Précis de Parasitologie. Paris 1922. — ² Davaine: Recherches sur le développement

et la propagation du trichocéphale de l'homme et de l'ascaride lombricoide. Compt. rend. Acad. de Sc. V. 46., p. 1217—1219. — ³ Davaine: Nouvelles recherches sur le développement et la propagation de l'ascaride lombricoide et du trichocéphale de l'homme. Compt. rend. Soc. de biol. Paris, 1862, V. 4., p. 261—265. — ⁴ Epstein: Über die Übertragung des menschlichen Spulwurms. Verh. d. Versamml. d. Gesellsch. f. Kinderh. Deutsch. Naturf. u. Ärzte. 1891, V. 9., p. 1—16. — ⁵ Fülleborn: Über die Anpassung der Nematoden an den Parasitismus und den Infektionsweg bei Ascaris und anderen Fadenwürmern des Menschen. Arch. f. Schiffs- u. Trop. Hyg. 1920, V. 24., 340—347. old. — ⁶ Fülleborn: Über Ascaridenlarven im Gehirn. Arch. f. Schiffs- u. Trop. Hyg. 1921, 25. köt., 367—375 old. — ⁷ Galli Valerio: Notes de parasitologie et de technique parasitologique Centralbl. f. Bact. Orig. 1914, 46—53. old. — ⁸ Höppli: Die durch Ascarislarven bei experimenteller Infektion im Tierkörper bewirkten anatomischen Veränderungen. Virchows Archiv 244. köt., 159. old. — ⁹ Klug: Pourquoi les ferments proteolytiques ne digerent pas l'estomac et l'intestin sur le vivant? Arch. internat. de physiol. 1907, V. 5., p. 297—317. — ¹⁰ Lane: The life-history of Ascaris lumbricoide. Indian M. Gaz. 1917, V. 52., p. 380. — ¹¹ Low: The life-history of Ascaris lumbricoide. Brit. M. Journ. 1918, V. 1., p. 286. — ¹² Lutz: Zur Frage der Übertragung des menschlichen Spulwurms. Centralbl. f. Bact. 3. köt., 425—428. old. — ¹³ Martin: Lásd Ransom és Foster, 1920. — ¹⁴ Morris: The viability of parasitic ova in two per cent formalin with especial reference to Ascaris lumbricoide. Johns Hop. Hosp. Bull. 1911, V. 22., p. 299—300. — ¹⁵ Mosler: Lásd Leuckart: Die menschlichen Parasiten und die von ihnen herührenden Krankheiten. 1867, 2. köt., 222—223. old. — ¹⁶ Pantin: Life-history of Ascaris lumbricoide. Brit. M. Journ. 1918, p. 287. — ¹⁷ Ransom and Foster: Life-history of Ascaris lumbricoide and related forms. Journ. Agric. Research. Dep. Agric. Wash. 1917, p. 395—398. — ¹⁸ Ransom and Foster: Observations on the life-history of Ascaris lumbricoide. U. S. Dep. of Agric. Bulletin. 1920, 817. sz. — ¹⁹ Ransom: A Newly Recognized Cause of Pulmonary disease. The Journ. of the American Med. Association. 1919, Vol. 73., p. 1210—1212. — ²⁰ Ransom: Some Recent Additions to the Knowledge of Ascariasis. The Journ. of Amer. Med. Association. 1922, Vol. 79., p. 1094—1097. — ²¹ Ransom and Cram: The course of migration of ascarid larva. The American Journal of Tropical Med. 1921, Vol. 1., p. 129—159. — ²² Stewart: On the life-history of Ascaris lumbricoide. Brit. Med. Journ. 1916, V. 2., p. 5—7. — ²³ Stewart: Further experiments on Ascaris infection. Brit. Med. Journ. 1916, V. 2., p. 486—488. — ²⁴ Stewart: On the life-history of Ascaris lumbricoide. Brit. Med. Journ. 1916, V. 2., p. 753—754. — ²⁵ Stewart: On the life-history of Ascaris lumbricoide Parasitology. 1916, p. 197—205. — ²⁶ Yoshida: On the migrating course of ascarid larvae in the body of the host. Journ. Parasitol. 1919, V. 6., p. 19—27. — ²⁷ Yoshida: On the development of Ascaris lumbricoide. Journ. of Parasitol. 1919, V. 5., p. 105—115. — ²⁸ Czinder János: Kísérletes vizsgálatok az ascaris suis lárváinak fiatal malacokban kifejtett kóros hatásáról, különös tekintettel a tüdőbeli elváltozásokra. Közlemények az összehasonlító élet- és kórtan köréből. Állatorvosdoktori értekezés. 1924, 17. köt., 5—6. füz.

Nékám Lajos 25 éves tanári munkásságához.

Schwimmer Ernőnek 1898 február 25-én bekövetkezett halálával megürült a budapesti dermatológiai tanszék. Ez az árvaság azonban nem tartott soká, mert néhány hét múlva a fakultás Kéthy Károlyt, az akkori II. számú belgyógyászati klinika igazgatóját bízta meg a tanszék felügyeletével, Nékám Lajost pedig a tanszék ideiglenes vezetésével. A választás sem Kéthynek, sem a fakultásnak nem eshetett nehezére, hiszen Nékám Lajos már 1896 január 21. óta virágzó bőr- és bujakórtani rendelést vezetett a II. számú belklinikán, hol mintaszerű ellátás mellett az anyagot tudományosan is feldolgozta. A választás igazán nem eshetett volna másra: Nékámmak, a külföldről hazakerkezett fiatal tudósak neve szakkörökben a legjobb hangzású volt, mindenki tudta, hogy 1889-ben, 21 éves korában, orvosdoktorrá avatván, Pertik professor mellett rövidesen tanársegéd lett. Pertik abban az időben ke-

rült haza Strassburgból, rövidesen maga köré gyűjtötte a tanulni és dolgozni vágyó fiatalság színe-javát és intézetében az intensív munka mellett igazi nemes szellem és előkelő gondolkodás honolt. 1893. év őszén *Nékám* külföldre ment, ahol egészen 1895 végéig maradt, amikor hazahívták, hogy a székesfővárosi bakteriologiai intézet vezetését és a II. számú belklinikán rendszeresített bőr- és bujakóros rendelést vegye át. Ezen idő alatt (1893–1895) hosszabb időt töltött Bécsben *Stricker* és *Kaposi* nagyszerű iskolájában; Párisban *Besnier*, *Fournier*, *Guyon* mellett, továbbá az Institut Pasteurben *Roux* és *Metschnikoff* mellett dolgozott. Londonban *Hutchinson* és *Crocker* tanítványa volt. Ezenkívül a leprát és egyéb exotikus bőrbajokat tanulmányozandó, beutazta Spanyolországot és Afrika északnyugati partvidékét. Külföldi tanulmányútja alatt a St. Louis-kórházban ismerkedett meg *Graham Little*vel, aki később Londonban professor lett és ma a londoni egyetem parlamenti képviselője; az ismeretséget szoros barátság követte és 1913-ban *Little* több hetet töltött Budapesten, a bőrgyógyászati klinikán lakván, hogy *Nékámmal* közösen irandó, angol és magyar nyelven megjelenendő dermatologiai kézikönyv megírását megkezdjék. Sajnos, ezt a nagyszabású tervet a háború miatt megvalósítani nem tudták.

Nékám néhány hónappal a klinika vezetésének átvétele után (1898) elnyerte a magántanári képesítést. Ez az ő 32 éves korához képest, fényes carriére nem kárpótolhatta azért, amit — amint akkor nevezték — a bőrkórtani intézetben talált. Az „intézet” két helyiségből állt, ez a két szoba a mai központi Röntgen-intézetnek egynegyed részét képezi. A tanszéknek sem laboratoriuma, sem könyvtára, sem tanterme, sem fekvőanyaga nem volt. Berendezése teljesen hiányos. A laboratoriumot, a nagy távolság miatt, nehezen pótolta az ugyancsak *Nékám* vezetése alatt álló, jól felszerelt bakteriologiai intézet, mert az a Szt. István-kórházban volt. Ezt is fel kellett azonban áldoznia, hogy fekvőanyagra tehessen szert, ezért *Nékám* 1900-ban a bakteriologiai intézet vezetéséről lemondva, vállalta az új Dolgozói főkkórházban lévő bujakóros osztály vezetését, melynek nyomorúságos berendezése és egyhangú beteganyaga egyáltalában nem pótol egy klinikai osztályt. Most meg laboratorium nem lett volna, ha *Pertik* professor szívességből át nem enged egy szobát *Nékámnak*. Ezenkívül még *Nékám*, hogy nagyobb beteganyagra tegyen szert, egy-egy ingyenes rendelést vállalt a Schlick-gyárban és a Kőbányai-úton. Dacára annak, hogy így intézete és beteganyaga 4–5 helyre volt elszórtva (az akkori közlekedési viszonyok mellett!), a vezetése alatt álló intézetekben intensív tudományos munka folyt. 1897-ben láttak napvilágot a „Dolgozatok a székesfővárosi bakteriologiai laboratoriumából”, mely *Nékám* 3 dolgozatát (A bőr leukaemiás megbetegedése. A bőr védekezése autoinfectio ellen. Adatok némely hajbetegségek aetiológiájához) kívül munkatársainak 7 dolgozatát tartalmazza. Az első rendkívül értékes pathologiai és histopathologiai tanulmány — ma is alapvető munka —, mely pontosan elkülöníti a leukaemia cutis-t a mycosis fungoidestól, vagy a tumorokat követő másodlagos leukocytosistól. A rendkívül ritka kórkép — *Nékám* esete akkor negyedik volt az irodalomban — jellemző sajátosságai, hogy valódi súlyos leukaemia képezi az alapot, stabil természetű, lymphocytákból álló, nem burjánzó mogyorónyi tumorokból áll, pro- és regresszív elváltozások, ekzémás jelenségek nélkül. E tanulmányt különben a XII. moszkvai nemzetközi kongresszuson is előadta. „A bőr védekezése autoinfectio ellen” című tanulmányában megállapítja, hogy a stratum corneum-fertőzések ellen négyféle módon védekeznek: 1. felülete kopár anyag, melyen nem szaporodnak a mikrobák, 2. hámlás közben a legfelső rész lelöki a bakteriumokat, 3. rétegei felváltva zsírral és vízzel vannak beivódva a mikrobák keresztülnövésének megakadályozására, 4. a mély rétegekben baktericid savó kering. Érdekes és értékes része e dolgozatnak a veritékaramlás rendkívüli gyorsaságát kimutató experimentum. Az „Adatok néhány hajbetegség aetiológiájához” című munkájában tagadja az alopecia areata, trichorrhix nodosa neurotikus eredetét, ellenben tisztán neurotikus a monilethrix, fertőző a lepothrix. Rendkívül érdekes, hogy 12.000 iskolásgyermek átvizsgálása után mikrosporon Audinit egyetlen esetben sem talált, ez a gombafaj azóta terjed lassankint kelet felé és a háború óta nálunk is gyakori. Nem sokkal később, 1901–1903-ig

jelentek meg az Orvosi Hetilap mellékleteként a „Dolgozatok az egyetemi bőrkórtani intézetből”, melyben részben *Nékám*, részben akkor már nagyszámú munkatársa II. füzetben 45 dolgozatot publikált. Az 1907-ben megjelent „A magyar bőrgyógyászat emlékeiből” című monographiájában felkutatja a magyar balneologiaira és dermatológiára vonatkozó emlékeket és plastikus képét adja a XVI–XVIII. századbeli tudományos ismereteknek és erkölcsöknek.

Az intézet azután 1900 után *Nékám* vezetése mellett szép fejlődésnek indult, a nagyszámú beteget, hallgatót, a jóformán dotatio nélkül gyűjtött szép könyvtárat alig tudta a két kis szoba befogadni, míg végre a tarthatatlan helyzet — hosszas kérvényezés, felterjesztés után — az intéző köröknek is feltűnt és *Nékámot* 1900 május 26-án ny. r. tanárrá nevezvén ki, komoly előkészületet tettek egy bőrgyógyászati klinika létesítésére. Sajnos, az akkori pénzügyi viszonyok nem engedték meg, hogy *Nékám* a legapróbb részletekig kidolgozott gyönyörű tervét: a mai dohánygyári telken egy modern klinika építését megvalósítsa és be kellett érnie azzal, hogy elfoglalhassa az akkor már 6 év óta üresen álló, egykori *Kovács*-féle sebészeti klinika felépületét. Csak *Nékám* genialitása, törhetetlen munkakedve, találékonysága, bőkezűsége magyarázhatja meg, hogyan volt lehetséges 3 évre elosztott, nem egész 200.000 koronából a teljesen elhanyagolt épületből a mai klinikát átépíteni, tudományos munkára felszerelni, abszolút értékű, művészi alkotásokkal (*Lotz*, *Ungváry*, *Brüll*, *Pór*, *Boruth*, *Damkó*) ékesíteni és egy olyan könyvtárat létesíteni, melyben 23 teljes folyóirattal együtt körülbelül 4000 kötet és több syphilis-irodalmi ösnyomtatvány, incunabulum és editio princeps van. A korlátolt anyagi lehetőség mellett a berendezkedés persze lassan ment és csak 1913 tavaszán volt az épület hivatásának átadható. Alig hogy a tudományos munka megindult, jött a háború; *Nékám* az első napon felajánlotta klinikáját a hadvezetésnek, így abból hadikórház lett, ő maga pedig I. oszt. főtörzsorvos. A klinika megfogyott személyzete és megszáporodott munkája mellett is talált módot rá, hogy látván a veneriás betegségek rendkívüli terjedését, azok leküzdését programjába vegye. 1916-ban a belügyminis-ter a nemibajok ügyében kormánybiztossá nevezte ki, ugyanebben az évben alapította meg *Nékám* a „Nemzetvédő Szövetséget”, melynek tagjai közé bevonta mindama szakférfiakat, társadalmi tényezőket, akik ezen igazán fontos kérdés megvitatására és a nemibajok leküzdésére alkotandó törvény előkészítésénél segídközölhettek. Továbbképző-kurzust tartott, mintegy 600 orvos résztvevővel. Az ott tartott előadásokat egy könyvben és egy „Vezérfonál”-ban foglalta össze és tette minden orvos részére hozzáférhetővé. Az értekezleteken és az ő irányításával tartott enqueteken elhangzott sok kitűnő eszme *Nékám* „A nemibajok leküzdésének irányítása” című munkájában van összefoglalva. A magyar közegészségügynek soha nem pótolható vesztesége, hogy nagyszerű conceptiójú terveit részben bizonyos államigazgatási tényezők nehézsége vagy féltékenysége, részben a háború elvesztése meghiúsította.

Az ezután következő gyászos idők nagy szomorúságot és megpróbáltatást hoztak *Nékámra*. A forradalom különböző fenyegetései és apróbb kellemetlenségei után a prolektárdiktatura alatt eltávolították tanszéke éléről. Ez a sérelem méltán bánthatta őt, aki a munkásosztály érdekében klinikáján külön esti rendelést létesített, mint kormánybiztos a főváros munkásságlakta periferiáin 8 rendelő-intézetet szervezett, aki soha nem titkolt igaz magyar gondolkodása és hithű katolikus vallásossága mellett is napi politikával sosem foglalkozott és munkája végeztével a pihenést, üdülést — és érvényesülést — nem politikával és pártclubokban kereste, hanem a művészetekben, a szabad természet szépségeiben és a sportban találta meg.

A kommunizmus bukása után klinikájának reorganizálása mellett is talált időt, hogy mint a Klinikai Bizottság elnöke, a klinikáknak a megváltozott, nehéz viszonyokhoz való átalakítását irányítsa, hogy megalapítsa a Collegium Medicumot, hol ma 140 diák kap jutányos vagy ingyenes lakást és kosztot és — last but not least — megszervezte a Rockefeller Foundation magyar képviselőjét. Ebben az utóbbi vállalkozásában teljes erőben bontakozik ki *Nékám* kiváló szervezőképessége, mely nagyszerű nyelvismeretével, fáradtságot nem ismerő munkakedvével párosulva, lehetővé

tette, hogy a Rockefeller Foundation a különböző orvoskari intézeteknek eddig mintegy 40.000 dollárt osszon szét, évenként 4–5 fiatal orvost külföldön taníttasson, 15-öt itthon segítessen. *Nékám* soha el nem múlt érdeme, hogy részben a Rockefeller Foundation segítségével az orvoskari könyvtárnak a háború miatt hiányos gyűjteményét kiegészítette és keresztülvitte, hogy a kari könyvtárnak ma 130 különböző külföldi folyóirat jár.

Tanítványai *Nékám Lajos* 25 éves tanári munkásságát az ő nagy szelleméhez méltón ünnepezték meg egy 16 ives, pompás kiállítású kötet kiadásával. A „*Dolgozatok Nékám Lajos professor negyedszázados tanári működésének évfordulójára*” című kötetben felvonulnak régi és mostani tanítványai, kik közt két ny. r., egy magántanár és több vezető állásban lévő orvos van. A kötet szakszerű ismertetése — 20 önálló kutatásokon alapuló laboratoriumi vagy klinikai munkáról van szó — e helyen lehetetlen, talán eleget mondanak a címek is: *Neuber Ede*: Az antisiphiliticumok aspecifitásáról. *Poór Ferenc*: Az átöröklés néhány kérdésének vonatkozása a dermatológiához. *Guszman József*: A jódarkaliák hatása a syphilisre, különös tekintettel a Wassermann-reakcióra. *Deutsch Artur*: A korai bujakkórellel kezelés multja, jelene és jövője. *Komlósi Béla*: Prostatitis praethralis gonorrhoea. *Lesskó Jenő*: Tapasztalataim a tabes dorsalis gyógykezelésénél. *Preininger Tamás*: A vörösvérsejtek süllyedési sebességének diagnostikai jelentősége a dermatológiában. *Kollarits Béla*: A röntgenes bőrhatás egyenletességének feltételei. *Somogyi Zsigmond*: Adatok a bőrtuberculosis pathológiájához. *Melzer Miklós*: A húgyanyag és húgysavas sók kiválasztásáról. *Ballagi István*: Magyarországon előforduló mikrosporon, trichophyton, epidermophyton és achorion gombák. *Herczeg Árpád*: Manardus dermatologiai nomenclaturája és rendszere. *Czibor Pál*: A rosacea kóroktanáról. *Brüll Aladár*: A psoriasis kóroktanához. *Steiger-Kazal Dezső*: A bőr redukáló és oxidáló helyeiről. *Kudlich Károly*: A specifikus reakciók újabb megvilágításban. *Kémeri Dezső*: Porphyriek a bélsárban. *Zemplényi Béla*: A Coolidge-esővek használata a bőrgyógyításban. *Fröhlich Vilmos*: A neosalvarsannak intravenás adagolásával kapcsolatos vérnyomásváltozásról. *Földvári Ferenc*: A molluscum contagiosumról általában, vonatkozásban a Darier-féle megbetegedéssel.

Mikor tanítványai december 21-én munkájukat átadták, az üdvözlő szavakra válaszolván, *Nékám* a philosophusi szerénységnek oly példáját adta, minőt igazán csak nagy férfiak mutathatnak: „...Nem szabad, hogy a kizárólagos egyéni érvényesülést tűzzük ki célul, hanem az összességért kell dolgoznunk, s mintegy láncszemei kell hogy legyünk a kultúrának. Mindnyájan porszemek vagyunk és kell hogy legyünk a kultúra hatalmas pillérjében, mint ahogy a nagy betonoszlopok is porszemekből tevődnek össze.”

Adja az Isten, hogy ebben a szellemben változatlan munkakedvvel és frissességgel még soká végezhesse munkáját a magyar tudomány és kultúra igaz nyereségére!

Sz.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Pangásos papilla sklerosis multiplexes betegen. *Adler.* (Med. Klin. 1924, 46. sz.)

Sklerosis multiplexes betegen agnyomásos tünetek nélkül hirtelen, először az egyik szemén, majd ennek elmúltával a másik szemén támadt pangásos papilla a látásnak egyidejű rosszabbodásával. Ezen elváltozás két hónapig tartott és utána csak a papilla temporalis felének decolorációja maradt meg.

Kallstein dr.

Cholecystitis és cholangitis kezelése cholevallal. *Decker.* (Münch. med. Woch. 1924, 29. sz.)

0.1–0.2 g choleval 10 cm³-nyi destillált vizes oldatnak intravenás alkalmazásával szerző szerint nagyon sok esetben sikerül az epehólyag, illetőleg az epeutak gyulladását prompt meggyógyítani s így a műtétet elkerülni. Az eredmény tartósságára vonatkozó adatai egyelőre még nincsenek. A choleval epesavas natriummal készült colloidalis ezüstkészítmény, melynek kísérletileg kimutatott electiv hatása van az epeutakra.

Moll dr.

Leukocytagörbe, mint klinikai segédeszköz. *Schilling.* (D. med. Woch. 1924, 46. sz.)

Naponta végezve százalékos vérképmeghatározást s az értékeket átvive függőleges beosztásokra, különböző görbéket nyerünk — neutrophil-, monocyt-, lymphocyt- és ú. n. mageltolódási görbe — amelyek az infectiós betegségek lefolyásának megítélésénél megbízható és szemléltető útmutatók lehetnek. Minden infectiónál először a neutrophilok reakciója mutatkozik, (neutrophile Kampfphase), aztán a monocytáké kb. a krízis idején (monocytäre Abwehrphase) s végül a lymphocytáké (lymphocytäre Heilphase). A különböző infectióknak ezen eljárással való tanulmányozását folytatják.

Szabó Géza dr.

Anaemia perniciosá kezelése a hosszú csontok velőjének az eltávolításával. *Walterhöfer.* (Med. Klin. 1924, 46. sz.)

Több remissiót mutató anaemia perniciosás beteg, aki minden belgyógyászati kezeléssel szemben dacolt, a tibia vagy femur velőjének eltávolításával úgy az általános állapotot, mint a véképet illetőleg újból ideiglenesen javult. Kontraindikált e műtét súlyosabb idegrendszeri elváltozások esetében.

Kallstein dr.

Rapport epidemiologique. *A Népszövetség Hygiene-osztálya által kiadott havi folyóirat 72. számában* (1924 november 15-én) hosszabb közleményt közöl egy Japánban epidemiaszerűen kitört, eddig nem identifikált betegségről, amely központi idegrendszeri tünetekkel járt. A betegség 1924 júliusában kezdődött Toyama tartományban (Közép-Nippon) és innen rohamosan terjedt tovább. A morbiditás legerősebb Kagawa tartományban volt, ahol szeptember 29-ig a lakosságnak közel 3%-e betegedett meg. Szeptember 5-ig 4274 esetet jelentettek be, szeptember 6–15. közt újabb 1609 megbetegedés fordult elő, míg szeptember 15–29-ig 668 eset. A járvány explosiv kitérése különbözik az eddig észlelt enkephalitis lethargica-járványoktól, és emlékeztet a legsúlyosabb akut poliomyelitis-járványokra. 46 tartomány közül csak három maradt mentes a járványtól. A halálozási arány átlag 55%, de egyes helyeken még több. Érdekes, hogy a morbiditás a legkisebb a gyerekkorban, a legnagyobb az idősebb korban, a mortalitás is hasonlóképp sokkal magasabb az idősebb korban. Ritkán betegedett meg egy családban több, mint a család két tagja. Az incubatio ideje változó volt. Néha prodromalisan kis fejfájást, bágyadtságot, álmatlanságot észleltek.

A klinikai tünetek hasonlítottak az enkephalitis lethargicához, de a szemtünetek hiányoztak. Hirtelen magas lázzal kezdődik. Egy-két nap múlva eszméletlenség. A láz 39–40–41 fokig emelkedik. A pulzus aránylag lassú. Alsó és felső végtagok spasmusa. Kernig kifejezett. Babinski és Oppenheim: 0. Pupillaközpont tág, normalisan reagál. Nines nystagnus. Az eszméletlenség uralkodó tünet. Néha hirtelen lázzal és eszméletlenséggel kezdődik a betegség, máskor az eszméletlenség csak a 2–3. napon lép fel. Rendeseu eközben a betegek reagálnak egyes kérdésekre és lenyelik a táplálékot. Gyakran lép fel delirium. Egyes esetekben a beteg bőrén petechiákat találtak. Lép nem tapintható. A cerebrospinalis folyadék rendes nyomással (ritkán nagyobb nyomással) ürül, tiszta. Lymphocytaszám 10–40. Vérben neutrophil leukocytosis (10–20.000). Vizeletben rendesen kiscokú albuminuria. Vér, liquor bakteriologiai vizsgálata negatív.

A betegség 5–10 napig tart; a lelátalanodás néha lassú, fokozatos, máskor hirtelen következik be. A lázzal együtt csökken, illetve szűnik meg az eszméletlenség. A betegek eszméletlenségben vagy deliriumban halnak meg.

Boncoláskor jellegzetes elváltozásokat nem találtak. A lágyburok vérbősége és vizenyője kifejezett volt. Az agykamrák középtágak. A kéregben, úgy mint egyebütt is, vérbőség. Egy-két esetben: egy-két petechia a negyedik agykamra fenekén. A mikroszkopi metszetekben, a kéregben perivascularis beszűrődés. A hid- és nyúltagy idegsejtjeiben kiscokú degeneratio. A tüdők alsó lebenyében leukocytás beszűrődés. Vesékben és májban parenchymás degeneratio.

A bakteriologiai vizsgálat nem tudta kimutatni a kórokozót. „Fertőző anyaggal” oltva nyulakat, ezekben sikerült a betegséget létrehozni; 2–3 napos incubatio után az állatok lázasak lettek, majd hátsó végtag-paralýsis lépett fel. A mortalitás ezeknél is nagyon nagy volt.

Ezen japáni epidemiával kapcsolatban epidemiológiai összefoglalást találunk arra vonatkozólag, hogy hogyan állunk a központi idegrendszer járványos betegségeivel és az influenzával, különböző országokban?

Enkephalitis lethargica, szinte izoláltan, Angliában lépett fel nagyobb járvány alakjában. Az 1920 óta közölt statisztika szerint évente voltak itt enkephalitis lethargica-epidemiák, de az 1924-es járvány jóval túllépte a többiét. Így pl. Nagy-Britanniában, Írország és Skóciában 1923-ban januártól novemberig 1005, míg 1924-ben ugyanezen idő alatt 5492 enkephalitis lethargica-est volt. Az angliai járvány meglehetősen izolált maradt. Időbeli összefüggést az influenzával találni nem lehetett.

Poliomyelitis acuta, úgy mint egyéb években is, főleg Skandináviában, Angliában és az Egyesült-Államokban fordult elő nagyobb számmal, mint az előző két évben. Így Nagy-Britanniában 10 hónap alatt 632 eset volt. Feltűnő nagy volt a morbiditás Island szigetén, ahol a lakosságnak közel 2%-át illette. A mortalitás is igen magas volt: 37%.

Meningitis cerebrospinalis epidemica nagyobb számmal Nigeriában (Afrika) és Japánban fordult elő; ez utóbbi helyen együtt lépett fel az előbb ismertetett betegséggel. Augusztus 8-tól szeptember 20-ig 1189 esetet jelentettek Japánban. Mivel azonban ezek nem mind vizsgáltak meg bakteriologikailag, lehet, hogy egy részük a másik járványos betegséghez tartozott.

Influenza egy évi epidemiológiájára vonatkozólag nem igen lehetett még a füzet megjelenésekor (november 15) biztos következtetéseket felállítani, mert az influenza-epidemiák egy része november-decemberben lép csak fel.

A füzet második felében, a 28. oldalon, a fertőző betegségek előfordulására vonatkozó statisztikai adatokat és ezekre vonatkozó megjegyzéseket találunk. A különböző országokból származó adatokat nem lehet egymással egyszerűen összehasonlítani, mint ez a füzetben is meg van említve, mert a bejelentések különböző országokban igen különbözőképpen történnek.

J. B.

Sebészet.

A lymphoglandulae gastricae-k fontossága a gyomorfekély műtéti javallatának felállításánál. *Schneider.* (Zentralbl. f. Chir. 1924, 40. sz.)

Ha gyomorfekély miatt végzett laparotomiánál szabad szemmel a gyomron kóros elváltozást nem találunk, útbaigazítanak a fekélyes folyamat minőségéről a glandulae gastricae sup. és inf.-ok, melyek gyulladással megnagyobbodtak. Ilyenkor a kiirtott gyomorreszleten nemcsak súlyos gastritist, hanem fekélyeket is találunk. *Konjétny és Colina* a gyomorfekély miatt operált betegeknek, az esetek 100%-ában, megtalálta a gyulladással megnagyobbodott glandulae gastricaeakat. Pericholecystitisnél a cystikus mirigy van megnagyobbodva, de a glandulae gastricae-k épek. Utóbbi időben 5 esetben fordult elő, hogy a klinikailag gyomorfekélyes megbetegedésnek kóriszmézt betegeinél laparotomia alkalmával fekélyt nem talált, de a glandulae gastricae megnagyobbodása alapján gyomorkiirtást végzett. Valamennyi esetben több fekélyt talált a kiirtott gyomorreszen súlyos gastritis mellett. Nézete szerint a gastritis a gyomorfekélynek nemcsak kísérő tünete, hanem előidézője is. Gyomorfekélynél teljes antrumresectiót ajánl *Bilroth I.* szerint végezve.

Kovács J. dr.

Az epeutak műtéti technikájáról. *Tschassownikoff.* (Zentralbl. f. Chir. 1924, 40. sz.)

Az epeutakhoz való könnyebb hozzájutás szempontjából ajánlja, hogy a ligamentum teres hepatis vágjuk át. A hasüreg fertőzésének megállítására a hasüreg megnyitása után a colon transversum mesocolonját a fali hashártyához varrja. Hasfali sérvek elkerülése szempontjából a drain nem a műtéti seb nyílásán vezeti ki, hanem a lumbalis tájon a crista ossis ilei és a XII. borda között készített nyíláson. A mellső műtéti sebet pedig teljesen bevarrja. Ha a lumbalis tájon a drain helyén sérv képződne, úgy ennek zárása könnyebb, mint a mellső hasfal sérvéé.

Kovács J. dr.

Gipszkötéseknél jól használható erősítő anyagról. *Hilarowitz.* (Zentralbl. f. Chir. 1924, 39. sz.)

A gipszkötések erősségét növelhetjük azáltal, ha a gipszkötésbe keskeny cipőkéreg-csíkokat teszünk.

Erre a célra sokkal jobb a kalapkészítők által használt „Spatri” nevű anyag, mely szintén vékony farétegekből áll, megfelelően elkészítve. Melegvízben hajlékonyvá válik, s így jól alakítható. Ezen lemezek behelyezése által a gipszkötés súlya csökken, tartóssága és ellenállása növekszik.

Kovács J. dr.

Végbélsipolyok műtétéről. *A. Frank.* (Zentralbl. f. Chir. 1924, 39. sz.)

A több irányban elágazó végbélsipolyoknál még szonda segítségével sem mindig tudunk valamennyi járatot feltárni, mert műtét közben elveszítjük a sipoly irányát. Ilyen esetekben segítségünkre van műtét előtt a sipolynyílásokon át befecskendezett methylenkékoldat.

Kovács J. dr.

A suprabupikus prostatektomia utáni súlyos vérzések tamponálásáról. *E. Bouvier.* (Zentralbl. f. Chir. 1924, 39. sz.)

