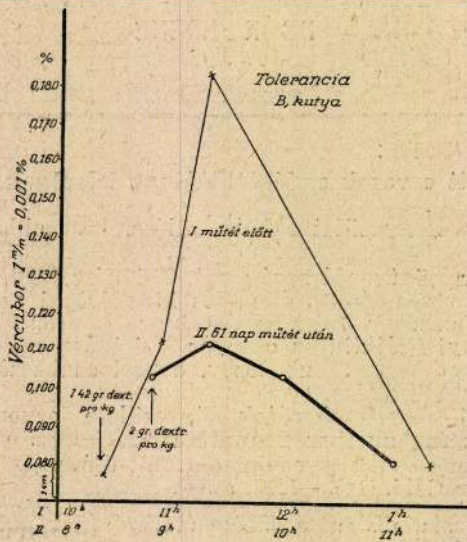


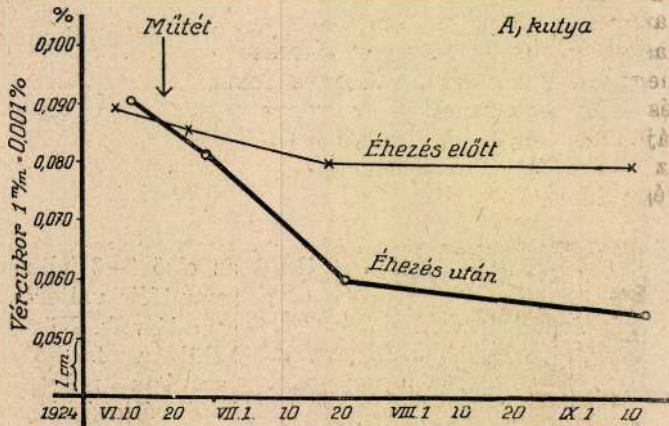
mint az ma már biztosra vehető — tartós változásai a cukorregulációnak, amennyiben több mint 18 havi észlelés után változatlanul fennállanak.

De miben is áll voltaképpen a cukorregulatio e változása a pankreas részleges leköttése után? Hogy az insulintermelés fokozott voltát kimutassuk, arra két út látszott alkalmasnak: Először vizsgáltuk a kutyák



2. ábra.

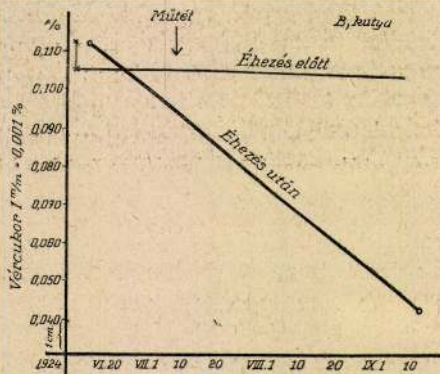
cukortűrő képességét operatio előtt és után, mert az insulintöbbermelésnek együtt kell járnia az alimenteris hyperglykaemia csökkenésével. Hogy a cukortolerancia a műtét utáni 2. és 3. hónapban valóban



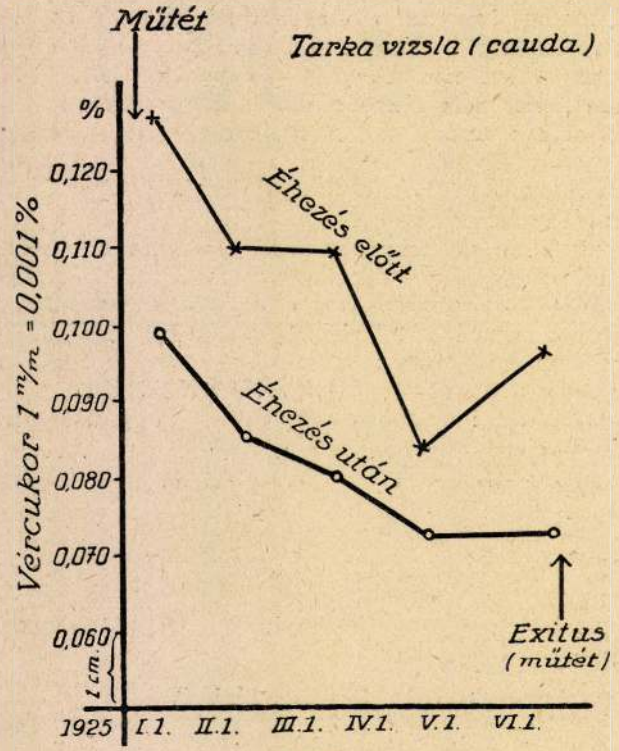
3. ábra.

jelentékenyen fokozott, azt az 1. és 2. számú görbével érzékített kísérletek mutatják.

A fokozott insulintermelés kimutatásának másik módja abban állott, hogy megvizsgáltuk a vércukorconcentraciót először éhgyomorral, azután kétnapos koplalás után. Várható volt ugyanis, hogy olyan állaton,



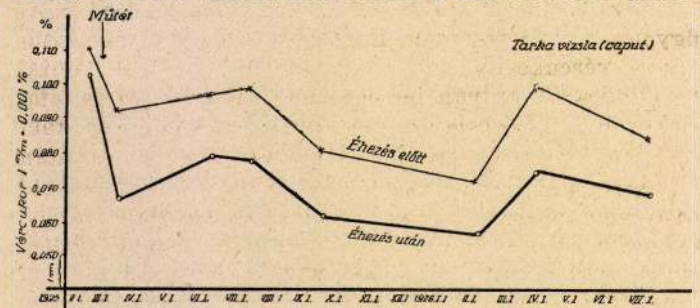
4. ábra.



5. ábra.

amely főlegesen termeli az insulint, a vércukornak apadnia kell, ha a cukornak táplálékból és glikogénből való pótlását megakadályozzuk éppen úgy, mint amikor éhező állatnak kívülről viszünk be a szervezetebe insulint.

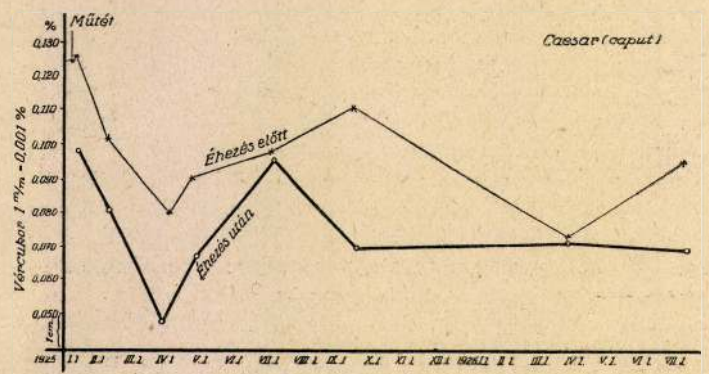
Ez a megfontolás helyesnek is bizonyult és egy jelenség fölismerésére vezetett, amelyet „koplalási hypoglykaemiának“ (Karenyhypoglykaemie) nevezek és amely operált állatainkra felette jellemző. Ez a jelen-



6. ábra.

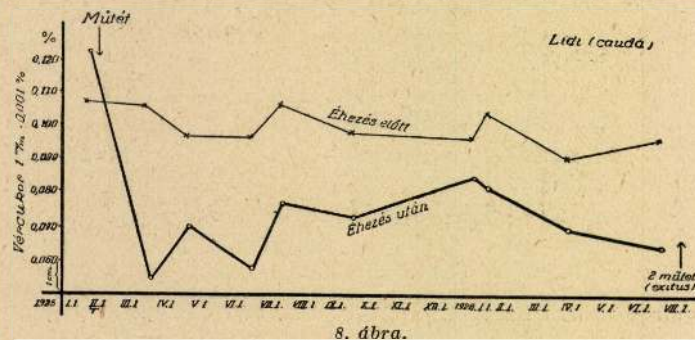
ség abból áll, hogy a vércukorconcentració kétnapos éhezés után akkora zuhanást mutat, hogy egészen 0,04%-os értéket is elérhet.

Azt hiszem, hogy ezt a koplalási hypoglykaemiát joggal tekinthetjük a fokozott insulintermelés következményének. Sohasem észleltük normalis állatokon, de



7. ábra.

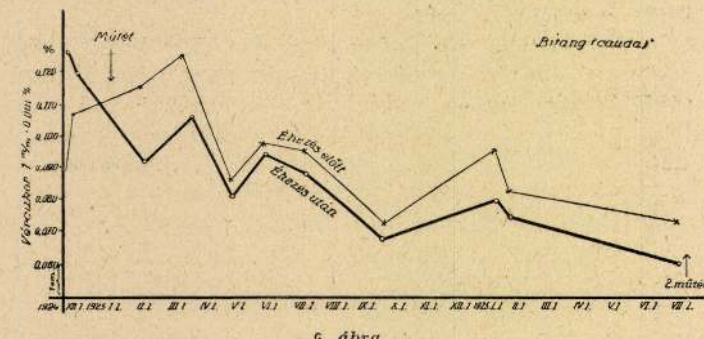
pajzsmirigy irtás után sem, holott ilyenkor mély vércukorértékeket és fokozott tolerantiát is észleltek.⁴ Ezt ugyanis külön erre irányuló kísérletekben meg kellett vizsgálnunk, mert *Wagner* és *Priesel*⁵ kísérleteim megbeszélésekor annak a lehetőségnek adtak kifejezést, hogy talán a megváltozott pankreasfunctio kerülő úton a pajzsmirigyen keresztül fejti ki hatását a cukoranyagforgalomra. Ez azonban nem felel meg a valószínűségnek és eddigi tapasztalataink szerint azt kell mondanunk, hogy ez a koplalási hypoglykaemia specifikus jelenség, mely csakis az imént elmondott módon operált állatokon észlelhető. Ezekben a kutyákon azonban kivétel nélkül bekövetkezett és mint mindjárt látni fogják, olyan állandó jelenség, hogy joggal tekinthetjük a megváltozott pankreasfunctio következményének. Megerősítenek e föltevésünkben, hogy t. i. valóban az insulintermelés fokozott voltával állunk szemben, azok



8. ábra.

a szövettani vizsgálatok, melyeket a 18 hónap óta leköltött pankreasfragmentumok mutatnak és amelyekről később még meg fogok emlékezni.

Megelőzőleg azonban még be szeretném mutatni önöknek a koplalási hypoglykaemia jelenségét vetített görbéken, amint az 5 kutyán jelentkezett, melyeket 18 hónapja operáltam és amelyeket azóta állandó megfigyelés alatt tartottunk. Ezekből a görbékből nem csupán a vércukorlezuhanás állandó voltát látjuk, amint az mindegyik kutyán bekövetkezett, hanem azt is, ami a klinikai felhasználás szempontjából különösen fontos, hogy t. i. ez az állapot tartós és a műtét után 1½ évvel változatlan erősségben fennáll. Különösen ki szeretném emelni, hogy ott, ahol egyes esetekben kisebb zuhanást észleltünk, ott már a normalis, vagyis éhezés előtti értékek is alacsonyok, vagyis, hogy itt már 12 órás éhezés is elegendő volt ahhoz, hogy hypoglykaemia következzen be. Kivételt csak egy esetben láttunk (1. 7. sz. görbén), amikor egy alkalommal egy elég magas normalis érték ellenére nem csökkent a vércukor,



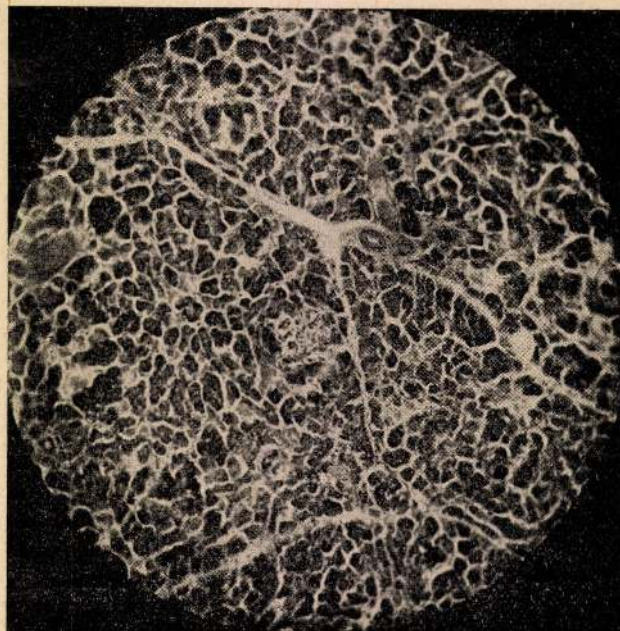
9. ábra.

aminek okát nem tudnám adni. Egy második jelenség, amelyet láthatunk és amelyet ugyancsak fokozott insu-

⁴ *Janney* és *Isaacson*: Arch. of. internat. med. 1918, 22. köt., 160. l.
⁵ Loc. cit.

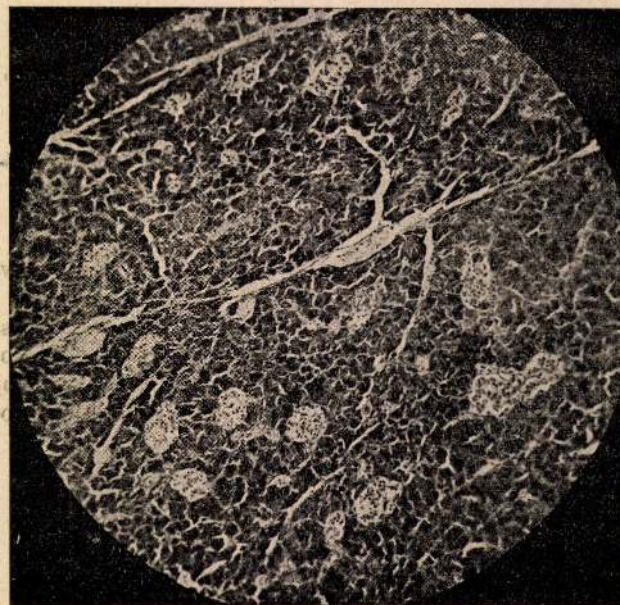
lintermelés mellett szól, hogy majdnem valamennyi kutyán a normalis, vagyis éhgyomorra nyert értékek a hónapok folyamán fokozatosan csökkentek.

A következőkben most már arra törekedtünk, hogy functionalis vizsgálatainknak ezt az eredményét



10. ábra. Normalis kutya-pankreasból való metszet. A látótérben (75x-ös nagyítás) egyetlen sziget látható a közepben.

még más módon is megszilárdítsuk. E célból 3 operált kutyánkon megpróbáltuk második műtéttel a leköltött pankreasrészt kiirtani, hogy egyfelől tanulmányozhassuk rajtuk a szöveti elváltozásokat, másfelől, hogy meggyőződjünk arról, vajjon a fokozott insulintermelés jelei megszűnnek-e? Ez után a második műtét után fájdalom, csupán egy kutya maradt életben, amelyiken az első műtét után 18 hónappal, vagyis 1926 július 7-én végeztük a második operációt. Elutazásomig az idő



11. ábra. 18 hónap óta leköltött pankreas-részletből való metszet. A látótérben (75x-ös nagyítás) húsznál több sziget látható.

rövid volt ahhoz, hogy a functionalis vizsgálatot elvégezhettük volna, úgyhogy ma még erről nem számolhatok be. De mindenesetre meg kell említenem, hogy a vércukor normalis értéke ezen a kutyán két nappal a műtét előtt 0.078% volt, a műtét utáni 6. és 8. napon

pedig 0.120% és 0.125% volt. Olyan értékek ezek, amelyeket ezen a kutyán az első műtét után több mint egy év óta egyetlen egyszer sem észleltünk. (L. 9. sz. görbét.)

(Hazatérésem óta már megvizsgáltuk ennek a kutyának véreukorváltozását kétnapos éhezés következtében, vagyis a koplalási hypoglykaemiát és örömmel jelenthetem, hogy ez a jelenség teljesen megszűnt. A véreukor normalis értéke [éhgyomorra] 1926 szept. 15-én 0.115% volt, kétnapi éhezés után, szept. 17-én pedig 0.112%.)

Vizsgálataink értékelése tekintetében döntő fontosságúak voltak azok a szövettani készítmények, melyeket ezekből a kiirtott pankreasrészekből nyertünk. A készítmények, amelyeket beállítottam, a szigetek rendkívüli sokaságát mutatják. Míg a rendes kutyapancreasban, mint ismeretes, a szigetek elég szórva nyosan fekszenek és kis nagyításnál (100-szoros) mintegy 10 látótérben egy szigetet találunk, addig itt minden látótérben átlag 8–10 szigetet láthatunk. (L. 10. és 11. ábra.)

Azt hiszem tehát, mélyen tisztelt hallgatóság, hogy kétségkívül lehetséges egy egyszerű kis műtéttel kutyákon olyan állapotot teremteni, melyet az insulin fokozott termelése jellemez, anélkül, hogy a szervezet emésztő fermentumaitól megrabolnók, úgyhogy ezen elv szerint végrehajtott műtét, mint diabetes therapia, elsősorban persze juvenilis esetekben komolyan mérlegelendő volna. Hogy ez sikerrel fog-e járni, az természetesen attól függ, vajjon a beteg pankreas insulin-termelése éppúgy fokozható-e, mint az egészségesé, amit azonban csakis a klinikai észlelés dönthet el. De egészen eltekintve ettől a még kétséges gyakorlati konsequentiától, maga az a tény, hogy a külső secretio megszűnt a pankreas hormontermelését fokozni képes, elég érdekesnek és közlésre érdemesnek látszott.

A magyar kir. Erzsébet Tudományegyetem gyermek-klinikájának közleménye (igazgató: Heim Pál dr. egyet. nyilv. r. tanár).

Besugározott táplálékok gyógyító hatása angolkóros gyermekekre.

Írták: *Göttche Oszkár dr.* és *Tolnai Margit dr.* tanársegédek.

Ezelőtt két évvel *Steenbock* és *Hess* amerikai kutatók azt az érdekes megfigyelést eszközölték, hogy ha mesterségesen táplált s ezáltal angolkórossá tett patkányok eledelét quarzlámpával besugározzák, akkor az étel oly tulajdonságokat nyer, hogy megvéd az angolkór ellen, vagyis a táplálék „aktiválódik“. A quarzlámpa elsőrangú gyógyító hatása az angolkórra már *Huld-zinsky* vizsgálatai óta elismert tény és az amerikaiak fölfedezésének érdekességét az adja meg, hogy a quarzlámpa nemesak a bőrön át, hanem per os adva is kifejtí gyógyító hatását. A quarzlámpa hatására tehát tényleg az a táplálék, mely eddig az angolkórt előidézte, most fordítva, gyógyító tulajdonságokat nyer. Itt tehát a táplálékban valaminek meg kellett változnia, hogy ez az ellentétes tulajdonsága létrejöhessen. Ezeket azután a vizsgálatok hosszú sora követte. Mindenféle táplálék aktiválását megpróbálták. Így főleg *Hess* és munkatársai azt találták, hogy besugározott tej, tejpör, különféle növényi olajok, így lenmagolaj, gyapotmagolaj, szintén aktiválhatók, míg az ásványi olajokkal ez nem sikerült. Azt találták továbbá, hogy liszt, saláta, téli búza besugározva szintén hatásosak voltak. *György* azt találta, hogy besugározott saláta és olivaolaj szintén gyógyítanak. A táplálék ezt az aktiváló tulajdonságát

sokáig megtartja, mert *Hess* és *György* vizsgálatai szerint 6–8 hónap múlva is hatásosnak bizonyult. A táplálék aktiválására a 280–400 μ hosszúságú sugarak a legalkalmasabbak, tehát ugyanazok, amelyek a quarzlámpának a bőrre történő alkalmazásakor a leghatásosabbak.

A vizsgálatok iránya ezután többé-kevésbé egy irányba terelődött: t. i. kiderült az, hogy az állati szervezetben lévő cholesterin és az annak megfelelő növényi phytosterin az, amely a legkisebb mennyiségben hat besugárzás után, tehát valóságos vitaminhatást fejt ki. Így *Hessék* szerint 1%-os cholesterin 33 cm távolságból történő 2 perces besugárzás után már 0.5 cm-nyi mennyiségben hatásos volt.

Rosenheim 0.2 mg besugárzott cholesterint már elegendőnek talált a patkányrachitis gyógyítására. A cholesterinben besugárzás hatására némi változást is találtak, így *Hess* szerint a spektruma változnék meg és hosszabb besugárzás után az olvadáspontja alacsonyabb lesz és a színe sárgább. *Beumer* pedig azt találta, hogy a cholesterinnek digitoninnal kicsapható része quarzolás után megkevesbedik.

A táplálékok aktiválásának kérdése körülbelül ilyen stadiumban állott akkor, amikor mi vizsgálatainkat a múlt év őszén elkezdtük. Vizsgálatainknak most említendő része kizárólag gyermekekre vonatkozik. Azért végeztük vizsgálatainkat gyermekeken, mert anélkül, hogy vitatni akarnók a patkánykísérletek jogosságát és kiváló használhatóságát, de végeredményben a klinika számára csak azt értékelhetjük, ami gyermekeken is beválik. Anélkül, hogy kitérnénk a mesterséges patkányrachitis és a csecsemőkori spontanrachitis pathogenetikai és egyéb kérdéseinek tárgyalására, mi is amellett vagyunk, hogy a mesterséges patkányrachitis az egyes új problémák vizsgálatára gyors és használható módszer, aminek sok hasznát és eredményét láttuk eddig is, de ez mégis csak akkor tekinthető szanctionálnak, ha a patkánykísérletek eredményei embereken is beigazolódnak.

Vizsgálataink kezdetén már rendelkezünk adatokkal, amelyek amellett szólottak, hogy az aktivált táplálék csecsemők spontan rachitisénél is gyógyító hatással bír. Így *Cowell* 2 súlyos rachitises gyermek teljes táplálékának besugároztatására 4 hét alatt gyógyulást ért el; ugyanezt érte el *Kramer* 8 esetben, hasonlóképen *György* 18 esetben a csecsemők tejének besugárzásával 3–4 hét alatt gyógyulást konstataált. Vizsgálataink közben jelent meg *Hottinger* közleménye, aki 9 gyermeknél szintén gyógyulást konstataált a fenti idő alatt, ezenkívül *Hess* 3, *Mackay* 2, *György* 40 esetben magának a tejpornak besugároztatásával tudtak gyógyító eredményt elérni.

Mikor tehát vizsgálatainkat elkezdtük, már kétségtelen bizonyítékait láttuk annak, hogy a besugárzott táplálék csecsemőre is gyógyítólag hat, mi arra voltunk kíváncsiak elsősorban, hogy mekkora az a quantum a táplálékknak, mely csecsemőket gyógyítani képes, másodsor arra, hogy a közönségesen használt táplálékalkatrészek között melyik a leghatásosabb.

Még csak egy pár szót a methodikáról. A kísérleteket a téli hónapokban végeztük, csak egy pár eset volt, mely tavaszig húzódott. Klinikánkon egyéb rachitises vizsgálatok kapcsán minden csecsemőről kéthetenként „rachitikus statut“ veszünk fel, mely pontos klinikai vizsgálatból, Röntgen-felvételből és a vér anorganikus phosphortartalmának meghatározásából áll (*Bell-Doisy* szerint), így minden csecsemő rachitikus állapota exacte kontrollálva van. A kísérletek alatt ezeket a meghatározásokat hetenként végeztük. A többi csecsemőnél

a fenti exact kontrollal kimutatva egyetlen egynél sem találtunk spontán gyógyulást a therapiás kísérletek alatt. Therapia céljából oly csecsemőket választottunk ki, akiknek úgy a klinikai állapotuk, mint a Röntgen-felvételük, valamint vérphosphor értékük szerint kifejezetten rachitisük volt, amint azt a mellékelt táblázatok mutatják.

A hetenkinti kontrollt nem tartjuk fölöslegesnek. Mi a gyógyulás megindulását a line-test megjelenésétől számítjuk, mely a Röntgen-felvételeken — a kehelyalakú rachitist kivéve — jól látszik, de csak akkor számítottuk ettől az időponttól, amikor a későbbi fölvételeken a fokozott mézlerakodás a gyógyulás tendenciáját igazolta, ugyanakkor a phosphorértékek is erősen emelkedtek. (Erről különben másutt részletesen szándékozunk beszámolni.) A rachitist véglegesen gyógyultnak Röntgen-képen csak akkor mondhatjuk, ha az újonnan elmeszesedett csontszövet már a jellemző finom strukturálságát is elnyerte, ami hosszabb ideig is eltart. Szerintünk ezekkel a pontos vizsgálatokkal csaknem napokra kiszámíthatjuk a gyógyuláshoz szükséges időt. Annyit még hozzátehetünk egyéb vizsgálataink alapján is, hogy a therapiás folyamatok megítélésénél elsősorban a Röntgen-felvételek az irányadók, a phosphormeghatározás pedig értékes segédeszköz.

A rachitikus gyermekek a therapiás kísérletek alatt ugyanazt a táplálékot kapták, amelyen addig is voltak, míg a rachitisük kifejlődött. Sem a tej mennyiségén, sem az egyes alkatrészek arányán, sem a táplálék egyéb vitamintartalmán nem változtattunk. Egyébként is az a tapasztalatunk, hogy a tápláléknak a gyógyításban valami nagy szerepe úgy sincsen.

Amint a mellékelt táblázatunkból részletesen kivethető, úgy 600 g író, mint 300 g fehérjéstej, valamint 140 g cukornélküli Moro 1 órai besugárzás után — 30 cm távolságból — egy-egy csecsemő rachitist meggyógyította. Az első két esetben 18, a harmadikban 36 nap múlva konstatálhattuk a line-test megjelenését, amit a további meszesedés követett. A gyógyulás gyorsasága tehát teljesen megegyezik a quarzlámpának a bőrön át történő alkalmazásakor megszokott gyorsasággal. Láthatjuk tehát, hogy nem szükséges a csecsemők teljes táplálékát besugározni, a táplálék egy adagjának besugározására is tudunk eredményt elérni. Ennek az a praktikus haszna van, hogy a quarzlámpát nem kell annyira kihasználni, részint pedig az, hogy a gyermekek csak a táplálék egy részét kapják besugározva. Nem hallgathatjuk el ugyanis, hogy a besugárzott táplálék igenis kellemetlen szagú és ízű — (jekorisatio Moro) — és a csecsemők nem mindig szokták szívesen venni.

Megpróbáltuk ezután a besugározott táplálék mennyiségét a csukamájolaj dosisának megfelelően lecsökkenteni, vagyis naponta 3 kávéskanálnyi besugározott cukornélküli Morót adtunk 2 csecsemőnek, azonban a gyógyító hatást két hónapi megfigyelés után sem konstatálhattuk, úgyhogy a rendes bőrön át történő besugározáshoz tértünk vissza, amire prompt gyógyulás következett be. A cukornélküli Morót főleg azért választottuk, mert rendkívül zsírdús táplálék (3% liszt, + 5% vaj, + színtej) azonban úgylátszik még ilyen kis mennyiségben nem tartalmaz annyi védőanyagot, hogy az angolkórt gyógyítani tudná. Láttuk tehát, hogy 140 g még hatásos, 15 g pedig nem. A hatásos adagnak a kettő között kell lennie a fenti táplálék aktiválása esetén. Ennek eldöntése már az őszi hónapokra marad, mert a tavaszi hónapokban kísérleteinket abbahagytuk az exactság megtartása céljából.

Freudenburg és György vizsgálataiból ismeretes az eosin sensibilizáló hatása a quarzlámpával történő

besugárzásokkal szemben, ami azt jelenti, hogy 0.20 g eosint adva per os, a quarzlámpának therapiás hatása sokkal gyorsabban jelentkezik. Mi 3 csecsemőnél megpróbáltuk az eosint aktiválni a fentemlített besugározási methodussal és ebből naponta 0.20 g-ot adtunk per os a csecsemőknek, azonban hatheti megfigyelés után semmi eredményt nem találván, a kísérleteket abbahagytuk.

További vizsgálatainkban azt igyekeztünk kikutatni, hogy a táplálék alkatrészei között, melyek a leghatásosabbak. Legelőször a chemiaileg legegyszerűbb összetételű nádcukrot próbáltuk ki. L. 9. sz. eset. A cukrot besugározva a rendes százalékmennyiségben kevertük a táplálékhoz. Jelen esetben a táplálék 700 g íróból állott és ahhoz 35 g-nyi besugárzott cukrot adtunk. A besugárzott cukor egy kis ózonszerű szagtól eltekintve, ízében semmi változást nem szenved, de hatása nincs. A felhasznált napi 35 g mennyiséggel 6 hét alatt semmi javulást nem láttunk. Nem hatott gyógyítólag a besugárzott tápcukor sem. Mi két esetben *Wander*-féle hordenzymet kevertünk a táplálékhoz 5%-nyi mennyiségben, vagyis napi 35—40 g-ot adva a táplálékhoz, azonban 6 heti megfigyelés után a kísérletet, eredményt nem látva, abbahagytuk. L. 10., 11. sz. eseteket. Liszttel egy esetben próbálkoztunk, amikor is az ú. n. lisztes író készítettük, mely abból áll, hogy sovány tejhez 5%-nyi lisztet keverünk. Öt heti megfigyelés után ez is hatástalannak bizonyult. L. 12. sz. eset.