A tamponálásra 4–6 cm széles, hatszorosan összehajtott, 25–30 cm hosszú gaze-csíkot használ, melynek egyik végére ezüst-aluminium-bronzdrótot erősít. A drót egyik végét szabadon hagyja, a másik részével a gaze-csíkon, az összes rétegeken átölt, az öltéseket kb. 5 cm távolságban alkalmazva, a tovafutóvarrathoz hasonlóan. Ily módon a gaze-csík egyik végén van a drót csomója és szabadonhagyott 25 cm része, a másik végén pedig a drótnak a gaze-csíkon áthaladó része, melyet a gaze-csík végén nem csomóztunk meg, s amely kb. 30–40 cm-rel a gaze-csíkon túl ér. Vérzésnél ezen utóbbi drótrészt, vagy katheter vagy más műszer segítségével az urethrán át kivezetjük. Ha most ezen drótra húzást gyakorolunk, a gaze-csík harmonikaszerűen összeszorítva nyomást gyakorol a vérző sebüregre. Az állandó húzást vagy kisebb súllyal, vagy a combra erősített gummiszalaggal végezhetjük. A gaze-csík másik végén lévő drótot a hólyag műtéti sebnyílásán át kivezetjük. A gaze-csík eltávolítása ezen drót segítségével történik. A vérzés csillapítására kedvezően hat, ha a gaze-csíkot stryphonnal átítatjuk.

Kovács J. dr.

Ideális prostatektomia. *Martens.* (Zentralbl. f. Chir. 1924, 39. sz.)

Prostatektomia után a prostata helyén keletkezett sebet bevarrja. A végbélbe bevezetett ujjal képesek vagyunk a prostata sebet majdnem a symphysisig előrenyomni. A varratot a katheter behelyezése után végzi. A varrat előnye az, hogy az utóvérzés nagyon esékély és a hólyag continentiája már a 2–3. napon teljesen visszatér.

Kovács J. dr.

Szemészet.

Endonasalis beavatkozás a nervus opticus bántalmánál. *Dauids.* Münster. (Archiv f. Opth. 1924, 115. kötet.)

E kérdésben eltérők a nézetek. Némelyek opticusbántalomnál akkor is operálnak, amikor rhinologikailag nem mutatható ki elváltozás, viszont mások az operálást akkor sem tartják szükségesnek, ha van elváltozás az orrban. Nem vitások azok az esetek, amelyeknél pozitív orrlelet után a műtétre az opticusbántalom javult. Viszont sokkal nehezebb megítélni az olyan eseteket, ahol a műtét nem, vagy alig talált elváltozásokat, és ezen esekély elváltozások eltávolításával gyógyulás állott be. Mindezen nehézségeket első sorban az okozza, hogy mindig bizonytalan az igazi összefüggés a két bántalom között. Bizonytalan maga a diagnosis is, amely Röntgen mellett is csak valószínűségi lehet. Szerző az ő eseteit csak akkor operáltatta meg, ha az orrlelet oki összefüggés mellett szólt. Csak azon eseteit ismerteti, amelyek a műtét után javultak. Ezen műtétek nem mindig ártatlanok, mert sokszor igen súlyos szövődményekhez vezettek. Csak akkor hajtják végre, ha kizárható minden más megbetegedés és az összefüggés az opticusbántalom és az orrmelléküregmegbetegedés között valószínű.

Horay dr.

A szurok- és kátrányolajok okozta szemmegbetegedésekről. *Hessberg és Baer.* (Archiv f. Opth. 1924, 115. kötet.)

Régóta ismeretesek a kátrányt és annak termékeit feldolgozó ipari munkásoknál a bőrön támadó elváltozások. Szerző Németország valamely nagy iparvállalatában, ahol ilyen ipari termékek feldolgozásával foglalkoznak, megvizsgálta a munkásokat. Az elváltozások, amelyeket talált, kétfélék: acutak és chronikusak. Az előbbiekhöz tartozik az ulcus corneae, amely

ily esetekben kivétel nélkül súlyos lefolyású szokott lenni, a bajt rendszerint a szembe repülő apró szurok-szemcsék okozzák, amelyek egyben chemiai ingerként is hatnak. A második csoportba olyan munkások tartoznak, akik már hosszú idő óta állanak kátránygőzök hatása alatt. Arébörük jellegzetesen sötétbarna színű, különösen a szemhéjak. Bőrük pergamentszerű, száraz, érdes. Mirigykijáratok kátrányporral tele. Helyenként aenéhoz hasonló elváltozások. Az alsó szemhéjakon heges ectropium. Hogy a rendkívül sok chemiai anyagot magába foglaló kátrány melyik része az, amely ezen elváltozásokat okozza, még kérdéses. *Horay dr.*

A diabetes insulinkelésének jelentősége a szemészetben. *Grafe*, Frankfurt. (Bericht über die 44. Versammlung in Heidelberg.)

Kezdődő diabetes tünetei a szem: Fénytörési és alkalmazkodási zavarok, később acidosisnál cataracta diabetica, látóidegsorvadás és külső szemizombénulások. Extrem pankreasinsufficienciánál: Fundus lipaemicus és hypotonia bulbi. A retinitis rendszeres kísérője a chronikus diabetesnek hypertoniánál. A szem nagyobb fokú fertőzhetősége elsősorban a szövetek nagyfokú cukortartalmával függ össze. A csarnokvíz összetételének megváltozása okozza a lencsében a zavarokat, amelyek a törési index múló megváltozásától egészen a teljes elszürkülésig fokozódhatnak. Az insulin hatása ezen bántalmaknál kifejezett. A coma eltűntével a szem nyomása ismét rendes lesz. A refractió és accomodatiós zavarok időtartama megrövidül. A lencseborusságok nagy mértékben visszafeljódhatnak, csak a régóta fennálló homályok maradnak változatlanok. Diabetikus hályogok insulin alkalmazása után sokkal jobb eredménnyel operálhatók. Csak a retinitis diabeticát nem sikerült eddig lényegesen kedvezően befolyásolni. Végleges eredményt nem mer mondani. *Horay dr.*

A sphaerikus refractio keletkezéséhez. *Vogt*, Zürich. (Bericht über die 44. Versammlung in Heidelberg 1924.)

Szerző abból a tényből indul ki, hogy a fejlődés élettanában minden védő-, tápláló- és támasztó-szövet alkalmazkodik a főszervhez. Nem az ideghártya alkalmazkodik az ér- és inhartáéhoz, hanem azok öhozza. A túlgyorsan fejlődő retina az ér- és ideghártya tágulását okozza, ami a szemtengely megnagyobbodásával jár: myopia. És megfordítva: a retina fejlődésében való visszamaradása a szemtengely megrövidüléséhez, tehát hyperopiához vezet. Mindig a retina nagysága a primaer. *Vogt* ennek bizonyítékát abban látja, hogy ugyanazon beteg myopiás és emmetrop szemének retinájában a pálcikák és csapok elosztódása egyenletes. Tágulásról tehát nem lehet szó. *Horay dr.*

A Szegedi Egyetembarátok Egyesületének Orvosi Szakosztálya és a vele egyesült Szegedi Orvosegylet szakülései.

IV. szakülés 1924 november 8-án.

Elnök: **Meskó Zoltán.** Jegyző: **Heiner Lajos.**

Bemutatók:

1. **Kovács Ödön** 2 hónapos csecsemőt mutat be chondrodystrophia typusos képével.

Kovács Kálmán a chondrodystrophia és rachitis Röntgen-lelete közötti különbséget ismerteti.

2. **Ormós Pál** a felkar bőréből kiindult gyermek-ököllyi daganat szöveti képét mutatja be, a daganat igen sajátos szerkezetű, a peritheliumból indult ki, a bemutató haemangiioendthelioma cavernosum nevet adta neki.

3. **Demeter György** törvényszéki boncolásokból származó készítményeket mutat be:

a) 10 cm hosszú pengéjű késsel ejtett szűrt sebe a hasi aortának.

b) A tarkótájon Frommer-pisztollyal ejtett lövésű sérülés, mely a pisztollyal a fejre mért ütés közben jött létre.

c) Marólúg-mérgezés esete, ahol a nyelőső fekélyesedése egyszerre fúródott át a bal bronchusba és az aortába, halálos vérzést okozva.

Előadás:

Burger Károly: 1. *Méhrepedés két esete.* Mindkét eset már bekövetkezett méhrepedéssel került a klini-

kára. Első esetben harántfekvés mellett inkomplet repedés. A szülést decapitációval befejezve, a repedést tamponáddal látták el. A második esetben hydrocephalus okozta inkomplet repedés, a beteget kifejezett septikus peritonitissal kapták, így műtetre gondolni sem lehetett. A repedést ezúttal is tamponáddal kezelték. 24 óra múlva exitus. A két eset között párhuzamot vonva, demonstrálja a prognózis különbségét a komplet és inkomplet, illetve fertőzött és nem fertőzött esetek között. A therapiában még a klinikusnak is sokszor meg kell elégednie a tamponáddal, mert a beteget olyan állapotban kapja, hogy nem lehet műtétet végezni.

2. *Újszülött koponyájának bőrén talált veleszületett folytonossági hiány.* Kimeneti fogóműtéttel világra hozott leánymagzat fején majdnem az egész fejtető hajnélküli, cigarettapapír vékonyságú. A jobb falcsontról a bal felé S-alakban görbült, thrombotizált ér benyomását keltő sáv vonul. Ez később pörkösödött, majd demarkálódott. A gyermek ma két éves, jól fejlett. A leírt terület ma is hajtalan, a vena helyén fehér színű heg vonul. Traumás eredet kizárható, nem valószínű az amniogen eredet sem. Az eset *Walz* felfogását támogatja, mely szerint ily veleszületett koponyabőrhiányok a velőcső záródási zavaránál keletkeznek.

Kubinyi Pál: A méhrepedés két esete a vidéki szülésznői viszonyokat jellemzi. Mindkettőnél abszolút téraránytalanság, s méhrepedést szenved anélkül, hogy orvos látta volna. Kellő időben történt beavatkozás mindkettőt megmenthette volna. A bábaviszonyok Szeged vidékén igen szomorúak, sok a kuruzsló. Ezen, ha kell, a törvényhozás útján is segíteni kell. Megkezdtek továbbképző tanfolyamokat a gyakorkló bábák részére, ezt kötelezővé kell tenni, azt is, hogy minden szüléshez okleveles szülésznő hívassék, s ezeket szigorúan kell ellenőrizni. El kell rendelni a szülés vagy gyermekágy folytán elhaltak kötelező boncolását. Szól a méhrepedés therapiájáról, kiterjeszkedve a beteg szállítására is.

Kovács József: Szükségesnek tartja a kötelező továbbképző tanfolyamokat bábák részére.

V. szakülés 1924 november 15-én.

Elnök: **Meskó Zoltán.** Jegyző: **Heiner Lajos.**

Bemutatók:

Kubinyi Pál: *Két arctartásos szülésről* számol be, amelyeknél a Kielland-fogót alkalmazta a medencében jó eredménnyel. Az alkalmat felhasználja, hogy a szülés mechanizmusának ismertetése után bemutassa a Kielland-fogót és vázolja ennek előnyeit az eddig használt fogó mellett.

Előadás:

Vidakovits Kamill: *A bélszpaszmusról.* Sorra veszi azon ismert tényezőket, amelyek a bél göresét okozzák, megemlíti azokat, amelyeknek kórokozó jelentősége még vitás. Szól a diagnosis nehézségeiről és azon kórfarmákról, melyekkel összetéveszthető. Ismerteti a különböző kezelési eljárásokat. (Megjelenik egész terjedelmében.)

VI. szakülés 1924 november 22-én.

Elnök: **Meskó Zoltán.** Jegyző: **Heiner Lajos.**

Előadás:

Wolff Ferenc: A Rockefeller-alap által rendezett nemzetközi tanulmányúton vett részt a népjóléti minisztérium megbízásából. Ismerteti azt a hatalmas, az egész világra kiterjedő egészségügyi organizatiót, amelyet a Rockefeller-alap képvisel. Az a csoport, amelybe előadó be volt osztva, Anglia és Ausztria egészségügyi szervezését és intézményeit tanulmányozta, elkezdve a legmagasabbtól a legalacsonyabbig. A tanulmányút három hónapot vett igénybe, ez alatt alaposan megismerhették a két ország socialis berendezését, egészségügyi organizatióját, lakosságának jellemét. Különösen a Skóciában talált viszonyok nyerték meg tetszését. Tapasztalatairól a ministeriumhoz intézett jelentésében számol be, a szakosztály előtt csak gyors vázlatát adhatta a látottaknak.

VII. szakülés 1924 november 29-én.

Elnök: **Meskó Zoltán.** Jegyző: **Heiner Lajos.**

Előadások:

1. **Györffy István:** *A növények rákos betegségeiről.* Ismerteti a rák néven ismert növényi betegségeket s tár-

gyalja a bacterium tumefaciens okozta tumorokat. Öszszefoglalva az amerikai, berlini és francia iskola újabb oltási kísérleteinek eredményeit, sikerült eddig növényi rákkal inficiálni burgonyaszárat, cukorrépát, fuchsiát. Allati pathogen anyagot sikerrel oltottak át muskátlira, burgonyára, napraforgóra. Ismerteti a radiocellulo-oscillateurrel végzett gyógyító kísérleteket és bemutat több idevonatkozó képet.

2. **Ormos Pál:** *A vesecysták fejlődéséről.* Solitaer vesetömlők és tömlős vesék vizsgálatai alapján, összevetve más szerzők vizsgálataival, arra az eredményre jut, hogy a vesecysták fejlődésük szempontjából három csoportba oszthatók: 1. öregkori zsugorvesésben létrejött cysták, amelyek retentiós cysták összeolvadásából fejlődnek; 2. veleszületett tömlős vesék, amelyek haematomák, illetve adenomák; 3. a solitaer vesetömlők, cystomák.

VIII. szakülés 1924 december 13-án.

Elnök: **Löte József.**

Jegyző: **Heiner Lajos.**

Bemutatók:

1. **Cherey-Pechany Albin** 38 éves nőbeteget mutat be, akinél műtételeg kiirtotta a vastagbél gümős szűkületét, amely felett a bélben rengeteg idegentest volt, gyümölesmagvak, csirkecsontok.

2. **Heiner Lajos** 4 éves fiút mutat be, kinek arcán típusos Heroderma pigmentosum látható, már rákos elfajulással.

3. **Kováts Ferenc** három súlyos tüdőtuberculotikus betegén demonstrálja, hogy a mai nehéz viszonyok között is milyen jó eredményt lehet elérni specifikus kezeléssel, a bemutatott esetekben Boquet-Négre-antigennel.

4. **Genersich Antal:** Interstitialis tubaris terhesség negyedik hónapjában fellépett méhrepedés operált esetét mutatja be. A hasürben levő, 3 liternyi, részben alvadt, részben folyékony vérből 1200 cm³-t reinfundált, s bár a vérvesztés a testsúly 5%-ánál többet tett ki, a beteg mégis megmaradt. Ikterus, haemoglobinuria nem jelentkezett. A citrátos vér reinfusiójának eredménye valószínűleg attól függ, hogy mennyi idő telt el a vér kiömlése és a reinfusio között.

Előadás:

Tuszkai Ödön: *A közegészségügy nemzetgazdasági alapon.* A nemzetgazdasági közegészségügy lesz egy új világnézet alapja, amely az emberélet mértékét helyesen értékeli. Ez csak úgy lehetséges, ha már a gyermek lelkébe beoltják az egészség tanításait, úgy hogy egészségügyi követelményekké váljanak. Kifejti irányelveit, amelyeket részletesen megokol és demonstratív módon bemutatja, hogy azoknak megvalósítása sokkal csekélyebb áldozatába kerülne az államnak és a társadalomnak, mint a mai egészségügyi intézmények, nem is szólva azokról a nagy anyagi előnyökről, amelyek ilyen alapon nyugvó egészségügyi berendezés folytán származnának a sokkal kevesebb betegségnap által megtakarított munkanapok után.

Az egyetemek költségvetése.

Írta: **Grósz Emil dr.** egyetemi tanár.

Tíz évi szünet után végül a kormány abban a helyzetben van, hogy a nemzetgyűlés elé részletes költségvetést terjeszthetett, mely betekintést nyújt az államháztartásba.

A rendezett gazdasági s politikai viszonyok első feltétele a rendszeres költségvetés, mely a tervszerűséget, a takarékoskosságot, s a józan gazdálkodást lehetővé teszi.

Nagy megnyugvásunkra szolgál, hogy a magyar állam az ország nehéz pénzügyi helyzetében a közoktatásügyre jelentékeny összeget tud fordítani. A vallás-és közoktatásügyi tárca kerekaszámában 70 millió aranykoronát vesz igénybe, ez egyetlen adat meggyőző bizonyítéka annak, hogy a kormány *Frigyes Vilmos* példáját követi, ki *Poroszország* súlyos helyzetében a mult század elején szellemi javakkal igyekezett pótolni azt, amit anyagiakban elveszített.

Ha azonban a tárca költségvetését a 10 év előtti vel összehasonlítjuk, már kedvezőtlenebb a kép, mint-hogy akkor a kultusztárca 160 millió aranykoronát vett igénybe. De e két szám nem alkalmas az össze-

hasonlításra, mert egyrészt akkor a régi Magyarország, ma Csonka-Magyarország kultúrájáról van szó, másrészt a korona vásárló ereje azóta éppen azon a téren, melyre a költségvetés vonatkozik, nagyon megváltozott.

A következőkben ezúttal csak a tudomány-egyetemek költségvetését óhajtom megismertetni, egyrészt azért, mert az egyetemek, a legfőbb szellemi javak kincstárai, a tudományos munka főhelyei, az ország egész kultúrájának irányítói, az a forrás, melyből az összes tanintézetek merítenek az a világitó nap, mely sugarával az egész ország kultúráját elárasztja, azt éteti, melegíti, felvirágoztatja, gyümölcsözővé teszi.

A *budapesti kir. magy. Pázmány Péter tudományegyetem* összes kiadásai 4.291.350 koronára vannak előirányozva, de ez összegből leszámítandó a Pasteur-intézet és kórház, mely tudvalevőleg az egyetemmel nincs kapcsolatban, levonandók azon tételek, melyek nem kizárólagosan a budapesti egyetemet illetik. A klinikák költségvetése ugyan külön rovatban szerepel, de sokkal helyesebb volt a régi systema, amidőn a klinikák költségvetése külön címet foglalt el. A klinikák ugyanis nemcsak tudományos és oktató intézetek, hanem a beteggyógyítás nagy központjai, melyek állami kórház szerepét is viselik. A budapesti egyetemi klinikák 2000 ágyán évente kb. 28.000 beteget ápolnak s negyedmillió járó betegnek rendelnek, ezzel az ország közegészségügyét szotgálják. A betegápolás nagy költségei, az egyetemi költségvetést terhelvén az egyetemekre kötött kiadásról téves képet nyerünk.

A budapesti egyetem személyi járandósága 1.651.980 aranykorona. Az egyetem dologi kiadására a klinikák kivételével 200.000 aranykorona, a klinikáknak dologi kiadásaira 2.132.020.

A rendkívüli kiadások mindössze 142.000 koronával szerepelnek, beruházásra pedig semmi.

A bevételek között a tandíjjövedelem 115.320 koronával, az egyetemi alap jövedelme 38.350 koronával, az ápolási díjak 927.700 koronával szerepelnek. Az összes bevételek: 1.294.070 koronára vannak előirányozva.

E nagy számok senkit se tévesszenek meg. Egyetlen példa megvilágítja a helyzetet, 1914/15-ben a költségvetés a klinikai betegek élelmezésére 1.300.000 koronát irányzott elő, 1924/25-re 703.504 koronát, pedig az ágyak száma 150-nel emelkedett, az élelmiszereké pedig legalább 50%-kal, ebből látható, hogy az igényeket milyen mértékben kellett mérsékelni s ebből látható, hogy a klinikák milyen nehézséggel küzdenek.

A *szegedi Ferenc József-tudományegyetem* 1.313.360 koronájából személyi kiadásokra 689.940 korona, a dologi kiadásokra a klinikák nélkül 60.070 aranykorona, a klinikáknak dologi kiadásaira 1.171.920 esik, a rendkívüli kiadások mindössze 135.560 koronát tesznek ki, beruházásokra nincs semmi előirányozva, holott tudvalevően az egyetem Kolozsvárról menekült.

A *debreceni Tisza István-tudományegyetem* már jelentékenyebb összeget 2.446.800 koronát igényel. A személyi járandóságok összege 579.370 korona, a dologi kiadások a klinikák kivételével 51.680 korona, a klinikáké 1.340.500 korona, a rendkívüli kiadásokra 97.360 korona, beruházásokra az orvoskari intézetek pótlására 1 millió korona.

A *pécsi Erzsébet-tudományegyetem* 2.986.030 koronát vesz igénybe, ebből személyi járandóságokra esik 568.270 korona, dologi kiadásokra a klinikák kivételével 41.830 korona, a klinikák dologi kiadásaira 550.000 korona, rendkívüli kiadásokra 125.560 korona, épületek átalakítására és berendezésére 1.700.000 korona.

E két egyetem tehát a beruházásokra jelentékeny összegeket igényel, ami természetes, mivel a debreceni egyetem építkezése folyamatban van, a pécsi egyetem pedig csak ezen évben költözött be székhelyére.

A négy tudományegyetemen jelenleg 8993 tanuló tanul és pedig a budapesti egyetemen 5809, a szegedin 1090, a debrecenin 894, a pécsin 1200.

A tanárok száma a budapesti egyetemen 134, a szegedin 60, a debrecenin 50, a pécsin 51.

E néhány szám sokat mond.

A magyar állam ma létért való küzdelmében tudományos gárdát szervez. E gárda kiképzésére szolgáló intézmények dotációja ma elégtelen, de reméljük, hogy a nélkülözések éveit után az állam abban a helyzetben lesz, hogy a fenntartás költségeit fedezni fogja.

A multban azt tapasztaltuk, hogy az alkotásokra könnyebben sikerült fedezetet találni, remélünk kell, hogy a jövőben a meglévő intézmények *fenntartására* is meglesz az áldozatkészség. Az e célra szolgáló befektetések az állam legproduktívabb kiadásai.

VEGYES HÍREK

Előfizetésünket 1925-re — amit régi előfizetőinknek az 50. számhoz, új belépőknek első január 6-i számunkhoz mellékelt chequen kérünk beküldeni —, aranykoronában emelve, de a szorzószámot 17.000-ról 15.000-re leszállítva —, csak 10%-kal emeljük, miután lapunk most már állandóan 28 oldalas és lesz még több is. Egy évre 20 korona (= 300.000 papír korona), félévre 10 K (= 150.000), negyedévre 5 K (= 75.000), egy hónapra 2 K (= 30.000) lesz az *Orvosi Hetilap* előfizetési ára; — az *Orvosképzésé* 10, illetve félévre 5 aranykorona; a *Magyar Orvosi Archivumé* marad egy évre 6, félévre 3 aranykorona. Ezek szerint kérjük tehát a cheque kitöltését. **Ha még ezenkívül hátralékos összegek is kerülnek a cheque-re, kérünk annak hátulján okvetlen írásbeli részletezést.**

Naptárunk szétküldése, nyomda-technikai okokból, csak most kezdhető meg. Akiknek előfizetése beérkezett, azoknak azonnal, külön borítékban, megküldjük.

A Tuberculosis Elleni Küzdelem Országos Bizottsága. Örömmel közöljük Vass József népjóléti miniszter úr rendelkezését, mely reményt nyújt arra, hogy a tuberculosis elleni küzdelem a jövőben több eredményt ér el. A mozgalom vezetői *Fáy Aladár dr.* és *Parassini József dr.*

M. kir. Népjóléti és Munkaügyi Miniszter 46.900/I. B. 1924. számú rendelete.

A világháború következményei folytán összeomlott társadalmi intézmények és alakulatok között, sajnos, helyet foglalnak a tuberculosis ellen védekező egyesületek is. Ugy ezeknek, mint a hasonló célt követő szervezkedéseknek legnagyobb része munkásságát vagy teljesen szünetelteti, vagy csak éppen tengődik.

Már pedig az a tény, hogy legnagyobb ellenségünk: a tuberculosis, évente ma is átlag 24.000 embert ragad el sorainkból, különösen a tuberculosis kifejlődését legjobban elősegítő szociális tényezőkre, a lakás-szűfoltásra és munkanélküliségre való figyelemmel kell, hogy mindenkit, aki a nemzet sorsát szíven viseli, megdöbbenjen.

A küzdelmet tehát ez ellen a nemzetgazdasági, népesedési-politikai és egészségügyi érdekeinket egyaránt súlyosan sértő népbetegség ellen újból teljes erővel kell venni.

Erős a reménységem, hogy a fenyegető veszedelmet a maga teljességében felismerő és megértő vezető egyéniségeknek sikerülni fog egymással karöltve megöröszni azt a fásult közönyt, amelyet ma még a társadalmi és hivatali körökben is lépten-nyomon tapasztalunk.

Addig, amíg az állami élet legtöbb ágazata rendszerkérvágásába vissza nem zökkent, a szervezkedésre való kísérletek alig vezetnek eredményre, mert a felbillent lelki egyensúly mellett az emberek céltudatos és következetes kitartást követelő munkára nem voltak alkalmasak. Most azonban, hogy az állami élet rendszeres menete általában helyreállott, elérkezettnek látom az időt arra, hogy a tuberculosis elleni küzdelmet teljes erővel s a társadalom minden érdekelt rétegének bevonásával megkezdjük.

Mindenekelőtt azonban szükségesnek látom elcsatolni azt a téves felfogást, amely már a múltban is akadályául szolgált a védekezés sikerének.

Már a múltban is erősen tapasztalható volt az a nagyfokú tájékozatlanságból származó hajlandóság, amely mindent az államtól várt, teljesen téves megítélésből a tuberculosis elleni védekezés terén is az a helytelen felfogás kapott lábra, hogy az az állam feladata s abban a társadalomnak csak jelentéktelen szerepe van.

Ennek éppen az ellenkezője áll. Mindenütt a társadalom feladata, hogy saját érdekeit megfelelő szervezkedéssel maga védje meg és mozdítsa elő, így a tuberculosis elleni védekezést is a saját helyi viszonyaihoz mérten a helybeli elősegítő társadalmi és foglalkozási tényezőknél s az áldozatkészre képes és köteles köröknek igénybevételével s a közhatóság támogatásával ugyan, de magának a társadalomnak kell megszerveznie és folytatnia. Az állam feladata csak a tudományos irányításban, az alkalmas védekezési módok megjelölésében s a célt szolgáló társadalmi egyesületek és intézmények erkölcsi támogatásában áll, amely támogatást a kormány a lehetőleghez képest bizonyos anyagi segítséggel tehet nyomósabbá.

Igy van ez minden más művelt kultúrállamban is, ahol az érdekelt hatóságok és hivatalok a társadalom érdeklődő elemeivel karöltve végzik a szervezkedést s a

vonatkozó intézményeket és intézeteket saját maguk tartják fenn.

Különösen a munkásbiztosító pénztárakra és más hasonló rendeltetésű intézményekre vár nálunk e téren nagy feladat, amelyet a tuberculosisistól erősen szenvedő ipari munkásság érdekében vállalniok és végezniök kell. Anyagi szempontból is érdekük a betegsegélyező intézményeknek, hogy ebből a társadalmi munkából kivegyék részüket, mert a jól vezetett gondozó eljárással kapcsolatos prophylaxis a megbetegedések számának s ezzel végeredményében az intézmények anyagi terheinek csökkenésére vezet.

Látva a tuberculosis rohamos emelkedését a háború alatt, 1916. évi 54.593. szám alatt kelt rendeletével (Magyarországi Rendeleték Tára, 1916. évf., 424. lap) az akkori belügyminiszter úr már felhívta volt az ország valamennyi törvényhatóságát, hogy a tuberculosis elleni védekezés társadalmi helyi szervezetét alkossák meg.

Mint hogy azok a védekezési elvek és irányok, amelyek ez a körrendelet megjelöl, ma is teljes mértékben érvényben vannak, a szervezkedés alapjául ez a körrendelet szolgáljon.

Elsősorban arra terjedjen ki a törvényhatóság gondoskodása, hogy a korábbi időben keletkezett, de működésükben elakadt vagy azt csak félerővel folytató egyesületek és intézmények, amelyek a tuberculosis elleni küzdelmet szolgálták, újra életre keltessenek, munkásságukat teljes erővel felvegyék s biztos támasztékaik legyenek a helyi küzdelem intézőinek.

A tuberculosis elleni küzdelem országos bizottságát, melynek elnökévé Fáy Aladár dr. államtitkárt neveztem ki, teljesen újjászervezve, ismét működésre hívom s így a vidéki egyesületek és intézmények, másrészt pedig a központi vezetőszerkezet között akadály nélkül megvan a kapcsolat és a közvetítés lehetősége.

A tuberculosis elleni társadalmi védekezésre vonatkozó minden kérdésben közvetlenül ehhez a bizottsághoz kell fordulni, melynek székhelye egyelőre a népjóléti és munkaügyi ministerium jelenlegi épületében (Budapest, IV. Eskü-tér 1. régi piarista-épület) van.

A társadalmi szervezetek együttműködésének biztosítására feltétlenül szükségesnek látom, hogy a közigazgatási hatóságnak legyen olyan közege, amely a szociálpolitikai kérdésekkel hivatásszerűen foglalkozik.

Ott, ahol a törvényhatóságnak szociálpolitikai osztálya, vagy ily célra külön intézménye van, a tuberculosis ellen védekező és rokoncélú egyesületeknek ezzel kell kapcsolatot keresnie, ahol pedig ilyen szerv nincs, feltétlenül legyen ezzel az ügykörrel foglalkozó kijelölt tisztviselő, akinek közvetítésével a helybeli jótékony- és segítő-egyesületek és intézmények a tuberculosis elleni védekezés intézőivel érintkezhetnek s egymás működését támogatólal kiegészíthetik.

A tuberculosis elleni küzdő egyesületek munkája azonban csak akkor vezethet sikerre, ha azokat a hatóságon kívül a társadalom érdekelt körei és azoknak a kérdés iránt érzékkel bíró tagjai is, különösen pedig a megértő intelligens nöközség lelkesen támogatják.

A gondozásba vett tüdőbeteg családok házi viszonyainak megállapításánál a betegek és családtagjaik megfelelő magatartásának ellenőrzésénél, felügyeleti teendőknél stb. nélkülözhetetlenek a patronage-bizottságok.

Felhívom ennél fogva a törvényhatóság közönségének figyelmét az 1918. évi 51.770. számú belügyministeri körrendeletre (Magyarországi Rendeleték Tára, 1918. évfolyam, 1189. lap), amely a szóbanlévő patronage-bizottságok megalakítása tárgyában intézkedik.

Teljes bizalommal vagyok az iránt, hogy a törvényhatóság közönsége, annak vezető körei épp úgy, mint hivatalos és tisztviselői teljes mértékben meg fogják érteni a tuberculosis-kérdés nemzetrontó jelentőségét s mindent el fognak követni, hogy a legközvetlenebbül érdekelt, a munkásokat foglalkoztató iparosok, ipartelepek, földbirtokosok stb., a mozgalomba bevonassanak s megfelelő áldozatkésztséget is tanúsítsanak, még pedig ne csak egyszeri adománnyal, hanem rendszeresen megajánlott állandó jellegű hozzájárulással, amely a mozgalom helyi vezetőségének kellő anyagi alapot biztosítsa.

A tuberculosis elleni propaganda terén különösen nagyfontosságú szerep jut mindenütt az iskolának. E tekintetben a vallás- és közoktatásügyi miniszter úr fog felkérésre külön intézkedni, de függetlenül ettől, a mozgalom megszervezésébe a tanító- és óvószemélyzet feltétlenül be kell vonni.