A táplálékalkatrészek között tehát a szénhidratok aktiválása gyermekeknél a szokott mennyiségben adva őket, nem vált be.

További 3 csecsemőnknek besugárzott plasmont rendeltünk. A plasmon — *Bärentz*-gyár, Neubrandenburg — a tej caseinjét és sóit tartalmazza, azonban, amint vizsgálatainkból kiderült, 84% zsírt is tartalmaz. Plasmonból egy esetben 20, a másikban 30, a harmadikban 15 g-ot adtunk besugározva. Az első két esetben 24 nap múlva jelentkezett a line-test és kezdődött a gyógyulás. A harmadik eset egy craniotabes volt, ahol a végtagok rachitise Röntgennel még nem volt kimutatható, itt a klinikai javulás és a vérserum phosphorértékének emelkedése bizonyították a gyógyulást.

Végül két esetben vegytiszta cholesterint sugározunk be (*Kaulbaum*-gyártmány).

Ebből 25 g-ot adtunk naponta egy-egy csecsemőnek és egy esetben 24, a másikban 36 nap alatt jelentkezik a gyógyulás első tünete, amit azután teljes gyógyulás követett. Eddig tudomásunk szerint *Beumer* volt az egyetlen, aki angolkóros gyermeknek adott 0.5 g cholesterint besugározva, de ő nem talált eredményt. Lehet, hogy az adag kevés volt, a mi eseteinkben 25 g már hatásos volt, ez tehát már erősen vitaminhatású adag, kisebb, mint a rendszeren használt csukamájolaj-dosis és a további vizsgálatok fogják majd megmutatni, hogy ennél kisebb adagok hatásosak-e még. Csecsemőkön exact vizsgálatot végezni nagyon nehéz, először is kifejezett rachitist kell választani, másodsorban egyéb alimentaris vagy parenteralis complicatiót ki kell zárni, meg kell válogatni az évszakot is és végül egy kísérlet alatt a csecsemő legalább hat hétig az osztályon kell hogy fekszen megfigyelés alatt, mert az ambulans kezelést értékelni igazán nem lehet. Ez mind oly körülmény, mely érthetővé teszi azt, hogy a csecsemőkön végzett megfigyelések lényegesen lassabban folynak le, mint a patkányokon végzett experimentumok, ez okozza azt, hogy míg patkányokon már csaknem minden elképzelhető táplálék aktivitását megpróbálták, addig a csecsemőkön eszközölt tapasztalatok

Sorszám	Dátum	Név, súly, kor, táplálék	Klinikai lelet	Röntgen-lelet	Phos. phosérték mg %-ban	Therapia	Jegyzet	
1.	I. 4.	M. Anna, 12 hó, 6100 gr 600 író+100 dara+100 főzelék	mellkas és végtagrachitis	kehelyalak	3'5	600 gr író besugárzása	18 nap alatt kezdődik a gyógyulás gyógyul	
	I. 22.			javul	a méz kiesapódott			4'2
	III. 22.			"	vastag méz-appositio			3'9
2.	II. 22.	M. Mária, 6 hó, 6200 gr 300 a. tej+100 dara+500 fehérjés tej 5% Hordenzynn.	kifejezett florid rachitis	erős rachitis	3'5	300 gr fehérjés tej besugárzása	18 nap alatti javulás gyógyult	
	III. 10.			javul	line-test!			3'6
	IV. 25.			erős javulás	teljes méz-appositio			4'2
3.	XII. 19.	Cs. János, 8 hó, 7000 gr 600 Moro+200 dara+50 főzelék	craniotabes mellkas és végtagrachitis	erős floritio	2'8	140 gr cukornélküli Moro besugárzása	36 nap múlva kezdődik a gyógyulás gyógyult	
	I. 25.			craniotabes gyógyul	line-test			2'8
	II. 17.			erős javulás	regeneratio			4'1
4.	XII. 17.	T. Irén, 7 hó, 5000 gr 600 Moro	craniotabes mellkas és végtagrachitis	súlyos floritio	3'3	15 gr Moro besugárzása	változatlan	
	II. 17.			"	"			3'5
5.	XII. 17.	M. Mariska, 5 hó, 5400 gr 600 a. tej+200 feh. tej+50 főzelék	mellkas és végtagrachitis	súlyos floritio	3'3		változatlan	
	II. 22.			"	"			3'5
6.	I. 28.	M. Ottó, 6 hó, 5000 gr 600 a. tej+400 író	mellkas és végtagrachitis	florid rachitis	2'8	0'20 eosin besugárzása	semmi javulás	
	III. 10.			"	"			2'3
7.	I. 28.	M. Margit, 7 hó, 5200 gr 600 író+200 dara+100 főzelék	craniotabes mellkas és végtagrachitis	florid rachitis	1'7	0'20 eosin besugárzása	semmi javulás	
	III. 10.			"	"			2'0
8.	I. 28.	O. László, 6 hó, 4150 gr 800 író+50 dara	craniotabes mellkas és végtagrachitis	florid rachitis	2'9	0'20 eosin besugárzása	semmi javulás	
	III. 10.			"	"			2'2
9.	XII. 19.	I. Teréz, 9 hó, 7300 gr 700 író+100 leves+100 főzelék	craniotabes mellkas és végtagrachitis	florid rachitis	2'1	Az íróban 5% cukor (35 gr) besugárzása	semmi javulás	
	III. 20.			"	"			1'8
10.	II. 10.	K. Zs. Katka, 12 hó, 5700 gr 700 feh. tej 5% H. E.	craniotabes mellkas és végtagrachitis	florid rachitis	1'4	A 700 feh. tejben 5% H. E. besugározva (35 gr)	semmi javulás	
	III. 20.			"	"			2'6
11.	II. 10.	K. Teréz, 13 hó, 6600 gr 800 feh. tej 5% H. E.	craniotabes mellkas és végtagrachitis	florid rachitis	1'5	A 800 feh. tejben 5% H. E. besugározva (40 gr)	semmi javulás	
	III. 20.			"	"			2'2
12.	IV. 1.	M. Mihály, 6 hó, 5500 gr egy liter író	craniotabes mellkas és végtagrachitis	florid rachitis	2'8	1 l. íróban az 5% liszt = 50 gr besugározva	semmi javulás	
	V. 5.			"	"			2'4
13.	III. 20.	K. Kitty, 14 hó, 6200 gr 600 feh. tej+200 dara 100 leves+100 főzelék	mellkas def. végtagrachitis	igen erős floritio	2'6	20 gr plasmon besugárzása	24 nap múlva kezdődik a gyógyulás	
	IV. 16.			"	line-test			2'6
14.	III. 23.	K. Trenka, 14 hó, 7100 gr 800 feh. tej+200 dara	mellkas def. végtagrachitis	florid rachitis	2'2	30 gr plasmon besugárzása	24 nap múlva a gyógyulás megindul	
	IV. 16.			javul	line-test			3'6
15.	III. 5.	F. Ágnes, 7 hó, 2500 gr 400 gr anyatej	erős craniotabes	—	2'2	15 gr plasmon besugározva	36 nap alatt gyógyul	
	IV. 23.			craniotabes gyógyult	—			3'6
16.	III. 19.	P. Laci, 11 hó, 6500 gr 100 dara+800 író+50 főzelék	mellkas és bordaporduzzanat	erős florid rachitis	2'2	2'5 gr cholesterolin besugározva	36 nap alatt kezdődik a gyógyulás	
	IV. 24.			javul	line-test			4'0
17.	III. 19.	B. Margit, 7 hó, 6600 gr 600 író+200 dara+100 leves+100 főzelék	mellkas és végtagrachitis	erős floritio	2'5	2'5 gr cholesterolin besugározva	22 nap alatt gyógyul	
	IV. 10.			line-test	line-test			3'1

eddig még jóformán csak azt bizonyították, hogy a tej és tejpor tényleg aktiválható és a csecsemők rachititását is gyógyítja.

A vizsgálataink eredményei ezt szintén megerősítik, a mellett azt bizonyítják, hogy nem szükséges a teljes táplálékmenyiség besugározatása, elegendő sokszor egy adag is. Ami pedig az egyes alkatrészek aktiválhatóságát illeti, ebben vizsgálataink a patkánykísérletekkel annyiban megegyeznek, hogy a leghatásosabbnak a cholesterin bizonyult, azután a plasmon, viszont a besugárzott liszt, tápeukrok és nádcukor a normalisan használt mennyiségben adva a táplálékhoz, gyógyító hatást nem fejtett ki.

Irodalom: György: Jahrb. f. Kinderheilk. 61. és 62., Kiln. Wochenschr. 1925, 26. sz. — Hess: Journ. biol. chem. 61., 62., 63. és 64., Zeitschr. f. Kinderheilkunde, 39. sz. — Steenbock: Journ. biol. chem. 61., 62., 63. és 64. sz. — Cowell: Britsch. med. J. 3353. sz. — Kramer-Tisdall: Journ. biol. chem. 47. — Hottinger: Schweiz. med. Wochenschr. 8. sz. — Beumer: Münch. med. Wochenschr. 1925.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: Bálint Rezső dr. egyet. ny. r. tanár).

Kalium- és calcium-sók hatása a vizelet aciditás-viszonyaira.

Irták: Hetényi István dr. és Holló Gyula dr.

Munkánkban vizsgálat alá óhajtottuk venni Benatt és Händel¹ jelentőségteljes eredményeit, véleményünk szerint alkalmasabb methodikával. Az említett szerzők azt találták, hogy a vizelet titrations aciditását több napon át peroralisan adott kalium-, illetőleg calciumsódagok megváltoztatják. Kísérleteinkben a vizelet savi alkatrészeit n/10 NaOH-val és phenolphthaleinnel, lúgos alkatrészeit pedig n/10 HCl-lel és methylorangeval határozták meg. Kalium hatására a vizelet NaOH fogyasztása csökkent, a HCl fogyasztása pedig növekedett, az eltolódás tehát „alkalosis“ irányában következett be, míg calcium hatására a lúgfogyasztás növekedett, a savfogyasztás csökkent, vagyis az eltolódás „acidosis“ felé történt. A vizelet ezen viselkedésének leírását Benatt és Händel összefoglalásából idéztük, jegyzőkönyveikből azonban ezen összefüggés kevésbé határozottan ismerhető fel. Ezért a kérdés fontosságára való tekintettel nem láttuk feleslegesnek újbóli megvizsgálását.

Kísérleti berendezésünk a következőkben tért el Benatt és Händelétől: 1. A felszívódási viszonyok közötti különbségek, valamint a felhasznált sóknak a gyomor-bélhuzamra gyakorolt hatásának lehető kizárása céljából a peroralis alkalmazás helyett az intravenásat választottuk. CaCl₂-t 10%-os, a KCl-t 1%-os oldatban adtuk.

2. E feltételeknek megfelelően többnapos kísérleti szakaszok helyett négyórás kísérleteket végeztünk. A kísérleti egyén a vizsgálat végéig állandóan ágyban feküdt és az előző esti étkezés után nem evett és nem ivott. Pontosan 7 óraker reggel kiürítette hólyagját. 9 óraker az I. számú üvegbe vizelt és ezután történt a befeeszkendezés. A 7-től 9-ig ürített vizelet szolgáltatva a kiindulási értéket, pontosan 11 óraker vizelt azután a beteg a II. számú edénybe.*

Holló² vizsgálatai szerint ezen kísérleti berendezés mellett, ha a vizsgálandó egyénnel közben semmi

sem történik (tehát nem feeszkendezünk be semmit), úgy az I. és II. számú vizelet mennyisége, valamint sav- és lúgértéke teljesen megegyezik. Amennyiben tehát mi azt találtuk, hogy a befeeszkendezés után gyűjtött II. számú vizelet az I. számútól különbözik, úgy ezt a befeeszkendezés következményének tekinthettük.

3. A vizelettel nem kettős titrálást végeztünk, hanem meghatároztuk a H⁺-concentratióját, valamint — mint Henderson³ ajánlotta — azon lúg-, illetőleg savmennyiséget, amely szükséges, hogy a vizelet elérje a vér H⁺-concentratióját, 37 C^o-on (ph — 7.40). Az utóbbi meghatározás mértékéül szolgál a vérből a vesén kiválasztott savanyú, illetőleg lúgos értékeknek, vagyis a vesék regulációs munkájának. A savanyú, illetőleg lúgos értékek valódi, az egész szervezetre vonatkozó mérlegét a viszonyok bonyolultsága miatt még a kiválasztott ammoniak meghatározásának segítségével sem tartjuk ma még meghatározhatónak.

4. Végül ellenőrző kísérleteket is végeztünk NaCl-lel (10 cm³ 10%-os oldattal).

A H⁺-concentratiót Michaelis és Gyémánt⁴ szerint azonban a következő módosítással végeztük: A használatos kémcsövek helyett a Holló és Weiss⁵ ajánlotta, alul símára csiszolt kémcsöveket használtuk; így lehetővé vált, hogy a különböző indikatormennyiséget tartalmazó alkalikus csövek helyett egyetlenegy használjunk, mely alkalikus vizeletet tartalmazott és ehhez mikroburettából annyi festéket engedtünk, míg mindkét cső, tehát úgy a nativ vizeletet és ismert mennyiségű indikatort tartalmazó, mint a lúgos vizeletet tartalmazó felülről nézve egyenlő színűvé vált. A ph kiszámítását azután a szokott módon végeztük. Indikátorul a vizelet reakciója szerint, miután e felől egy csepp methylvörössel tájékozódunk, meta- vagy paranitrophenolt használtunk.

Egy meghatározáshoz a nativ vizeletes csőbe körülbelül 3 cm³-t vettünk. Természetesen a nativ és az alkalizált vizeletet tartalmazó két csőnek az indikátor hozzáadása előtt is azonos színűeknek kellett lenni felülről nézve. Minthogy az alkalizált vizelet felfőzés után meg kell szűrni és mert a főzés után sötétebbé válik, a második csőbe annyit engedtünk pipettából, míg felülről nézve a két cső színe teljesen megegyezett. Csak ezután töltöttünk a nativ vizeletes csőbe pontosan 0.5 vagy 1.0 cm³ indikátor-oldatot. Mindig két parallel meghatározást végeztünk, melyek egymástól legfeljebb ph 0.05-tel különböztek.

Eltekinthettünk a hőmérsék-correctiótól, minthogy a hőmérséklettel a használt indikátorok és minden valószínűség szerint a vizelet sóinak dissociációs állandói is csak jelentéktelenül változnak. Főképen pedig azért, mert a két vizeletrésztletet (a befeeszkendezés előttit és utánit) ugyanazon szobahőmérsékleten határoztuk meg. A vizelet sótartalmának, illetőleg a megfelelő correctiónak elhanyagolása is csak kicsi hibát okozhatott, minthogy a sótartalomnak az indikátor dissociációs állandójára gyakorolt hatása csak igen sószelegény oldatokban jelentős,⁶ mi pedig tömény reggeli vizeleteket dolgoztunk fel. Ph-meghatározásaink pontosságát 0.04-re becsüljük.

A sav-, illetőleg lúgkiürítés meghatározása a következő módon történt: Két, alul lecsiszolt kémcsőbe, mint fentebb már leírtuk, nativ, illetőleg lúgosított vizeletet öntöttünk, míg felülről nézve egyenlő színűekké váltak. Most azonban a nativ cső pontosan 3 cm³-t tartalmaz. Ezután a nativ vizelethez a metanitrophenol törzsoldatból (1:300) 0.5 cm³-t, az alkali-kushoz pedig a tízszeresen hígított törzsoldatból 0.55 cm³-t adunk. Az utóbbi indikatormennyiséget úgy

* Mindkét edény, a CO₂ elillanását megakadályozandó, folyékony paraffint tartalmazott.

számítottuk ki *L. Michaelis* megfelelő diagramm-jából, hogy a két eső színe felülről nézve akkor egyenlő, ha a nativnak ph-ja pontosan 7.40. Titrálásunk folyamán tehát a nativ vizeletet tartalmazó kémcsőbe színegyenlőségig kell n/50 NaOH, illetőleg HCl-t engednünk. A felhasznált lúg-, illetőleg savmennyiséget átszámítjuk a kiválasztott vizelet össz-mennyiségére és így megkapjuk, hogy a kísérleti periódus alatt mennyi savat, illetőleg lúgot választott ki a vizsgálandó egyén.

Vizsgálataink elsősorban azt mutatták, hogy a vizeletválasztás olyan labilis, hogy még a legszigorúbb kísérleti berendezkedés mellett sem lehet minden esetben bekövetkező, egyöntetű viselkedésről beszélni. Amennyiben tehát tájékozódni óhajtunk bizonyos beavatkozások hatásáról, úgy ezt csak a kapott értékek átlagának figyelembevételével tehetjük. A 8-8 vizsgálat eredményéből átlagos értékeket számítottunk ki.

1. sz. táblázat.

	Két órai vizeletmennyiség cm ³			Vizelet ph.			Titrációs értékek ph 7.40-ig cm ³ n/50 lúg		
	befecskendezés		különbség	befecskendezés		különbség	befecskendezés		különbség
	előt	után		előt	után		előt	után	
A NaCl-os vizsgálatok átlagos értékei	87	82.3	-4.7	5.98	6.10	+0.12	91.6	95.2	+3.6
A CaCl ₂ -os vizsgálatok átlagos értékei	65	106	+41	6.07	5.87	-0.20	60.5	82.0	+21.5
A KCl-os vizsgálatok átlagos értékei	63	91	+28	5.85	6.43	+0.58	60.3	56.4	-3.9

Attérintve az átlagos értékeket, látjuk, hogy a NaCl-befecskendezés úgyszólván semmi befolyást sem gyakorol a vizeletproductióra: a vizeletnek, valamint a vele kiürített savaknak mennyisége változatlan marad, a ph emelkedése pedig olyan kiscokú, hogy ez az adott körülmények között csak igen kétes jelentőségű, annál is inkább, mert részben a hibaforrásokra vezethető vissza. A NaCl-os kísérleteknél éppen az eltérés irányában merül fel egy, bár nem jelentékeny hibaforrás, melyet az indikátor dissociációs állandójának csökkenése hoz létre és amely csökkenés oka a vizelet sőtartalmának a befecskendezés utáni gyarapodása.

Ezzel szemben úgy a calciumos, mint a kaliumos kísérletekben jelentékeny hatás mutatkozik:

1. Mindkét só diuresist okoz.

2. Calciumchlorid után a vizelet valamivel savanyúbbá válik (itt a fentebb említett „sóhiba“ nem zavar, mert a kísérleti eredménnyel ellentétes irányban hat), kaliumchlorid után pedig jelentékenyen lúgosabbá.

3. Calciumra jelentékenyen emelkedik a savkiürítés, kaliumra alig észrevehetően csökken. Ez utóbbira vonatkozólag felvesszük, hogy a kaliumnak a savkiürítésre gyakorolt specifikusan gátló hatását részben elfedi a diuretikus hatása, mint az a 2. számú táblázatból látható.

A két sónak úgy a vizelet reactiójára, valamint a savkiürítésre gyakorolt ellentétes hatása és ezeknek a NaCl-kísérletekkel való szembeállításra azt mutatja, hogy ezeket nem tulajdoníthatjuk egyszerű (osmotikus) sóhatásoknak, hanem kation-hatásoknak.

Felmerülhetne itt esetleg azon ellenvetés, hogy a különbségeket talán az okozhatja, hogy mi a calciumot 10%-os és a kaliumot 1%-os oldatban fecskendeztük be. Ezt ugyan már maguk a NaCl-kísérletek eléggé megcáfolni látszanak, mégis közölni óhajtjuk a 2. táblázatban azon kísérleteinket, melyekben úgy vizsgáltuk a calcium, illetőleg kalium hatását, hogy egyidejűleg 20 cm³ n-NaHCO₃-oldatot adtunk intravenásan. Össze-

hasonlításul azon kísérletek szolgáltak, melyekben csak 20 cm³ n-NaHCO₃-oldatot adtunk.

Ezen kísérleti berendezéssel két célnak óhajtunk szolgálni: Először is az általános tapasztalat alapján azt reméltük, hogy a mi esetünkben alkalikus valenciákkal megterhelt vesék lúgkiürítési képességük csökkentésére vagy fokozására irányuló hatásra jobban reagálnak, mint a nagyobb tartaléklehetségekkel dolgozó meg nem terhelt; másodsor pedig mert ezen berendezkedés mellett a calcium- és kaliumbefecskendezések közötti osmotikus különbség, minthogy a kaliumot is hyperosmotikus oldatban alkalmaztuk, többé nem jön tekintetbe.

2. sz. táblázat.

		A tiszta szódahatással szemben mutatkozó különbség		
		vizeletmennyiség cm ³	vizelet ph	n/50 lúg cm ³
A 7 CaCl ₂ -os vizsgálat	összesen átlagban	+182 + 26	-2.74 -0.39	+ 76.6 + 10.94
A 7 KCl-os vizsgálat	összesen átlagban	- 10 -1.43	+4.54 +0.65	-303.4 - 43.34

A kalium és calcium hatását itt a tiszta szódahatással szemben mutatkozó különbség jelzi. A két kationnak a vizelet aciditására gyakorolt antagonistikus hatása ezen táblázatokból még kifejezettebben látható, mint az előzőkből. Befolyásolatlan diuresis mellett a kaliumnak most a savkiválasztást csökkentő hatása is jelentősen előtérbe lép.

Összefoglalás: Sikerült négyórás kísérletekben 10-10 cm³ calciumchlorid-, illetőleg 1%-os kaliumchloridoldatok intravenás befecskendezésével és megfelelő NaCl-controllok alkalmazásával kimutatni, hogy a két kationnak a vizeletválasztásra jelentős befolyása van.

Mindkét só diuresist okoz.

A calcium acidotikusan hat: a vizelet H⁺-concentrációja, valamint a savkiválasztás emelkedik. A kalium alkalotikusan hat: úgy a H⁺-concentratio, mint a savkiválasztás csökken.

Szódaterhelés mellett még jobban előtérbe lép a két kationnak a vizelet aciditási viszonyaira gyakorolt antagonistikus hatása.

Irodalom: ¹ Benatt és Händel: Klin. Wochenschr. 1924, 1621. lap. — ² Holló: Biochem. Zeitschr. 113. köt. — ³ Henderson: Journ. of biol. chem. 1911, IX. köt. — ⁴ L. Michaelis: Praktikum d. physik. Chemie 1926. — ⁵ Holló és Weiss: Biochem. Zeitschr. 144. köt. — ⁶ Michaelis és Krüger: Biochem. Zeitschr. 119. köt.

A kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem bőrsz. és nemikórtani klinikájának közleménye (igazgató: Nékám Lajos, egyetemi ny. r. tanár).

A lupusos és a tuberculosis verrucosa cutis szövet diastase- és primaer phenolasetartalmáról.

Irta: Melczer Miklós dr.

A tuberculotikus bőr anyagcseréjének a vizsgálata közben tűnt ki e szövet ama sajátja, hogy egyes nitrogyületeket redukáló képessége, illetőleg az ezzel arányosítható O₂ légzése is — amit eddig kóros szövetnél még nem tapasztaltunk — sokkal, átlag 50%-kal nagyobb, mint a normalis bőr. A szövet eme legfontosabb energiaszolgáltató forrásának, az O₂-légzésnek ilyesféle nagymértékű fokozódását csakis azzal tudtam

magyarázni, hogy az a szövetbe jutott *Koch*-bacillusok elleni küzdelemben degenerálódó, folyton pusztuló sarjszöveti sejtek pótlására szükséges.

A luposus szövet anyagcseréjének a további vizsgálásakor jöttem rá a tuberculotikus bőr egy másik fontos sajátására, nevezetesen, hogy benne erősen esökkent, sőt a *Róna-Michaelis*-féle tributyrin-módszerrel a legtöbb esetben már ki sem mutatható mennyiségű a zsírhasító fermentum. Ennek a leletnek az érdekességét két más észlelet adja meg. *Kollert* és *Frisch*-nek phthisikusoknál, majd klinikánkon *Somogyinak* bőrtuberculotikusoknál a vérsavó lipasetartalma és a folyamat súlyossága között sikerült bizonyos összefüggést találniok. Említett szerzők ugyanis jóindulatú fibrosus phthisisnél s a vele analógiába állítható lupus planusnál magas, rosszindulatú, exsudatív tüdőfolyamatnál, illetőleg lupus tumidus és exulceransnál pedig alacsony vérsavó-lipasetitert találtak. *Kollert* és *Frisch* ebből a lipase antitest természetére következtet. Szerintük a savó lipasetiterének az emelkedése a tuberculosis-infectio által kiváltott pozitív phasis volna. De jól összeegyeztethető a fentemlített lelet *Falkenheim* és *György* ama vizsgálataival, amelyek azt mutatták ki, hogy in vitro a diagnostikus tuberculint a lipase specifikus chemiai reactio módjára megköti s ily módon hatástalanítja.

A tuberculotikus bőr említett, más eleddig ismert kóros szövetféleségtől eltérő viselkedése kívánatosá tette a tuberculotikus bőr fermentviszonyainak további kutatását. A vizsgálat technikailag lehetségesnek bizonyult s az összehasonlításra szükséges standarddal is rendelkezünk. A legtöbbször nagy bőrterületeket ellepő luposus vagy tuberculosis verrucosa cutis szövetből a vizsgálatra szükséges 15-0-30-0 g mennyiségű szövet rendszerint kikaparható, a normalis bőr különféle fermentjei pedig *Yamasaki*, *Wohlgemuth*, *Klopstock*, *Buschke* és a saját vizsgálataim alapján eléggé ismeretesekek, s az összehasonlításra kellő alapot szolgáltatnak.

Vizsgálati anyagul a bőr- és nemikórtani klinika ambulanciáján jelentkező 16 lupus vulgarisban és 5 tuberculosis verrucosa cutisban szenvedő egyént használtam fel. A felületen bódításban kikapart tuberculotikus bőrdarabok súlyát azután, hogy ezeket többször váltott Ringer-oldatban kimostam, majd gaze-zel lehetőleg szárazra itattam, érzékeny karos mérlegen lemértem és dörzsesésében kétszerannyi desztillált vízzel dörzsolttetem el, hogy 1-0 g szövetnek végeredményben 2-0 cm³ extractum feleljen meg. A suspensio az eldörzsolés után 24 órára mindig a klinika Frigo-szekrényébe került. A kivonat a normalis bőr hasonló módon készült extractumával szemben — az előzetes erélyes kimosás dacára — a legtöbb esetben haemolytikus volt. Az extractum pH-ja 7-2-7-8 között váltakozott.

Ebben a munkában specialisan arra terjeszkedem ki, hogy a tuberculotikus bőr quantitative milyen mennyiségben tartalmazza a carbohydrasek közül a diastaset, az oxydasek közül pedig a primaer phenolasekat.

A diastase quantitativ meghatározására *Wohlgemuth* jól bevált sorozatmódszerét alkalmaztam. Tíz csőben az 1-0 g szövetnek megfelelő 2 cm³ extractum a mértani haladványnak megfelelően, physiologiás konyhasóoldattal mindig a felére hígítottan került 24 órára a 2 cm³ 1% keményítőoldattal keverten a 38° thermostatba. Az incubatio letelte után a fermenthatás megállítására a csöveket folytatott, hideg vízvezeteki vízzel töltöttem fel, majd a maltosevá, illetőleg achroo-, erythroextrinné át nem alakult keményítő kimutatá-

sára pipettából mindegyik csőbe 3 csepp n/10 jóddoldatot cseppentettem. Teljesen hasonló methodikával *Yamasaki* a normalis tetembőrben $D = 24h/38^\circ = 16-500$, legtöbbször 32-3 értéket kapott. Magam physiologiás konyhasóoldattal erein át kimosott tetem combbőrben legtöbbször a 16-os értékű 5. csőben kaptam meg az el nem bontott keményítő határának megfelelő kékesvörös, vagy tiszta kék színeződést.

A luposus szövetben a 16 vizsgált betegnél a $D = 24h/38^\circ = 8-32$ között ingadozott ugyan, de az esetek túlnyomó számában a magasabb határnak megfelelő 32-es értéket kaptam.

Öt tuberculosis verrucosa cutis esetében a luposus szövettel nagyjában egyező $D = 24h/38^\circ = 8-64$ értéket nyertem. Ezek közül is három ízben a 32-es értékű 6. csőben, egy-egy ízben pedig a 8-as értékű 4. csőben, illetőleg a 64-es értékű 7. csőben találtam meg a limes-értéket.

A luposus és tuberculosis verrucosás szövetben ezek szerint teljesen a normalisnak megfelelő mennyiségű a diastase fermentum.

Az oxydasek csoportjába tartozó primaer phenolasek meghatározására, melyek egymagukban is lila- vagy feketeszínű indo-indulinszerű vegyületekké oxydálják az alkalikus α naphtolt, egyes dihydrobenzoloikat, többek között az adrenalint, a Dopát, a *Hizume* által kidolgozott sorozatmódszer alkalmaztam. A tíz csőből álló sorozat első tagjába 1-0 g szövetnek megfelelő 2 cm³ extractum, a következőkbe pedig physiologiás konyhasóoldattal 2 cm³-re kiegészített 0-5-0-25-0-123 stb. g szövetnek megfelelő kivonat, majd 2 cm³ frissen készült 1%-os brencatechinoldat került. Az utolsó cső tartalmazta az 1 cm³ konyhasóoldat és 2 cm³ 1%-os brencatechinből álló controllt. A bedugaszolt csövek ezután 24 órára a 38° thermostatba kerültek. Az oxydatiós határt jelző utolsó, még elszíneződött cső szövetkivonatmennyiségének phenolasetartalma, az egységnyi kivonatmennyiségnek, a határeső kivonatmennyiségével való eloszlása útján lett 1-0 g szövetre minden egyes esetben átszámítva.