A társadalmi mozgalom megindításán és a szer-
vezkedés előmozdításán felül a törvényhatóság vezető
hivatalos köreire hárul az a feladat, hogy a baj meg-
előzése, az úgynevezett prophylaxis tekintetében előírt
hatósági intézkedéseknek minden esetben érvényt sze-
rezenek s a tüdőbetegek bejelentése, foglalkozásuk
korlátozása és lakásuk fertőtlenítése tárgyában 1913.
évből kiadott 191.049/1912. belügyministeri körrendelet
(Magyarországi Rendeletkötet Tára 1913. évf., 729. oldal)
határozmányai mindenütt pontosan végrehajtassanak.

Saját hatáskörömben is gondoskodom róla, hogy
a tuberculosis leküzdését célzó hatósági intézkedések
végrehajtása erélyesen ellenőriztessék s hogy a külön-
féle kormányzati ágazatok részéről szükséges megfe-
lelő intézkedések a kérdés mai álláspontjának meg-
felelő szellemben kibocsátassanak.

Ezen körrendeletben foglalt intézkedéseim
eredményéről a törvényhatóság első tisztviselője útján
jelentést várok.

Budapest, 1924 november hó 28-án. Vass s. k.

Idegen orvosok letelepedése Franciaországban
nagyon meg van nehezítve, mint azt a párizsi m. kir.
követségnek a m. kir. külügyministeriumhoz intézett s
onnan a vallás- és közoktatásügyi ministerhez áttett
alábbi jelentéséből látjuk:

A francia közoktatásügyi minister a Journal
Officiel 1924. évi november hó 29-i számában (10.517. old.)
hirdetményt tett közzé, mely szerint napról-napra
növekedik azon idegen nemzetiségi állampolgárok kér-
vényeinek száma, melyben vagy külföldön szerzett
orvosi diplomák nostrifikálását vagy pedig egyetemi
orvosi fakultási tanulmányaik folytatására, érettségi
bizonyítványuk elismerését kéri; mindkét csoport
abból a célból, hogy Franciaországban mint orvosok le-
telepedjenek és praxist folytassanak. A minister kijel-
enti, hogy ezek a kérvények egészen céltalanok és el-
sem lesznek intézve, mert *Franciaországban csak az
folytathat orvosi praxist, akinek francia érettségi bizo-
nyítványa (baccalauréat) van. Ez alól semmiféle kivé-
telnek helye nincs.*

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti kir. m.
Pázmány Péter-tudományegyetem orvostudományi ka-
rán 1924. évi december hó 13-án a következők: *Farkas
József, Gaskó Dezső, Gász Antal, Heller Imre, Klimkó
Dezső, Matócsy Tamás, Papp Gyula, Schönborn László,
Seer József, Szentek István, Vágó Pál, Hermann Géza.*
Üdvözljük az új kartársakat!

Tartalomjegyzékünket újra kinyomattuk, mert az
összefoglaló szemlék, előadások, necrologok nagy része
belekeveredett az „eredeti közlemények”-be. E költsé-
ges, de lelkiismeretes hibaigazítást mult évi előfizetőink
a jelen 3. számba befűzve kapják. Ha valaki nem kapott
volna helyesbített tartalomjegyzéket, kérjük egy héten
belső reklamációját.

Tüdőbeteg gondozás és tuberculosis. A Tuberkuló-
zis Elleni Küzdelem Orsz. Bizottságának hivatalos köz-
lönye újra megjelenik. Szerkeszti: Parassini József dr.,
a Tuberkulózis Elleni Küzdelem Orsz. Bizottságának
főtitkára és Báthory Aladár dr., a népjóléti és munka-
ügyi minisztérium osztálytanácsosa, az orsz. bizottság
titkárhelyettese. Olvasóinknak is bizonyára öröme
szolgálna e nagy hivatású folyóirat feltámadása. Előfizi-
tési díj 90.000 korona. Megrendelhető a kiadóhivatalban:
„Petőfi Irodalmi Vállalat” Budapest, VII, Kertész-u. 16.

Felhívás! Felkérjük a kolléga urakat, hogy akik
személyi adataikat a Magyarország Orvosainak Évkö-
nyve és Címtára 1925. évfolyama részére mindaddig
nem küldték be, ezt az Évkönyv teljessége érdekében és
rendünk jól felfogott érdekében mielőbb pótlólag meg-
tenni sziveskedjenek, miután a könyv szerkesztősége a
címtári részt már f. hó 25-én lezárja. Az adatgyűjtéshez
szükséges kérdőíveket a könyv szerkesztősége (VII, Ker-
tész-utca 16.) díjmentesen bocsátja minden érdeklődő ren-
delkezésére. Igazán kívánatos, hogy legyen egy pontos
és minden irányban felvilágosító magyar orvosi cím-
tárunk.

Tisztiorvosi tanfolyam. A népjóléti és munkaügyi
miniszter 1925 március 9-től június 6-ig tisztiorvosi tan-
folyam megtartását rendelte el. Akik a tanfolyamon
részt óhajtanak venni, kérvényeiket 1925 február
hó 15-éig nagyméltóságú Fáy Aladár dr. államtitkár úr,
a vizsgáló bizottság elnökének címére (népjóléti és mun-
kaügyi m. kir. minisztérium, IV, Eskü-tér 1. sz.) küldjék
be. Kérvény mellékletei: anyakönyvi kivonat, curriculum
vitae, oklevél (vagy hiteles másolat), egy évi kórházi

gyakorlat igazolása. Bővebb felvilágosítást Mozsonyi
Sándor dr. miniszteri osztálytanácsos (népjóléti és mun-
kaügyi minisztérium, Eskü-tér 1. sz.) nyújt.

Az élettani szakosztály ülést tart jan. 27-én, kedden
d. u. 1/2 órakor, az élettani intézet tantermében. *Huzella
Tivadár:* 1. A hajszálerek működésének és a secretió-
nak mechanizmusa a kötőszövetben. 2. Egyszerű mikro-
operációs berendezés bemutatása.

**Budapesti Kerületi Munkásbiztosító Pénztár orvo-
sai** január 23-án d. u. 6 órakor a székházukban tart-
ják tudományos ülésüket. Napirend: *Bemutatók:*
1. *Friedrich László:* Egyszerű próba a gyomormotilitás
és secretio együttes megítélésére. 2. *Friedrich Vilmos:*
Gümös fekély az alajkon chemotherapiával gyógyult
esete. 3. *Humayer Károly:* Trauma folytán létrejött ra-
dialisbénulás érdekes esete. 4. *Weinberger Miksa:* Egési
keloidok gyógyítása. *Előadás:* 1. *Keve Ferenc:* A syphi-
lis újabb kezelésmódjairól. 2. *Forbáth Sándor:* A Was-
sermann-reactio eredményeinek értékeléséről.

**A budapesti kir. m. Pázmány Péter-tudomány-
egyetem I. számú szemklinikájának (igazgató: Grósz
Emil dr. egyet. tanár) betegforgalma** az 1924. évben a
következő volt:

Elsőízben jelentkezett új járóbetegek száma:
25.352, a kezelések száma: 63.585 (ezek között 8.647 trachoma-
más kezelés), a klinikára felvett betegek száma: 2.116, a
nagyobb műtéteké: 1520, ezek között 526 öregkori hályog,
168 iridectomia, 89 cyclodialysis, 52 tenotomia, 47 ante-
positio, 116 könnytömlőexstirpatio, 148 enucleatio. A ki-
sebb műtétek száma: 823 (ezek között vannak a tra-
chomaelenes műtétek, a jégárpaműtétek stb.). Az ide-
genestek eltávolítása a szaruhártyából, a könnyor-
vezetési szondázás, árpák megnyitása stb. *nincsenek*
beleszámítva.

A Magyar Szemorvostársaság ülésének
programja f. é. január 25-én, a II. számú szemklinikán:
Bemutatók: 1. *Csapody:* Szemölcsös látóidegfők.
2. *Pelláthy:* Drüner-féle stereokamera. *Előadások:*
Pándy (vendég): a) A szemgolyók dyssynkinesise.
b) A felszemű vakságnak egyszerű bizonyítása. c) La-
tens ptosis.

Az orvostanhallgatók száma Magyarországon. Az
1924/25. iskolai év I. felében a budapesti kir. m. Pázmány
Péter-tudományegyetemen 2127 orvostanhallgató (282
I. éves), a magyar kir. szegedi Ferenc József-tudo-
mányegyetemen 443 (45 I. éves), a debreceni m. kir.
Tisza István-tudományegyetemen 381 (50 I. éves), a
pécsi m. kir. Erzsébet-tudományegyetemen 323 (95
I. éves) iratkozott be. Az apadás tehát jelentékeny. Ha
számba vesszük, hogy a 472 I. éves közül már az I. év
végén többen elmaradnak, az I. szigorlaton pedig még
többet visszamaradnak, néhány év múlva a felsőbb év-
folyamokban nagy esőkenésre van kilátás.

A többi karokon így áll a helyzet:

Hittud. kar	28 elsőéves,	73 felsőbb éves, össz.	101
Jogi kar	959	1322	2281
Bölcs. kar	345	681	1026
Gyógysz. hallg.	120	153	273

Legérdekesebb a *jogi* kar, hol a felsőévesek
együttvéve sem teszik az I. évesek másfélszeresét, míg
az *orvosi* karon úgy áll a helyzet, hogy legtöbb az
V. éves, s legkevesebb az I. éves.

Ha összehasonlítjuk az 1924/25. tanévi I. félévi
beiratások eredményeit az 1923/24. tanévi I. félével, a
következő *fogyási* számokat kapjuk:

hittanhallgató.....	—
joghallgató.....	128-cal kevesebb
orvostanhallgató ..	636-tal
bölcsészettanh.....	116-tal
gyógysz. hallgató..	53-mal
összesen	933-mal kevesebb

Ragályos betegségek Budapestén. A tisztifőorvosi hivatal
kimutatása szerint január 4-től január 10-ig előfordult:

Hasi hagymáz.....	16 (1)	Gyermekgáyi láz.....	— (1)
Küteges hagymáz ..	— (—)	Bárányméreg.....	61 (—)
Hólyagos (ál-)himlő ..	— (—)	Járv. fültörmirigylob ..	1 (—)
Kanyaró.....	364 (1)	Vérhas.....	3 (2)
Vörheny.....	71 (—)	Járv. agygerincgyhártyalob ..	— (—)
Szamárhurut.....	12 (1)	Trachoma.....	3 (—)
Roncs. torok-és gégeglob	19 (—)	Veszétség.....	— (—)
Influenza.....	15 (2)	Lépfene.....	— (—)
Ázsiai kolera.....	— (—)	Tetanus.....	— (—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

**A szerkesztő fogadóórját kedden és pénteken 11—12-ig
tartja.**

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON.
Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi miniszter úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága:

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Vidakovits Kamill:** Az „ileus spasticus“ kóroktanáról és pathogenesiséről. (61–64. oldal.)
Duzár József: Haemoklinikus status a gyermekkori tuberculosinál. (64–65. oldal.)
Bársony Tivadar és Friedrich László: Vizsgálatok a gastroduodenalis szondával. A gyomor- és nyombél-tartalom egyidejű vizsgálata éhgyomorral. (66–67. o.)
Thurn-Rumbach István: Egyoldali teljes ureterduplicitás. (67. oldal.)
Pfeifer Gyula: Méhrák metastasisa a Bartholini-mirigyre. (67–68. oldal.)

- Salánki József:** A somnifen alkalmazása az elme- gyógyászatban. (68–69. oldal.)
Zemplényi Imre: Ritkább rendellenesség a fogazatban. (70. oldal.)
Horváth Béla: A bulbus elülső részének vizsgálására szánt optikai eszközökről. (70–73. oldal.)
Lapszeme. Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Fülgyógyászat. (74–77. oldal.)
Elméleti tudományok köréből. (77. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 17-i ülése. (77–78. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának jan. 12-i ülése. (78–79. oldal.)
Vegyes hírek. (79–80. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A szegedi Ferenc József-tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye.

Az „ileus spasticus“ kóroktanáról és pathogenesiséről.

Írta: Vidakovits Kamill dr. egyetemi ny. r. tanár.*

(Első közlemény.)

1897-ben a berlini sebészkongresszuson *Heidenhain* sajtószerű kórképet ismertetett: a bél görcse által okozott bélelzáródást és e betegségnek az „ileus spasticus“ nevet adta. Előadása akkor többek ellentmondásával találkozott, és igazát csak két évvel később ismerték el, midőn újabb esetek kétséget kizárólag igazolták azt, hogy ez a kóralak valóban létezik. Az azóta megjelent közlemények nem nagyszámúak, de bizonyítják, hogy előfordulása nem ritka. Eddig a német irodalomban mintegy 100 eset ismeretes.

Klinikai tapasztalatok, kibővítve műtéti és sectió leletekkel sok tekintetben közelebb hoztak már e betegség megismeréséhez, azonban — és talán a legfontosabb kérdésben — kóroktana és pathogenesis kérdéseiben ismereteink még mindig homályosak. Ma már csoportokba lehet osztani azon elváltozásokat, amelyek mellett a spasmusos ileus megjelenését látták, azonban azon inger természetét, mely a sokszor megoldhatatlan helybeli görcsöket váltja ki, és azon körülményeket, melyek a görcsöt olyan makacsul fenn tartják, nem ismerjük még eléggé. Kóroktani ismereteinknek ezen hiányosságából természetesen következik therapiánk tökéletlensége is, mely leginkább abból tűnik ki, hogy mai orvoslási eljárásaink mellett, *Dax* szerint, a spontán fellépő esetekben a halálozás még mindig 20%, a műtét után fellépő esetekben pedig 53%.

Saját eseteim kórtörténetének vázlatos kivonata.

I. B. B.-né, 65 éves. Gyermekkori betegségek jelentőség nélkülűek. 53 éves korában vért hányt, azonban gyomortáji fájdalmai nem voltak.

* Kivonatossan előadta a Magyar Sebésztársaság ezidei nagygyűlésén.

1922 szeptemberében 4 hétig szédült, majd hasa bal fele görcsösen fájni kezdett; azóta állandóan szék- és szélrekedésben szenved. Görcsös fájdalmai csakhamar jobboldalt is jelentkeztek; állapota mindinkább rosszabbodott, majd mivel orvosa hasának jobb felében daganatot állapított meg, felvettette magát klinikára. Utóbbi időben sokat fogyott.

Status praesens: Nyelve kissé száraz, lepedékes. Kissé vérszegény. Szív, máj, tüdők, lép rendesek. Hőmérséke 36,6, érverés száma 80. Idegrendszere eltérést nem mutat. Hasfala petyhüdt, hasa puffadtnak mondható, rajta élénk bélmozgásokat vehetünk észre, főleg a mesogastriumban; bélkorgások is hallhatók. Hasa nem érzékeny, azonban a jobb bordaív alatt, a jobb csípőtányérig terjedő, hátulról előre irányuló gyermekfejnyi, feszes, érzékeny terimenagyobbodás észlelhető, mely mély légvételnél kissé leszállani látszik. Némelykor a daganat megkisebbedik és ekkor kisökölnyi, ide-oda mozgatható, síma felületű, nem nagyon kemény és közel az elülső hasfal mögött foglal helyet. Vizelet fajsúlya 1014, normalis; mindkét vese egyformán működik.

Röntgen-vizsgálat: A coecumárnyék kiesést mutat, magába a coecumba is bejut kevés baryum; efelett levegő látszik.

A beteg 1923 január hó 4-ig megfigyelés alatt van; ezalatt állandóan van görcse, széke csakis beöntésre van, szelek is csak ilyenkor távoznak. Domoponra, papaverinre a görcsök enyhülnek, feszülése enged.

Mivelhogy a coecum táján lévő daganat nem tűnik el, még akkor sem, ha a betegnek széke volt, rosszindulatú daganatra gondolunk (a beteg magas kora, nagyfokú lesóványodása). Január hó 4-én műtétet végzünk rajta.

A műtétet magas gerincvelőérzéstelenítésben végzük; középvonali hasmetszés a köldök alatt. A műtéti lelet a következő volt: A hasi szervek épek, sehol a bélen szerves elváltozás nincsen. A coecalis daganat bélsárkőnek bizonyult. Szemünk láttára úgy a vékony-, mint a vastagbél különböző részein görcsös gyűrűk és összehúzódások támadnak, melyeknek hatása alatti a bél kötegszerűen elvékonyodik. A közbeeső bélrészek kitágulnak; különösen a coecumon észlelhető oly nagyfokú megfeszülés, hogy minden pillanatban annak megpukkadásától lehet tartani. Helyenkint a bélen csak körülírt leszorító gyűrűk, másutt 5–10 cm-nyi terjedelemben tetanikus összehúzódások képződnek, melyek szemünk láttára ismét el is tűnnek.

Egyéb elváltozást nem látván, a hasüreget a feregyűlvány eltávolítása után ismét bezárjuk.

A beteg egészen február hó 28-ig volt klinikán.

kon. Ezen idő alatt igen sokat szenvedett görcseitől, sokszor valóságos ileus képét nyújtotta; morphiomot, pantopont, domopont, atropint, papaverint, novatropint stb. nagy adagokban kapott, ezek tűrhetővé tették állapotát, azonban lényeges változást nem hoztak.

A kép egy csapásra megváltozott január hó 20-án, midőn egymásután kétszer erősebb Röntgenbesugárzást kapott köldöke tájékára. Utána széke magától lett, szelek spontán távoztak, görcsei vagy egyáltalában nincsenek, vagy csak enyhén jelentkeznek, úgyhogy gyógyszerelés nélkül is jól érzi magát, ilyen állapotban távozik február hó 28-án.

Később több ízben is érdeklődünk állapotára, többször jelentkezett felülvizsgálatra. Nem panaszmentes most sem, azonban sokkal jobban érzi magát, mint műtét, illetve a röntgenezés előtt.

II. W. G.-né, 74 éves, kereskedő özvegye, felvételt 1924 január hó 27-én, elbocsátatott február hó 16-án.

30 év előtt sárgasága volt, 20 év előtt jellegzetes epekörohama volt. Jelenleg 2 hó óta beteg. Állandóan gyomortáji görcsei vannak, 8 nap óta nem volt széke, tegnap este óta sem szelek nem távoztak, sem széke nem volt; hasa puffadt, erős görcsöket érez, főleg hasának felső részében. Székét megindítani nem tudta, a hashajtót kihányta; tegnap óta állandóan hány. Orvosa tanácsára sürgős műtét céljából felvételt magát a klinikára. Környezete pár nap óta észreveszi, hogy bőre sárgás színű.

Status praesens: A beteg súlyos beteg benyomását teszi. Nyelve bevont, száraz. Igen kövér (állítólag 150 kg súlyú) nőbeteg; bőre, sklerák színe sárgás. Belső szervei rendes viszonyokat mutatnak. Érverés percenkint 60; hőmérséke 37,4.

Hasa erősen elődomborodó, kisalmányi köldöksér. Májtompulat rendes, a máj széle sem tapintható. A léptompulat rendes. A has finomabb vizsgálata a beteg nagyfokú elhízása miatt nem sikerül, annyit megállapítható, hogy különösen felső részében az epehólyag tájékán, de másutt is mérsékelten érzékeny. Vizelete tiszta, borsárga, fajsúlya 1025, kevés genyert tartalmaz.

Magas beöntések eredménytelenek. Mivel kifejezett ileussal állunk szemben — leginkább epeköileusra gondoltunk az anamnesis alapján —, azonnal műtétet végzünk magas gerincagyi érzéstelenítésben. Az érzéstelenítés körülbelül a 3. borda magasságáig terjed, úgyhogy az egész műtétet — magas közepvonalai metszéssel a köldök felett — különösebb fájdalom nélkül lehetett elvégezni.

Műtéti lelet: Ép peritoneum, a has felső részében kevés sárgás, víztiszta folyadék. Kiterjedt összenövés az epehólyag körül, ezeknek szétfertése olyan nagyfokú vérzéssel jár, hogy az epehólyag szabaddátételétől el kell állanunk. A bélben sehol szerves akadály nem találkozunk, azonban feltűnő a beleknek helyenkénti tetanikus összehúzódása, főleg a vastagbél felső szakaszain, a sigmabél és rectum összeesettek. A műtét alatt az asztalon a betegnek vizes széke volt.

Egyéb elváltozások: a máj kötőszövetesen megvastagodott, a pankreas tömöttebb, lebenyes, az epehólyag kisdiónyi, tömött képlet alakjában tapintható.

Diagnosis: Ileus spasticus, Hasfalzárás, az epehólyag környékére a vérzés miatt jodoformgáze-beesavart drainsövet teszünk.

A további lefolyás sima volt. Papaverin-injekciókra csakhamar megindultak a szelek, széke is. Negyedik naptól kezdve görcsei nem voltak többé.

Június vége felé újból jelentkezett azzal a panasszal, hogy széke csak nehezen van, hasa sokszor megpuffad, időnkint görcsöket érez. Ekkor ismét papaverint rendeltem azzal az utasítással, hogy panaszok esetén jelentkezék újból. Azonban többet nem jelentkezett.

III. B. K. dr. egyetemi tanársegéd, 31 éves; felvételt 1922 május hó 4-én.

1911-ben vakbélgyulladás miatt operálták. Gyomorpanaszai ugyanezen évben kezdődtek. Jellegzetes gyomorfekélypanaszai voltak, vérhányás nélkül. Állapota az évek folyamán mindinkább súlyosbodott, később jellegzetes pylorusszűkület-tünetek. Az utolsó évben 14 kilót fogyott, alig tud táplálkozni, sokat hány; utóbbi hetekben táposórékkel él. Troparinra jobban érzi magát.

A Röntgen-vizsgálat szerves pylorusszűkületet állapított meg.

Status praesens: Lesóványodott, ép belső szervekkel bíró férfibeteg. Hasa behúzódtott, nem érzékeny. Hat órával az étkezés után a gyomor felett kifejezett loccsanás. Ütögetésre gyomorösszehúzódások nem váltathatók ki.

Lázatlan; érlökés percenkint 74; vizelete idegen alkatrészeket nem tartalmaz, fajsúlya 1018.

Műtét 1922 május hó 4-én, aether-chloroform-bódulatban. Tág gyomor, pylorusa nem szűkült, ellenben a duodenum kezdete heges, környezetével összekapaszkodott, megszőkült. Egyébként csak a coecum tájékán heges összenövés (appendektomiából kifolyólag), különben normalis viszonyok.

Tekintettel arra, hogy a duodenum heges részét nem lehetett volna resekálni, tekintettel továbbá arra, hogy ulcusos panaszai már régen megszűntek, gastroenterostomia retrocolica posteriori végzünk a pylorus teljes megszőkítésével, Pólya szerint, Hasfalzárás.

Másnap délben intenzív epigastriális fájdalmak. Reákövetkező napon teltségi érzés a gyomorban, hányingerek. Gyomorszondával 1 liter epés bennéket távoztunk el. Strychnin-injekciók. Oldalrafektetéssel azonban minden kellemetlensége megszűnik, gyomorösszehúzódásokat érez, többet hányingere nincsen. Táplálkozik; nyolcadnapra jó közérzettel távozik.

3-4 napig jól érezte magát, aztán újból jelentkeztek a hányingerek, sőt hányás is. Gyomortáji fájdalmak kíséretében teltségi érzés és loccsanás ütögetésre a gyomor felett. Egy ízben kb. kétliternyi hányt.

Újbóli felvétel 1922 május 17-én, tehát 6 nappal az elbocsátás után.

Status praesens: Telt gyomor, loccsanás a gyomor felett. Circulus vitiosus nem lehet, mert a pylorus teljesen el van zárva. Gyógyszerek hatástalanok. A gyomor tartalmának kiemelése sem szünteti meg a hányást. Ezért újból műtét, mely alkalommal kiderül, hogy a gastroenterostomia körül hiba nincs. Azonban az elvezető kacs, mely első részében tág, egyszerre dugóhúzószerűen megcsavarodik. Ez alatt a vékonybél madárbélszerűen összeesett.

Tekintettel arra, hogy az akadály az elvezető kacsban van, és arra, hogy a beteg állapota a műtét mielőbbi befejezését követeli: gastroenteroanastomosis antecolica anteriori végzünk, Braun-féle anastomosisal; a hátsó gastroenteroanastomosis hozzávezető kacsát pedig lehetőleg szűkítjük, hogy a béltartalom ne vehesse útját a duodenum felé.

A bél megcsavarodásának szerves oka nincsen, ezt csak göres okozhatta.

A műtét után 8 napon át gyomorteltséget érez, többször hány is, itt-ott görcsös pristaltikáról panaszok. Gyomormosások, oldaltfekvés nem változtatnak az állapoton, 8. napon papaverin és tropinra javulás. A gyomor kezd továbbítani, jobban táplálkozik, közérzete megjavul. Kissé megerősödve távozik, panaszmentesen, 18 nappal a műtét után.

Azonban a jó közérzet nem tartott sokáig; csakhamar újból kellemetlenségek jelentkeztek: görcsök, fájdalmak, hányási inger és hányás is. Annyira hányt megint, hogy csakis táposórékkel tartotta fenn magát, 1922 július 9-én újból jelentkezett felvételre.

1922 július 9-én 3. laparotomia vegyes nakosisban és helybéli érzéstelenítéssel.

Műtéti lelet: A gyomor körül kiterjedt összenövés. A gastroenterostomia jól működik, a hozzávezető kacs kissé tágult, az elvezető kacs körülbelül 50 cm-nyi hosszúságban kitágult, hypertrophiás, itt egyszerre összeesik, utána a vékonybél madárbélszerű; az ileum legalsó része megint tág; az ileumnak a coecalis bilentyű feletti része megcsavarodást mutat, körülötte összenövés (appendektomia után). Az itt lévő hegeket felszabadítjuk.

A Braun-féle anastomosis után a jejunum elvezető szára megtört. Ezt a bélrészt felszabadítjuk és alatta még egy anastomosis készítünk.

Két napig a műtét után jól érzi magát, 3. napon újból előállanak a régi kellemetlenségek. Strychnin és physostigmin hatástalanok, ellenben atropinra a bélműködés ismét rendbe jön, és a műtétet követő 6. naptól kezdve közérzete is megjavul. Kezd táplálkozni, széke eleinte csak hashajtóra van. Egészen véve gyógnak érzi magát. Azóta súlyban gyarapodott, csak nagyritkán vannak kisebb kellemetlenségei, megint munkabíró, egészséges ember.

Két esetről csak igen röviden tudok megemlékezni. Az egyik esetben 14 éves fiatalembéknél a műtét a nem egészen heveny módon fellépett bélelzáródás

okául nagyfokú bélfodri és hashártyamögötti gümös mirigyeket derített ki. A másik eset körülbelül 50 éves férfira vonatkozik, kinél a göresös bélelzáródás okául hasonló, de rákos elváltozást találtunk. Ebben az esetben is csak a műtét volt képes az ileus okát kideríteni.

E két esetről azért nem tudok részletesebben beszámolni, mert írásaik Kolozsváron maradtak.

Az esetek csoportosítása kóroktani alapon.

Kóroktani szempontból általában két nagy csoportba oszthatók a spasmusos ileus esetei. Az egyikbe sorolhatók azok, melyek műtét vagy másnemű hasi trauma után léptek fel, a másik csoport eseteiben az ileus ilyentől függetlenül, sokszor minden kimutatható ok nélkül jelentkezett. A műtét alkalmával talált elváltozások szerint ezen második csoport ismét alcsoportokra osztható.

I. A műtét és hasi trauma, mint a spasmusos ileus oka.

Spasmusos ileus észleltetett a legkülönbözőbb hasi és hashártyamögötti szerveken végzett műtétek után. Kétségtelennek látszik a bélfodron való operálás kóroktani jelentősége. Hasonlóképpen elfogadható a retroperitonealis nagy ganglionok és plexusok műtéti traumája a göres okául. Igaz, hogy az erre vonatkozó vizsgálatok nagyon ellentmondók, *Talma* szerint izgatásuk a bélnek olyan nagyfokú spasmusát válthatja ki, mely a bél lumenének teljes elzáródásával jár, ellenben *Koenecke* és *Meyer* szerint a nevezett képletek direct izgatása hatástalan maradt a bélműködésre. Egész különleges helyet foglal el a gastroenterostomia, illetve gyomor-resectio előbbinivel együtt, a spasmusos ileus kóroktanában.

Míg egyes esetekben a bélhez vezető idegek, vagy idegdúcok megbolygatását kell a görcs okául felvennünk, addig más esetekben a magyarázatnak van kísérleti alapja is. *Payr* a gyomorfelekéyek keletkezését kutatva, tusszemecéket fecskendezett a gyomor ereibe, és azt tapasztalhatta, hogy az emboliát szenvedett erek területein rövidebb-hosszabb ideig tartó görcs jelentkezett. Hogy később az emboliát követő fekélyek, mint egyáltalában az emésztőrendszer legkülönbözőbb helyein fennálló fekélyek — gyomorfelekéy, bélfelekéy, végbélfelekéy (fissura ani) — súlyos göresös állapotot tarthatnak fenn, az általánosan ismeretes. Ilyen görcs észlelhető nemcsak közvetlenül a fekély szomszédságában, hanem reflectorikusan attól távolabb eső helyen is. Ide sorolandó a sokat vitatott *Pawlow-Krönig*-féle eset, melyben myoma uteri eltávolítása miatt a bal vese kiirtása is szükségessé vált, a daganatnak a mesocolon descendensből való kihámozásával. A műtét következménye ileus volt, amely, mint azt újabb műtét kiderítette, a colon descendens spasmusán alapult; bélsipolyra meggyógyult, de a bélsipoly elzárása után ismét fellépett és aztán csak lassan múlt el. Sokat vitatkoztak azon, vajjon mi volt ezen esetben a spasmust kiváltó ok: idegsérülés-e, avagy fekély, mely a sérült mesocolonhoz tartozó bélrészben, emboliás alapon keletkezett? Utóbbi mellett szól az a körülmény, hogy az ileus csak az 5. napon lépett fel a műtét után, ennyi idő alatt fejlődhetek ki a fekélyek. A lassú elmúlás is a fekély mellett szól, t. i. hetek kellettek ahhoz, hogy a fekélyek meggyógyuljanak, aminek bekövetkezése után a spasmus is megszűnt. Hogy bélfelekéyek okozhatnak nemcsak egyszerű görcsöt, hanem spasmusos ileust is, azt tapasztalta *Fromme*, *Gaza*, *Körte* és mások is. *Körte* hasonlóképpen colonresectio után észlelt spasmusos ileust. Valószínűleg a bélfodor vongálásának is van szerepe a göresös állapot kifejlődésében. Ezt következtetni lehet azon esetekből, amelyekben nem is történt műtét, vagy resectio, de amelyekben a bélfodor erős vongálásnak volt kitéve. Ide kell sorolnunk azon spasmusos ileusokat, amelyek sérvkizáródás után lépnek fel, akár történt műtét, akár nem. *Körte* egy esetben azt észlelte, hogy a kizáródás alatti vékonybél — amit csak a sectio igazolt —, irónvastagságra volt összehúzódva. *Kessler* esete nagyon hasonló az említetthez. *Brunn*

esetében szabadsérv nehezebb visszahelyezése után lépett fel az ileus. A műtét alkalmával a kizáródásnak nem volt semmi nyoma (leszorítási gyűrű), csak kiterjedt, göresös összehúzódottsága a bélnek volt jelen, amely teljes elzáródást okozott. Ez a beteg is meghalt. *Barth* esetében egyszerű sérvműtét kapcsán lépett fel az ileus. Relaparotomia. A spasmusos összehúzódás nem a sérvben helyet foglalt bélrészben, hanem attól távolabbra eső bélkacson volt észlelhető. A beteg morphinra meggyógyult.

Nőgyógyászati műtétek után nagyobb számban észleltek spasmusos ileust. *Körte* tubaris terhesség műtétje után, *Barth* kolporrhaphia után, *Bunge* szintén két esetben, *Nagel* 38 éves nőbetegén uterusfixatio és a tuba eltávolítása után észlelte az ileusnak ezen alakját. Ezen utóbbi esetben is a coecum felett 75 cm-nyire, tehát messzebb a műtéti területtől lépett fel az elzáródást okozó görcs. Ezek reflectorikus spasmusoknak tekintendők, melyek a behatás helyétől távolabbra eső bélen keletkeztek.

A retroperitonealis szervek közül főleg a vesék azok, amelyeknek műtétje után észlelték nagyobb számmal e kórkép fellépését, erre már régen figyelmeztetett *Israel*. *Franke* már 1898-ban több esetet állított össze, így említi *Palleroni* esetét, amelyben a veséknek egymásután történt felvarrása után külön 2—7 napig tartó spasmusos ileus lépett fel. *Franke* 10 hasonló esetet említi. *Marquardt* pyelitis műtétje után volt kénytelen spasmusos ileus miatt újból beavatkozni, okát a műtét alkalmával kideríteni nem sikerült. A beteg, dacára a coecumon végzett anus praeternaturalisnak, elpusztult. Ugyancsak ide kell sorolnunk a retroperitonealis phlegmonék mellett észlelt ileusokat is. *Brunn* említi ilyen esetet, amelyben a phlegmone végbélrák műtétje után lépett fel. Sajátságos, hogy a retroperitonealis vérömlenyek nem spasmust, hanem bénulást okoznak; tanúság erre *Kaiser* összeállítása. Talán már előbb kellett volna említenem *Frankenak* 1898-ban közölt esetét, amelyben a lép felvarrása után lépett fel a spasmusos ileus. Műtetre nem került az eset, de minden jel amellett szól, hogy az ileus oka görcs volt.

Egészen külön kívánok foglalkozni a gyomorműtétek után fellépő göresös bélelzáródásokkal, és pedig azért, mert aránylag nagyobb számmal észleltettek. A gastroenterostomia, vagy gyomor-resectio és gastroenterostomia azon műtétek, amelyek ezen szövödmény előzményében szerepelnek. Hogy a gyomor műtét után atoniás lesz, hogy ez a bénulás igen súlyos gyomorileust tarthat fenn napokig, mely a beteg halálát is okozhatja, minden sebész előtt ismeretes; a bélnek göresös elzáródása gyomorműtét után kevésbé ismeretes. *Körte* 5 idevágó esetről tesz említést, egy 6. esetben a gyomor tartalmának állandó levezetése szívó-drainage-zsal megszüntette a bélelzáródás tüneteit, amelyek minden bizonnyal göresös alapon állottak fenn. Az 5 esetben műtét igazolta a spasmust. Ide kell sorolnom saját eseteim egyikét is, amelyben gastroenterostomia után újból és újból lépett fel az ileus a gastroenterostomia nyílásának hibátlan volta mellett. Egyik relaparotomia alkalmával a bél mintegy 50 cm-nyire a gyomorbél-szájadékától mutatott göresös összehúzódást, a másik hasmetszés alkalmával is olyan elváltozások voltak megállapíthatók — a bélnek elcsavarodása, megtörése —, amelyek minden bizonnyal göresnek voltak következményei. Bizonyos, hogy ide sok gyomorműtét utáni hányás sorolandó, amely idővel vagy megszűnik, vagy pedig újbóli operatio nélkül a beteg halálával végződik; s amely bélparalysis, vagy ileus arterioenterialis diagnossal van elkönyvelve. Valószínűleg ide kell sorolnom egy-két évvel ezelőtt ismertetett esetemet is, amelyben gastroenterostomia után a hozzávezető kacs és gyomor közé szorult a vékonybelek nagy része, okozván bélelzáródást. Ilyen rendellenes helyre való tolokodása a bélnek csakis annak rendellenes működésével magyarázható.

Hogy mi készíti a belet gyomorműtét után ilyen

rendellenes functióra, arra nehéz volna megfelelni; tény az, hogy annak kisebbfokú zavarai — ha pontosan kísérjük figyelemmel a gastroenterostomiás betegeket — a műtét utáni első időben nem ritkák. Feltehető, hogy a spasmusos béljelenségek főleg igen lesoványodott betegeken észlelhetők, olyanokon, akiknél a pylorusspasmus vagy a szerves pylorusszűkület nagyfokú volt és hosszabb ideig állott már fenn. Valószínű, hogy a gyomor és bél működése a nagyfokú inger, vagy szűkület miatt annyira rendellenessé vált, hogy a műtét hatás alatt teljes spasmussá fokozódott. Ez a spasmus gastroenterostomia után igen makacs lehet, de előbb-utóbb — különösen, ha sipollyal tehermentesítjük a belet, vagy amint azt *Körte* esete mutatja, ha szívódrainage-zsal a gyomortartalom állandó levezteléséről gondoskodunk — el szokott múlni. Ez bekövetkezik némely esetekben magától is, még inkább göresellenes szerekre: papaverinre, novatropinra, atropinra stb. Sajnos — mint azt számos eset mutatja — nem mindig ilyen szerencsés a kimenetel.

Könnyebben magyarázhatók azon esetek, amelyekben a gyomor- vagy duodenalis fekély nem távollított el, amelyekben tehát csak gastroenterostomia történt, resectio nélkül. Elvitathatlan tény, hogy a fekély nyomán fennálló göres invaginációt, sőt volvulust is vonhat maga után (*Steindl* esete). Hogy egyszerű gastroenterostomia után is léphet fel invaginatio göresös alapon, azt mutatják *Thiemann*, *Propping*, *Riedel* és mások esetei. Hasonlóképpen magyarázhatók azon esetek, amelyekben a fekély hátrafelé áttört (*Koennecke* esete); és azon esetek, melyekben a műtét alkalmával a retroperitonealis manipulatio, a fekélynek kimetszése hátsó összekapaszkodásából, vagy rákos mirigyek eltávolítása a gyomor környezetéből vált szükségessé. Itt a spasmus direct idegizgatás következményeként fogható fel.

Végeredményben ezen esetekben a gyomor és bél erőművi sértését, vongálását, zúzását — az idegapparatus laesióját — kell a göres okául felvennünk. Azonban joggal vethetjük fel a kérdést, miért észlelhető a sok ezer és ezer műtét után, amelyet gyomron és bélben végeznek, mégis csak a legritkább esetben ez a szövődmény, holott technikánk nem változik esetről esetre. E kérdésre egyelőre csakis a dispositióval, az idegrendszernek fokozott ingerlékenységével, göresre való hajlandóságával, készségével felelhetünk, amint azt *Pototschnig*, *Sohn* és *Koennecke* hangsúlyozzák. Talán itt is szerepet játszanak *Payr* apróbb embolusai, talán apróbb vérzések is, amelyek a bél idegizom-apparátusát vagy idegdúcainak működését zavarják. Nem tudjuk! Annyit el kell ismernünk, hogy műtétet végzünk functiójukban már kisebb-nagyobb mértékben megtámadott szerveken és a műtét után új, nem éppen physiologiás helyzetet teremtünk. Akármiképpen végezzük is a gastroenterostomiát, a bélnek kisebb-nagyobb részét kiigatjuk a béltractus rendes útjából, hátsónál kisebbet, elülsonál nagyobbat. Az sem tagadható, hogy a hátsó gyomorbélszájadék képzésénél néha túlságosan rövid kacsot veszünk — és ezt kívánják a tankönyvek, kivétel nélkül —, pedig ezzel néha igen nagyfokú vongálásnak tesszük ki ezt a bélrészletet. Igen tág, mélyen lelógó gyomornál bizonyos, hogy ennek a kacsnak vongalódnia kell a gyomor fokozatos telődésével és hogy a hátsó gastroenterostomia ilyen esetekben nem is felelhet meg a céljának, mert az előreeső gyomorban elhelyezkedő tartalom nem tud a hátsó nyíláson át kiürülni. Hogy a vongálásnak szerepe van a spasmus létrejöttében, azt az a körülmény is igazolja, hogy éppen az ilyen túlságosan tág gyomrok mellett lép fel leggyakrabban a spasmus. Talán ennek analogiáját kell látnunk a bélnek a caecum kiigatása utáni ama viselkedésében, hogy göresös erővel dolgozik állandóan a kiigatott vakbél felé.

A fenti tapasztalatok mindenesetre arra figyelmeztetnek, hogy a műtét alkalmával a béllal és gyomorral kíméletesen bánjunk, hogy legalább az erőművi componensét a göresös ingernek lehetőleg kisebbítsük.

Rokon csoportját ezen eseteknek képezik azon bélezáródások, amelyeknek okát külső erőművi behatásokban kell keresnünk. A hasat érő közvetlen trauma, talán az idegrendszernek megrázkódtatásával, talán más úton-módon is hasonló következményeket válthat ki, mint a hasi műtétek. Talán eddig nem voltunk elég figyelemmel e körülményre, különben több esetben figyelhattuk volna meg a bél göresét hasi trauma után. Inkább autisztikus gondolkodásra vall, hogy a traumával járó bélezáródási tüneteket inkább vérezésre, a hashártyának sértésére, esetleg enyhe lobosodásra vagyunk hajlandók visszavezetni. *Trendelenburg* figyelmeztetett elsőnek a hasat ért traumának ezen következményeire. *Körte* egy esetben 20 éves leánynál észlelt elgázolás után ileust, melynek okául a műtét a vékonybél göresös összehúzódását derítette ki. *Trendelenburg* egyik esetében még 6 órával az elgázolás után is spastikus állapotban találta a vékonybelet; egy másik esetben 11 órával a baleset után, mikor már egyes hashártyalob jellei voltak észlelhetők a műtét alkalmával, a belek még mindig göresös összehúzódásban voltak. *Jordán* nyolc és félórával a hasi zúzódás után hasonló állapotban találta a vékonybelet. *Fromme* 55 éves nőbeteget operált ileustünetek miatt. Betege 5 nappal annakelőtte elesett, mely alkalommal bordatörést szenvedett; a műtétkor még mindig göresös összehúzódásban találta a vékonybelet. Egy másik esetében 11 és fél éves fiún futás közben léptek fel nagyfokú hasi fájdalmak, amit 5 napig tartó teljes szék- és szélrepedés követett. Invaginatio gyanúja miatt műtétet végzett a fiún, mely alkalommal kiderült, hogy a vékonybelek kiterjedt spasmusa van jelen invaginatio nélkül. Az invaginatio létrejöttében általában a spasmusok nagy szerepet játszanak. *Lichtenstern* 593 esetet gyűjtött össze, ezek között tizenegyszer contusio, tizenkészer pedig az egész test megrázkódtatása szerepel az előzményben. *Fromme* azt hiszi, hogy mindezekben spasmus képezte az invaginatio okát és nem bénulás, mint azt *Wilms* feltételezte.

(Folytatjuk.)

A pécsi magy. kir. Erzsébet-tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Heim Pál dr. egyetemi ny. r. tanár).

Haemoklinikus status a gyermekkori tuberculosisnál.*

Írta: *Duzár József dr.* egyetemi tanársegéd.

A vérplasma colloidtermészetű, fehérje-alkotórészeinek egymáshoz való viszonya a normál-állapot ugyanolyan charakteristikonja, mint a krystalloidok concentrációja. Pathologiás körülmények között, és pedig elsősorban immunitást nem kölesönző, chronikus, infecticus megbetegedéseknél (lues, tuberculosis) a fehérjefractiók egyensúlyában messzemenő eltolódások jönnek létre, még pedig a stabilabb componens felől (albumin) a labilisabbak (globulin, fibrinogen) felé. Ezen változások vizsgálata hosszú időn keresztül elhanyagolt terrenuma volt a belorvostannak. Csak a legújabb években ajánlottak számos, úgynevezett colloid-labilitási reactiót azon célból, hogy a vérplasma pathologiás szerkezetváltozásai követhetők legyenek és ezen változások kórtani jelentősége tisztáztassék. Vizsgálták a serum labilitásának a fokozódását só-, alkohol- és hőhatással; követték a plasma colloidlabilitásának fokozódását a vörösvérsejtek ülepedési próbáival és különböző sóhatásokkal; tanulmányozták az albumin-globulin-quotiensnek, a serum, illetve plasma védő hatásának „goldsol“-l szemben, valamint a photo-

* Szerző előadta a Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde innsbrucki internationalis kongresszusán (1924 szeptember 18—20.).

haloidok serummal való sensibilizálhatóságának csökkenését pathológiás folyamatok alatt.

Dacára a számos és igen érdekes eredménynek, amelyet a különböző kutatók felmutattak, nyílt titok ma már, hogy ezen labilitás reakciók egyike sem ad biztos ítéletet a plasma fehérjeképéről. Ez a tapasztalat vezetett a *haemoklinikus status* felvételéhez, vagyis több olyan factor egyidejű meghatározásához, amely factorok a plasmakerkezetet jellemzik. Érthető azonban, hogy ez a methodus sem maradt támadás nélkül, annál kevésbé, mert hiszen componensei sem voltak kifogástalanok. Így a vörösvérsejtek ülepedési sebessége nemcsak a vérplasma szerkezetváltozásaitól függ, hanem függ a vörösvérsejtek nagyságától, azok szén-savtartalmától, a vérsavó bilirubin-, huyany- és amint arra legutóbb *György* rámutatott, annak cholesterin- és phosphortartalmától is és amint ismeretes, a gyermek korától.

Mi a vizsgálatainknak súlypontját tehát nem annyira az egyes labilitási reakciókra helyeztük, mint inkább az egyes fehérjefracciónok kvantitatív mérésére. A mi haemoklinikus statusunk felvételénél, amely nagy tuberculotikus anyagunkon már évek óta történik, meghatározzuk a citrat-plasma összes fehérjetartalmát *Reiss* szerint; az albumin, globulin, fibrinogen tartalmát a *Rusznák*-féle nephelometriás methodussal. Méréjük a serum colloidlabilitását a *Darányi*-féle reakcióval, tehát alkohol-, só- és hőhatással egyidejűleg. A plasma labilitásának változását a *Frisch-Starlinger*-féle reakcióval, a *Gerlóczy*-féle reakcióval (mindkettő sópróba), valamint a vörösvérsejtek ülepedési sebességének mérésével *Linzenmeyer* szerint állapítjuk meg. A status kiegészíti a *Weiss*-féle urochromogen-próba és a *Schilling*-féle kvalitatív vérkép.

Vizsgálataink hilus- és tüdőtuberculosisra, valamint meningitis basilaris tuberculósára vonatkoznak.

Ilyen számos eljárás alkalmazását azért tartottuk szükségesnek és fontosnak, mert: 1. a prognosis megállapítása a gyermekkori tuberculosisnál igen nehéz, sokkal nehezebb, mint a felnőtteknél, kívánatos tehát prognostikánk javításának minden lehetőségét felkarolni. 2. A gyermekplasma szerkezete és a pathológiás folyamat között sokkal szorosabb az összefüggés, mint a felnőtteknél, így a lues congenitára egy bizonyos plasma-fehérjeképet egészen characteristikusnak mondhatunk. (Izolált fibrinogenszaporulat, amely a hasonló korú csecsemő értékeit többszörösen meghaladja és jellemző colloidlabilitásfokozódás a plasmában, amely a fibrinogenszaporulattal van összefüggésben. Ezen plasmaváltozások lues congenitára annyira jellemzők, hogy diagnostikai jelentőséggel bírhatnak.) Hasonlóképpen újszülöttkorban is egy egészen sajátos plasmakerkezetet és colloidlabilitást találunk, amely ezen életkornak az egész élet folyamán külön helyet biztosít (l. *Duzár*: Monatschr. f. Kinderheilk. 1923.). 3. Methodikánkkal lehetséges volt a plasmakerkezet változásainak pontos megfigyelésén kívül a serum- és plasmalabilitási reakciók használhatóságát is megítélni.

Vázolt methodikánkkal a következőket állapíthatjuk meg: Amint a lues congenitát izolált fibrinogenszaporulat, éppúgy a tuberculosist globulinszaporulat jellemzi. Ez a globulinszaporulat legtöbbször már a csecsemő vagy gyermek tuberculosisának kezdetén is jelen van, a megbetegedés előrehaladtával mindjobban fokozódik, úgyhogy a közepes súlyos eseteknél már sohasem hiányzik. Bizonyos fokon túl azonban csatlakozik ezen globulinszaporulathoz a fibrinogentartalomnak fokozatos gyarapodása is, úgyhogy a legsúlyosabb gyermekkori tuberculosis esetek magas globulintartalmat és a rendesnél nagyobb, vagy kifejezetten magas fibrinogentartalmat mutatnak a vérplasmában. Minél kifejezettebb valamely eset progressivitása, annál nagyobb a globulinok megszorodása és annál korábban vehető észre a fibrinogen gyarapodása is. Sorozatos vizsgálatokkal tehát már rövid időközökben is lehetővé válik a megbetegedés karakterének prognostikai szempontból való megítélése.

Az összes többi jelenségek, így elsősorban a serum és plasma labilitásának fokozódása csak másodlagos következményei a fehérjekép szerkezetváltozásainak. Általában megállapítható, hogy a vörösvérsejtek ülepedési sebessége a tuberculosis progressiójával, tehát előbb a globulinoknak, később a fibrinogennek megszorodásával fokozódik. A fibrinogen erősebben gyorsít, mint a globulin, a leggyorsabb ülepedéseket tehát a legsúlyosabb folyamatoknál találjuk. Absolut értékeket azonban a vörösvérsejtsülyedésre nem állíthatunk fel és eltérések, ingadozások is gyakran figyelhetők meg.

A *Darányi*-reactio nagyjából a serum globulintartalmával, a *Frisch-Starlinger*- és *Gerlóczy*-reakciók pedig a plasma fibrinogentartalmával mennek parallel. Itt is találunk azonban eltéréseket. Így az előbb pozitív *Darányi*-reactio in ultimis negativvá válhatik. (Ugyanekkor gyakran a *Pirquet* is negatívva lesz. E jelenség magyarázatára legtöbbször a fehérjebomlási termékek stabilizáló hatását veszik fel.)

Az összes fehérjetartalom a megbetegedés előrehaladtával nő, in ultimis azonban gyakran alacsony értékekre esik le. Absolut értékek itt sem adhatók meg a sok eltérés miatt.

A *Weiss*-féle urochromogen-próba a könnyebb esetek vizeletében ingadozó eredményt ad, a súlyos esetekben azonban állandóan pozitív.

A *Schilling*-féle kvalitatív vérkép előnyösen egészíti ki a haemoklinikus statusot, amennyiben erős balraeltolódás a tuberculosis progressivitása mellett szól.

Egész külön helyet foglalnak el meningitis basilaris tuberculosa eseteink. Ezek egy részében hyperacut folyamatnak megfelelő fehérjeképet találunk, másik részében azonban normalis fehérjefracciónok mérhetők.

Ezen esetektől eltekintve, azt mondhatjuk, hogy a gyermekkori tuberculosisnál a vérplasmában characteristikus szerkezetváltozásokat találunk, amelyek fokozatos globulinszaporulatban, később fibrinogengyarapodásban és a serum és plasma colloidlabilitásának következményes fokozódásában nyilvánulnak meg. Ezen plasmaváltozások a betegséggel magával párhuzamosan jönnek létre, éppen ezért, különösen sorozatos vizsgálatoknál már rövid időközökben is prognostikailag hasznos útbaigazításokat adhatnak, sőt egyes esetekben, bár nem specifikusak tuberculosisra, differentialis diagnostikánkban is támogathatnak bennünket. Meghatározásuk tehát a gyermekkori tuberculosisnál mulhatatlannal szükséges. (Magától értetődik, hogy a beteg klinikai megfigyelése a jövőben is épp olyan nagy jelentőséggel kell hogy bírjon, mint eddig.)

Ha végezetül összehasonlításul megemlíteni óhajtjuk a többi haemoklinikus statusokat, így pl. azt, amelyet *Moro* professor ajánlott (serum-összfehérje, vörösvérsejt ülepedési sebesség, serumlipasetartalom, kvalitatív vérkép), akkor ezt azért tesszük, hogy azt a vitát, amely a haemoklinikus statusok körül *Moro* és *Ham-burger* között felmerült, egy lépéssel közelébb hozzuk a döntéshez. *Moróé* az érdem, hogy az érdeklődést a tuberculotikus gyermek vérplasmájának fehérjealkatrészeire terelte. Csak sajnálatos, hogy iskolájának fáradságos vizsgálatai a fehérjefracciónok direkt mérésével ki nem egészítették, sőt vizsgálataikkal parallel, egyszerűbb labilitási reakciókat sem végeztek el. Így csak azok az eredmények használhatók, amelyeket nagy időközök után nyertek, de ezek sem teszik lehetővé egy konkrét eset megbízható prognostikai megítélését. Adataikat annyiban erősíthetjük meg, hogy nagy időközök elteltevel a tuberculotikus folyamat előrehaladása mellett csakugyan megfigyelhető az összfehérjetartalom szaporodása és a vörösvérsejtek ülepedési sebességének gyorsulása.

A haemoklinikus status prognostikai felhasználása tehát, véleményünk szerint, csakis a fehérjefracciónmérések elvégzése mellett tekinthető kifogástalannak. Egy így felvett, bővített haemoklinikus status azonban kétségtelen gazdagodást jelent a gyermekkori tuberculosis prognostikájának nehéz fejezetében.

A Charité-poliklinika Röntgen-laboratoriumának (vezető: Bársony Tivadar dr.) és a Kerületi Munkásbiztosító Pénztár gyomor- és hélosztályának közleménye (vezető: Friedrich László dr.).

Vizsgálatok a gastroduodenalis szondával. A gyomor- és nyombéltartalom egyidejű vizsgálata éhgyomorra.

Írták: Bársony Tivadar dr. és Friedrich László dr.

A gastroduodenalis kettős szondával végzett vizsgálataink első sorozatában a gyomor antrumának és fundusának tartalmát tettük éhgyomorra vizsgálat tárgyává. A mostani második sorozatban a gyomor és nyombél tartalmát vizsgáltuk meg egyidejűleg.

E vizsgálatainkat is éhomra végeztük. (A betegek körülbelül 12 órával a vizsgálat előtt ettek utoljára.) A mandrinos kettős szondát a gyomorba letölve, a mandrint eltávolítottuk, ezután az ismert módon törekedtünk arra, hogy a kettős szonda nyombéli olivája a nyombélbe jusson. Hogy célt értünk-e, ezt Röntgen-vizsgálattal és a nyombéli csövön át való szívással állapítottuk meg. A gastralis és nyombéli oliva egymástól való távolságát az előző nap megejtett Röntgen-vizsgálat alapján állítottuk be oly módon, hogy akkor, mikor a nyombéli oliva a nyombél alsó hajlatához került, ugyanakkor a gastralis cső olivája a gyomor megfelelő helyére jutott. Ha a kettős szonda ily módon célunknak megfelelően helyezkedett el, akkor a beteg hanyattfekvő helyzetében $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ óránként szívunk egyidejűleg a gyomorból a gastralis csövön és a nyombélből, a nyombéli csövön át, váladékot. A kísérleteket 1–2 $\frac{1}{2}$ óra hosszat folytattuk. A vizsgálatra került betegeknél szervi elváltozás nem volt kimutatható.

A nyert váladékok feldolgozásmódja a következő volt: A gyomor- és nyombéltartalom színének megállapítása után minden egyes portióban meghatároztuk a H-ionconcentrációt, a trypsint, és diastaset; a gyomortartalomnál ezenkívül a szabad sósavat, az összaciditást és a pepsint. A savmeghatározáshoz $\frac{1}{10}$ n. NaOH-oldatot használtunk és a Töpfer-féle reagens segélyével titráltunk, a H-ionconcentrációt a Michaelis-féle indicator-sorral mértük. A pepsint Fuld-Lewison edestin-módszerével, a trypsint a Fuld-Gross-féle egyórás caseinpróbával, a diastaset a Wohlgemuth-féle félórás módszerrel határoztuk meg, az 1:10 arányban hígított nedvben.

Vizsgálatainkból mindenekelőtt az derült ki, hogy a gyomornak az állandó szondával éhomra nyert secretiója gyakran ad más értékeket, mint a Boas-Ewald-féle próbareggeli. Gyakori, hogy az utóbbival nyert savértékek magasak, míg az éhomi lelet achlorhydriás; de nem egyszer fordult elő, hogy az éhomi savértékek elég magasak voltak, míg a Boas-Ewald-féle próbareggeli achlorhydriát vagy nagyfokú subaciditást mutatott.

Jelen kísérleteinkben éhomra végeztük a gyomor- és a nyombéltartalom egyidejű vizsgálatát, az alábbi értékek tehát mindig az éhomi leletet jelzik.

Achlorhydriás (éhomra achlorhydriás) gyomroknál rendszeren magas diastaseértékeket találtunk (250–1000),* a trypsinértékek alacsonyak voltak (8–64-ig) a duodenumban. Az egyes esetek értékei egymástól jelentősen különböztek. Az esetek nagyobb számában a diastase is, meg a trypsin is a vizsgálat későbbi szakában emelkedést, vagy emelkedő-süllyedő görbét mutatott. Mindenek szerint a szonda mechanikai ingere váltja ki a pankreas-fermentumoknak ezt az érték-emelkedését a vizsgálat tartama alatt. Minden achlorhydriás, pepsinmentes betegünknek ki volt mutatható a duodenalis tartalomban a trypsin és a diastase, a gyomor achyliájával tehát nem jár együtt pankreas-

achylia. Például szolgáljon erre az első ábrán feltüntetett eset. Achlorhydriás esetekben, hol a gyomorban pepsin nem volt kimutatható, a gyomorban diastaset találtunk. A diastaseértékek magasak voltak, nagyjában megegyeztek a betegek nyálának diastase- (ptyalin-) értékeivel. Úgy látszik, a lenyelt nyál diastaseja (ptyalin) az, amit a gyomorban ki tudunk mutatni. A gyomorban nem lévén sósav és pepsin, a nyáldiastase (ptyalin) megtartja hatását a gyomorban is, sőt, úgy

1. ábra.

B. A. Achlorhydriás gyomor. Próbareggeli érték: $\frac{5}{18}$:

Idő	G y o m o r			D u o d e n u m		
	Ph	Aciditas	Diastase	Ph	Trypsin	Diastase
$\frac{1}{4}$ óra	7.7	$\frac{0}{10}$	250	6.55	4	250
$\frac{1}{2}$ óra	7.8	$\frac{0}{20}$	500	7.95	64	1000
$\frac{3}{4}$ óra	6.75	$\frac{0}{4}$	500	8.0	64	1000
1 óra	6.7	$\frac{0}{3}$	250	6.35	8	1000
1 $\frac{1}{2}$ óra	6.7	$\frac{0}{6}$	250	6.9	8	500

Gyomorban éhomra pepsin nincs.

látszik, hogy a lenyelt nyál diastaseja a gyomron keresztülhaladva, activ állapotban jut bele a nyombélbe is és hozzájárul a nyombél diastaseértékének fokozásához. Valószínű, hogy ez az oka annak, hogy achlorhydriás gyomroknál oly magasak a diastaseértékek a nyombéltartalomban.

Az éhomra hypacid, normacid és hyperacid gyomroknál a nyombéltartalom igen különböző értékeket adott. Voltak esetek, amelyeknél a diastase- és trypsin-értékek körülbelül egyformák voltak, párhuzamosan haladtak egymással a vizsgálat tartama alatt, az ese-

2. ábra.

J. H. Hyperacid gyomor. Próbareggeli érték: $\frac{60}{70}$:

Idő	G y o m o r			D u o d e n u m		
	Szin	Ph	Aciditas	Ph	Trypsin	Diastase
azonnal	fehér	1.6	$\frac{55}{85}$	6.05	16	64
$\frac{1}{4}$ óra	halványzöld	1.2	$\frac{65}{105}$	6.75	8	32
$\frac{1}{2}$ óra	fehér	1.2	$\frac{70}{100}$	6.35	8	125
1 óra	halványzöld	1.1	$\frac{75}{115}$	6.35	16	64

Gyomorban éhomra pepsin van.

tek nagyobb részében azonban nagy különbség volt a diastase- és trypsinértékek között: hol a trypsinérték volt magasabb, hol a diastasejé. Volt egy hyperacid esetünk, amelynél a magas trypsinértékek mellett diastaset az egész vizsgálat alatt kimutatni nem sikerült. Valószínű, hogy a nyombélbe jutott magas értékű gyomorsav tette hatástalanná a diastaset, de nem zárható ki ez esetben az sem, hogy a pankreas nem választott el diastaset. A trypsinértékek ennél a csoportnál olyan határok között mozogtak, mint az achlorhydriásoknál: a diastaseértékek körülbelül a trypsinértékek nagyságának megfelelőek voltak. A diastase nem érte el sohasem azokat a magas értékeket, amelyeket az achlorhydriás gyomroknál találtunk, valószínűleg azért nem, mert itt a diastaseértékekhez nem adódott hozzá a lenyelt nyál diastaseja. (Ez utóbbit a savanyú gyomornedv hatástalanná tette.) Míg az achlorhydriás gyomroknál az esetek nagy részében a vizsgálat tartama alatt egyenletes emelkedést, vagy emelkedést, később süllyedést találunk, addig az utóbbi csoportban a fractionált vizsgálat értékei össze-vissza mentek. Ennek valószínűleg az volt az oka, hogy a gyomorból a nyom-

* Csak ritkán fordult elő 1–1 esetben egyik fracionál egy 125-ös érték.

bélbe időnként sav jutott, ez csökkentette a nyombél-nedv egyes fractióiban a fermentek aktivitását. Ezt a felvételt, hogy t. i. a nyombélbe jutott gyomorsav okozza a nyombélnedv fermentértékeinek esését, támogatja az a leletünk, hogy a nyombélnek Ph.-értékei a fermentértékekkel egyidejűleg estek.

A Ph.-értékek a nyombéltartalomban nagy ingadozásokat mutattak, mindenek szerint attól függően, hogy mikor és mennyi gyomortartalom jutott a nyombélbe. Az achlorhydriás gyomroknál, ahol természetesen nem jutott sósav a nyombélbe, sokkal magasabbak voltak a Ph.-értékek, az ingadozások is sokkal kisebbek. Egy hyperacid esetre például szolgáljon a második ábrán közölt esetünk.

A Pázmány Péter-tudományegyetem I. számú női klinikájának közleménye (igazgató: Bársony János dr. egyet. ny. r. tanár).

Egyoldali teljes ureterduplicitás.

Írta: Thurn-Rumbach István dr.