A primaer phenolaseknak, ezeknek a *Loele* szerint aldehidsajátságokkal felruházott amingyűrűs vegyületeknek a tuberculotikus bőrben való mennyisége különösen érdekelt engem. Ezt a fermentumot ugyanis, melynek újabban toxint hatástalanító, védőcolloid szerepet tulajdonítanak, éppen lupus vulgarisban szenvedők vérsavójában esökkentnek találtam. A primaer phenolasek mennyisége azonban, amint azt *Klopstock* és *Wohlgemuth* kimutatta, a normalis bőrben a testtájékok szerint változó s az illető bőrterület pigmentáltságával arányos mennyiségű. Magam a normalis színűnek tekinthető combbőrrel készült extractumokban az oxydatiós határt legtöbbször a 16-os értékű 5. csőben találtam.

A luposus bőrből készült extractumokban esetekben a phenolaseérték 64-256 között ingadozott. 16 eset közül 11-ben, tehát majdnem 70%-ban a phenolasetiter 128-nak, 3 esetben 256-nak, 2 esetben pedig 64-nek bizonyult.

Öt tuberculosis cutis szövetből készült extractumban is legtöbbször 128-as értéket kaptam.

Az erősebben pigmentált tájékok bőrértől tekintve, a tuberculotikus bőr tehát sokkal több primaer phenolaset tartalmaz, mint a normalis bőr.

Hogy mi lehet az oka, magyarázata annak a körülménynek, hogy a bőrtuberculotikusok vérsavója a normalisnál kevesebb, a kóros szövet pedig a normalisnál több phenolaset tartalmaz, annak a taglalásába, ha csak nem akarok a speculativ feltevések út-

vesztőjébe tévedni, nem mehetek bele. Mindenesetre nagyobb a valószínűsége annak, hogy az említett phenolasetöbbslet autochton módon, magában a sarjszöveti sejtekben termelődik. Nem nagyon valószínű, de persze nem zárható ki teljesen, hogy a tuberculotikus szövet csak kiválasztja és felhalmozza magában a szervezetben mindenütt, vagy specialis helyeken termelődő fermentumot. Mindenesetre érdekes volna ennek a kérdésnek a további megvilágítására mikrooxydase-reactióval is megvizsgálni a tuberculotikus szövetet.

Ha a primaer phenolasék már említett toxint hatástalanító, védőcolloid képességét elfogadjuk, akkor nem zárható ki annak a lehetősége sem, hogy a tuberculotikus szövet által termelt vagy kiválasztott és felhalmozott primaer phenolaséknak immunbiológiai jelentőségük is van, s hogy ezek a tuberculosis elleni küzdelemben is ilyesféle védőszerepet játszhatnak.

Az a lelet, hogy a tuberculotikus szövet több, a légzésfermentumok sorába tartozó phenolasét tartalmaz, mint a normalis bőr, jól összevág a tuberculotikus szövet egy más helyen kifejtett tulajdonságával, t. i., hogy benne a normalisnál átlag 50%-kal fokozottabb a nitroreductio, illetőleg az ezzel arányosítható O_2 légzés.

Ezek szerint a lupusos és a tuberculosis verrucosa cutis szövet megközelítőleg ugyanannyi diastaset tartalmaz, mint a normalis bőr, a tuberculotikus bőr primaer phenolasetartalma ellenben, a normalis pigmentáltásúnak tartható comb bőrénél 8-szor nagyobbnak bizonyult.

Irodalom: *Hizume:* Biochem. Zeitschr. 142, 216, 1924. — *Klopstock-Buschke:* Dermat. Wochenschr. 79, 1485. — *Klopstock-Wohlgemuth:* Biochem. Zeitschr. 153, 487, 1924. — *Kollert-Frisch:* Brauers Beitr. 47, 146; 43, 305. — *Yamasaki:* Biochem. Zeitschr. 142, 203, 1924.

A Stefánia-gyermekórházzal kapcsolatos Egyetemi Gyermekklinika közleménye (igazgató: Bókay János dr. egyet. nyilv. r. tanár).

A Dick-féle toxin és eosinophilia.

Írta: *Farnos Ilona dr.* klinikai tanársegéd.

Az eosinophil sejtek physiologiás és pathologiás tevékenysége ma még nem egészen tisztázott. *Naegeli* legfontosabb feladatuknak a parenteralisan szervezetbe jutott fehérjék bomlástermékeinek ártalmatlanná tételét tartja s ezzel magyarázza az anaphylaxiánál, bélférgesknél, bőrbetegségeknél stb. észlelhető eosinophiliát.

Érdekes megfigyelésre vezetett az eosinophil sejtek viselkedésének vizsgálata a különféle fertőző betegségeknél. Csaknem minden hevenyfertőző betegség tetőfokán eosinopaenia észlelhető. Legkifejezettebben a typhusnál, ahol a betegség harmadik szakáig teljesen eltűnnek az eosinophil sejtek. Ezen betegségek közt egyedül a scarlatina képez kivételt. Itt a betegség tetőfokán is mérsékelten szaporodott ezen sejtek száma, később pedig tetemesen emelkedik. *Naegeli* szerint ezen magatartásból szinte arra következtethetnénk, hogy talán a scarlatinát nem is bakteriumok okozzák.

Nagyon érdekes a scarlatina ezen egyedülálló viselkedése, ha az eosinophil sejtek chemotaxisát veszük figyelembe *Stäubli* szép kísérletei alapján. Ő tengerimalacok üvegtestébe, másoknak peritonealis ürébe, bakterium-emulsiót juttatott be, azután az előbbiekből bulbusának metszeteit és az utóbbiakból időnkint kiemelt peritonealis folyadékot vizsgálva, azt találta, hogy az eosinophil sejtek a bakteriumokkal szemben negativ chemotaxist tanúsítanak. Ezen negativ chemotaxis kifejezője a heveny bakterialis fertőzőbetegségeknél észlelhető eosinopaenia. De ismeretes az eosino-

phil sejtek *positiv chemotaxisa* is, melyet a vörösvérsejtek szétesési termékei bizonyos bőrbetegségeknél keletkező anyagok s bizonyos féregmérgekkel szemben mutatnak.

Mint említettük, a scarlatinát különös helyre emeli a többi hevenyfertőző betegséggel szemben az a sajátága, hogy a betegség heveny szakában is eosinophiliát mutat. Hogy ez az eosinophilia a skarlatínmérgekkel szembeni positiv chemotaxis következménye vagy a megbetegedéssel járó más (esetleg vegetatív idegrendszerbeli) elváltozás kifejezője csak, azt eldönteni természetesen nehéz volna.

A scarlatinás betegek torkából kitenyészített streptococcus haemolyticus cultura szűrlétéről, *Dick*-ék és utána más vizsgálók szerint is jogosan hisszük, hogy az a scarlatinamérgek. Megfelelő adagjaival a scarlatina tünetesportjából a láz, hányás, angina és scarlatiniform exanthea intézetünkben tett megfigyelések szerint is előidézhető. A *Dick*-toxin adagolása utáni megfigyelések eddig elhanyagolták az eosinophil-sejtek magatartásának vizsgálatát, jóllehet éppen az eosinophil-sejteknek a scarlatinánál hiányzó negativ (vagy épp positiv) chemotaxisa nemcsak a *Dick*-toxinnal kísérletileg előidézett scarlatinás tünetesport azonosságához, hanem ezen át magának a *Dick*-toxinnak fajlagosságához is bizonyítékot szolgáltathatna.

E kérdés vizsgálatára 15 gyermeknél (kik mind positiv *Dick*-próbát adtak) néztük az eosinophil sejt-görbét *Dick*-toxinnal történt immunizálás kapcsán (a toxint *Dick*-ektől kapott streptococcus-törzsből a „Phylaxia“ serumművek készítették). Alkalmunk volt néhány gyermeknél egymás után 2–3 immunizáló oltás után is vérképet nézni, ugyancsak pár esetben az eosinophil-sejtekkel párhuzamosan a leukocyta-számot is figyelemmel kísértük. Eredményeinket táblázatba foglaltuk össze, mely táblázat a következőket mutatja:

I. táblázat.

Sorszám	Név, kor	Dátum	Eosinophil sejt-szám oltás előtt	Dick-toxin börgyógyászat	Eosinophil sejt-szám oltás után			Megjegyzés klinikai diagnózis
					1-2 órával	5-7 órával	8-24 órával	
1.	R. M. 13 é.	XI. 25. XII. 11.	2% 1%	700 4000	— 2%	3% 1%	5% —	Appendicitis acuta operata gyógyult
2.	K. F. 14 é.	XI. 27. XII. 11.	1% 2%	750 2000	— 6%	4% 3%	5% —	Polyarthrit. rheum. acut. láztalan
3.	M. E. 10 é.	XII. 19.	4%	500	6%	5%	—	Pleuritis exsud. XII. 30. láztalan
		XII. 30. I. 6.	1% 3%	1000 2000	2% 3%	3% 6%	—	
4.	P. O. 6 é.	XII. 19.	2%	500	5%	6%	—	Pleuritis exsud. láztalan
5.	J. I. 12 é.	I. 6.	4%	500	—	5%	—	Hyperacid. ventric.
6.	F. D. 24 é.	XI. 20.	1%	500	1%	2%	—	Sine morbo
7.	P. E. 7 é.	I. 15.	1%	500	1%	4%	—	Hypochlorhydria ventriculi
		I. 19.	3%	1000	5%	5%	—	
8.	E. H. 5 é.	I. 15.	1%	500	1%	2%	—	Pneumonia croup. I. 19. láztalan
		I. 19.	1%	1000	—	3%	—	
9.	K. E. 4 é.	I. 19.	1%	500	—	4%	—	Pneumonia croup. láztalan
		I. 23.	1%	1500	—	5%	—	
10.	D. B. 3 é.	II. 16.	4%	1200	2%	8%	—	Fractura femoris láztalan
11.	K. J. 4 é.	II. 16.	1%	1200	3%	2%	—	Labium leporin.
12.	M. P. 7 é.	II. 24.	4%	1500	—	8%	—	Fractura femoris
13.	F. F. 2 é.	II. 24.	6%	1500	6%	12%	—	Hernia ingu.
14.	K. J. 4 é.	II. 24.	6%	1500	—	10%	12%	Hernia ingu.
15.	B. F. 5 é.	III. 10.	2%	1500	—	8%	12%	Caries proc. mast.

Látjuk tehát, hogy a *Dick-toxin* befecskendését az *eosinophil sejtek megsaporodása követi*, amely olykor már a befecskendezés után 1 órával, legkésőbb 4–6 óra multán mutatható ki. Az eosinophilia tartama különböző, azon esetekben, ahol már egy óra mulva bekövetkezett, 6 óra után már esökkenő tendenciát látunk, más esetekben pedig csak 6 óra után következnek be az eosinophil sejtszám megsaporodása, sőt 24 óra mulva is fennáll. Az adag nagysága és az eosinophil sejtszám magassága között különösebb összefüggést nem találtunk. Ugyancsak nem mutattak különbséget az első és következő oltások sem.

Különösebb tárgyalást érdemel három eset, hol az oltás után lázat, exanthemát és anginát észlelhetünk. Az esetek rövid kórtörténeti kivonata a következő:

I. 310/2756. jksz. *Tapolczai Ferencz* 2 éves. Hernia inguinalis l. d.-vel operáltatott II. 19-én. II. 24-én d. e. Dick-test positiv (20/20). Ugyanakkor vérkép 6% eosinophiliát mutat (exsudatív diathesis tünetei az arc- és fejbőrön). II. 24-én d. e. 1/2 10 óraker 1500 bõregység Dick-féle toxint kap intramuscularisan, utána 6 óra mulva hőmérsék 38.1 C°, a törzs bõrén halvány pontozott pír, a vérképben 6% eosinophilia. Az oltás után 10 órával hőmérsék 39.2, ugyanakkor egy ízben hányt. II. 25. reggel 9 óra: az egész testre, végtagokra, nyakra kiterjedő pontozott pír, torok belövelt, vérkép 12% eosinophiliát mutat, hőmérsék 37.1, délutánra a pír teljesen eltűnt.

II. 318/2465. jksz. *Kis József* 4 éves. II. 19-én hernia inguinalis miatt operálva. II. 24-én Dick-test positiv (20/20). Vérképben 6% eosinophilia. Délelőtt 1/2 10-kor 1500 bõregység Dick-féle toxint adagolunk, utána 6 órával eosinophilia 6%, hőmérsék 37.6 C°, 10 óra mulva 38.6, bõr, torok halvány. II. 25-én reggel láztalan, bõrön halvány pontozott pír, mely csak a törzsre szorítkozik. Mérsékelt angina, eosinophilia 12%. Délre a pír eltűnik.

III. 364/407. jksz. *Biró Frigyes* 5 éves. III. 3-án caries processus mast. miatt műtétet végeztünk. III. 6-án Dick-test positiv (20/20). III. 10-én d. e. 9 óraker vérképben 2% eosinophilia, 10 óraker 1200 bõregység Dick-toxin intramuscularisan, d. u. 6 óraker hőmérsék 38.5, hason halvány pontozott pír, eosinophilia 8%, III. 11-én reggel egész törzsön, végtagokon kifejezett pontozott pír, belövelt torokképletek, hőmérsék 37.2, eosinophilia 12%. Estére láztalan, pír eltűnt.

E három kórtörténet adataiból látjuk tehát, hogy azon esetekben, amelyeknél exanthema jelentkezett, az eosinophilia igen kifejezett. Ami a fehérvérsejtszám és eosinophil-sejtszám közti összefüggést illeti, úgy találtuk, hogy az immuntoxin befecskendezése után mindig létrejön leukocytosis, de ennek legmagasabb pontja és az eosinophil sejtgörbéé nem mindig egyezik.

Tekintettel arra, hogy különböző anyagok befecskendezése után észlelhetünk eosinophiliát, szükségesnek láttuk controlképpen vizsgálni az eosinophil sejtek viselkedését olyan streptococcus toxint nem tartalmazó steril buillon befecskendezése után, amelynek hígítása és adagja az immunizáláshoz használt, toxint tartalmazó buillonéval megegyezik.

Vizsgálataink, melyeket 6 gyermekben végeztünk, a következő adatokat adták.