Az uretereknek részleges, de különösen teljes kettőzöttségét a klinikus ritkán észleli. Legtöbbször az anatomus, kevésbé az operateur és legritkábban az urologus találkozik vele. Krause sectiós anyagának 1%-ában, Pawlow végzett veseműtéteinek 3%-ában és Kalitschenko, mint cystoskopiás leletet 1%-ban találta. Klinikánkon 140 alkalommal végzett hólyagtükri vizsgálattal ezt az egyet találtam (0.7%). Az eset leírása a következő:

H. L.-né, 33 éves nőbeteg, pollakuriás panaszokkal keresi fel ambulantiánkat. Vizelete genyet bőven tartalmaz. Diéta és gyógyszeres kezelésre, az acut stadium lezajlásával, előzetes steril vízzel történt kiöblítés után másodnaponként emelkedő erősségű lapissaladtal töltjük meg hólyagját. Minthogy vizeletének genyartalma kezelésünk második hetében csak jelentéktelenül csökkent, cystoskoppal is megnézzük. A 200 cm² tartalmú hólyag nyálkahártyája kissé elmosódott rajzolatú, trigonumán és a nyak alsó felében oedemásan fellazult. Jobboldalt a teljesen szabad ureternyílásból rythmikusán tiszta vizelet ürül, míg a bal oldalon két ureter időnkénti összehúzódása észlelhető. A két nyílás egymásközi távolsága 2 cm s míg a felső szabályos időközökben ürít vizeletet, addig a tőle lefelé kifelé látható második nyílás csak nagy elvéve húzódik össze. Mindkettőből tiszta vizeletet kapunk, melyben a mikroszkopos vizsgálat sem talál kóros alakelemet. Míg a jobboldali és a bal felső nyíláson bevezetett katheter szabad utat talál, addig a bal alsó nyíláson át, kb. 4 cm magasságban megakad, néhány torsióval azonban egész 12 cm-ig felvihető. A bevezetett három katheteren ugyancsak az említett rythmus észlelhető, de a bal alsóból vett vizelet kisebb töménységű. Indigokarmin jobboldalt 8 perc, balról felül 12 perc és ugyanott alul 34 perc múlva jelentkezik; utóbbiból az intenzív festődés hiányzik.

Azon körülmény, hogy mindhárom kathetert egyszerre sikerült felvezetni, a baloldali ureter teljes duplicitására mutat, gyanút keltve egy harmadik, nem kielégítő munkájú vese jelenlétére. Sajnálatos, hogy betegünk elmaradása lehetetlenné tette érdekesnek ígérkező pyelographiánkat. Hólyaghurutjának makacs voltát azon körülmény magyarázza, hogy utasításunk ellenére, gyakori alkoholexcessusokat követett el.

Fejlődéstani szempontból röviden következőket jegyzem meg. Az ősvesének kivezető csöve a Wolf-járat, mely az embryonalis élet 3-4. hetében az entodermális cloacába torkollik. Ebbe az időbe esik az ureterek keletkezése, mikor a Wolf-járat dorsomedialis oldalán képződött primaer gócekból egy-egy vezeték nő ki, hogy cranialisan haladva az ureterek, illetőleg végeredményben a vesemedencéket és kelyheket alkossa. Míg eleinte az így keletkezett ureterek a Wolf-járatba nyílnak és a Wolf-járat a cloacába, lassankint elválnak egymástól és külön-külön nyílnak a cloacába. Az embryologia terén nyert tapasztalatok szerint (Meyer) a benyílási hely, az eredeti dorsomedialis irányból, tor-

sio következtében először lateralisán, majd pedig cranialisán foglal helyet a Wolf-járat torkolatától (180°). Ureterduplicitásoknál tehát, a normalis ureter nyílása a számfelétitől lateralis, illetőleg cranialis irányban található. Mialatt a Wolf-járat egyik caudalis tölcészerű kitüremléséből az urogenitalis tractus közreműködésével kialakul a húgyhólyag fala, addig a hólyag növekedésével mindinkább nagyobbodik az ureter és Wolf-járat kivezető nyílásainak távolsága egymástól. Végeredményben leszorol a Wolf-járat egészen a hymenkoszorúig és rendes körülmények közt obliterál, vagy kivételesen mint Gaertner-járat persistál.

Eddig még ismeretlen okokból megtörténik, hogy az ureterek lefűződése a Wolf-járatról nem jön létre, mikor is a hüvely, szeméremrés, húgyesó stb., valamely pontján egy extravasicalis ureternyílás, illetőleg egy *partialis ureterduplicitás* keletkezik. Számfelletti primaer telepek az ősvese kivezető csövén *teljes duplicitáshoz vezethetnek*. R. Meyer és Ahlfeld a primaer telep kettéoszlásában is keresik ezen rendellenesség okát, míg a Felix-féle theoria phylogenetikus reflexiókkal él. Utóbbi — kiindulva az amphibiümök, madarak és emlősökön végzett vizsgálatokból — az ősvesének megfelelő segmentumokban több ú. n. utóvese, illetőleg utólagos ureter létezésével számol, melyek abnormis körülmények közt a vese- vagy ureterduplicitások kiinduló pontjai. Míg Meyer demonstratióival elfogadhatóvá tett véleménye a részleges, addig Felixnek még magyarázatra szoruló hypothesise a teljes kettőzöttséget van hivatva ismertetni. Jellemzésül az első esetben az ureternyílások egymás közelében, teljes duplicitásnál pedig távolabb egymástól fogják átfúrni a hólyag falát. Egyiknél az eredeti ureter közel benyílási helyétől oszlik ketté, másiknál két telep létezése feltételezhető. Itt megemlítem, hogy miként ezen abnormitással kapcsolatban teljesen elkülönített vesemedencékbe nyílnak a számfelletti ureterek, Küstner állításával szemben esetleges több vesének létrejöttét is elképzelhetjük.

A tünetek, melyek a jelen rendellenességet kísérik, leginkább az incontinentia jelenségei. Schoenholz esetéből látjuk, mennyire próbára teszi az orvos éleslátását és hogy még gyakorlottabbak is, nem ismerve fel a kórokozó momentumot, sokszor téves therapiára ragadtatják magukat. Dacára, hogy legtöbbször a számfelletti ureterhez tartozó veserészlet, illetőleg vese hiányos functiót mutat, a kis medencében végzett műtéknél kellemetlen szövődeményeket okoznak (lekötés, össztévesztés az eredeti ureterrel, utóbbinak ligaturájával vagy átvágásával). Minthogy lefutásuk kaeskarin-gós, gyakran kitüremlések és szűkületek helye, kedvező talajt nyújtanak a vesehydronephrosissal és genyes megbetegedésére, előmozdítva a kőképződést, obliteratiót. Elképzelhető nagy bajt okoznak az urologusnak, ha fel nem ismeri a rendellenességét, és egyik számfelletti ureterbe vezetvén katheterét, a már említett hiányos vagy elégtelen functio alapján az egész vesét távolítja el.

Irodalom: R. Meyer: Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. LXV. 487. Über Doppelureter bei einem Embryo u. die Genese der Doppelureteren. — R. Meyer: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. LVIII. — R. Meyer: Virch. Arch. 187. — Felix: Handbuch der Entwicklungsgeschichte d. Menschen. — Schoenholz: Zeitschr. f. Gyn. 1923. 50-51. — Matusovszky: Zeitschr. f. Urol. XVIII. 1923.

Méhrák metastasisa a Bartholini-mirigyre.*

Írta: Pfeifer Gyula dr., a „Teleia“ rendelő-intézet főorvosa.

A Bartholini-mirigyek carcinomája a nőknél előforduló összes carcinomák között a legritkább. A német irodalom 1915-ig 12 esetről számol be. Igen lassan fejlődik és eleinte nem okoz a betegnél subjectív panaszokat. Ha a tumor felett a bőrtakaró síma, úgy csak

* Bemutatta a német nőorvosok Heidelbergben tartott kongresszusán.

nagysága és a fellépő fájdalmak kelthetnek gyanút. A közölt esetek közül csak *Schlüter*nek 1908-ban közölt esete az egyedüli secundaer. Az esetek legtöbbszörében a histologiai lelet laphámcarcinoma, egy esetben cylindercarcinoma, egy esetben mirigycarcinoma volt jelen. *Schlüter* esetében a Bartholini-mirigy adenocarcinómája mellett a méh adenocarcinómája volt kimutatható.

Az aetiológiát illetően keveset tudunk. Chronikus gonorrhoeás gyulladás praedisponáló momentum lehet. *Nobl* vizsgálatai kiderítették, hogy a mirigy kivezetőcsöve epitheliának metaplasziája a chronikus gonorrhoeás Bartholinitis ismérve. Hogy cylinder-epithel laphámmá alakul át a chronikus, lobos inger következtében, arra a pathológiában találunk példát. Ezen metaplasziák különösen alkalmas talajul szolgálnak a carcinomák fejlődésének. A Bartholini-mirigyek laphámcarcinomájánál a legtöbb szerző a carcinoma kiindulási helyéül a kivezetőcső szájadékának laphámját tekinti.

Esetem a következő:

W. Miklósné, 61 éves, IV. P., utolsó menstruációja 5 évvel ezelőtt. Szülései és gyermekágyai rendesek. Ez év január 12-én azzal a panasszal keresett fel, hogy másfél év óta rendellenesen jelentkező vérzés áll fenn. A vérzés 3–5 napi szünettel, állandóan van. Karácsony óta a vérzés profusabb. Fájdalom nincs. Mult nyár óta kevés, nem bűzös folyás.

Status: Lógó has. A baloldali Bartholini-mirigy nagymogyorónyi. Cystikus tapintatú, felette a bőr és a nyálkahártya síma, szabadon elmozgatható, belőle szennyes, nem bűzös váladék ürül. Tükör a hüvelybe nem vezethető. Portio nyálkahártyája síma, alig 1/2 cm. Méhtest senilisen involvált, adnexumok nem tapinthatók. A vérzések miatt terbevelt curette elmarad, hogy a szennyes váladékot produkáló Bartholini-mirigycystát eltávolítsam. A kihámzásnál a mirigy alapján a környező szövetvel való összekapaszkodás miatt akadályokba ütközöm. Mivel a beteg lakásán a kedvezőtlen helyi viszonyok nagyobb beavatkozást nem engednek, másnap kórházi osztályon a mirigyét, az ép szövetbe haladva, kiirtom.

Az ezután eszközölt curette után úgy a Bartholini-mirigy eltávolított része, valamint a curettezett anyag histologiai vizsgálat alá vétetett. (Erzsébet-egyetem kórbonctani intézete, *Entz Béla* tanár.)

Bartholini-mirigydaganat alapváza gömbsejtekkel gazdagon beszűrődött rostos kötőszövet, amelynek rostkötegeit mindenütt rendetlen alakú, különböző nagyságú sejtfészkek feszítik szét. Az utóbbiak nagy, szabálytalan sokszögű, néhol inkább orsóalakú sejtekből állanak, amelyek meglehetősen plasmadúsak és minden sejt közötti anyag nélkül sorakoznak egymás mellé. Kétségtelen ebből, hogy a sejtfészkek hámszejtekből állanak, s így a daganat hámból indul ki. Mint-hogy pedig a daganatszövet a környezetre való tekintet nélkül mindenütt beburjánzik, nem lehet kétséges, hogy a daganat carcinoma.

A curettezett anyag histologiai képe: A kötőszövet meglehetősen kevés, helyenként egészen vékony kötegekből áll, amelyek laza rostosak, sejtösen infiltráltak. A kötőszövet közt mindenütt tágabb vagy szűkebb mirigyszerű meneteket találunk, amelyek többrétegű, vastok hengerhámval vannak bélelve. Néhol a mirigy-menetek helyét valóságos tömör hámsapok foglalják el. A hám, a környező szövet minőségére való tekintet nélkül, mindenütt a mélységbe burjánzik, amiből kétségtelen, hogy a hámburjánzás malignus, rákos természetű.

A leírt esetből világos, hogy corpuscarcinoma mellett a Bartholini-mirigy metastasisával van dolgunk. *Schlüter* 56 éves betegénél a metastasis átoltásból eredőnek magyarázza azáltal, hogy a méhrákból eredő váladék a mirigybe oltotta át a carcinomát. Jól-lehet oltási metastasisra (Impfmetastase) példát szolgáltatnak a peritonealis carcinománál történő punctiók helyén képződött metastasisok, valamint azok az esetek, melyekben vesecarcinománál a hólyagnak az ureter beszájadásánál találunk áttéti góccokat, mégis valószínűbb, hogy a Bartholini-mirigyre áttérjedő me-

tastasis útja nem a mirigy kivezető csöve, hanem a nyirokutak.

Végül kellemes kötelességet teljesítek, midőn *Entz Béla* tanár úrnak úgy az esetek histologiai feldolgozásáért, valamint szíves útbaigazításáért e helyen is lekötelezően hálás kifejezésemet nyilvánítom.

A debreceni m. kir. Tisza István-tudományegyetem ideg- és elmeorvószati klinikájának közleménye (igazgató: *Benedek László dr.* egyetemi ny. r. tanár).

A somnifen alkalmazása az elmeorvószatban.

Írta: *Salánki József dr.* tanársegéd.*

Az elmeorvószatban az új altatószerek értékelése különösebb figyelmet igényel. Annál is inkább, mert nyugtalan vagy álmatlan betegeinknél hosszú ideig kell altatókhoz folyamodnunk, s így, míg egyfelől kártékony hatásukat nem szabad szem elől vesztenünk, másfelől egy-egy gyógyszer megszokása folytán gyakran hagyja eszerben az orvost, s teszi szükségessé változtatását. Ebből a nézőpontból kiindulva szívesen vehetjük, ha altatóink száma megfelelő szerrel szaporodik. Ilyenformán nem látszik érdektelennek, hogy egy újabb altatószerről, a somnifennel, s a vele kapcsolatos tapasztalatainkról röviden beszámoljunk.

Eltekintve attól, hogy az ideális altatónak minden kellemetlen mellékhatástól (collapsus, circulatiós zavarok, vérnyomásesőkenés, légzési, gyomorzavarok; ébredéskor aluszékonyság, bágyság, mérgezési tünetek stb.) mentesnek kell maradni, elsősorban fokozott mozgástörekvésnél igen fontos, hogy az alvás gyorsan következzen be. Mivelhogy a gyors elalvás csak jó felszívódás útján érhető el, természetes a törekvés, hogy altatóinkat oly módon juttassuk a szervezetbe, hogy azok minél hamarabb kifejthessék hatásukat. A szájon és végbélen keresztül való adagolással szemben feltétlenül haladást jelent az izomba és vízérbe való feccskendezés. Eddigi altatóink, kevés kivétellel, alkalmatlanok a befeccskendezésre.

A somnifen előállításához a kiindulási pontot *Redonnet* szolgáltatta. Vizsgálatai szerint a luminal és veronal natriumsói vízben könnyen disszociálódnak, s a szabad barbitursav-származékok alkáliás közegben való ciklólisisük folytán altatóerejükbe veszítene. Ha azonban ezen barbitursavas sóknál a natriumot diaethylaminnal helyettesítjük, s ily módon a veronal, luminal és dial helyett a megfelelő barbitursav-származékok, tehát diaethyl-, phenylaethyl-, dialylbarbitursav diaethylaminsóit képezzük, a dissociatio nem következik be, sőt teljesen elmarad, ha az oldást alkohol, glicerin és víz keverékében eszközöljük. Ezenkívül a diaethylamingyök a barbitursav-származékok hypnotikus erejét 20%-kal növeli. Ezekkel a barbitursavas sókkal végzett állatkísérletek azt igazolták, hogy a hozzáfűzött reményeknek csak a phenylaethylbarbitursav diaethylaminje nem felel meg, mert már kis adagban is toxikus, míg a diaethyl- és dialylbarbitursavak diaethylamin sói a várakozást teljes mértékben igazolták. A Hoffmann-La Roche cég által pár éve előállított somnifen első alakjában 1 cm³-ben 0.1 g diaethyl- és 0.1 g dipropenyl-barbitursavas diaethylaminsót tartalmaz. A szer eredeti összetételét legutóbb a gyár megváltoztatta. Jelenleg a gyár szerint diaethyl- és allylisopropyl-barbitursav diaethylaminsója alakjában hozza forgalomba, más, az oldhatóságát fokozó s a cseppes alakban ízjavító anyagokkal.

A somnifennel végzett kísérleteink a svájci iro-

* Előadatott a VIII. Magyar Elmeorvosi Értekezleten.

dalomban leírt eredményeket igazolták. Könnyen alkalmazható, tiszta oldat. Háromféleképpen adagolható és adagoltuk is: cseppekben, izomba és vizérbe való fecskendezés útján. Cseppekből 20–30 cseppezt adtunk, de makacs esetekben egyesek 60 cseppeig is fölmentek (*Goerber*). Ilyen erős adagolásra alig van szükség. Izomba és vizérbe való fecskendezésnél 2–4 cm³-t adtunk. Legmeglepőbb volt a hatás a vizérbe való fecskendezésnél. Sokszor az alvás igen gyorsan, még a fecskendő teljes kiürítése előtt bekövetkezett. Az izomba való fecskendezéskor, valamint az altató cseppek alkalmazásánál a felszívódás s a hatás lassabban következett be, úgyhogy a beteg ½–2 órára aludt el. Pontos vizsgálatokat végeztünk a vérnyomás, fehérvérsejtszám, érelkés, légzés és esetleges mellékhatásokra nézve is. A vérnyomás csökkenése nem állandó, legfeljebb 10–20 Hg-mm-nyi volt észlelhető. A vérkép szabályszerű változást nem mutat, az érelkés állandóan telt, rythmikus, szabályos, izgatószerre sohasem volt szükség; légzési zavarok egy esetben sem léptek fel. Ébredésnél kellemetlen mellékhatások, mint szédülés, bódultság, gyomorzavarok nem jelentkeztek.

Cloetta hypothesis, mely szerint heveny gyulladásos folyamatoknál az érzéstelenítés gyógytényezőül szerepelhet, azt a gondolatot adta *Kläsi*nek, hogy megfelelő altató hosszú időn keresztül való adagolásával lelki érzéstelenítésre (ú. n. psychikus anaesthesia) törekedjék. *Rollers* feltevése szerint ily módon, serdüléssel elmezavarnál megszakítjuk azt a körforgást, ami egyfelől az effectív izgalom, másfelől a psychomotoros izgalom között fennáll, ehhez járul az az értékes tény, hogy az elesett beteg sokkal inkább érzi az orvosi segítség szükségét, minek folytán kedvezőbb alkalom kínálkozik az orvossal való bizalmi viszony öregbítéséhez, könnyebben hozzáférhetőbb lesz a beteg a lelki gyógykezelésnek.

Elmebetegeink több napon keresztül tartó álombamerítésére („Dauernarkose“) alkalmasnak ígérkezett a somnifen, elsősorban a fecskendezés útján való adagolás lehetősége folytán. *Kläsi* ennek a kezelésnek az alkalmazását a következő esetekben ajánlja: szorongásos állapotok, ellenkezés, mely főleg a környezethez való téves beállítódáson nyugszik, heveny hallucinosis, gondolkozási és vágy-stereotípiák.

A somnifent klinikánkon részint lelkiérzéstelenítés céljából adtuk, részint tüneti kezelésre. Az előbbi esetben eljárásunk az volt, hogy a beteget hat-hét napon keresztül 2–4 cm³ somnifen adagolásával álomban tartottuk annyira, hogy a beteg csak elemi szükségleteit végezte el. A tüneti adagolásról már megemlékeztünk.

Ami a somnifennel elérhető eredményt illeti, elsősorban a serdüléssel elmezavarokról kell megemlékezni. A somnifennel való huzamosabb álombamerítés alkalmas eszköznek bizonyult sok esetben, hogy magábavonuló betegeinkhez hozzáférközhessünk. Somnifen adása előtt betegünk egyáltalán nem vett táplálékot magához, kérdéseinkre nem felelt, ugyanazokat a tartásokat és mozgásokat végezte (stereotypia), melyek somnifen adagolására sokszor megszűntek, illetve tetemesen javultak. Jó hatását láttuk a somnifennek búskomorságoknál is, melyek a kúra alatt szembeszökően javultak. Az eladdig kesergő vagy szorongó beteg rendezettebben viselkedett, inkább hallgatott bátorításunkra, s több bizalommal nézett a jövőbe. Alkalmaztuk továbbá a somnifent a heveny elmezavarok érzécsalódásainál s izgalmi jelenségeinél. Delirium tremensnél *Schranke* már 1911-ben próbálkozott azzal, hogy betegét mély álomban tartsa. E célból veronált adott, amely szintén barbitursav-származék, és pedig naponta 4–6 g-ot. Ilyen nagy mennyiségben a veronál adagolása semmi esetre sem lehet közömbös a betegre. Deliriumnál a veronál helyett a somnifen adása határozottan haladást jelent. Eltekintve attól, hogy fecskendezés alakjában is adhatjuk, ami a hatás beálltának igen kívánatos gyorsulását nagy fokban elősegíti, kielégítő

hatást a mérgezőnél jóval kisebb adaggal érhetünk el. A somnifen mérgező hatása ugyanis *Redonnet* vizsgálata szerint 20%-kal kisebb, mint a veronálé.

1912-ben *Benedek* a luminált ajánlotta s nemesak mint altatót alkalmazta, hanem morbus sacernál görcsösökentő szerül is. A Wiener klinische Wochenschrift 1912. évfolyam 42. számában közli a luminállal folytatott kísérleteit. Számos ideg- és elmebetegségnél úgy megnyugtató, mint altató hatását kipróbálta. Az álmatlanság különböző fajainál, amelyek *Lechner* csoportosításában ismeretesek, pontos vizsgálatokat végeztet a luminálnak s ezzel összehasonlítól a hyoscin-scopolaminnak vérnyomáscsökkentő hatásáról, nemkülönben az alvás mélységéről, a somnium különböző szakáiban *Eulenburg* ejtőkészülékeivel.

A pharmacodynamiás hatás meggondolása alapján célszerűnek találtuk a somnifent is kipróbálni, mint györcsösökentő szert. Szünet nélkül egymásbafolyó epileptikus görcsöknel (status epilepticus) alkalmaztuk is s vizsgálatainkat ezirányban továbbfolytatjuk. Eklampsiánál *ifj. Thurzó* közlése (Wiener med. Wochenschrift 1923) szinte specifikusnak mondható, kedvező eredményről számol be pár esetben az eklampsiás rohamok megszüntetésénél. Érdemesnek tartjuk külön felemlíteni egy esetünket, ahol egy encephalitises betegnél a somnifencseppek adagolása az időközönként fellépő kényszerordításos állapotokat minden más szernél hatásosabban és tartósabban szüntette meg, a beteg komor hangulatát csökkentette, minnek folytán a beteg már maga kérte a szert.

Tetanusnál *Liebmann* jó eredményekről számol be.

Alkalmasnak látszik a somnifen adása sensibilis tabetikus krisiseknél, ahol a beteg túrhetetlen fájdalmait más veszélyesebb szerek nagy adagai is kevésbé befolyásolják. Pár esetben alkalmunk volt a somnifen ezen előnyéről meggyőződni, amikor a somnifenhatás tartama alatt sikerült a betegeket a fájdalomtól mentesíteni.

Sebészi műtétek végzésénél a somnifen-narkosis bevezetésére felhívtuk sebész kollégáink figyelmét és tisztán somnifen-narkosisban már ez év júniusában végeztek műtétet. Meg kell említenünk, hogy egy esetben herniaoperatióánál a nephrosklerotikus beteg exitált.

Symptomásan a somnifent többszörösen kipróbálva, eddigi tapasztalataink szerint, igen bevált altatónak kell hinnünk. Egynéhány esetben tabesises krisiseknél, melyek az atropin- és opiumkészítmények kombinációjának, valamint a morphium szokásos adagainak alkalmazásával nem voltak megszüntethetők, a somnifen annyira jó hatásúnak mutatkozott, hogy a legközelebbi alkalommal a beteg már maga kérte. Egy kényszerneurosisban szenvedő betegünk álmát somnifennel tudtuk legjobban biztosítani.

Összegezve azt lehet mondani, hogy bár egyes esetekben lényeges eredményt értünk el a *Kläsi*-féle lelkiérzéstelenítéssel, máskor viszont a hatás el is maradt, eszerint a kérdést még nem tekinthetjük megoldottnak, de a további kutatás e téren indokoltnak látszik.

Symptomás adagolásra a somnifen, különösen a befecskenedés útján elérhető gyors hatás s a kellemetlen mellékhatásoktól való mentessége folytán kiválóan alkalmas, s így altatószereink gazdagodásának kell tartanunk.

Irodalom: *E. Liebmann:* Schweiz. med. Wochenschrift 1920, 48. sz. — *Thomas A. Redonnet:* Arch. intern. de Pharmacodyn. 25. köt. — *R. Handschuh:* Schweiz. med. Wochenschrift 1921, 40. sz. — *Kläsi:* Zeitschr. f. ges. N. u. P. 1922, 74. köt., 4–5. füzet. — *W. Hoffmann:* Schweiz. med. Wochenschr. 1922, 7. sz. — *Johs. Werner:* Deutsche med. Wochenschr. 1923, 9. sz. — *I. Gorber:* Schweiz. med. Wochenschr. 1923, 43. sz. — *J. Furrer:* Schweiz. med. Wochenschr. 1924, 12. és 13. sz.

Ritkább rendellenesség a fogzatban.

Írta: *Zemplényi Imre dr.*, bányarvos.

1924 december 17-én jelentkezik *T. R.* 16 éves fiú, hogy ép metszőfogát kihuzassa. Előadja, hogy 6 testvére, apja, anyja él, egészséges. Tej-metszőfogai 12 éves korában hullottak ki. Alsó fogsora rendes. Felső középső metszőfogai helyén különös fogak nőttek, 15 éves korában. A bal medialis metszőfog helyét egy ilyen fog tölti ki, amely a teljesen ép metszőfog magáé eltolta ki. A szokatlan helyen nőtt rendes fog nem használható rágásra, az ajak belső felületét bántja, az ételek a két fog közé akadnak, a rendellenesség kellemetlenül feltűnő, ezért kéri az ép fog kihúzását. Szakorvosi kezelésre nem hajlandó. Fájdalmi nincsenek.

Vizsgálati lelet: A középső felső metszőfogak helyén két, *más foghoz* nem hasonlítható, órlőfogszerű, öt gumós, ép zománcal fedett, egymáshoz erősen hasonlító fog látható. A gumók közül egy nagyobb van, amelynek hegye a szomszédos metszőfogak élénél 1–2 mm-rel lejjebb nyúlik. Ez a nagy gumó a jobb oldali fogon sagittális irányú élben végződik, a bal oldali fogon a gumó csúcsa hátul van, az él nem kifejezett. A négy kis gumó a nagyot félkör alakban veszi körül, csúcsaik körülbelül 2 mm-rel nyúlnak ki az ínyből. A jobb rendellenes fog előtt és felett teljesen fejlett ép, maradandó metszőfog látható, melynek éle kissé előre áll és a rendellenes fog nyakának vonaláig ér le. A többi fogak számbeli vagy alakbeli eltérést a rendestől nem mutatnak, az elpusztult jobb első-alsó, maradandó nagyórlőfog kivételével, egészségesek. Szájpad kissé gothikus, a felső állcsont fogmedernyűványa elől, a rendellenes fogak helyén és azoktól balra a bal felső kisórlőfogakig erősen fejlett, vastag, kifejezett éleket mutat. A bal rendellenes fog felett a jobb oldalinak megfelelő ép metszőfog, vagy annak várható kibúvására utaló jel nem látható. Röntgen-felvétel, amely a rendellenes fogak gyökérvizonyait tisztázhatta volna, nem történt, a beteg intelligencia- és vagyoni viszonyai miatt.

Tekintettel arra, hogy a rendes fog aszimmetrikusan, rendellenes helyen fejlődött, zavarokat okozott, a rendes fog párjának kibúvására utaló jel nem volt, a rendellenes fogak pedig szimmetrikusan középen feküdtek, egymáshoz hasonlítottak, a beteg sem a rendellenes fogak kihúzására, sem a rendes fog redressálására, sem a rendellenes fogaknak műfogakkal való pótolására nem volt hajlandó, kénytelen voltam a rendes metszőfogot kihúzni, a beteg kívánsága szerint. A fog teljesen ép és rendes volt, csupán gyökere látszott valamivel rövidebbnek.

A bulbus elülső részének vizsgálására szánt optikai eszközökről.*

(Magántanári próbaelőadás.)

Írta: *Horváth Béla dr.* a II. sz. szemklinika tanársegéde.

A szem anatómiai viszonyai, az egyes részek átlátszósága hozzák magukkal azt, hogy a szemészetben a vizsgálati eszközök oly tekintélyes száma áll rendelkezésünkre, amely az orvostudomány többi ágában jóformán példátlan. A szabad szemmel való vizsgálat sokszor már elég fölvilágosítást ad némely szembetegségről, de aprólékos változásoknak, melyek valamely betegség kezdetét jelezhetik, szabadszemmel teljesen épnek látszó szemek bekövetkező élettani sajátságok megváltozásának, pl. a nyomás fokozódásának felismerésére való törekvés, valamint a betegségeknek az a tulajdonságuk, hogy rendszerint a baj kezdetén könnyebben

* Fenti előadásnak alapjául nagyrészt *Hirschberg* adatai szolgáltak.

gyógyíthatók, mint később, hatalmas ösztönzésül szolgált arra nézve, hogy a szemorvos a látással való érzéklés véges voltát eszközök segítségével a lehetőség szerint kibővítsé. Ezeknek az eszközöknek sora idővel erősen kibővült, továbbfejlődésük még most is tart és soruk éppen az utolsó évtized alatt ismét egy, még mai napig is beláthatatlan jelentőségű vizsgálati eszközzel, a Gullstrand-féle réslámpával bővült. Különösen a szemteke elülső része az, amely helyzeténél, a szövetek átlátszóságánál fogva hálás teret nyújt vizsgálatainkhoz. Az eszközeink legnagyobb része csakugyan a bulbus elülső részének a vizsgálásához való. Mint mindenben, úgy itt is fokozatos haladás észlelhető, a legelső, primitív eszközöket követik a komplikáltabb, célszerűbb, a vizsgálatnál tágabb teret engedő eszközök, sajnos a tökéletességtől, mint másutt, úgy ezen a téren is messze vagyunk. Úgy a beteg, mint a vizsgáló hibái érvényesülnek a vizsgálatnál és sokszor kis akadályok meghiúsíthatják törekvéseinket és így bár hatalmas segítséget jelentenek a vizsgálati eszközök, azért nem jelentenek mindent, hanem használatuknál éppen olyan nagyjelentőségű a józan kritika, a tapasztalás, a gyakorlat, mint az orvostudomány többi ágaiban.

Vizsgálásainkhoz használt eszközeink túlnyomó része optikai eszköz. Következőekben rövid vázlatát szeretném adni ezen vizsgálati eszközök időbeni fejlődésének, keresve a legelső nyomait annak, hogy szemvizsgálásnál vizsgálati eszközöket mikor alkalmaztak. Természetesen ezeknek a vizsgálati eszközöknek konstruálása és alkalmazása nagyrészt arra az időre esik, amikor az optika, mint önálló tudomány kifejlődött, mikor alaptételeit megállapították, törvényszerűségeit tisztázták. Mert addig, valamint, amíg az orvosoknak pontos fogalmaik az anatómiáról, az élettani viszonyokról egyáltalában nem voltak, amíg a tetem az orvos boncolókésének a vallási viszonyok következtében hozzáférhetetlen volt, nem tudtak a betegség lényegével tisztába jönni, éppúgy vizsgáló eszközöket sem tudtak konstruálni, s így az orvostudomány teljesen speculatív kellett, hogy legyen. Voltak ugyan éles elmére valló megfigyelések, főtörekvés. mégis a gyógyítás volt, melynek úgy a gyógyszeres, mint az operatív részét igyekeztek kifejleszteni.