A következő tábla adatai szerint a bouillon befecskendezése az eosinophil sejtszámot nem emelte. *Vizsgálataink eredményeként mondhatjuk, hogy a Dick-féle toxin adagolása után eosinophilia lép fel. A Dick-toxin fajlagosságát tehát az eosinophil vérkép segítségével is bizonyíthatjuk.*

Az a tény, hogy a legtöbb fertőző betegség acut stadiumában eosinopaenia van, a reconvalescentiában pedig nemesak normalisra, de nagyfokú eosinophiliáig is megsaporodnak az eosinophil sejtek, a vizsgálókat arra vezette, hogy az eosinophil sejtek megjelenését az immunitás felléptével hozzák kapcsolatba.⁴ Magyar

2. táblázat.

Sorszám	Név, kor	Eosinoph. sejtszám oltás előtt	A beadott levesadag	Eosinoph. sejtszám az injectio után		Megjegyzés klinikai diagnózis
				2 ó r á v a l	6 ó r á v a l	
1.	K. M. 6 é.	0%	1/2 cm ³ 500 bõregys. megfelelő	1%	0%	Spondylitis dors. tbc.
2.	T. A. 12 é.	4%	1 cm ³ 1000 bõregys. megfelelő	3%	2%	Pes varus paralyt.
3.	Sch. E. 7 é.	2%	1 cm ³ 1000 bõregys. megfelelő	1%	0%	Laryngostenosis chron.
4.	Ny. J. 4 é.	4%	1.5 cm ³ 1500 bõregys. megfelelő	4%	3%	Strictura oesophag
5.	K. M. 4 é.	5%	2 cm ³ 2000 bõregys. megfelelő	4%	4%	Strictura oesophag
6.	T. M. 4 é.	2%	3 cm ³ 3000 bõregys. megfelelő	1%	2%	Genu valgum rachitic.

részről legújabbán *Ambrus*,⁵ *Rókay*⁶ elevenítik fel e kérdést.

Miután a Dick-test positiv vagy negativ voltában az immunitás mérőeszközét nyertük, érdekesnek látszott megfigyelni scarlatinás betegeknél a Dick-test viselkedését az eosinophil sejtek változásával párhuzamosan. 34 gyermeknél ejtettük meg vizsgálatainkat akképen, hogy átlag 5–6 naponként Dick-testet és eosinophil sejtszámlálást végeztünk. *19 esetben (61%) a Dick-test negativvá válását szorosan kísérte az eosinophil sejtek megsaporodása.* Három esetet a Dick-próba bizonytalan viselkedése miatt az értékelésből el kell hagynunk, két esetben pedig a Dick-test mindvégig positiv maradt. A többi 10 esetben a Dick-test negativvá válása és az eosinophil sejtek megsaporodása különböző időben következett be, leginkább oly módon, hogy az eosinophilek szaporodása késett vagy elmaradt. Ezen esetek nagy része súlyos vagy szövődményes lefolyású volt. Ugyanezt észlelte *Ambrus*,⁷ ki úgy találta, hogy az eosinophilek közbejött complicatiói, akár genyedés, akár toxinos myodegeneratio esetén megkevesbednek.

Vizsgálataink szerint is valószínűnek látszik, hogy az eosinophil sejteknek az immunitási folyamatokban szerepe van.

Irodalom: 1. *Naegeli:* Blutkrankheiten 1923. 2. U. o. — 3. *Stäubli:* Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. VI. k. 200. o. — 4. *Naegeli:* Blutkrankheiten. — 5. *Ambrus J.:* Jahrb. f. Kinderheilk. 1924 107. k. 68. o. — 6. *Rókay:* Magy. Gyermekorv. Társ. nagygyűlése 1925. — 7. *Ambrus J.:* Jahrb. f. Kinderheilk. 1923. 101. k. 82. o.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem hő- és nemikórtani klinikájának közleménye (igazgató: Nékám Lajos dr., egyet. ny. r. tanár).

A piedra nostrasról.

Irta: *Ballagi István* dr. egyetemi tanársegéd.

A piedra első észlelői spanyol orvosok (*Osorio*, *Posada-Arango*) voltak, akik Kolumbiában a mult század közepe táján észlelték először e folyamatot. Tőlük származik e betegség elnevezése is; piedra = spanyol szó és követ jelent. A betegség lényege abban áll, hogy különösen női hajszálakon apró, kőkemény csomók jelentkeznek. *Osorio* és társai azon nézetet voltak, hogy a piedra kizárólag kolumbiai megbetegedés és olajos hajvizeket használó nőknél fordul elő. Szerintük a hajszálon ülő csomócskák elszarusodott hámsejtek felsza-

porodásából állanak. *Desenne* és *Malcolm-Morris* voltak az elsők, kik a hozzájuk került kolumbiai hajszálakon lévő elváltozások gombás eredetét kimutatták. A piederának Európában való előfordulásáról az első adatot *Beigel* szolgáltatta. Ő utána *Behrend*, majd *Unna* közöltek mindössze néhány piederás esetet, melyek a kolumbiaival szemben férfiaknál a bajusz szőrzsálain fordultak elő. Éppen ezért *Unna* a piedra európai alakját *piedra nostras*nak nevezte el. Az utóbbi években azután többen közöltek *piedra nostras*-eseteket; ezek is kivétel nélkül a bajuszban fordultak elő (*Wälsch*, *Freund*, *Trieszt*; *Pais*, Szardinia; *Vuillemin*, Nancy).

Mindazonáltal a *piedra nostras* nem tekinthető gyakori megbetegedésnek. Klinikánkon már évek óta figyeltem a férfibetegeket és eddig mindössze csak egyetlenegy esetről tudok beszámolni.

1925 márciusában jelentkezett nálunk egy 42 éves fehérmegeyi férfi, ki csupán a bajuszában található csomócskák miatt kereste fel rendelésünket. Anamnesisében elmondta, hogy körülbelül fél év óta vette észre baját és évek óta bajuszpedrőt használt.

A bajusz szőrzsálai legnagyobb részét meg voltak betegedve, és pedig az egyes szálakon apró, gombostűfejnyi-kölesnyi barnás, másutt inkább feketés, kemény tapintatú, a szőrzsálakról csak nehezen levehető, azt köröskörül vevő csomócskák ültek. Ezek legtöbbszörre



1. abra. *Trichosporon Beigelii* 10 napos tenyésztése Maltose-agaron.

egymástól izoláltan mutatkoztak és felületes megtekintésre a szőrzsálon ülő serkékhez hasonlítottak, néhol azonban a szőrzsál egész hosszát elborították, úgyhogy az háromszoros-négyszeresére megvastagodottnak látszott és úgy nézett ki, mintha bajuszpedrő ráragadt és rászáradt volna. A szőrzsálakat paraffinba ágyaztam be, hossz-, valamint keresztmetszeteket csináltam és *Gram* szerint megfestettem. A szőrzsál kéreg- és velőállománya egészen ép volt, ellenben ezt 2–3 mm szélességű spóratömeg vette körül. Ezek a spórák szorosan egymás mellett feküdtek, többnyire szögletesek voltak és nem egyformán vették fel a gentiana-ibolyát. Egyesek jóformán alig, mások viszont erősen festődtek. A spórahalmazok között *Wälsch*hez hasonlóan *staphylococcus*-tömegeket találtam.

A szőrzsálakat maltose-agarra ojtva, a gomba-telepek szobahőmérsékleten a 3–4. napon nőttek ki. Valamennyi először kinőtt telep *staphylococcus aureus*-sal fertőződött, úgyhogy csak továbboltásokkal nyertem tiszta kulturákat. Különböző táptalajokon különbözőféleképpen tenyészték a *trichosporon*-gomba telepei.

Maltose-agaron gyorsan nőtt. Az *achorion Schönleini*re emlékeztető barnás színű, tekervényes, nedves felszínű, a táptalajba bemező sugarakat felmutató coloniákat alkotott. Glukose-agaron gyorsan nőtt; fehér színű, tekervényekkel borított, poros telepek keletkeztek. Pepton-táptalajon lassan növekvő, fehér-sárga színű, nedves felszínű, apró, igen finom ráncokkal borított kulturája volt. A burgonyát barnásra festette, gyorsan nőtt rajta, színe szürkésbarna volt, számtalan jól kiemelkedő tekervénnyel és poros felülettel. Aseites

agaron lassan nőtt. Az átlátszó, fénylő, sárgás színű kultura szélén táptalajba bemező sugarak látszottak. Glycerines agaron lassan növekvő, fehér-sárga, tekervényes, poros felületű telepeket alkotott. Maltose-agart tartalmazó *Petrusehky*-csészére ojtott egyhónapos kultura 4–5 cm átmérőjű volt. *Centralis* része kissé kiemelkedő, sötétbarna színű, peripheriás részén már világosabb barna szín mutatkozott. A *centralis* rész minden irányba haladó tekervényekkel bírt, míg a peripheriás részen inkább sugarasan haladó barázdákat találtam. Egy ilyen kulturát hónapokig hagytam tenyészni; a harmadik hónap végén a gomba már egészen átnőtte a csésze 20 cm-es átmérőjét és rendkívül változatos kinézéssel bírt. Egyik részén számtalan sok, finom ráncoccska, másik részén vastag kevesebb számú tekervény, ismét másutt csupán néhány barázda látszott a különben síma felületen. A színe sötétbarnától világosbarnáig mindenféle árnyalattal rendelkezett, sőt helyenként fehér árnyalatok is látszottak. Ellenben pleomorph jelenségek még hat hónapos és annál idősebb kulturánál sem voltak észlelhetők, úgyhogy nyugodtan állíthatom, hogy ez a *trichosporon*-gomba pleomorph nem lesz.

Maltoset tartalmazó függő cseppben az első és második héten mutatkozó organumok tisztán blastospórákból állottak. Ezek különböző nagyságúak, rendszeren oválisak, máskor inkább hosszúkásak, néha kerekerek voltak. Legtöbbszörre 8–10 spórából álló halmazokba rendeződtek el. Máskor hosszú láncsorokat alkottak. Egy-egy blastospórából rendszeren egy új spóra fűződött le, de néha két új spóranak a lefűződését észleltem. A harmadik héten a függő cseppi kép lényeges átalakuláson ment keresztül, amennyiben ilyenkor megjelentek a rekeszes myceliumok. Ezek hosszabbak-rövidebbek voltak, sőt elágazódásokat is mutattak, továbbá, amit még egyetlenegy szerző sem írt le, a myceliumok oldalain apró conidiumok bimbózását figyeltem meg. 6–8 hetes kulturánál a myceliumokban protoplasmaresorptio is jelentkezett. Mindent egybefoglalva, a *trichosporon*-gombánál kétféle típusú organumokkal találkoztam, és pedig halmazokban, illetőleg láncsorokban elhelyezkedő blastospórákkal, továbbá rekeszes, helyenként conidiumokat termő myceliumokkal.

A *Juhel-Renoy* által kérdőjellel közölt perithecium-képződést, továbbá a *Horta* által észlelt ascospórákat nem észleltem e gombánál.

Behrend, továbbá *Wälsch* nézete szerint csak egyféle *trichosporon*-gomba volna; *Brumpt* ellenben könyvében hétféle varietást sorol fel. Ezek többé-kevésbé tényleg elütnek egymástól, de — nézetem szerint — nincs közöttük oly lényeges különbség, mint pl. a *trichophytonok* között. Az általam kitenyésztett *trichosporon*-törzs a *Brumpt* könyvében felsorolt gombák közül a *trichosporon Beigelii*vel látszik azonosnak.

Végre, inoculációs kísérleteimről akarok beszámolni. Embernél bőrbe dörzsölt spórák egyáltalában nem okoztak elváltozást, sőt az inoculatio utáni héten már gombát sem találtam. Tengerimalacnál végzett intracutan és subcutan ojtások szintén eredménytelenek voltak. Patkánynál a szőrre kent gombatömegek hetek múlva sem fogamzóttak meg; ellenben, ha lenolajjal összekevertem a gombát és úgy dörzsöltem a szőrzetre, 3–4 hét elteltével a fehér szőrzeten barnás felrakódások mutatkoztak, amelyekből a *trichosporon*-gomba újra kitenyésztett. Ez a megfigyelésem megerősíteni látszik azt a tényt, hogy *piedra* esakis olyan egyéneknél fejlődik, akik különböző kenőcsöket, bajuszpedrőket és olajos hajvizeket használnak.

Válasz Ambrus I. dr. „Megjegyzésére“.

(O. H. 43. sz.)

Ambrus tanársegéd úr felszólításának készséggel tesztek eleget és ezért legyen szabad a következőket hozzátennem az O. H. 41. számában megjelent közleményemhez:

A hét klinikailag tipikus gümős agyhártyagyulladásban szenvedő betegünk közül négynek a liquorában kaptunk a meningitises zónának megfelelően kisebb-nagyobb fokú kiesést, három esetben pedig *sem a legcsekélyebb opalescentia, sem színi eltérés nem mutatkozott*. Ezen három eset idevonatkozó adatai a következők:

1. Zs. M., nyolc éves leánygyermek. Tüdőbeteg környezetében él. Hat hete köhög. Három hét óta a különben igen élénk gyermek nagyon csendessé, álmosává vált. Három nap óta zavart, félrebeszél, székét, vizeletét maga alá bocsájtja. Két ízben hányt.

Status praesens: Nyakon néhány borsónyi nyirokcsomó tapintható. Tüdők felett teljes éles, nem dobos kopogtatási hang és érdes-sejtes légzés hallható. Helyenként számos vegyes hólyagú nedves szörcs-zörej, bűgás, sipolás. Has mérsékeltén behúzódot. Léptompulat a hetedik bordánál kezdődik, alsó polusa nem tapintható. Máj alsó széle egy ujjal a bordáiv alatt tapintható. Pupillák egyenlők, renyhén reagálnak. Szemmozgások rendben. A bal sulcus nasolabialis elsimult. Kifejezett tarkómerevség. Kernig-tünet pozitív. Patellareflex kiváltható, kóros reflex nincs. Nagyfokú hyperaesthesia. Sensorium zavart, motiválatlanul sír, majd nevet. Jobboldalán fekszik. Kezét a genitáliákon tartja. Hőmérsék felvételénél 39,6 C°. Liquorban Pándy ++, *bicolorált mastix negativ görbe*. A néhány nap mulva megismételt lumbalpunkcióval nyert liquorban *bicolorált mastix megint tiszta negativ görbét* adott, a legcsekélyebb opaleszkálás sem mutatkozott.

Klinikai diagnosis: Tuberculosis miliaris acuta. Meningitis tuberculosa. Kórházi tartózkodásának nyolcadik napján exitus.

Sectio (Ormos dr.): Tuberculosis miliaris pulmonum. Meningitis basilaris tuberculosa. Tubercula solitaria cerebri. Tubercula miliari pericardii visceralis, renum, pyelorum lienisque. Tuberculosis caseosa lymphogland. peribronchialium.

2. K. S., öt éves. Egy hete beteg. Betegsége hágyadtsággal, fejfájással, hányással kezdődött. A két utolsó éjszaka gyakran felsikoltott, fogait csikorgatta. Néhány órával a kórházba való felvétele előtt eszméletét vesztette. Felvételkor testszerte tonikus-klonikus göresök, eszméletlenség, hányás. Pupillák tágak, fényre renyhén reagálnak. Bal szemem befelé néző kancsalság. Kifejezett tarkómerevség. Kernig-tünet pozitív. Patellareflex kiváltható. Babinszky mindkét oldalt pozitív. Hőmérsék 38,2 C°. Pulsus nagyon szapora, nem számolható meg. A folyton ismétlődő göresök miatt részletes vizsgálat nem lehetséges. Liquorban Pándy +++, *bicolorált mastix negativ*. Liquor nagy nyomással ürül.

Klinikai diagnosis: Meningitis tuberculosa hyperacuta. Fél nap mulva exitus.

Sectio (Ormos dr.): Hydrocephalus externus acutus. Oedema cerebri. Tuberculosis lobi super. pulmonis dextri. Pleuritis adhaesiva l. d.

Ezen esetünkben tehát a folyamat hevessége és hyperacut lefolyása miatt a kóronctani elváltozás csak a hydrocephalusig és az agyoedemáig tudott eljutni. Ez lehet az oka annak, hogy a liquorban negativ volt a mastixgörbe.

3. D. J., 14 éves. Három éves korában tüdőgyulladása volt. Azóta könnyen „meghűl”, sokat köhög. Jelen baja fokozódó nagy fejfájással két hét előtt kezdődött. Különösen a jobb homlok tájéka fájdalmas. Kezdetben hasmenése volt, egy hét óta székrekedésben szenved. Több ízben hányt, az utóbbi időben sokat köhög.

Status praesens: Gyengén fejlett, lesoványodott. Mellkas a gerincoszlop *kyphoskoliosis*a miatt nagyfokban deformált. A jobb kulcsesont alatti árokban és hátul a jobb tüdőcsúcs felett tompult kopogtatási hang. A kulcsesont alatt vesiceobronchialis légzés, hátul érdes-sejtes be- és megnyúlt hangos kilégzés mellett néhány középhólyagú csengő szöreszörej hallható. A szív és a hasiszervek részéről eltérés nem mutatható ki. Pulsus kifejezetten bradycardiás (39,2 C° mellett 82). A jobb

pupilla tágabb, fényre mindkettő jól reagál. A jobb szemem ptosis. Kifejezett tarkómerevség. Kernig-tünet pozitív. Patellareflex kiváltható, kóros reflex nincs. Nagyfokú bőrhyperaesthesia. Kifejezett dermatographismus. Sensorium zavart, somnolens. Liquorban Pándy tejszerű zavarosodást mutat. *Bicolorált mastix negativ görbe*.

Klinikai diagnosis: Tuberculosis lob. sup. pulm. d. Meningitis tuberculosa.

Ez az esetünk nem került sectióra, mert egy nap mulva eltávozott. Odahaza néhány nap mulva exitált.

Annyit bátorkodom még megjegyezni, hogy egyszerre mindig több liquort szoktunk vizsgálni, a lehetőség szerint pozitív és negativ controllal.

Az Ambrus tanársegéd úr és a mi eredményeink közötti különbséget az magyarázhatja meg, hogy mi a *bicolorált mastix-reactiót* végeztük, ő pedig a *normomastix-reactiót*, ami — úgy látszik — a meningitises fehérjeszaporodással szemben érzékenyebb.

Deutsch B. dr.

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

Az epeköbetegség és a genitális szervek funkciójának összefüggéséről. Molnár B. (D. M. Wochenschr. 1926. 19. sz.)

365 epeköbetegben szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy az esetek többségében szoros összefüggés van ezen betegség és a genitális mirigyek működése között. Férfiaknál ez a kapcsolat kevésbé szembeütő s leginkább abban nyilvánul, hogy a beteg nagyobb fele abban a korban van, amikor a testműködés csökkenését kell feltételezni. Nőknél a betegség a graviditással, a menopausával, operatív és Röntgen-castratióval, úgyszintén az oligo- és amenorrhéával van szoros kapcsolatban. Ezen tényeknek a magyarázata egyelőre csak hypothesisekből áll, amelyek leginkább a cholesterinnek tulajdonítanak fontos szerepet. Szabó Géza dr.

Biermer-féle anaemia három testvérenél. Tscheringi. (D. M. Woch. 1926. 17. sz.)

Szerző három testvért közöl, akik mind a három anaemia perniciosában betegedtek meg. A családi anamnesis a familia degeneráltságára mutat. A betegséget kiváltó okot kimutatni nem sikerült. A Wassermann-reactió, férgekre vonatkozó vizsgálatok negativ eredményűek. Kérdés, hogy a betegség létrejöttét az anaemia perniciosa ismeretlen vírusával szemben való csökkent szerkezeti ellenálló képességben keressük-e, vagy öröklöttnek tulajdonítsuk? Szerző az előbbi felfogást vallja. Nézete szerint az anaemia perniciosák között kell különböztetni a gyakoribb sporadikus alak mellett még familiáris konstitutionalis eredetűt is.

Szabó Géza dr.

Az antropologia, örökléstudomány és eugenika feladatairól. A Kaiser Wilhelm-Gesellschaft ülésén előadta Prof. Euger Fischer, Freiburg in Breisgau. (Die Naturwissenschaften 1926, 749. old.)

Az antropologia Virchow kora óta főképpen két új irányban fejlődött tovább; először t. i. felismerték az antropologiai kérdések általános biológiai vonatkozásait, másodsor pedig felmerült a társadalmi antropologia problémaköre. Tárgyában és módszereiben az antropologia elválaszthatatlanul összefügg az örökléstudománnyal. Az egyes ember és a különböző emberesoprotok antropologiai jellemzése sokkal gazdagabb és mélyebbre ható lett, főként azért, hogy a szervezet kialakulását szabályozó belső tényezőkről sejtelmük támadt. Itt van a belsősecretio, melynek kapcsolatairól az átörökléssel és a rassztulajdonságokkal még semmit sem tudunk. Az exogen hatások ismeretében is csak a kezdet kezdetén vagyunk. Pl. a Newyorkba bevándorolt zsidóknak már az első ott született nemzedéke más koponyafarmájúvá lesz; délolaszországiak éppen ellen-

kező értelmű változást mutatnak. Az előadó állatkísérleteiben a táplálék vitamintartalmától függően tudta változtatni az új nemzedék koponyaformáját. Látjuk viszont, hogy Egyiptom mai lakói milyen apró részletekig egyeznek antropológiai tekintetben a fáraók alattvalóival. Éppen az átörökölt állandóságok és az exogen változások elemzése és szétválasztása a főfeladat. Ez adja meg a fajbiológia tárgyát, melynek általában az ember biológiájává kell bővülnie. Itt is nagy a tudatlanságunk. *Rössle* pl. azt állítja, hogy az európai gyermekek ismert időszakos növekedése nem természetes, endogen jelenség, hanem az iskola hatása. További feladat a rasszkereszteződés vizsgálata. Európa népességéről néhány külső sajátságon kívül jóformán semmit sem tudunk ilyen irányban. Fehérek és színesek viselkedéséről több megbízható adatunk van, éppen az előadó vizsgálatait óta (a rehotati bastardokról). Tudatlanságunkat jellemzi az az általános nézet, hogy zsidók és nemzsidók házasságából származó unokák mind a nagyszülőre ütnek. Pedig az öröklés során a fajnak mint egésznek soha sincs prepotenciája, hanem csak egyes tulajdonságok vagy legfeljebb kapcsolatos tulajdonságcsoportok öröklődnek át dominans vagy recessív módon. A tévedés egyik forrása az, hogy a nem megfelelő eseteket elhanyagoljuk és csak a bizonyítókat számoljuk, másik forrása az, hogy pl. a magas hajlott orr a rasszbeli hovatartozásra való tekintet nélkül dominansan öröklődik a rövid alacsony orral szemben. Az örökléstudománynak át kell kutatnia a népességét a legkülönbözőbb testi sajátságoknak és lelki készségeknek elterjedtségére és a nemzedékek során való továbbvitelére nézve. Eközben elkerülhetetlen a constitutio behatóbb vizsgálata. A betegségeknek constitúció, örökléses és rasszokhoz való vonatkozásairól még alig tudunk biztosat. Ez volna az antropologia biológiai irányának a tartalma főbb vonásokban; több részlet ki is maradt a tárgyalásból, mint a vércsoportok, az emberi törzsfajlás kérdései. A másik főirány a társadalmi antropologia, melynek a szociológia és a gazdaságtan kutatásaihoz kell csatlakoznia. Mindenesetre érdemes azt vizsgálni, hogy az egyén életnyilvánulásai hogyan függnek az ő társadalmi helyzetétől, és fordítva, hogy a társas közösségek élete miként függ alkotó egyedeitől. Az első kérdés voltaképpen a közegészségtan tárgykörének bővítése, főként az átöröklés nézőpontjának bekapcsolása révén. Számos ismert tény vár itt feldolgozásra és okadatolásra: a születések csökkenése a vágyoni helyzet javulásával, kiválóbb egyedek felemelkedése alulról a társadalom magasabb rétegeibe, a vándorlás a faluból a városba, családok kihalása a műveltség és jólét magasabb fokaira való emelkedés után. Ismeretlen a rasszkeveredés hatása. A fordított kérdés röviden kifejezve a történelem antropológiai tényezőinek vizsgálatára irányul. A történelem nem tisztán rasszok története, a népek sorsa nemcsak biológiai folyamat, de a tényezők nagy együttesében ezek is szerepelnek. Ezen a ponton találkozunk az eugenikával, helytelen néven fajegészségtannal, mely t. i. nem egy bizonyos rassznak a tanulmányozása és propagálása, hanem általában az emberek faji kiválóságának a nemzedékek során való fenntartására és fokozására vonatkozó tapasztalatok és törekvések rendszere. *Galton* eszméjének megvalósítása felé az első lépés az, hogy a társadalom széles körében ismertté tegyük ezeket a kérdéseket, hogy az egyénekben élésszük a faji lelkiismeretet, a felelősség érzését a jövő nemzedékért. A másik teendő socialis eszközökkel, törvényhozás útján beavatkozni azokba az egyéni cselekedetekbe és intézményekbe, melyek ugyan a jelen szükségleteiből születnek, de kihatnak a jövőre. Ebben az irányban még semmi sem történt, sőt ilyesmire a legutóbbi időig nem is gondoltak. Az előadó nem tartozik ama rezignáltak közé, akik nem akarnak bekapcsolódni a sors kerekébe, hogy Hellas és Róma végzete zavartalanul beteljesedjék rajtuk is, hanem azt kívánja, hogy az orvostudomány megelőző és elhárító munkájához hasonlóan fajunk jövő sorsán is próbáljunk lendíteni. *Perémy dr.*

Sebészet.

A colon phlegmonéja és izolált ulcusa. *Werner Moll.* (Zentralblatt f. Chir. 1926, 36. sz.)

Két esetet ír le a szerző, mindkettő acut appendicitis diagnossal került műtétre. Mindkét esetben a coecum-tájra lokalizálódó nyomási érzékenység mellett, a jobb hasfélre terjedő, kifejezett defense volt észlelhető, egyéb appendicitisre utaló tünetek mellett. Műtétnél a coecum, a vele határos ileum-részlet és a colon ascendens alsó szakasza belöveltséget, megvastagodást mutatott s fibrines lepedékkel volt fedve, míg az appendix mérsékeltebb lobosodás jelét mutatta. Mindkét esetben ileo-coecalis resectio végeztetett. A makroszkopikus vizsgálat a coecumban székelő ulcust állapított meg s innen indul ki a phlegmone. Sem a colon ulcusa, sem az abból kiindult phlegmone nem mutatott jellegzetes klinikai képet, hanem az appendicitis klinikai képét mutatta. E két resectióra gyógyult esetből azt következteti a szerző, hogy ezen betegség rendkívül rossz prognosist az a körülmény magyarázza, hogy rendszerint csak akkor kerülnek műtétre, amikor már a perforatio bekövetkezett. *Szabó Imre dr.*

Az arcon előforduló pyogen processusoknak saját vérrel való kezeléséhez. *R. Hinze.* Rzeszov (Kleinpolen). (Zentralblatt f. Chir. 1926, 16. sz.)

Szerző három felső ajak carbunculus esetét közli, amelyeket *Läwen* eljárása szerint kezelt. Szerző első sorban conservative igyekezett kezelni beteget, a folyamat azonban tovább haladt, mire *Läwen* szerint a beteg vena subitalisából 6 cm³ vért vett és azt kétoldalt 3 cm-nyire a beteg területtől, az ébbe beinjiciálta. Dacára, hogy az injectio ennyire távol a beteg területtől történt, észrevette, hogy a befeeszkendezett vér egy része a szövet defectusokon kiáramlott; következő napon javulás s a necroticus szövetek kilökődése volt észlelhető, s néhány nap múlva a beteg meggyógyult.

Második esetében az injiciálás után szintén észrevette, hogy a befeeszkendezett vér egy része kiszivárgott, azonban csak az egyik oldalon. A következő napon az egész processus rapid javulása állott be, azonban azon az oldalon, ahol a befeeszkendezett vér nem szivárgott ki, a javulás gyorsabban következett be. Ugyanezt észlelte a harmadik esetében is, ahol azonban saját vérrel való injectiót meg kellett ismételni, miután az egyik oldalon az injiciált vér kiszivárgott. A második injectio után itt is javulás állott be.

Éppen ez a három eset bizonyítja, hogy *Läwen* methodusa csak intakt szövet esetén incisio nélkül vihethető keresztül eredményesen, miután az injiciált vérnek folyamatot körülzáró hatása csak ily módon lehetséges. Ebből kifolyólag, minden alkalommal törekedjünk a szövetek continuitásának megtartására.

Forin Viktor dr.

A musc. sphincter ani elernyedése Douglas-abscessus és inoperabilis vastagbél-carcinománál. *Peul Esau,* Oschersleben-Bode. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 16. sz.)