Az orvostudomány bölesőkorában sehol, még a legnagyobb haladást mutató araboknál sem találunk semmi nyomot arra, hogy szemvizsgálataikhoz bármilyen eszközt is használtak volna. Megtaláljuk a törekvést, hogy rendszerbe foglalják a szembetegségeket, gyógyítsák azokat, operációs eszközöket is konstruálnak, vizsgálataik tökéletesebbé tételére azonban eszközöket konstruálni nem tudnak. Pedig a szembetegségek száma, amit ismernek, lassan növekszik. Egy arab orvos, *Sams Ad Din* Kr. u. 749-ben már 153 szembetegségről emlékszik meg.

Vizsgáló eszköz helyett, mindössze vizsgálati módszerrel találunk, azt is gyér számban. Így legelőször van nyoma a pupilla vizsgálásának, melyhez eszközre nem volt szükség, észrevették, hogy ha a szemet eltakarják, a pupilla nagyságát változtatja, arra is rájöttek, hogy ha az egyik szemet takarják is el, a másik szem pupillája követi az eltakart szem pupillájának mozgását, sőt ennek kimaradásából a szem belsejében székelő megbetegedésre következtettek. Már a hályog lényegével azonban egyáltalán nem tudtak tisztába jönni, ugyancsak fogalmuk sem volt a hályog helyéről. Így például hályogot a gyomornedvek megromlásából származtatták, azonkívül azt hitték, hogy a pupilla előtt összegyűlt massa okozza. Már náluk megvan a fekete-hályog téves fogalma, amely még sok ideig tartja ma-

gát, egészen a szemtükör feltalálásáig. Ugyanis minden esetet, mikor a pupilla területében szürkés homályt nem láttak és a beteg mégis egyáltalában nem, vagy rosszul látott, feketehályognak tartottak. Ugyancsak a hályog vizsgálására különös módszerük volt, mellyel a hályog operálhatóságát döntötték el, megvolt már az érett hályog fogalma is. Aszerint igazodtak, hogy pl. ha a hályog színe acélhoz hasonló, akkor lágyhályog. Ha a másik szemet eltakarva a hályogos szem pupillája kitágul; ha a hályogos szemén fényérzés van, ugyancsak, ha egy vattapamatot a szemre téve az orvos azt fújja és utána ezt a szemről rögtön eltávolítva, azt látja, hogy a hályog tiszta és mozog, akkor operálható. Míg, ha a szemhéjon keresztül masszálva a hályogot, a pupilla kitágul és a hályog egy pillanatra szélesebbnek látszik, még éretlen. Ugyanilyen masszálással, már olyan hályogot fel tudtak ismerni, amit később katarakta Morgagnianának neveztek el.

Vizsgáló eszköznek, mint említettem, sehol semmi nyoma. Az első lelet, amelyről némelyek állítják, hogy a legrégebb nagyítóüveg, egy a Tyrus romjai között talált hegyi kristály, mely vagy 22 évszázad előtről származik. Minden valószínűség szerint, azonban nem nagyítónak, hanem gombnak használták. Még jó sokáig azután a régi írásokban semmi nyoma sines optikai céllal csiszolt, vagy öntött üveg- vagy kristályeszköznek. Mindössze díszítő-eszköz, illetve játék céljából előállított üvegpálcákról, prizmákról tudunk, melyeket a nap felé tartva, az azok által adott szivárványszínekben gyönyörködtek.

A következő optikai eszköz, melyről a feljegyzések tudnak, *Néro smaragdja*, mely felett ismét sok vita folyt. Arról van szó ugyanis, hogy Néro smaragdja monokli volt-e, vagy nem és hogy Néro közellátó volt, s azért használta a smaragdot. Ezzel szemben Hirschberg megállapítja, hogy ez semmiképen sem lehetséges, mert akkor ilyen irányú följegyzéseket kellett volna találni, már pedig ennek sehol semmi nyoma, amellet nem lehetséges, hogy ez teljesen szeparált jelenség maradhatott volna, mások a használatát át ne vegyék és még nagyon hosszú idő telhessen el, míg a szemüvegeket feltalálják. Azt hiszi, hogy Néro a smaragdot szintén az előbb említett üvegprizmához hasonlóan, szórakozás céljából hordta, s hogy ez tulajdonképpen concav-csiszolású tükör volt, melyben a körülötte lévő dolgok fordított, kicsinyített képe látszott, különben is nyoma maradt, hogy Néro gyakran hátat fordított az arénának és smaragdjaival játszva valószínűleg annak tükrében szemlélte az ott folyó játékokat. Az akkori írásokban már szó van nagyító, kicsinyítő, hossz- és szélességben torzító tükrökről, *Plinius* pedig cink-, réz-, ezüst-, obsidian- és üvegtükrökről beszél, bár a hátán fémmel bevont tükrök csak Kr. u. a XIII. században kerülnek forgalomba.

Úgy az araboknál, mint a görög-rómaiaknál ismeretes volt már régtől fogva az úgynevezett *suszter-golyó*, mely tulajdonképen az első nagyító eszköz. Aristophanes vígjátékaiban úgy emlegeti ezt az üveggolyót, mint amellyel tüzet lehet gyújtani. *Plinius* pedig följegyzi, hogy azoknál a kereskedőknél, akik orvosszereket árulnak, lehet látni olyan vízzel töltött üveggömböket, amelyeket az orvosok égetéseknél használnak. Ennek a golyónak nagyító hatását valószínűleg már régebben észrevették, valamint tudták azt is, hogy vízben a kéz nagyobbak látszik, az előbb említett suszter-golyóról tehát azt hitték, azért nagyít, mert víz van benne, s nem tudták azt, hogy a törésmutatók különbsége, valamint az üveg görbülete a fontos.

Bizonyos mértékű, bár részben hamis fogalmuk

volt a görögöknek az optikáról is. Azonban az optika náluk csak a látásra vonatkozó hypothesisokból, a tükrözés elemeiből, s néhány a tükrözésre és fénytörésre vonatkozó alapigazság ismeretéből állt. Különösebb fejlődést azonban nem mutatott és nem is mutathatott, valamint optikai eszközöket sem tudtak konstruálni, hisz az optikai eszközök jóformán nélkülözhetetlen részét, az optikus lencsét még nem ismerik. A közellátóságról, a túl- és öregkori látásról vannak némi fogalmaik, de javítani rajtuk nem tudván, gyógyíthatatlannak tartják azokat, bár különböző kenőcsök alkalmazásával megpróbálják gyógyítani.

Az első optikai lencsék a *szemüvegek*, melyeknek föltalálóját először Kínában keresték, bebizonyosodott azonban, hogy oda már az európai országokból került be. A szemüveg föltalálásának idejét, valamint föltalálójának nevét teljes bizonyossággal megállapítani nem lehet. Közlebbi adatok találhatók *Rohr*: Acht Vorlesungen zur Geschichte der Brille (Zentralzeitschr. f. Opt. u. Mech., 41. évf., 29., 30., 32., 33., sz. stb.) Egyszer csak úgy Kr. u. 1200–1300 körül megjelenik a régi írásokban anélkül, hogy tudnánk, honnan került, sőt érdekes módon a festmények közül is az ebből az időből származó festményeken találjuk meg az első szemüvegeket. S tekintettel arra, hogy a festő bizonyos mértékben a saját környezetét adja vissza, abból, hogy sok helyen találjuk a szemüvegeket, arra következtethetünk, hogy abban az időben nagy divat lehetett a szemüvegviselés, mely egyszerűen úgy látszik a 'udományosság, a tekintély jelvénye is lehetett, mert néha, még a festett szentek orrára is fölkerült.

A följegyzések több nevet is kapcsolatba hoznak a szemüveg föltalálásával, melyek közül az igazinak kiválasztása nem igen sikerül. Mint biztos forrást Francesco Redi egy 1299-ből származó iratot említ, melyben a legelső följegyzés található a szemüvegről. *Salvino Armati* emléktábláján, melyen az 1317-es évszámot találjuk, rajta van, hogy ő a szemüveg föltalálója. A későbbi időben pedig újra föltalálóképpen *Alessandro Spinát* emlegetik. *Hirschberg* szerint ez az adat nem biztos, inkább a firenzeiek localpatriotizmusának eredménye ez az emléktábla, melyről még azt sem lehet eldönteni, hogy mely időből származik és hogy ilyen jóakarató tévedések más irányban is előfordulnak, mutatja az az eset, mely vele történt meg Amerikából visszatértében. A hajón ugyanis egy úr büszkeségtől duzzadozva kérdezte tőle, hogy nem ismeri-e az ő unokaöccsét New-Yorkban, aki híres ember, mert az találta föl a szemtükört.

Az olaszokkal szemben az angolok is magukénak vallják a szemüveg föltalálóját, névszerint *Roger Bacon*ot, igaz, hogy ugyanőt a franciák vallonai franciaországi születésűnek tartják. Később tűnt csak ki, hogy azok az iratok, amelyekben az erre vonatkozó adatok találhatók, mystificatiók, mint az régi írásokról elég gyakran bebizonyosodik. Annyi azonban kétségtelen, hogy Bacon érte el a legtöbb eredményt az optikában, mégsem annyit, amennyit képességei és képzettsége folytán elérhetett volna, ugyanis természet-tudományi gondolkozását nem tudván a kolostori élet szűk fala közé szorítani, s nem tudván a kolostori szabályokat respektálni, életének jórészét karcerbe zárva töltötte el. Nála találjuk meg első nyomát annak, hogy gömbszelet formájú lencsével a pupilla területében lévő homályt, aphakiás szemben az üvegtest elülső részének homályát pontosabban figyeli, azonkívül megállapítja az oly régóta ismert és még oly soká és oly sokféle alkalmazott susztergolyóban a sugármenetet.

Az előbb említett első szemüvegek csak az öreg-

kori látás, majd a távollátás javítására szolgáltak, míg a concav üvegek a myopia javítására csak a XVI. században, cylinder-üvegek pedig csak a XIX. században kerülnek forgalomba. Mindenesetre azonban a szemüvegek föltalálása kezdetét jelenti az optikai eszközök készítésének, amely próbálkozás lassankint először a hollandiai, azután a Gallilei és Kepler távesövének föltalálására és bizonyos mértékben az optika kiépítésére vezetett.

A szemüvegek után nagyító lencsákat kezdenek készíteni. Az első nagyító eszközt, az ú. n. lupet *Jansen Zakariás* és *János* készítette, 1590-ben Hollandiában, bár *Claudius Ptolomeus* 150-ben Kr. u. már emítette irataiban a lencsék nagyító hatását. Később *Kirchner Athanáz* állványra szereli a nagyító lencsését, majd 1660-ban az angol *Hooke Robert* mikroskopiumnak nevezni készülékét, míg *Leeuwenhoeck* a lencsék köszörülésében nagy ügyességre tesz szert. Így a mikroszkopkonstruálás technikája mindjobban fejlődik, mai formáját azonban csak a XIX. században éri el.

A XVII–XVIII században a physiologiai és pathologiai ismeretek hatalmas fejlődése nagy hatással van a theoretikus szemészet és segédtudományai fejlődésére is. Képviselője ez iránynak *Isac Newton*, fejlesztői nem annyira szemorvosok, mint physikusok, matematikusok, majd később physiologusok. Munkásai *Huygens*, *Locke*, *Pemberton*, *Haller*, *Joung*, akinél pl. először jelenik meg az astigmatismus fogalma, azonban még a lencse ferdeállításából származtatja.

Ezekkel a vizsgálatokkal kapcsolatban tüzetesen kezdik vizsgálni a bulbus elülső részét, *Porta* a XVI. század végén egy pupillamérő eszközt szerkeszt, *Petit* pedig egy a csarnok mélységének, általában a bulbus elülső részének pontosabb vizsgálására szánt ophthalmometert, azonban ezt csak hullaszemeken lehetett használni. Általában erre az időre esik, hogy fölmetszett szemeken pontos méréseket igyekeznek végezni, hogy a lencse, iris, csarnok mélységét és méreteit pontosan meghatározzák. Ugyancsak *Petit* szerkeszt egy kis apparátust, mely a kivett szem irisének közvetlen vizsgálására való, amelynél a szaruhártya fénytörő hatását azáltal kapcsolja ki, hogy üvegfalú kis kádba, víz alá meríti a bulbust. Érdekes, hogy 123 évnek kellett elteltelnie addig, míg, ugyanezt az eszközt *Czermák* orthoskop néven az élő szem vizsgálására ajánlja.

1704-ben *Maryvel* kezdődik azon megfigyelések sorozata, mely a szemtükör feltalálására vezetett. Ő ugyanis azt figyelte meg, hogy ha egy macskát víz alá merít, a pupilla kitágul s a szemfenéki erek, látóidegfő stb., amiket rendes körülmények között látni lehet, láthatóvá válnak. A vizsgálatok közben különösen a pupilla fekete színének okát kutatták, s közben *Cumming*nek sikerült is reflexet kapni a szemfenékből, szemfenéki képet azonban nem látott. 1847-ben állítólag *Babbage* angol orvos szerkesztett egy szemtükört, mely egy ferdére állított lapos tükörből állott, melyről egy helyen az ezüstözés le volt kaparva, hogy azon keresztül lehessen vele látni, s *Warton Jones* szerint csakugyan szemfenéket is lehetett vizsgálni vele. De bár kezében volt a szemtükör, nem tudta hasznát venni, nem látott vele, semmit sem közölt róla, így ez a megelőzés *Helmholtz* érdemén semmit sem ront.

Kivüle még *Bowmann*, *Brücke*, *Borell*, *Mariotte de la Hire* voltak közel a szemtükör feltalálásához, nem szólva *Kussmaul*ról, ki már 1844-ben, mint tanuló kezdett ezzel a problémával foglalkozni, végig csinálta azokat a vizsgálatokat, amelyek *Helmholtz*ot a szemtükör föltalálására vezették. Munkáiban azt írja, hogy rendes körülmények között a retina által reflektált képet nem

láthatjuk. Ha azonban ezt láthatnánk, akkor a pupillán keresztül a lencse által reflektált fordított képet látnánk, mélyen a szemfenékben fekvő és gyengén megvilágítva, s a kép nagyobb volna, mint a rendes retina. Kiinduló pontja a már említett *Mary*-féle vizsgálat volt, hogy a víz alá merített macskaszemben a pupilla és az erek könnyen megláthatók. Ő ezt a hatást víz helyett planconvex lencsével igyekezett elérni, melynek concavitása az emberi szaruhártya fél átmérőjének felelt meg, szemfenéket látni azonban nem sikerült neki. Ezek szerint így ő alkalmazta a contact üveget először, mely mostan oly kiváló szolgálatunkra van úgy a szemfenék, mint a csarnokzug vizsgálatánál. *Kussmaul* tehát egészen az utolsó lépésig elment, csak a szemfenéket mesterséges világitással nem világította meg. Aphakiás szemén látta is a látóidegfőt, de éppen ennek nagyon gyenge megvilágítottsága térítette el attól, hogy tovább is folytassa vizsgálatait. Szemtükőről később maga is humorosan nyilatkozik, amennyiben az egyszeri spanyol nemes lovához hasonlítja, akinek lova a legkiválóbb volt az egész birodalomban, minden jó tulajdonsága megvolt a lónak, csak lovagolni nem lehetett rajta, mert döglött volt. Szerinte az ő szemtükre is a legjobb az egész világon, még pedig azért, mert az egyetlen, kis hibája, hogy szemfenéket vele látni nem lehet. *Kussmaul* látja emellett természetes oldalsó világitással a legelső szemfenéki daganatot.

Ilyen előzmények után találta fel *Helmholtz* a szemtükört 1850-ben. Szerinte minden különösebb megérőltetés nélkül, mert, mint apjának írja, ez annyira kézen fekvő volt és annyira nem volt szüksége, ennek a problémának megoldásánál további ismeretekre, hogy tulajdonképpen a gymnasiumban tanult optikai ismeretek elégségesek voltak a megoldáshoz, amint tovább írja, egyenesen nevetségesnek látszik előtte, hogy mások és ő is, már sokkal korábban föl nem találtak. Tükört úgy írja le, hogy üvegek combinációja, melyek által a sötét szemfenékbe, a pupillán keresztül bevilágíthatunk, anélkül, hogy nagyon erős fényforrást kellene használni s egyszersmind a szemfenék részleteit pontosan lehet vele látni, pontosabban még, mint a bulbus külsején látható részleteket, mert a szem átlátszó részei egy húszoros nagyítású lupet pótolnak. Egyben jelzi, hogy találmánya minden valószínűség szerint nagyjelentőségű lesz a szemészetben, különösen az úgynevezett fekete hályog teljesen ismeretlen területén.

A szemtükör feltalálása óriási lépéssel viszi előre a szemvizsgálatot, amennyiben nemcsak a szemfenék vizsgálásánál, de, mint átvilágító eszköz és mint lupetükör a szaruhártya, lencsevázásoknak diagnosztizálásánál is megbecsülhetetlen értékű. Vannak még jó ideig olyanok, kik a szemtükört nem tudják értékelni, előnyét csak abban látják, hogy egynéhány ügyes gyógyíthatatlan szemfenéki betegséget fel lehet vele ismerni, nagy hátrányául tudják be evvel szemben azonban, hogy koncentrált fényével a szemén sérülést okozhat. Természetesen ennek ellenére a szemtükör rohamosan növekszik jelentőségében. Később többen konstruálnak szemtükört. Így *Froebelius*, *Meyerstein* prismás szemtüköröket konstruálnak. Míg *Hirschberg*, *Loring*, *Liebreich*, *Morton*, *Haab*, a *Helmholtz*-tükört alakítják át.

Más momentumok is segítségül szolgálnak, hogy a vizsgálatok a bulbus elülső részén minél pontosabban legyenek és minél több részletre kiterjedhessenek, *Reimarus* 1790 körül egész véletlenül fölfedezi a belladonna pupillatágító hatását, olyan módon, hogy egy gyógyszerésznek beladonna-tartalmú gyógyszer freccsént a szemébe és mivel kényelmetlen érzés lépett föl

a szemén, fordult fentnevezetthez, aki a pupillát egészen tágnak találta. Ezek után ő és *Hymli* alkalmazták először a belladonnát részben vizsgálatoknál, pl. kataraktánál, hogy nincs-e synechia, másrészt operatívoknál, hogy a lencsét könnyebben lehessen eltávolítani. A belladonna mint gyógyszer már régóta használatos, sőt már az ókorban használták asszonyok titokban, kik azt akarták, hogy kék szemük helyett fekete szemük legyen, borral keverve, csöpögtetés alakjában. De, hogy még a fent említett felfedezés után is milyen lassan terjed el a köztudatban, mutatja *Runge* esete, kinek barátja Napoleon seregéből úgy szabadítja ki magát, hogy belladonna-kivonatot csepegtet mindkét szemébe, a sorozó orvos nem ismerve a belladonna hatását, alkalmatlannak találja. *Runge* és *Brandes* volt azután az, aki a belladonnából az atropin nevű narkotikus basist előállította. Később tisztán vizsgálati célokra *Ladenburg* a homotropint ajánlja. Hozzájárul a vizsgálatok könnyebbétételéhez a *Koller* és tőle függetlenül a bécsi *Königstein* által ajánlott cocain, mint érzéstelenítő alkalmazása is.

Annak a törekvésnek, hogy az élő szövetek fölépítését, szerkezetét pontosabban megfigyelhessék, volt következménye az, hogy a bulbus elülső részét nagyító üvegeken keresztül kezdték vizsgálni, *Zinn* volt az első, aki lupeval az írist vizsgálja és azt írja, hogy csodálatos színjáték látható, az irisnek nagyító üveggel való vizsgálatánál, gyűrűalakban számtalan rost, sűrűn, egymáshoz párhuzamosan elhelyezkedve, s így tovább, s valóban egészen pontosan leírását adja a szivárványhártyának, azután injiciálja az írist és látja, hogy legnagyobb részt erekből áll, hogy izom van-e benne, nem sikerült neki eldönteni.

Már *Ammon* 1835-ben azt hangoztatja, hogy ami a belgyógyászatban a stetoskop, az a szemészetben a lupe. Íristisnél megfigyeli az izzadmány kiválását, s *Mackensietől* függetlenül felismeri a sympathiás megbetegedést. Megtaláljuk munkájában egy keratitisnek lupe nagyításos rajzát, ugyan ő az irisen újonnan képződött vérereket is lát. A szaruhártya különböző rendellenességeit, daganatait, alakváltozását, homályait, degenerációit lupemegfigyelés alapján tárgyalja, ugyancsak a már régebben ismert heterophthalmust, valamint az irisen látható különféle pigmentbeli változást is. *Sichel* a synchisis scyntillanst, mely régebben már ismeretes volt, pupillatágítás mellett lupeval vizsgálva újra az érdeklődés központjába állítja. Később *Oberhauser* mikroskoptól szerkesztett ezekhez a vizsgálatokhoz, míg *Fischer* ezt a jelentőséget és a szaruhártya cholesteroljegeceit állványáról eltávolított mikroskoptubussal vizsgálja, miközben a szemre tükörrel fényt vetít.

1822-ben *Hymli* vezeti be a focalis vizsgálatot a szemvizsgálatokhoz, s így mindinkább közeledünk a manapság használatban levő vizsgálati eszközökhöz. Ekkor már könyvekben is rendszeresen foglalkoznak a szemvizsgálás módjaival és eszközeivel, de az eszközöktől való bizonyos fokú idegenkedés még érezhető itt-ott így *Desmares*, ki a leghíresebb alakja a francia iskolának, szintén idegenkedik az eszközöktől s csak a lupet használja. Pedig már csaknem nélkülözhetetlenek az eszközök.

Helmholtz ophthalmometert szerkeszt, melyen táveső segítségével, melyben kettősen törő üveglapok vannak, megállapítja a szaruhártya görbületi sugarát, törőerejét és görbülési eltéréseit.

Ugyanezen elv szerint később tökéletesebb formában a *Javal Schiötz*-ophthalmometer épül fel. Előbb *Purkinje*, majd *Samson* fedezik fel a róluk elnevezett tükröképeket, melyeknek változásaiból az accomodatio

minőségére és a lencse, helyzetére következtethetünk, s amelyek bizonyos mértékben az előbb említett ophthalmometriás merések alapját is képezik.

Az ezek utáni időben már mind komplikáltabb optikai eszközök következnek, stereoskopok, szemtükrök, lupek, mikroskopok, melyek mind a vizsgálatok pontosabbá tételére szolgálnak.

Donders a XIX. század végén eszközt szerkeszt az elülső csarnok mélységének, a szaruhártya görbületének mérésére, a *Helmholtz*-hoz hasonló elv szerint *Cuignet* keratoskopja a szaruhártya görbületi rendellenességeinek, a szaruhártya vastagságának mérésére való, *Duverger* a vizsgálatainál az oldalt beeső világitást rendszeresen használja. *Coccius* a szemtükrözésnél a polarizált fényben való vizsgálatot ajánlja, mert így a szaruhártya zavaró reflexét ki lehet küszöbölni, amellet a retina polarizált fényben eltűnik, s így a chorioideára vonatkozó megfigyeléseink pontosabbak lesznek. *Adáms* a lupet mesterséges világitó forrással kapcsolja össze, s így vizsgálja a bulbus elülső részét. Azután mindtöbben igyekeznek az e fajta vizsgálatot tökéletesíteni, a lupe helyét végül a binocularis mikroskop foglalja el, s ebben a formában első 1886-ban a *Zähender Westien*-féle ú. n. cornealis mikroskop, melynél mindkét szem részére külön világitó forrást használunk, a fényt több lencse gyűjti össze, s a szemet az utolsó lencse focusába kell beállítani, a megvilágított szemet azután tízszeres nagyítású stereoskopos mikroskop segítségével vizsgáljuk. Így azonban az eszköz használata nehézkes, a nagyítás kicsi. További haladást *Aubert* 25-szörös nagyítású szaruhártya mikroskopja, majd a *Schantz*-mikroskop jelenti 1893-ban, mely a még ma is általánosan használt *Zapsky-Zeiss*-mikroskop kezdeti formája. Később *Nieden* prismás lupet ajánl a szemvizsgáláshoz, mely jó ideig változatos formában nagy elterjedésnek örvendett. Jó szolgálatot tehet a vizsgálatoknál a *Hartnach* ú. n. *Kugel-lupeja* is. 1899-ben ajánlja *Thorner* reflexnélküli szemtükrét. 1908-ban *Sutcliffe* ophthalmométerét, mellyel a *Javal Schiötz*-ophthalmométerrel ellentétben meghatározhatjuk a cornea görbületi viszonyait, sugarát, fénytörését anélkül, hogy az eszköz tengelyén változtatni kellene.

A bulbus elülső része vizsgálható még az először *Reuss* által ajánlott átvilágítással is. A kezdeményező tulajdonképpen *Voltoini*, ki több, az emberi testben lévő üreg vizsálásához ajánlotta ezt a módszert. Az első átvilágító lámpa szerkezete az volt, hogy egy kis dobozba elektromos lámpa volt bezárva, a dobozból egy üvegpálcika nyúlt ki, melyet a sclerával hoztak érintkezésbe. Később az átvilágító lámpának *Sachs* adja meg azt a formát, amelyben még ma is használatos. *Stevenson* kis elektromos lámpát helyez el a szájban, mely azután a bulbus hátulról úgy átvilágítja, hogy a pupilla vörösen föllángol. A *Stevenson* által választott utat követik *Jansen* és *Lange*, tökéletesíti az eljárást *Hertzel*, aki állandóan áramló vízzel hűti a lámpát. *Gyergyay* elektromos lámpáját az orron át egészen a garat tetejéig tolja előre. Kevésbé sympathikus eljárás a *Goloviné*, ki nyílást vág a conjunctiván és az elektromos lámpát, mely egy meggörbített szonda végén van elhelyezve, a bulbus mögé tolja. Az átvilágításos vizsgálatokkal mindenütt arra törekszünk, hogy a normalistól eltérő árnyékképződésből a szemben levő daganatra, idegentestre, a könnyebb átvilágíthatóságból pedig a szövetek elvékonyodására, sorvadására következtethessünk.

A pupilla vizsgálására is többféle eszközt konstruáltak, melyekkel a pupilla nagyságát, reakcióját,

annak módját, idejét stb. igyekezzünk meghatározni. Ilyen a *Haab, Krusius, Sommer, Bunke, Ohm* stb. által szerkesztett eszköz. A hemianopsiás pupillareactio vizsgálására a *Hess*-féle hemikinesimeter szolgál, ezeknek a vizsgálóeszközöknek sora is az utolsó időben egy pontos megfigyeléseket engedő eszközzel, a *Hess*-féle differential-pupilloskoppal bővült.

Az előbb említett binocularis corneamikroskópok csak megnagyobbították a vizsgált szemet, mikroszkopiai változásokat azonban a világítás elégtelensége folytán nem vehettünk velük észre, bár akadtak vizsgálók, akik éles megfigyeléseikkel olyan dolgokat is láttak, amelyek mások előtt rejtve maradtak. Így *Schleich* már 1902-ben látja a kötőhártya ereiben a véráramlást, ugyanezt már 1888-ban *Friedenwald* a szaruhártyában *Hartnack* lupeval figyelte meg. *Stehli* pedig látja vele a szaruhártya hátulsó felületének beharmatozottságát, s finom epithel-hiányokat. *Augstein* a pupilla széli és az operatiók utáni pigmentyszóródást. *Bajardi* conjunctivában lévő angiectasiákat, s apró vérömléseket figyel meg. Mindez, azonban a többség számára láthatatlan, míg *Gullstrand* az 1911-i heidelbergi szemész-congressuson a réslámpával és a vele összekombinált cornealis mikroskoppal olyan vizsgálóeszközt adott kezünkbe, mellyel már mikroszkopiai megfigyeléseket is végezhetünk az élő szemén, s amely eszköznek óriási jelentősége a bulbus elülső részének vizsgálatánál napjainkban mindinkább kibontakozik.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Rapport epidemiologique mensuel 73. száma (1924. december 15.) közli a fertőző betegségekre vonatkozó legújabb beérkezett adatokat. Mivel egyes adatok igen nagy távolságokból jönnek, érthető, hogy a decemberi füzetben távolabbi világrészeknek csak augusztus-októberi adatait találjuk meg. A *pestis*-esetek nagy számával vezet most is, mind mindig, Brit-India (szeptember 14-től október 11-ig 4416 eset, 2991 halál a mintegy 320 milliós lakosság között). Tavaly ugyanebben az időszakban ott 15.978 ember halt meg *pestis*-ben. Nincs feltüntetve, hogy melyik faja szerepelt a *pestis*-nek. A délafrikai Unióban és Los Angelesben (Amerikai Egyesült-Államok) rágesálóknak találtak *pestis*-t. Mindkét helyen emberek is megkapták. *Cholera* is Indiában pusztított legjobban és 4 hét alatt 11.046 áldozatot követelt. Angliában (ahol a himlőoltás alól könnyen ki lehet bujni) 318 *himlő*-eset fordult elő egy hónap alatt, míg az Északamerikai Egyesült-Államokban 1340 eset. A lakosság számához viszonyítva, feltűnően sok volt a *dysenteria* Magyarországon. Angliában egy hónap alatt 171 *enkephalitis lethargica*-eset fordult elő. A mult számban Japánból jelentett epidemiára vonatkozólag nem találunk újabb adatokat, legfeljebb azt az érdekes megfigyelést, hogy ott ugyanakkor nagyon sok meningitis cerebrospinalis-megbetegedés is fordult elő.

Összehasonlítva a kimutatásban foglalt európai nagy városok mortalitását, azt látjuk, hogy Budapesté igen magas, csak Leningrádé haladja túl. Nem szabad azonban elfelejtenünk, hogy a statisztikai adatgyűjtés nem történik mindenütt egyforma elvek szerint. *J. B.*

A suboccipitalis punctióról meningitis epidemiciánál. *A. Hartwich.* (Münch. med. Woch. 1924, 28. sz.) A már 1906 óta *Westenhoeffer* útján ismert s azóta többektől kidolgozott és kipróbált suboccipitalis punctiót két meningitis epidemica esetben alkalmazta. Az egyiknél 13, a másiknál 11 punctiót végzett körülbelül 3 hét alatt, mindannyiszor 20–30 cm³ liquorot bocsátva le, s annak helyébe kétharmadrésznyi mennyiségű meningococcus-serumot fecskendezett be. Mindkét betege meggyógyult. A suboccipitalis punctióval parallel lumbal punctiókat is végzett s e kétféle úton nyert liquor vizsgálata azt eredményezte, hogy a lumbal punctióval nyert liquor mindkét esetben sejt-

dúsabb volt. Egészséges egyéneknél — *Eskuchen* leletével egyetértően — a cisterna-liquort talalta sejt-dúsabbnak. A suboccipitalis punctio technikája könnyebb, mint a lumbal punctióé. Különösen olyanoknál bír előnyvel, kiknél a csigolyaközök szűkek, s akiknél sokszor vagyunk kénytelenek pungálni. A betegnek is kevesebb nehézséget okoz a suboccipitalis punctio, mint a lumbal punctio. A punctiók semmiféle kellemetlen következménnyel nem jártak. A suboccipitalis punctio jelentőségét főleg a fertőzések eredetű, különösen a localis (pl. az otogen) meningitiseknél véli látni, mert így nem sodródna a beavatkozásunk okozta áramlással a bakteriumok a liquor spinalissal az alsóbb részekbe, ami lumbal punctiónál elképzelhető. *Moll dr.*

A gerinevelő Röntgen-vizsgálata (myelographia). *Peiper és Klose.* (Klin. Woch. 1924, 49. sz.)

Mintán a végzett levegőbefúvások eredménye nem volt kielégítő, *Sicard* és *Forestier* kismennyiségű jódos olajat fecskendeztek a durazsákba a gerinevelő láthatóvátétele céljából. A jó kontrasztképző sajátosságánál fogva alkalmas e célra, az olaj pedig azért kell, mert nagy fajsúlyánál fogva ez csak lefelé süllyedhet a duralis zsákban és így az agyvelőt nem bánthatja. Tumorok, összenövések stb. azonban az olajnak lefelé való süllyedését tartósan akadályozni tudják. A szerzők 14 esetben utánvizsgálták *Sicard* és *Forestier* kísérleteit. Az eredeti vizsgálati anyag híján 2 cm³ jodipint használtak az injectióhoz, amit lehetőleg suboccipitalisan, mélyen fekvő caudatumornál alacsonyabban, azonban mindig a tumor felett fecskendeztek be a duralis zsákba. Ezután néhány pere mulva sorozatos Röntgen-felvételek készülnek, majd 2 napi nyugodt hátonfekvés után ismét, hogy a tumor okozta fennakadás felismerhető legyen. Minden olyan gerinevelő-compressio, amely már neuralgiai tüneteket okoz, tartós jodipinmegakadást is okoz. Egészséges emberen 3 nap alatt az egész jodipin a durazsák alsó végében gyülemlik meg. Összenövések okozta tünetek ugyan kevésbé jellegzetesek, mint a daganatok jelenléte által előidézett olajvisszatartás, azonban igen nehéz a képek elbírálása. Daganat sem tartja mindig vissza az olajat. Az eljárás, ha kismennyiségű jodipinnal végezzük, nyugodtan végezhető, azonban csak klinikára való.

Kiss József dr.

A tüdőcollapsus-therapia indicatiói és contraindicatiói. *H. Ulrici.* (Klin. Wochenschrift 1924, 47. sz.)

A mesterséges légmell alkalmazásának egyetlen vitalis indicatiója a csillapíthatatlan tüdővérzés, ha nagy valószínűséggel meg tudjuk állapítani, vajjon a vérzés melyik tüdőfélben történik; ilyenkor a tüdő compressiója a vérzést pillanatszerűleg megszüntetheti. Ha azonban téves diagnosis alapján az egészséges tüdőfelet komprimáljuk, úgy a beavatkozás végzettségé válhatik a betegre nézve. Különben a légmell, illetőleg a thorakoplastika indicatiójának felállításánál azt kell mérlegelni, milyen kiterjedésű és milyen indulatú a tuberculosisos folyamat a müteendő tüdőfélben és vajjon van-e elváltozás a másik, relative egészséges oldalon. Absolut indicatiót képez az előhaladott productív vagy cirrhotikus folyamat, ha a másik oldal egészséges, vagy abban csak kiscsök elváltozás van, míg relativ a collapsus-therapia indicatiója, ha a cirrhotikus és productív folyamathoz kisebb kiterjedésű exsudatív folyamat is társul, vagy ha az egészséges oldalon kiterjedtebb (II. stadiumbeli) elváltozások mutathatók ki. Kontraindicált a légmell alkalmazása az acut caseosus pneumoniaiánál és konfluáló exsudatív folyamatoknál, melyeknek tudvalevőleg nincs hajlamuk gyógyulásra, illetőleg zsugorodásra, valamint ha más szervek (vese, bél) részéről állanak fenn complicatiók. *Czoniczner dr.*

Hydrotherapiás segédeszköz apoplexiás insultus ellen.

Hydro-, helyesebben thermotherapiával foglalkozó orvosok tudják, minő nagy vérelvonás eszközölhető a többi testrészekről a hasüreg felé a nagy kaliberű abdominalis erek tágítása útján. A meleg pedig elsőrendű értágító s még hozzá az ú. n. passiv tágulást okoz, vagyis ér dilatatiót, a tonus fokozása nélkül, sőt az érfa ellazításával, tehát a vérnyomás egyidejű lezállítása mellett.

Ezért — támogatva egy családomban előfordult esetben tett kedvező tapasztalástól is — közölném kártársaimmal (bár szakmámon kívül esik) azt a gondolatot, hogy meleg (a kéznek még nem forró) *klyisma* alkalmazásával igyekezzenek intensív vérelvonást gya-

korolni a fejtől, azaz gyors *koponyajüregi depletiót* létrehozni. A *venaesectio* egyszerű instrumentariuma sines momentán mindig kéznél s úgy vélem, egynéhány folytatólagos meleg beöntéssel több vért is accumulálhatunk a hasüreg nagy értörzseibe, mint amennyit érvágással a testtől elvonnunk tanácsos.

Lehet, hogy a gondolat, mely prophylacticumnak is előnyököt ígér, hydrotherapiái munkában már felvétetett. Erről, minthogy a thermotherapiával már másfél évtizede nem foglalkozom, nyilatkozni nines módomban. De akár új az eszme, akár nem, meggyőződésem, hogy a kollégák gyakorlatukban haszonnal értékesíthetik.

Okolicsányi-Kuthy Dezső dr.

Sebészet.

A volvulus keletkezése. *Wekser.* (Zentralblatt f. Chir. 1924, 39. sz.)

A jekaterinoszlavi klinikán 1921–22-ben 12 volvulusos beteget operáltak. A megbetegedés ilyen nagy száma, szerinte, az éhínség következménye. Szerinte a volvulus a belek nagyfokú mozgékonyasága miatt lép fel. A szervezet zsírvesztése következtében a hasfal petyhüdtté válik, a hasüreg kitágul, s a benne lévő szervek mozgékonyabbak. A durva, tápszegény ételek bélmegebetegedéseket okoznak, melyek következményeképpen a csepleszben hegesevés keletkezik. E mellett a tömeges, nehezen emészthető ételek erős peristaltikát indítanak meg, mely a belek nagyfokú mozgékonyasága és a csepleszhegek miatt volvulus keletkezésére vezet.

Kovács J. dr.

A pylorus átmetszése gyomor-duodenalis fekélynél. *Oehlecker.* (Zentralblatt f. Chir. 1924, 39. sz.)

Gyomorfekélynél a gyomor resectiója Billroth I. szerint javallt akkor, ha nem nagy a műtét halálozási százaléka, s ha a műtét kivitele technikai akadályokba nem ütközik. A resectióval kapcsolatban a pylorust is eltávolítjuk. Ha a pylorus nem távolítható el, átmetszjük. Előfordul az az eset is, hogy klinikailag gyomorfekélyt állapítunk meg s műtétnél a gyomron semmiféle elváltozás nem látható. Ha ilyenkor a pylorust átmetszjük, a beteg panaszai megszűnnek, mert a kellemetlenségeket a chronikus gastritis által kiváltott pylorusizgalom okozta. A pylorust átmetszhetjük vagy úgy, mint a stenosisnál, vagy pedig amint az pylorusplastikánál szokásos. *Oehlecker* a kis- és a nagygörbületnek megfelelően fent és lent vágja át a pylorust, emellett gastro-duodenoanastomosist végez. A beavatkozás a gyomorresectionál nem nagyobb. Az anastomosist a duodenum kímélése és a pontos vérzés-csillapítás érdekében bélfogó nélkül végzi.

Kovács J. dr.

Iszolt ugrócsontficam esete. *G. Rechess.* (Zentralblatt 1924, 37. sz.)

Az ugrócsont ficama, *Henke* szerint, a láb dorsalflexiója, *Roguet* szerint a a plantarflexiója mellett jön létre. *Rechess* eseténél a ficam talpi hajlítás mellett keletkezett. Mivel a ficammal kapcsolatban a külső boka alatt 3–4 cm hosszú, az ízületbe vezető sérülés és a ligamenta lateralia és interossea szakadása is jelen volt, *Rechess* a véres repositiót végezte. Nem szövődtött ficammal megkísérrendő a vértelen visszahelyezés, amely az esetek $\frac{1}{4}$ részében sikerül. A véres repositio az ugrócsont részleges vagy teljes eltávolításából állhat. A végtag működése a véres visszahelyezés után is jó.

Kovács J. dr.

Aseptikus műtétekkel kapcsolatos elsődleges varrat utáni sebfertőzésről. *C. Teichert.* (Zentralblatt 1924, 39. sz.)

A königsbergi klinika műtéti anyagából statisztikai kimutatást készített abból a szempontból, hogy az 1922–23. években az aseptikus műtétek után milyen gyakran lépett fel sebfertőzés. Arra az eredményre jutott, hogy 1922-ben 1347 aseptikus műtét után 42 esetben (3.13%) lépett fel a műtéti seb fertőzése, míg 1923-ban 1349 aseptikus műtét után csak 18 esetben (1.34%). A sebfertőzés ezen esetekben független volt úgy a varróanyag, mint az érzéstelenítés minőségétől, úgyszintén a műtét időtartamától is. Gyakrabban lépett fel akkor, ha aseptikus műtétekkel kapcsolatban nagyszámú septikus műtétet végeztek. Az egy napon végzett műtétek közül az első 1–2 műtét műtéti területe csak nagyritkán fertőződött. A fertőzés tünetei a 6–8. napon, ritkán a 14. napon jelentkeztek. Septikus műtéteknél a gummikeztyű nem mindig védi meg a keze-

ket a fertőzés ellen, mert műtét közben a keztyűkön keletkezhetnek apró, alig látható sérülések, melyeken át a fertőző váladék a kezekkel érintkezésbe jut. Ezért tanácsos az, hogy súlyos septikus műtétek után 2–3 napon belül aseptikus műtéteket ne végezzünk.

Kovács J. dr.

A pylorotomiával, mint közvetett fekélyműtéttel nyert tapasztalatokról. *M. Madlener.* (Zentralbl. 1924, 35. sz.)

Gyomorfekélynél, ha a fekély a cardián, vagy a pylorustól távoleső részen van, s a beteg erőbeli állapota a gyomor kiirtását nem engedi meg, pylorotomiát végez. A 7 esetben végzett pylorotomiás betegek közül 3-nál a gyomor középső részén, a pankreasba penetráló fekély, 3-nál a cardián lévő fekély miatt végezte a műtétet. A pyloruson kívül az antrumból is eltávolított 2–4 ujjnyi részt. A gyomor duodenalis anastomosist Billroth I. szerint végzi. A műtéti eredmények mindegyik esetben jók voltak. A fekélyfájdalom, a hányás azonnal megszűnt, az étvágy és munkakedv visszatért. A gyomor aciditása félév alatt 25–60 HCl-ről, 50–75 összaciditásról körülbelül 22 HCl-re és 37 összaciditásra szállt alá. A gyomor aciditása a fekély súlyosságától függ. A műtét után a gyomor kiürülése rendes volt. Eredményei a gastroenteroanastomosis eredményeinél jobbak. Ulcus duodeninál, ha fekély nem írtható ki, ugyancsak megkísérrendő a pylorotomia.

Kovács J. dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A supravaginalis amputatio, a vaginalis s az abdominalis totalexstirpatio. *I. Amreich.* Wien. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 88. köt., 1. füz.)

A bécsi I. számú női klinika 12 évi anyagából gyűjtötte össze a fenti műtéteket egymánál, adnextumoroknál, ovarialis cystánál s extrauterin graviditásknál, s ezek primaer eredményeiről számol be. Elsősorban is a klinika álláspontjával ismertet meg bennünket myomák operálásával szemben. Operálandó a myoma: ha fiatalabb betegről van szó, a súlyos kiesési tünetek elkerülése miatt; ha igen nagy a myoma; ha a myomagóc submucosus elhelyezkedésű; ha a myoma helyzete vagy nagysága miatt a környező szerveket működésükben gátolja, vagy fájdalmakat okoz; ha a myoma regressiv metamorphosis jeleit mutatja; subserosus kocsányos myoma a kocsányesavarodás veszélye miatt; végül minden komplikált myoma operálandó, mint pl. myoma és uteruscarcinoma, myoma és ovarialis cysta stb. Az adnextumorok operálásának kérdésénél a legkonzervatívabb álláspontot foglalják el, csak a nagy cystikus adnextumorokat s a leconsequensebb palliativ kezeléssel is dacoló eseteket tartják operálandónak. Ovarialis cystát s extrauterin graviditást minden esetben megoperálják. A 12 év alatt 476 vaginalis totalexstirpatio volt, 1% mortalitással; 409 abdominalis totalexstirpatio 3.4% mortalitással és 1253 supravaginalis amputatio 1.6% mortalitással. A különböző complicatiók közül feltűnő a thrombosis s a halálos végű emboliák nagy száma az abdominalis totalexstirpatioknál. Általában itt találjuk a legtöbb complicatiót, mint onkoxsodatumot, pneumoniát, peritonitist stb., de ez érthető is, hiszen ezt a műtéti eljárást éppen a legsúlyosabb esetekben alkalmazzák. Itt a szerző a klinika nagy beteganyagának felhasználásával arra a jelenleg sokat vitatott kérdésre is választ igyekszik adni, hogy helyese-e a supravaginalis amputatio helyett mindig abdominalis totalexstirpatiót végeznünk azért, mert a visszahagyott uterusokon később carcinoma léphet fel. 12 év alatt 1253 supravaginalis amputatio után 5 esetben lépett fel később esonkarcinoma, 0.3%. Mindenesetre nagyobb ez a carcinoma átlagos gyakoriságánál. Ha azonban ezt az öt beteget is hozzászámítjuk a supravaginalis amputatio műtéti mortalitásához, még akkor is közel kétszerte nagyobb az abdominalis totalexstirpatio műtéti mortalitása. Úgyhogy az a lehetőség, hogy supravaginalis amputatio után a visszahagyott esonkon carcinoma léphet fel, az elmondottak szerint nem ok arra, hogy e műtéti eljárást teljesen elhagyjuk, s helyette a betegre nézve sokkal veszélyesebb abdominalis totalexstirpatiót válasszunk. Minden esetben gondosan mérlegelnünk kell azt, hogy melyik műtéti eljárás a legalkalmasabb az adott helyzet megoldására, s melyik a legveszélytelenebb a betegre nézve.

Fellettár dr.

A kristályos lobelin hatása újszülöttek légzőcentrumára. P. Schumacher, Giessen. (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 88. köt., 1. füz.)

Régi népies gyógyszer a lobelia inflata tincturája, hatóanyagát, a lobelint, az ötvenes években állították elő. A lobelin hatását azóta számosan vizsgálták először állatkísérletekkel, majd később emberen is, s azt találták, hogy a légzőcentrumra hat, gyorsabb s egyszerűsített mély légzőmozgásokat vált ki; nagyobb adagok alkalmazásánál a légzőcentrum bénul. Ezen hatása alapján azután a légzőszervek különböző bántalmainál, így pneumoniánál, a légzőcentrum bénulásánál, narkosisnál, különböző mérgezéseknél többen jó eredménnyel alkalmazták. Mikulicz-Radecki ajánlotta először újszülöttek asphyxiájának leküzdésére. Jaschke klinikáján összesen 25 esetben alkalmazták súlyos asphyxiánál. Bár több esetben teljesen sikertelen volt a lobelin adagolása, pár esetben igen jó, sőt meglepő eredményt láttak. Csak ott adták, ahol bőringerekre (meleg-hideg víz, paskolás), sőt mesterséges légzés után sem jelentkező légzőmozgások, s ennek dacára pár esetben a magzat lobelin-injectio után lassankint spontan lélekezni kezdett, s rövidesen teljesen magához tért. 0-003 mg-os adagokban adták subcutan, ritkábban intramuscularisan. Intracardialis adagolását károsnak mondják. Igen fontos azonban az, hogy az újszülött szív működése s így a vérkeringés még elegendő erős legyen, mert megfigyelésük szerint a lobelin csak így tudja hatását kifejteni. Felletár dr.

Károsan hat-e az utódokra az anya ivarmirigyjeinek a megtermékenyülés előtt történt besugárzása? Walther Schmitt. (Strahlentherapie 1924, XVIII. k., 2. f.)

Szerző rámutat a kérdés nagy fontosságára, a vélemények homlokegyenest ellentétes voltára, s hogy az erre vonatkozó állatkísérletek eredményei mennyire nem vonatkoztathatók az emberre. Először az irodalomban talált 30 esetet és a 6 saját észlelését közli, midőn Röntgen-besugárzás, azután 17 esetet, midőn radiumkezelés után következett be egy vagy több ízben terhesség. A 84 kiviselt, érett magzataból 79 maradt életben. Közülük kettőnek a tibián, egynek a fején volt fejlődési rendellenesség észlelhető (ez utóbbinak anyja a Hodgkin-kór miatt hosszú időn át állott Röntgenkezelésben). A többiek, a 6-8 éves korukban történt utóvizsgálatoknál is teljesen jól fejlettek, normalisak voltak. Az észlelt rendellenességek nem írhatók minden továbbiak nélkül a besugárzás rovására, mert ilyenek találhatók ott is, ahol az anyát sohasem sugározták be. Szerinte eddig nem ismeretes oly eset, amelynél a megtermékenyülés előtt történt besugárzás folytán torz vagy csökkent életképességű magzat jött volna a világra, vagy az egészségesen született magzathoz a későbbi évek során mutatkozott volna nagyobb fejlődési zavar. Szerző véleménye tehát, hogy a legkisebb biztos támpont süns arra nézve, hogy az anya ivarmirigyjeinek besugárzása a megtermékenyülés előtt az utódokra káros volna, s ezért ellenkező felfogásokkal szemben szerinte semmi ok nincs, hogy e hasznos és sokatígérő terápiás eljárásról le kelljen mondani. Fontos, hogy a sugarasan kezelt asszonyok gyermekei állandóan kontroll alatt legyenek, hogy az esetleg később mégis fellépő károsodások azonnal megállapíthatók legyenek. A végleges válasz mindezen kérdésekre természetesen csak évek múlva várható, ha már ezen gyermekek utódaira is kiterjedhetnek a megfigyelések. Gál Félix dr.

Gyomorrák és terhesség. (Különös tekintettel a petefészekrákra.) H. H. Schmied. (Arch. f. Gynaekol. 1924, 121-2.)

44 gyomorrákos terhes nőnél 14 esetben találtak át-
téltes rákos megbetegedéseket a petefészekben. A terhesség 2/3 részében a magzatok elpusztultak, az anyáknál sem sikerült egyetlen egy esetben sem tartós gyógyulást elérni. A tapasztalatok után arra kell törekedniük, hogy a terhességben a gyomorrákot lehetőleg korán kórismézzük, mert csak így várható, hogy úgy a primær góc, mint az áttételek folytán rákosan megbetegedett nemi szerveket radicalisan megoperálhassuk és az eddigi reménytelen prognoszt megjavíthassuk.

Haba dr.

A supravaginalis amputatio eredményei egyidejű castratióval tüdőtuberculosos terhes nőknél. F. Siebert. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1924, 87. köt., 3. füz.)

A freiburgi klinikán 26 tüdőtuberculosisban szenvedő terhes nőnél végezték a terhes méh supravaginalis amputációját az adnexumok, illetőleg a petefészek

egyidejű kiirtásával. Az operált betegek közül 20 beteg állapota javult, 4 betegnél nem állott be javulás, 2 nem jelentkezett s így utánvizsgálat nem történt. A javulást mutató operált betegek közül 12 betegnél a tüdőfolyamat gyógyult, 8-nál kisebb-nagyobbfokú javulását észlelték a tüdőfolyamatoknak. Bár a javulás tartósan mutatkozott, az operáltak közül az egyik a műtét után 2 1/2 év múlva a tüdőfolyamat recidívája miatt meghalt. Az a négy beteg, kinél az általános állapot a műtét után sem javult, a műtétet követő 4-11 hó múlva halt meg. A megfigyelések azt mutatják, hogy a tüdőtuberculosisban szenvedő terhes nők egészségét és életét a legjobban úgy biztosíthatjuk, hogy a terhes méhet amputáljuk, s egyidejűleg a petefészket eltávolítjuk.

Haba dr.

Fülgógyászat.

Az egyik hallószerv kiiktatása az ellenkező oldali fül hallásvizsgálatakor. Mauss. (Klin. Wochenschr. 1924, 19. füz.)

Ismert dolog, hogy a hallójáratnak száraz vagy megnedvesített ujjal, vattával stb. végzett beszerítésével nem küszöbölhetjük ki teljesen a hallást, minek következtében a vizsgált (ellenoldali) fülnek hallásélességét könnyen felül értékelhetjük. Viszont a Bárány-féle készülék zúgása a legtöbb esetben zavarólag hat a vizsgált fül hallására, s a meglevőnél alacsonyabb értéket kapunk. Szerző Uffenorde, a marburgi fülklinika igazgatójának utasítása szerint oly módszert alkalmaz, mely eredmény tekintetében a két előbbi eljárás közt foglal helyet; egyszerűsége alapján pedig a gyakorlatban jól alkalmazható: a mutató- vagy középső ujjnak tapintó részét — megnedvesítés nélkül — reá szorítja a hallójáratbemenetre, miközben apró, ide-oda való rángásokat végez ujjával. Ezáltal a fülben a hallást gátló dörzsolésszerű zöreje keletkezik. Sorozatos vizsgálatai alapján állítja, hogy ezen módszer a süttogó és társalgó beszéd-vizsgálathoz, nemkülönben a C- és C₁-hangvilla rezgésekor jól beválik. Zimányi dr.

A sinus cavernosus izolált thrombosisa fülbetegségeknel. Uta K. (Zentralbl. f. H., N.- u. Ohrenheilk., 5. köt., 12. füz.)

A sinus sigmoideus és transversus thrombosisánál egyébként is ritkább cavernosus thrombosis nem oly gyakori fülbetegségeknel, mint az orr megbetegedéseinel. Izolált sinus cavernosus thrombosisa kb. oly gyakori, mint a sinus petrosus thrombosisa. Egyoldalú fülmebetegedésnél a másik oldali sinus cavernosus thrombotizálhat, míg az azonoldali ép maradhat. Az úgynevezett szemtünetek és szembénulási jelenségek izolált füleredetű cavernosus thrombosisnál úgyszólván sohasem figyelhetők meg, mert rendszerint vagy meningitis vagy agytályog után lép fel a thrombosis és a tünetek teljes kifejlődését megelőzi az exitus. (A fülszeti tanszéken több ízben észleltünk cavernosus thrombosisot meningitis és agytályog nélkül. Ref.) Rhinogen genyedésnél a cavernosus thrombosisa korábban lép fel s így a szemtünetek kifejlődhetnek.

Jellemző az otogén cavernosus thrombosisára a távoli pangásos hyperaemia, vérteltség az agyban, oedema a fej bőrén s vele együtt nyomási és pangási tünetek a koponya belsejében. másrészt a venosus pangás hiánya a fali és a homloktájon. Rhinogen cavernosus thrombosisnál csak csekély nyomási tünetek észlelhetők az intracranialis erekben, de jelentékenyen kitágulnak a venák a parietalis és a frontalis tájon. Tóbl dr.

Paracentesis savós középfülhurtnál. Blegvad. (Zentralblatt f. Hals-, Nas- u. Ohrenheilkunde 1924, 6. köt., 12. füz.)

A szerző csak akkor végez paracentesist savós középfülhurtnál, ha a pár napig tartó katheterizálás nem használ. Szerinte a műtét majdnem teljesen fájdalomtalan, ha a labyrinthus falát nem sértjük meg, amit előzetes átfúvással lehet elkerülni. Néha többször meg kell ismételnit a paracentesist. 43 esetben egyszeri paracentesis után körülbelül 8 nap alatt, 6 esetben kétszeri paracentesis után 13 nap alatt következett be a betegnél conservatív kezelést kísértelt meg eredmény nélkül, paracentesis után gyors gyógyulás. 13 betegnél bő savós, kettőnél genyes fülfolyás lépett fel a paracentesis után, közülük az egyiket mastoiditis miatt meg kellett operálni.

Paracentesisnél történhetik fertőzés, mert a hallójáratban és magán a dobhártyán is talált a szerző tel-

jesen ép viszonyok közt sok esetben bakteriumokat. Szerintem azonban az orr-garatürből jut legtöbbször a fertőző anyag a dobiüregebe, miért is ajánlja a tonsillák lapissal való beecsetelését átfűvés előtt.

Javallja a paracentesist: 1. ha 8 napi conservatív kezelés után sem javul a hallás, 2. ha a tuba átjárhatatlan, 3. ha a betegnek nincs ideje hosszabb kezelésre.

Tóbl dr.

Elméleti tudományok köréből.

Lép és máj kölesönhatása. Kobayashi Magobei (Bern). (Biochemische Zeitschr. 1924, 151. köt., 491. old.)

A túlélő májban acetone keletkezik, ha az átáramló vérhez vajsavas natriumot adunk. A májnak ez a működése jelentékenyen fokozódik, ha a vérhez ezenfelül lépkivonatot is adunk, ellenben bélkivonattal nem emelhető.

Ez az eredmény azt mutatja, hogy a lép feladatai közé tartozik a májnak ebben az irányban való aktiválása.

Reinbold.

Colloidchemiai lipidhatások. Fr. Eichholtz. (Biochemische Zeitschrift 1924, 151. köt., 187. oldal.)

Olajsav, triolein és lecithin általa, hogy az erjesztő dispersitását növelik, fokozzák a vértetekkel kevert vérsavó katalase-hatását (H₂O₂-bontás), illetőleg amennyiben ez a hatás állott, vagy Röntgen-sugárral kezelt savóban gyengült volna, újraélesztik. Ezzel szemben hatástalanok a nehéz fémek sói, vagy kéksav által bénított katalasera.

Vérvesztés folytán beállott lipaemia szintén fokozza a fermentum-fehérje-complexum dispersitását. Házinyulak mosott vörösvrésejtjeinek katalase-hatását az olajsavas natrium szintén fokozza.

Reinbold.

Növényi kivonatok és oxydasek vércukoreszkentő hatásáról és az insulin erjesztőiről. Glaser E. és Witner L. (Biochem. Zeitschr. 1924, 151. köt., 279. old.)

Az insulin előállítására előírt eljárások szerint gombákból és répákból olyan kivonatok állítottak elő, melyek a vér cukortartalmát az insulinhoz hasonlóan befolyásolták. A csiperkéből előállított tyrosinase, a tormából nyert peroxydase és a juh májából nyert katalasera megállapították, hogy szintén az insulinhoz hasonlóan hatnak. Az insulinban peroxydasekat és aldehydasekat mutattak ki.

Reinbold.

Van-e az ehető gombáknak skorbutellenes hatása? H. Steidle. (Biochem. Zeitschr. 1924, 151. köt., 181. oldal.)

Az eddigi kísérletekből az tűnt ki, hogy szárított gombáknak a táplálékhoz való hozzákeverésével nem lehet az egyébként egyoldalú táplálás által előidézett skorbutot meggyógyítani, vagy kitérését megakadályozni. Steidle egyoldalt zabtáplálással tengerimalacon végezte kísérleteit. Az állatok skorbutban elpusztultak, amit nem tudott azzal megakadályozni, hogy egy részüknek táplálékához friss ehető gombákat (Cantharellus cibarius Fr. = nyúl-gomba, Psallia campestris = mezei csiperke) kevert. Ezeknek a gombáknak tehát friss állapotban sincs antiskorbutikus hatása.

Reinbold.

Átmeneti szénhydrat-anyagesere és insulinhatás. Brugsch Th. és Horsters H. (Biochemische Zeitschrift 1924, 151. köt., 203. oldal.)

A kísérletek, melyekről a szerzők e közleményükben beszámolnak, korábbi megállapításaikhoz csatlakoznak, amelyek szerint a máj és az izomzat a glucoset az insulin hatása alatt oxydatiós-synthesis útján, mely phosphorylozott szénhydratokon vezet keresztül, a glukogen és glucose között álló átmeneti cukrokká alakítja át. Most megállapítják, hogy ezek az átmeneti termékek, melyek különösen dús szénhydrat- és insulin-bejuttatás után halmazódnak fel a májban és az izomzatban, kisebb részben phosphorylozott szénhydratból (Embden-féle hexosediphosphorsav) állanak, jelentékenyebb részük azonban polysaccaridákból áll, melyek hydrolyzálva jobbra esavaró cukrok mellett balra csavarókat is adnak. Szerzők szerint az insulinozott állatban ez a folyamat fokozottan megy végbe, ugyanezen termékek azonban mesterséges insulin-bevitel nélkül is feltalálhatók. A glucogen synthesis szerintük a következőképpen megy végbe: glucose → tejsav (CO₂) → d-fructosediphosphorsav → d-fructose és d-glucose complexuma és phosphorsav → glucogen.

Reinbold.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 17-i ülése.

Elnök: Buday Kálmán.

Jegyző: Gerlóczy Géza.

Bemutatás:

1. Bókay Zoltán: *A liquor cerebrospinalis cukortartalmának jelentősége diagnostikai és prognostikai szempontokból, két eset kapcsán.* (Egész terjedelmében kerül közlésre.)

Berger Iván: *Boschan által meningitis tuberculosa* diagnosztizált (tarkómerevség, Trousseau, retardált szabálytalan pulzus, fokozott nyomással ürülő, alig zavaros liquor) esetben a liquorban fibrinháló képződött, nagy lymphocytaszaporulat volt. A cukortartalom a normalis negyedére csökkent, a NaCl is kevesebb volt. További punctatumok a klinikai kép javulása mellett normalis cukorértéket mutattak. Az első lelet alapján rossz prognoszt állítottak volna fel, amit a későbbi vizsgálatok megdöntöttek.

Előadás:

1. Krompecher Ödön: *Az elsődleges tüdőrákról.* Elsődleges tüdőrák ritka, a boncolt rákoknak csak 18%-át teszi. Feltűnő, hogy Németország egyes nagyobb városában, már a háború előtti években is és azóta állandóan szaporodik. Berlinben, Hamburgban, Kielben 3-4%-ra, Chemnitzben és Drezdában 4-5%-ra, Zwickauba 10%-ra, Lipsesében 1924-ben 15-5%-ra emelkedett. Főleg Szászországban gyakori, ahol Schneeberg, az elsődleges tüdőrák gyakorisága folytán híressé vált, bányavároska is fekszik. Ezen Schneebergi tüdődagánatokat régebben lymphosarkomáknak nézték. Schmorl mutatta ki, hogy kevésbé differenciált sejtű, vagyis basalsejtű ráknak felel meg. A budapesti Szent Rókus-kórházban és a II. számú kórbonctani intézet által a klinikán az utolsó 30 év alatt boncolt 21.363 eset közül 1584, vagyis az esetek 0,2%-a bizonyult ráknak, az összes rákok között pedig 39 tüdőrák fordult elő, ami a rákos megbetegedések 2,6%-ának felel meg. Budapestben az elsődleges tüdőrák nem gyakori, a legutóbbi időben is évenként csak 1-2 eset találtatott, e rák nálunk nem igen szaporodik. Leggyakoribb az 5-6. évtizedben, előadó anyagában szerepel egy 19 éves leány és egy 24 éves fiatalember is. Férfiaknál legalább háromszor oly gyakori, mint nőknél. Ennek oka ismeretlen. Főleg a jobb tüdőt támadja meg és vagy a nagy bronchusok falából indul ki és a hilust foglalja el, vagy a tulajdonképeni tüdőszövetből ered, ökölnyi góca alakjában vagy kisebb körülhatárolt gócekat alkot a tüdőlebegek közepén. A következményes elváltozások közül legfontosabb a nekrosis, a gangraena, valamint a vérzések. Áttételek gyakoriak, főleg a nyirokesomókban, a pleurán, pericardiumon, a májban, tüdőben, a vesékben, a mellékvesékben, az agyban, valamint a csontokban. Míg az irodalomban a bél, mint áttételi szerv nem igen szerepel, addig előadó négyszer, vagyis eseteinek 10%-ában, észlelt vékonybélbeli áttételt. Szövettanilag hozzájárul Marchesani osztályozásához, aki megkülönböztet: basalsejtű, gömbölyűsejtű és hengersejtű tüdőrákot. Leggyakoribb a basalsejtű rák. Az elsődleges tüdőrák a bronchusok basalsejtjeinek a lobos hyperplasiájából indul ki, mely hyperplasiás folyamatokra előadó hívta fel a figyelmet, nemcsak a bronchusokban, hanem a gégeben, prostatában stb. Ezen basalsejttes hyperplasiák Askanazy szerint az influenzában elhalt egyének 40%-ában található a tüdőben és így közelfekvő a gondolat, hogy fertőző betegségek, így az influenzának, a diphtheriának, morbillinek van valamelyes szerepe a tüdőrák kórtanában. Bakteriumtermelte toxinokon kívül az arsennek, továbbá méz- és dohányporna tulajdonítanak szerepet. Emellett szól az, hogy a Schneebergi kobaltporban As foglaltatik és hogy az elsődleges tüdőrák nyomdászoknál, kőműveseknél, köszörűsöknél és dohánygyári munkásoknál gyakoribb. Azon felvétel, hogy az elsődleges tüdőrák regeneratiós hyperplasiával kapcsolatban fejlődik, az újabbkori, kísérleti rákkutatás is támogatja, melyet előadó fő vonásaiban ismertet.

Ország Oszkár: Nagy tüdőbeteganyagában 15 éven át kevés primaer tüdőrákot látott. Az előrehaladott tüdővérzéseket kezelő kórház boncolási statisztikája adna kellő alapot tüdőrákstatistikánkhoz. Sok eset nem diagnosztizáltatik meg, így Bard geni tanár 29 boncolt esete közül csak 6-nál állapította meg.

Az előadó statisztikai parallelismust mutatnak a tuberculosos és rák gyakorisága között bizonyos ország-részekben és foglalkozású egyéneknél. A primaer rák szövettani szerkezetének ismertetése szóló előtt érthetővé teszi azt, hogy a betegek nagy részénél cachexia sokáig nem észlelhető, míg a secundaer tüdőráknál akkor is korán látható az, mikor a primaer megbetegedés nem látszik nagy kiterjedésűnek. Ezután ismerteteti a diagnózis nehézségét, minthogy a képet szövettani lelete ritkán és a Röntgen-lelet sokszor nem jellegzetes, úgyhogy a beteget tuberculotikusnak tartják.

Lénárd Zoltán: A tüdőrák diagnosztikájában igen értékes és gyakran döntő jelentőségű eredményeket nyújt a bronchoszkópia. Különösen, ha a daganat a középső vagy alsó tüdőlebenyben székel, amikor alkalmas esetekben próbaexcisio és szövettani vizsgálat is lehetséges. A felső tüdőlebenyben székelő rák kedvezőtlenebb a bronchoskopiára, de egy észlelt esetében a jobb felső lebenyben székelő rák a jobb főbronchus compressióját és dislocatióját idézte elő, amely lelet a bel-és Röntgen-vizsgálati eredményekkel karöltve a diagnózisra döntő volt. A bronchoszkópia révén a tüdőrák diagnózisa nem olyan bizonytalan, mint azelőtt volt és ilyen folyamat gyanúja esetén nem mulasztandó el a tüdők endoszkopiai átvizsgálása.

2. Fischer Ernő: *A láb kultúrdeformatiója.* A helytelen kultúrszokások kényszerítik visszafelődésre azon magasfokú adaptatiót, amelyet az emberi láb az orthográd-plantigrád formában elért. Kultúremberek közt ma már alig 15% normalis lábú található, a szabad természetben élőknek a lábak ezen deformatiója, amely relativ izomgyengésen alapulva, az anatómiai formák elvesztésével ár, jóformán ismeretlen. Ezen kultúrszokások: 1. A gyermeket túlkorán tanítják állani, nem engedik mászkálni. 2. A kifelé rotált lábtartás, amely egymagában képes a boltozatok ellapulását létrehozni azáltal, hogy a sarokcsontot pronatióba hozza és hogy a láb legördítése kifelé rotált lábnaál a láb medialis szélén át, nem pedig az összes ujjakon át történik; ezen helytelen szokás ellen az arra hivatott szerzők (Orsz. Testnevelési Tanács, tornatanárok, iskolaorvosok) nem tesznek semmit. 3. Helytelen a járás ma elterjedt typusa, amennyiben a lábak nem rugalmas előrelendítésre használatnak, hanem merev bot gyanánt és így elsorvadnak a boltozatfenntartó talp- és lábikraizmok. 4. A felesleges álldogálás és tehercipelés az iskolában, iparban, katonaságnál. 5. A sablonos iskolai torna. 6. A cipőviselés, amióta a cipő a divat tárgyává lett és a cipőforma nem igazodik a láb anatómiájához. Hibás a cipészek méretvételemódja, rosszak a használatos kaptafaformák. A helyes az, ha a lábról megterhelt és egyúttal redresszált állapotban gipszminta vétetik és ezen minta után készül a kaptafa és a betét (vetítés). A pes valgo-planus lényege az, hogy izomgyengeség folytán a normaliter erős kötésű tarsus-izületek meglazulnak, mobilissá lesznek; ennek folytán a sarokcsontnak pronatiós torsiója következik be, az előláb pedig a talaj ellenyomása folytán supinatio torsióba kerül. A hossz tengely körül lefolyó ezen abnormis torsiós állapot eredménye úgy a hossz-, mint a harántboltozat lesüllyedése. A lúdtalp a lábnaál egy reversív állapota, szerkezetében a majomlábbhoz hasonló, de annak fogóképesége nélkül. Ha a tarsus mobilissá vált, akkor orthopaed támaszra van szükség. Az orthopaed betét csak akkor jó ha: 1. Mobilis pes valgo-planus esetében a betét egészen merev, fixált esetekben pedig limitáltan rugalmas. 2. A valgítást tökéletesen korrigálja és a boltozatokat optimalisan emelje. 3. Legyen olyan hosszú, hogy a lábat a legördítés phrasisa alatt is támassza alá. 4. Elülső keskeny részével a középső metatarsus-fejecskéket is támassza alá. 5. A kóros abductiót is korrigálni képes legyen. Ezen betét-typust, amely az eddigiektől lényegesen eltér, bemutatja.

Róth Adolf: A lúdtalp keletkezését és a kórtünetek sorrendjét illetően eltérő nézetek vannak. A test súlyvonalának alkalmatlan a kemény talajon való fennjárásához. A belbokát érintő súlyvonal idézi elő a lúdtalpat. A teoriák elhanyagolják annak hangsúlyozását, hogy az ugrócsont az első, amely a testsúly által pronálva lesz, és a sustentaculum tali útján ugyanabba a ferde irányba szorítja le a calcaneust és ezzel a lábboltozat hátsó erős pillérje dül be-és lefelé; e két együttjáró csont sorozat magával a kis csontokat és idézi elő a lapos boltozatot. Hibás hozzászóló apja által 1860-ban inaurált therapia, amelynek ma is sokan hívei és

amely a kis csontok boltozatának emelése által igyekszik a láb normalis tartását helyreállítani. Észszerű és fényesen válik be a sarokcsontnak egy ferde síkra való helyezése által eszközölt felállítása: supinatioja. Ez esetben a lúdtalp összes tünetei eltűnnek. Előadó által hangsúlyozott abduktált állás nem oka, hanem okozata a lúdtalpnak, mert ha ék tétetik a cipőbe, akkor az abductio megszűnik. Ilyen ék csak akkor viselhető el, ha a tuberositas calcanei részére egy kis gödröt mélyítünk. Az éket a cipőben és nem kívül a sarkon kell alkalmazni. Hozzászóló therapiájánál az individualisatio csak kivételes esetekben szükséges és nem kíván olyan kiméretű munkát, ami socialis szempontból óriási előny. Gyakori a lábközépcsontok által képezett haránt boltozat lesüllyedése, amikor a három középső metatarsus-fejecs és a kemény talaj között az érzékeny talpbőr szorítva, izgatva lesz és reflex úton kínos görcsöket (Morton-féle tünet) idéz elő. Ezt hozzászóló úgy gyógykezelem, hogy a három középső metatarsus-fejecs alatt hosszában csak a distalfejecsek előtt kb. 1.5 cm-rel emeli a cipőbetétet, az érzékeny fejecsek alatt egy mélyedést hagy. Ez megszünteti a terpeszlábfájdalmakat anélkül, hogy a terpeszláb rosszabbodna. Az ékalakú lúdtalpbetéttel szép eredményeket ért el O- és X-lábú gyermekeknél.

Kopits Jenő: A lúdtalp rohamos elterjedéséért a cipőiparnak gyáriparra fejlesztését okozza, mellyel megszűnt az egyéni cipőkészítés lehetősége. Az egy lábra gyártott, rossz szerkezetű, valgos állású gyári cipő a lábat helytelen állásba kényszeríti és veti megterhelés alá, aminek következménye a lúdtalp. Oly gyermekeknél, akik háború után a nehéz években kénytelenek voltak külföldi szeretetadományban kapott cipőkben járni, nagy számban látta lúdtalp kifejlődését. Örönd, hogy előadó változtatott elvén és a betét készítéséhez szükséges gipszlenyomatot szintén megterhelés mellett veszi, hozzászóló mindig így járt el, mert csakis így lehet a láb funkciójának megfelelő lenyomatot nyerni. A lábboltozat beállítása manuálisan is sikerül, minden eszköz nélkül. Előadó betétet a talpon végigvonuló erős bordát kifogásolja, mely túlságosan merevvé teszi a betétet s rontja a cipőt, a betét helyes állását biztosítani lehet a sarok előtt alkalmazott kis ékkel is.

Fischer Ernő: Erősítő borda nélkül olyan hosszúságú betét, amilyent egyedül helyesnek tart, nem elég szilárd. Róth által ajánlott betét nem elegendő a valgitas leküzdésére, a harántboltozat süllyedését pedig még csak elősegíti.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme-és idegkórtani szakosztályának jan. 12-i ülése.

Elnök: Ranschburg Pál.

Jegyző: Büchler Pál.

1. Petry Lenke: *Torsiós dystoniát utánzó encephalitis epidemica esete.* Egy dystonia esete encephalitis epidemica acut hyperkinetikus szakaszában lépett fel, s proteintherapiára gyógyult; a második eset két évvel az acut tünetek lezajlása után, s progressiója meggátolható nem volt. Első esetben a putamen gyulladásos, másodikban irreparabilis degeneratiós folyamatára gondolt.

Schuster Gyula: Két esetében az életet veszélyeztető légzési zavarok állottak fenn; urotropin és Pregloldat ezeket megszüntette.

Richter Hugó: Kórszövettani vizsgálatai alapján a dystoniát csak tünetesopornak tartja a putamen bántalmazottsága alapján. Torsiós dystonia, choreás és athetotikus mozgásokban a neostriatum Parkinsonismusban a pallostriatum az affectio színhelye.

2. Wehofer Imre: *Gangraena penis kapcsán fellépett és gyógyult amentia esete.* Az irodalomban hasonló esetet nem talált. A psychosis lefolyását jellemezték az összefüggő, változatos, kellemetlen tartalmú penisére vonatkozó hallucinációk és depressio. A gangraena penis gyógyulásával psychésen is fel-tisztult.

Fischer Ignác: Blenorrhoeával kapcsolatosan hasonló esetet észlelt, melyet félelem, látási hallucinációk, furibund delirium jellemezett. A status retrospectivust fontosnak tartja, mert egy amentia-esetében is katatonias helyzetét a beteg azzal magyarázta,

hogy magát koporsóban fekvő halottnak hitte. *Hajósal* szemben a retrospectiv elbeszélést a zavartság hű reprodukciójának tartja.

Ranschburg Pál: A nemiképeség elvesztésének félelme psychosist válthat ki. Háborús heresérülések után depressziós, hallucinációkkal járó, rövid tartamu psychosisekat, epididymitis kapcsán transitorikus elmezavart látott.

Somogyi István: Az összefüggő, félelmetes érzécsalódások okát a psychosis előtti és a nemiszervre vonatkozó, kellemetlen tartalmú, szorongásos képzetekben látja.

3. Büchler Pál:* 410 beteg vizeletében Schlesinger-és Ehrlich-reactiót végezve schizopreniában, paralyzisben, alkoholos megbetegedésekben, agyi arteriosklerosisban, enkephalitisben és főleg endogen depresszióban urobilinogenuriát talált. Ezekben az esetekben a vér alvadása gyakran elhúzódott volt. 206 esetben a vérsavó bilirubintartalma, az előbbieknél megfelelően, magasabbnak bizonyult. Psychosisekban az agy elsődleges megbetegedése valószínű, csupán endogen depresszióban lehet elsődleges anyagcsere megbetegedésre gondolni.

Donáth Gyula: Különböző psychosisekban azonos megjelenési formájú psychosisekat észlelünk, minek oka különböző toxikus anyagban és az agy különböző centrumainak egyidejű megbetegedéseiben keresendő. Az anyagcsere zavarok másodlagosak. Allatkísérletei alapján az agy intraperitonealis injectiója nem káros. A guanidin epileptogen hatását ő mutatta ki először, utalva az anyagcsere termékeinek mérgező voltaira.

Büchler Pál: Az anyagcsere termékei mérgező hatást csak hereditásosan degenerált idegrendszerű egyénekben váltanak ki. Az anyagcsere egyensúlyának felbomlása, megfelelő dispositio esetén, latens elmebetegséget aktuálissá alakít át.

VEGYES HÍREK

Előfizetésünket 1925-re — amit régi előfizetőinknek az 50. számhoz, új belépőknek első január 6-i számunkhoz mellékelten chequen kérünk beküldeni — aranykoronában emelve, de a szorzószámot 17.000-ról 15.000-re leszállítva —, csak 10%-kal emeljük, miután lapunk most már állandóan 28 oldalas és lesz még több is. Egy évre 20 korona (= 300.000 papír korona), félévre 10 K (= 150.000), negyedévre 5 K (= 75.000), egy hónapra 2 K (= 30.000) lesz az *Orvosi Hetilap* előfizetési ára; — az *Orvosképzésé* 10, illetve félévre 5 aranykorona; a *Magyar Orvosi Archivumé* marad egy évre 6, félévre 3 aranykorona. Ezek szerint kérjük tehát a cheque kitöltését. Ha még ezenkívül hátralékos összegek is kerülnek a cheque-re, kérünk annak hátlapján okvetlen írásbeli részletezést. Naptárunk szétküldését folytatjuk. Akiknek előfizetése beérkezett, azoknak azonnal, külön borítékban, megküldjük.

A Magyar Orvosok Tuberkulózis-Egyesülete f. é. szeptember hó első felében Balatonfüreden fogja ezévi nagygyűlését báró *Korányi Sándor* egyetemi tanár elnöke alatt megtartani. A nagygyűlésen referatutumot tart: *Holló Gyula:* A gümőkór immunitástana. *Kollarits Jenő* (Davosplatz): A chronikus tüdőbetegek psychotherapiája. *Országh Oszkár:* A tuberculosis kór-és gyógytanának haladása. *Róth Miklós:* A gümőkóros betegek anyagcsereje és annak diaetás jelentősége. *Schmidt Ferenc* (Balatonfüred): A szív gümőkóros megbetegedése.

A Jobbparti Orvosok Köre január 8-án tartott közgyűlésén tisztikarát az 1925. évre a következőkben választotta meg: *Díszelnök:* Vladár Márton, *elnök:* Koffler Adolf, *alelnökök:* Steiner Károly Albert, Szaszovszky László, *főtítkár:* Szilas Jenő, *títkár:* Bodnár István, *jegyző:* Turányi Dénes, *pénztáros:* Róna Gyula, *háznagy:* Gulden Róbert. *Választmányi tagok:* Strelinger Samu, László Sámuel, Rajna Nándor, Pietsch István, Dax Albert, Nozdroviczky Győző, Wéber Adolf, Szilávik Ferenc, Berensy György, Vladár Márton, Bucsányi Gyula, Schöller Károly, Raisz Aladár, Unger Manó, Kliburszky János, Tóth Jenő. *Kerületi bizottsági tagok:* Steiner Károly Albert, Szilas Jenő, Rubányi Adolf, Berensy György, Raisz Aladár, Unger Manó,

* Máj és psychosis (II. rész: Festékanyagok, véralvadás. III. rész: Vérbilirubin).

Szaszovszky László. *Adóügyi bizottsági tagok:* Rajna Nándor, Ligeti Ármin, Steiner Károly Albert, Szilávik Ferenc, Kliburszky János, Unger Manó.

A VII. ker. Orvostársaság január 12-én tartott közgyűlésén tisztikarát következőképen választotta meg: *Díszelnök:* Dollinger Gyula, *elnök:* Patai Samu, *alelnökök:* Juba Adolf, Horváth Sándor, Mihalkovits Elemér, Róthbart József, *főtítkár:* Szilas Jenő, *títkár:* Imhof Dezső, *főjegyző:* Filippi Ernő, *jegyző:* Fleischner Gyula, *háznagyok:* Steiner Gyula, Glass Izor, *pénztáros:* Himmler Izsó, *számvizsgálók:* Hajnos Gyula, Bergsmann Jakab, Herczog Dóra. *A kerületi bizottságban:* *Elnök:* Medvei Béla; *tagok:* Juba Adolf, Róthbart József, Walkó Rezső, Surányi Lipót, Blum Simon, Linhardt Alfréd, Szilas Jenő, Imhof Dezső, Filippi Ernő, Fleischner Gyula. *Választmányi tagok:* Barakonyi Sándor, Bihari Jenő, Bokor Mór, Csillag Jakab, Ernyei Miksa, Faragó Zsigmond, Fleischmann Mór, Fogarasy Imre, Goldberger Márk, Győri Ernő, Hajdú Lili, Hochmann Henrik, Herczog Dóra, Kircz Gyula, Kasztriner Árpád, Kopits Jenő, Marberger Sándor, Milkó Vilmos, Maros Mór, Medvei Béla, Ollé Imre, Rosenfeld Viktor, Simon Béla, Sellei József, Szentgyörgyi Gyula, Trájtler István, Vermes Mór, Walkó Rezső, Thomka István, Waller Sándor, Wonesch Frigyes.

Az Országos Balneologiai Egyesület idei kongresszusát husvét előtt, április első hetében tartja. A magyar fürdőügy nemzeti reorganizálásának munkája fokozott figyelmet követel az Egyesület tagjaitól, sőt, sorompóba szőlítja azokat a magyar orvosokat is, kik ezideig nem tagjai a Balneologiai Egyesületnek. Hazánk, társadalmunk és önmagunk iránti kötelességünk a magyar fürdőügy felvirágoztatását minden energiával szolgálunk.

Előadások és felszólalások február 28-ig *Dalmady Zoltán dr.* egyet. m.-tanár. főtítkárnál (VIII. Főherceg Sándor-utca 26.) jelentendők be. E határidőre nyújtandók be a jelíges levéllel ellátott pályamunkák is, az Egyesület elnökségéhez (VIII. Üllői-út 26.), a tavaly kitűzött következő pályakérdésekre:

1. Kívántatik a Balaton iszapijának gyógyítás céljára való alkalmazhatóságának tudományos vizsgálata. (A Balaton Szövetség a tárgygyal foglalkozóknak messzemenő segítségét biztosítja.)

Jutalma: *Óváry Ferenc dr.* adományából 2 mm búza 1924 szeptemberi értéke.

2. A Balatonra vonatkozó és szabadon választható orvosi kérdéssel foglalkozó tudományos munka.

Jutalma: *Óváry Ferenc dr.* adományából 1 mm búza 1924 szeptemberi értéke.

3. A balneotherapie köréből szabadon választható pályakérdéssel foglalkozó munka.

Jutalma: *Tausz Béla dr.* adományából 200.000 takarékkorona.

4. Vizsgáltassék meg a jászkarajenői „Mira” ásványvizek hashajtó hatása a székszorulás különböző alakjainál és állapíttassék meg e vizek legegyszerűbb alkalmazási módja az obstipatio kezelésében.

Jutalma: egy angol font értéke.

5. Vizsgáltassék meg a jászkarajenői „Mira” ásványvizek hatása a máj működésére s e hatások klinikai értékesége.

Jutalma: két angol font értéke.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület Gynaekologus Szakosztályának alakuló ülése. Az *Orvosegyesület Gynaekologus Szakosztálya* január 13-án tartotta alakuló gyűlését. Az Orvosegyesület igazgatósága részéről *Tóth István* elnökölt, aki beszédében rámutatott a Szakosztály jelentőségére s utalt a külső események következtében megszűnt régi Szakosztály munkálkodására. Egyhangú választás útján a tisztikar következőképen alakult meg. Elnök *Taufer Vilmos*, alelnök *Frigyesi József*, títkár *Fekete Sándor*, I. jegyző *Horváth Mihály*, II. jegyző *Haba Antal*, könyvtáros *Toldy Lóránt*, pénztáros *Szász Sándor*.

A Szakosztály minden hónap első péntekjén d. u. 6 órakor tartja üléseit az Orvosegyesület kis termében: I. ülése február 6-án lesz. A Szakosztály elnöksége felhívja az érdeklődőket csatlakozásra, a belépni szándékozók a títkárnál vagy az első tudományos ülésen jelentkezhetnek. Tagdíj évi 10 aranykorona, rendkívüli tagoknak 5 aranykorona, kórházi vagy klinikai gyakorlatnoknak 1 aranykorona.

Tauffer Vilmos a következő beszéddel foglalta el az elnöki széket:

Uraim! A budapesti nőorvosok akaratának impónáló megnyilvánulása folytán, íme, újolag megalakult a *Kir. Orvosegyesület* kebelében a *Gynaekologus Szakosztály*, melynek legelső összejövetelén mintegy hatvanan találkoztunk egy óhajítás és akaratban, abban, hogy megdicsőült nagy elődünk, *Késmárczky Tivadarnak* úttörő alkotását, melynek ő első és haláláig állandóan elnöke volt, veszendőbe menni ne engedjük.

Hazánk jelen szomorú viszonyai között, a szét-darabolás, a megaláztatás, a kiraboltatás idejében az egyetlen oázis, melyhez ellenségeink keze el nem ért: a kultúránk; ennek nagy általános keretében nem utolsó helyet foglal el az az elismertetés, melyben a szerencsétlen háború előtt orvosi kultúránk részesült. Az 1909. év, az Internationalis Orvostudományi Kongresszus éve volt az, amikor az egész művelt világ összegyűlt orvosai számtalan megnyilatkozásban ismerték el, hogy a magyar orvostudományművelés és orvosképzés a világ legmagasabb kultúr-szintjén álló nemzetekével egy nívóun áll és bármiben is megállja a versenyt azokkal.

Ebből az elismertetésből a szülészek és nőorvosok gárdája jogosan vehette ki a maga méltányos részét.

Ha van bennünk igaz hazafias kötelességérzet, uraim, úgy az kétségtelenül azt mondja, hogy ezt a kultúra-szintet erejéhez mérten megtartani minden egyesnek közülünk szent kötelessége. Ne tartsa magát senki igen kicsinynek, ha csak egyetlen szemernyi *igaz és valódi értékkel* képes e szent célt szolgálni.

Gondoljuk meg uraim, hogy a gyűrűszerűen körülövező ellenségeink jól tudják, hogy barátok és szövetségesek hiányában, leszegényedésünk közepette, hön-várt integritásunkhoz egyesegyedül kultúr-felsőbbségünk útján juthatunk el és Argus-szemekkel kémlelik, lesik, hogy hol nyílik rés annak konstataására, hogy valamely téren hanyatlunk és kaján irigységgel veszik tudomásul, amikor egy s másban régi rőptünket megtartva, a tudományok haladásának vezetői között foglalunk helyet és életrevalóságunkat a művelt világ előtt sanyarú helyzetünk dacára igazoljuk.

Hogy a Kir. Orvosegyesület Gynaekologus Szakosztálya Késmárczky vezetése idején és azután a világháború kezdetéig milyen tudományos értékű és elismerést kivívott munkát végzett, azt mi sem demonstrálja jobban, mint az az elismerés, melyet nemcsak itthon, hanem a tudományos külföldön is kongresszusokon és a szakajtóban élvezett; bemutatják ezt a szakosztályunk munkálkodásáról beszámoló közlemények sorozata, nevezetesen 1. „Évkönyveink (1896—1901), Temesváry Rezső titkár szerkesztésében. 2. „Gynaekologia“ c. folyóiratunk 12 kötete (1902—1913) a Tóth István és Temesváry buzgó fáradozásából. 3. Összeállította Temesváry a budapesti nyilvános könyvtárakban levő szülészeti és nőgyógyászati munkák és folyóiratok jegyzékét. 4. Kiadta Temesváry a „Magyar gynaekologiai bibliographia és repertoriuma 1900-ig“ című munkát. 5. Referált Temesváry titkárságának egész ideje alatt (1896—1907) „Mitteilungen...“ cím alatt a német irodalomban, és Loyrich József ugyanilyen minőségű szolgálati idejében éveken át franciául.

Aki átnézi e munkák tartalmát, az nem tagadhatja meg slismerését, hogy Szakosztályunk kebelében intenzív munkásság volt folyamatban és el kell ismerje, hogy Szakosztályunknak életbentartása kötelességünk.

Tanuságtételre hívom fel tisztelt idősebb kartársaimat, hogy most, amikor arról volt szó, hogy az újonnan megalakuló Szakosztály élére az én csekélységemet „*megtiszteltetésből*“ akarják állítani, megköszönvén a jóakaratot, azt nem fogadtam el, de megtörték ellenállásomat, amikor *kötelességérzetemre* hivatkozva mopedták, hogy az ügy érdekében e tisztségre vállalkoznom kell.

Vallomást teszek, uraim! Habozásom közepette, tanácskozás véget felejtethetetlen emlékü nagy elődöm, Késmárczky szelleméhez igyekeztem felemelkedni és azt kérdeztem, hogy ha ő, a bölcs, az igazságos, az embermegbecsülő igaz ember, most e nehéz időkben közöttünk volna, milyen utat követne? Lelkiismeretem azt telmácsolja, hogy ha Késmárczky itt volna, mi közöttünk, az elnöki székből ülne és ismét elmondaná azt a nemes, reá jellemző szép beszédet, mellyel 1896 február 11-én a Szakosztály első ülését megnyitotta, melynek befejező mondatában emígy szólott: „Ha mindenikünk elfogulatlan tapasztalásainak eredményét, bármily szerények

és jelentékteleneknek látszók is legyenek, a Szakosztály színe elé hozza s ha a megbeszélésekben mindenkor szigorú tárgyilagossággal iparkodunk az ügy tisztázásához hozzájárulni, lehetetlen el nem érniük azt, ami után mindnyájan törekszünk: hogy Szakosztályunkat a hazai gynaekologia gócpontjává fejlesszük, melyből magunk oktatást merítsünk, szakmánk ellenben gyarapodást nyerjen. Hogy úgy legyen, azt teljes szívemből kívánom.“

Felejtethetetlen Mesterünk: Késmárczky Tivadar szellemében nyitom meg újonnan megalakult Szakosztályunk ez első ülését.

A Budapesti Orvosi Kaszinó január 30-án, pénteken este fél 9 órakor tartja meg a Royal-szálló fehértermében *Semmelweis-banquette-jét*.

Az emlékszedet Grósz Emil prof. mondja. Egy teríték 65.000 K, előre kell jelentkezni.

Tiszti orvosi ösztöndíjak és ösztöndíjak tisztiorvosi pályára készülőkhöz számára. A népjóléti és munkaügyi minisztérium értesítése szerint a Rockefeller-alap által fenntartott Nemzetközi Egészségügyi Hivatal az 1925/26. tanévben is adományoz néhány utazási ösztöndíjat hatósági orvosi pályán működő orvosok számára. Ily ösztöndíjakra csak oly orvosok tarthatnak igényt, akik már hatósági orvosi pályán működnek és az angol nyelvet előadások megértésére és személyes érintkezésre szükséges mérvben bírják. Az illetőknek kötelezniük kell magukat arra, hogy a hatósági orvosi pályán megmaradnak. Az ösztöndíj egy évre szól, melyet az illetők az amerikai közegészségügyi főiskolákon, közegészségügyi intézeteknél és hatóságoknál, valamint egyes európai államok közegészségügyi szervezetében töltenek el. Az ösztöndíj összege havi 120 dollár, családosoknál havi 180 dollár, ami a megélhetésre bőségesen elegendő. Ezenfelül természetesen az alapítvány viseli az utazási költségeket is.

A Rockefeller-alapítvány ezenfelül az 1925. évre megfelelő összeget bocsátott a magyar egészségügyi kormányzat rendelkezésére avégből, hogy mintegy 10 tisztiorvosi szolgálatra készülő fiatal orvost egy éven át mintegy havi 2½—3 millió korona segély ösztöndíjjal támogasson. Az illetőknek kiképzésük végett valamelyik, a minisztérium által kijelölt törvényhatósági tisztiorvosi hivatalban vagy valamely közegészségügyi intézménynél kell egy éven át szolgálatot teljesíteniük. Ez alatt alkalmuk lesz arra is, hogy az anya-, gyermek-, csecsemővédő intézmények, a tuberculosos elleni védekezés céljaira szolgáló szervezetek működésével s az iskolaegészségüggyel megismerkedjenek. Kötelezvényt kell adniok arra vonatkozólag, hogy ha erre alkalom kínálkozik, az ország területén bárhol hatósági orvosi állást el fognak fogadni. Az egészségügyi kormányzat lehetőleg ezeket igyekszik majd a tisztiorvosi állásokra elhelyezni. Ezekre az ösztöndíjakra csak olyanok jelentkezhetnek, akik orvosi gyakorlatra jogosító oklevél birtokában vannak; tisztiorvosi oklevéllel bírók előnyben részesülnek.

Azok az orvosok, kik a fent említett ösztöndíjak valamelyikét elnyerni kívánják, bővebb felvilágosításért lehetőleg folyó évi február hó 10-ig forduljanak *Scholtz Kornél dr.* h. államtitkár, egyetemi rk. tanárhoz, vagy *Weiss István dr.* miniszteri osztálytanácsoshoz (Budapest, Népjóléti Minisztérium, IV. Eskü-tér 1).

Tisztiorvosi tanfolyam. A népjóléti és munkaügyi miniszter 1925 március 9-től június 6-ig tisztiorvosi tanfolyam s utána vizsgák megtartását rendelte el. Akik a vizsgán és tanfolyamon részt óhajtanak venni, kérvényeiket 1925 február hó 15-éig nagyméltóságú Fáy Aladár dr. államtitkár úr, a vizsgáló bizottság elnökének címére (népjóléti és munkaügyi m. kir. minisztérium, IV. Eskü-tér, 1. sz.) küldjék be. Kérvény mellékletei: anyakönyvi kivonat, curriculum vitae, oklevél az igazoló hivatalos okmányokkal (vagy hiteles másolat). egy évi kórházi gyakorlat igazolása. A diplomás orvosi minőségben a hadseregben eltöltött egy év egyenértékű az egy évi kórházi szolgálattal. Díj = 40 aranykorona, amit a tanfolyam első nanján a bizottság jegyzőjénél kell lefizetni. Bővebb felvilágosítást Mozsonyi Sándor dr. miniszteri osztálytanácsos (népjóléti és munkaügyi minisztérium, Eskü-tér 1. sz.) nyújt.

Az élettani szakosztály ülését tart január 27-én, kedden d. u. ½7 órakor, az élettani intézet tantermében. *Huzella Tivadar:* 1. A hajszalerek működésének és a secretiónak mechanizmusa a kötőszövetben. 2. Egyszerű mikrooperációs berendezés bemutatása.