Läwen, aki a sphincter ani elernyedésének kérdését Douglas-abscessus esetén már hosszasan fejtegette, ezen symptomának nemcsak praktikus, hanem theoretikus szempontból is igen nagy jelentőséget tulajdonít, miután a sphincter ani physiologikus funetiójára való működésről, valamint a bakterium toxinok pharmacologikus hatásáról való ismereteink még hiányosak. Figyelmeztet arra, hogy a gyermekek dysenteriajánál, valamint más gyermekkori betegségeknél a sphincter nyitva áll, s hogy ez azonban közönséges bélkatharus esetén hiányzik. A sphincter környékén fellépő gyulladáshoz processus esetén fájdalmas contractiók szoktak fellépni. Ezen tényekből *Läwen* arra következtet, hogy a sphincter elernyedés a Douglas-genyedéssel valamilyen okozati összeköttetésben kell, hogy legyen. Közönséges Douglas-abscessusok esetén a genygyülemek direct hatása a záró apparátusra kizárható, mivel az abscessus túl magasan van. *Läwen* a sphincter elernyedését toxikus hatással magyarázza. A szerző az ernyedés kiváltásának okát az egész vastag-

bél oedemás átívódásában látja, amely az abscessust környező területekre messzire kiterjed, s amit megerősítenek rendszerint a betegek panaszai is: sűrűn fellépő, gyakran megszakítás nélküli székelési inger, s mindig kis mennyiségű nyálkás masszának az ürülése. E mellett objective is mindig észlelhető az oedemásan átívódott rectumfal is. Szerző szerint a sphincter elernyedés carcinoma esetén is előfordul, amikor a carcinoma maga még tüneteket egyáltalában nem okoz. A szerző szerint éppúgy, mint a Douglas-abscessus esetén, ugyanúgy egy carcinoma esetén is a szöveteknek az oedemás átívódása az, ami a sphincter elernyedését okozza. E mellett egy toxin hatás nincs kizárva, ami azonban valószínűleg kisebb jelentőségű. Hogy itt a nervus pelviciusra való hatásról, avagy a nervus hypogastricus izgalmaról van-e szó, még eldöntetlen. *Forin Viktor dr.*

Urologia.

A Freyer-féle prostatektomia utáni recidivákról. *R. Fronstein és G. Meschebousky.* Moszkva. (D. Zeitschrift f. urol. Chir. XX. köt., 3—4 füz.)

A különböző szerző általában kis százalékban emlékezik meg a prostatektomia utáni recidivákról. Talán azért is, mert a betegek magas kora miatt nincs idő a recidiva kifejlődésére és a betegek még előbb intercurrens megbetegedésnek esnek áldozatul. A recidivák két csoportra oszthatók: functionálisokra és anatómiai recidivákra. Az előbbieknél a betegek a műtét előtti állapothoz hasonló panaszokkal jönnek (gyakori vizezés, vizeletrekedés, stb.), anélkül, hogy prostatájuk megvolna. A zavarokat a hólyagizomzat senilis elváltozásának tulajdonítják. Az anatómiai recidivák lehetnek: ál- és valódi recidivák. Az előbbi csoportba tartoznak a nem kielégítő beavatkozás folytán létrejövő zavarok, pl. az újabban ismét ajánlott partialis prostatektomiánál, ékkimetszésnél, középlebenykimetszésnél, Bottini-műtétnél a panaszok alig javulnak, vagy csakhamar visszatérnek. Ide tartoznak a prostatacarcinománál fellépő recidivák is. Az igazi recidivák lege artis elvégzett műtét után is felléphetnek és a visszamaradt suburethralis mirigyekből indulnak ki. Az en masse kiirtott prostatán néha eseresznye-borsónagyságú göbök észlelhetők, melyek saját kötőszövetes tokkal bírnak. Ezek az enucleatio alkalmával a főtömegről leválhatnak és a prostatagyanban visszamaradhatnak, különösen akkor, ha a tumor kiválasztása pericapsularis összenövések miatt nehezített. Ezekből a visszamaradt izolált göbökből fejlődnek az igazi recidivák. Éppen azért a műtét terület jobb áttekinthetősége miatt is a suprapubikus műtét sokkal előnyösebb, mint a perinealis műtét.

Radó Béla dr.

A sugarakat átengedő vesekövek klinikájához és kórisméjéhez. *Z. Kairis.* Athen. (Zeitschr. f. urol. Chir. XX. köt., 1—2. füz.)

A vesekő diagnózis a klinikai tüneteken: kólika, vesevérzés és köelváltozás, másrészt a röntgenologiailag kimutatható kőárnyékon alapul. A kövek különböző vegyi összetétele szerint változó intenzitású árnyékot kapunk. Általában a szénsavas, phosphorsavas és oxalsavas mészből, valamint a phosphorsavas magneziumból álló vesekövek adják a legerősebb árnyékot, azután következnek a cystinkövek, leggyengébb árnyékot adnak a xanthin és hígysavból álló kövek. A különböző szerzők szerint 3—10—15%-ig biztos vesekövek nem adnak a lemezen árnyékot, ami pedig különösen kevésbé határozott klinikai tünetek mellett okoz nehézséget. Esetet közöl a berlini sebészeti klinikáról, melynél az oxalsavas és phosphorsavas mészből álló, puha, rendkívül mállékony, „ragasztóanyagban” szegény kő nem adott a Röntgen-felvételén árnyékot. Az ilyen köveknek a Röntgen-lemezen való érzékeltesére különböző eljárások alkalmasak. *Kümmel* 10%-os collargol-oldattal tölti meg a pyelumot, a collargol lecsapódik a kő felületére és a töltés lebocsátása után a kő élesebb kontrasztot ad. A collargol azonban a vesemedence felületén, stb. lecsapódva, pozitív irányban is tévedésre adhat alkalmat. Még célszerűbb a 2%-os argyrum nitricum-

mal való pyelumtöltés, midőn a kő felületén képződő ezüstcsapadék növeli a kő árnyékot adó képességét. Újabban ismét a pyelumnak oxigénnel vagy meleg levegővel való megtöltését alkalmazzák kőfelvétel előtt, pneumoradiographiával való kombinálása ezen eljárásnak látszik különösen célravezetőnek. *Blum* figyelmeztetett arra, hogy ha a kő folyadékban fekszik, úgy ennek lebocsátása után gyakran a kő felvételen láthatóvá válik. Végre megállapítható kő jelenléte a pyelographiás felvételen is (*Joseph*), midőn a pyelogrammon a vesemedence árnyékában világos foltok találhatók. Ennek alapján sikerült — közölt esetében is — a kő jelenlétét megállapítani, melyet azután a műtét igazolt. *Radó Béla dr.*

Szemészet.

A palliatív operatív beavatkozások eredménye pangásos papillánál. *Seissiger.* Halle. (Arch. f. Augenheilk. 1926, 97, 375.)

A pangásos papilla causalis therapiája csak nagyon kevés esetben eredményes. Hisz az előidéző folyamat nem mindig lokalizálható pontosan, de még esetleges pontos lokalizálás mellett is a technikai akadályok gátolhatják a radicalis beavatkozást. A tüneti kezelés pedig a legtöbb esetben felmondja a szolgálatot. Magától adódik a kérdés tehát, vajjon nem eredményesebb ily esetekben a palliatív műteti beavatkozás, melyekhez szerző a *trepanatiót*, *Balkenstichet* és a *Suboccipitalstichet* sorolja. Érdekes tapasztalatok alapján erről a következő tanulságos eredményt vonja le: Az általános állapotot és a szemtüneteket illető javulást 88 eset kapcsán az első helyen említett műteti beavatkozásnál 11%-ban talált, a másodiknál és harmadiknál pedig 35—25%-ban ért el. Tapasztalatai azt mutatták, hogy a hátsó skálában ülő daganatok esetén a Balkenstich csak kivételes esetben ad eredményt. Ennek okát abban látja, hogy a foramen jugulareban összenyomott vénák és nyirokedények az oldalgomrocokból a subaracnoideális ürbe ömlő liquor felszívódását nagy mértékben nehezítik. Kedvezőbbek ezen műtétnek az eshetőségei hypophysis-tumoroknál (8 eset kapcsán), ahol az eredmény tartósnak is mutatkozott. 21 oly esetben, mikor a pangásos papilla okát képező daganat helye pontosan lokalizálható nem volt, csak öt esetben kapott kedvező eredményt. Általában a beavatkozás mindig eredménytelen, ahol a folyamat már előrehaladottabb. Meningitis serosánál két esetben, ismeretlen ok három esetében szintén tartós eredményt adott e beavatkozás. Már kedvezőtlenebbek az eredmények a Suboccipitalstichnél. A nyolc vegyes esetben végzett beavatkozás csak egy alkalommal járt eredménnyel. Ugyancsak kedvezőtlenebbnek mutatkozik a trepanatio hatása is, amely kilenc eset közül szintén csak egy alkalommal adott tartós eredményt. Mindezekből az adatokból szerző mégis azt az eredményt vonja le, hogy *a betegség korai stadiumában eszközölt és helyesen megválasztott beavatkozás* sok esetben tartós, általános javulást eredményezhet, különösen pedig ha azt vesszük tekintetbe, hogy a causalis therapia a legtöbb esetben egyáltalán nem vihető keresztül. *Fereczy dr.*

Glaukománál jelentkező paracentralis skotomákról és ezek prognostikus jelentősége. *Jaensch.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1926 szept.)

Régi tapasztalat, hogy a glaukoma operálásának annál jobb az eredményei, minél kisebbfokú az operált szem functiobeli kiesése. A látásélességen kívül nagy fontossága van a látótérkiesésnek is. A paracentralis skotomának glaukománál két típusa van: az üstökös alakú, amely a fixatiós pont felett vagy alatt halad félkör alakban és a vízszintes meridiánban ér véget, a másik alakja az ebből származó ún. n. gyűrűskotoma. A szerző szerint amíg a chronikus és simplex glaukománál a látásélesség és a látótér jónak mondható és csak a szemfeszülés emelkedett, addig a gyógyszeres kezelés is elégséges. Ha ezek közül bármelyik romlik, sürgősen operálandó. A korai műtétnek, amikor még jó

a visus és kiesi a skotoma, az eredményei is jobbak. Glaukoma simplexnél is ajánlatos a korai mütét. A paracentralis skotoma prognostikus jelentősége abban áll, hogy minél inkább közeledik ez a fixációs ponthoz, annál rosszabb a kezelés várható eredménye. A műtetre vonatkozólag azonban époly kevésbé képez contraindicatiót, mint a széli látótérkiesések. *Horay dr.*

A szaruhártyafestés technikájáról, különösen a többszínű festésről. *S. Holth*, Oslo. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1926 szept.)

A szerző ismerteti az 1904-ben közölt festési eljárásait, amelyeket azóta kiterjedten alkalmaz. 1912 óta a Günther-Wagner-gyártól előállított fekete „Pelikan Perl-Tusche“-t és még 10 színes porfestéket használ. Ezeket szárazon sterilizálja használat előtt és az erre a célra szolgáló fayence-festékesésében előkészíti a tetováláshoz, szükség szerint ezeket egymással keveri. Tussal rendszerint „pupillát“ készít, míg a színes festékekkel, ha nagy a corneahegesedés, az irisnek megfelelő részt is befesti. „Pupillát“ úgy tetovál, hogy először egy megfelelő nagyságú trepannal körülhatárolja a corneán a befestendő területet, ezen belül a hámot éles szerszámmal lekaparja, majd az erre a célra direct készült vastag tüvel megszurkálja a corneát, először tuss nélkül, majd tussal. Nagy leukománál az így feketére festett pupilla mellett „irist“ is készít, megfelelő színben, hasonló technikával. Az újabban használt aranychloridtól jó eredményeket vár, bár véleménye szerint nem fogja kiszorítani az ő eljárásait. Az aranychloridfestéssel is lehet különféle színeket nyerni, aszerint, hogy az aranychlorid reductiója hol áll meg. *Knapp* azon reményét, hogy sikerül majd aranychloridfestéssel is „kék iris“-t nyerni, szerző skepsissel fogadja.

Horay dr.

Szüléset és nőgyógyászat.

Vizsgálatok és utánvizsgálatok eredményei császármetszéseknél. *E. Klasten és Bodnár L.* (Arch. für Gynaek. 126. köt., 1. füz.)

A bécsi I. számú nőiklinikán végzett császármetszéseket állították össze 1914-től 1921-ig. Tapasztalataikat és az elért eredményeket a következőkben foglalhatjuk össze: Dekompenzált szívbajoknál (3), valamint vesemegbetegedéseknél (5) végzett császármetszés nem lehet konkuráló eljárása a mesterséges koraszülésnek. Eklampsia miatt 36-szor végeztek mütétet. 20 szülónőnél abdominalis császármetszést, 16-nál hüvelyi úton operáltak, ez utóbbiaknál főleg koramagzatok mellett. Az abdominalis úton világrahozott újszülöttek közül kettő halva született, négy pedig röviddel vagy néhány nappal a mütét után meghalt. A magzati halálozás így ezen csoportnál elég nagy, mintegy 30%-ot tesz ki. Természetesen ezen halálozási számarány nagyobb koramagzatoknál, ahol vaginalis császármetszés útján fejezték be a szülést. 16 újszülött közül csak hat hagyta el élve az intézetet. Amióta eklampsiás esetekben a középúton haladnak — mintegy négy éve — eredményeik jobbak.

Előlfekvő lepény miatt 16-szor végeztek császármetszést. Kilenceszer abdominalisan, hatszor *Dührssen* szerint és egy ízben *Porró*-mütétet végeztek. A hasmetszés útján világrahozott kilenc újszülött közül csak öt hagyta el élve az intézetet, pedig ezek közül csak egy volt kora, a hat vaginalis császármetszés útján világrahozott újszülött közül pedig csak kettő távozott élve. Az anyák közül egyet sem vesztettek el. *Peham* klinikája placenta praevianál igen tartózkodó álláspontot foglal el császármetszésekkel szemben. Ezen szövödmény miatt főleg akkor végeznek császármetszést, ha idős először szülő nőről van szó. Többször szülő nőknél pedig csak akkor, ha az anyának még élő gyermeke nincs. Az újszülöttekre látszólag nagyobb veszéllyel járó *Braxton-Hichs*-féle lábfordításnak adnak előnyt, mert a császármetszést az anyára súlyos beavatkozásnak jelentik ki. (Igaz ugyan, hogy ez a fentebb mondottakból nem tűnik ki, s így ellentmondás van. *Ref.*)

Szűk medence miatt 87 szülónőnél végeztek császármetszést. 56 corporalis, 24 cervicalis, 1 vaginalis,

5 extraperitonealis császármetszést és egy *Porró*-mütétet. Az 56 corporalis császármetszés közül 52 magzat és 55 anya távozott élve, a cervicalis közül mind a 24 anya és magzat, az extraperitonealis úton végzett mütéteknél ugyancsak az összes anya és újszülött élve távozott. Az extraperitonealis császármetszést minden esetben a szülés alatt fellépett láz miatt, régen elfolyt magzatvíz mellett végezték. Összegezve eredményeiket, az összes szűk medencék miatt végzett 87 császármetszés után 85 anya és 81 újszülött, illetve magzat hagyta el élve az intézetet. *Peham* klinikája a következő álláspontot képviseli: Szülónőknél, kiket intézetben kívül is vizsgáltak, császármetszést nem végeznek. Idős először szülő nőknél szűkebb medence mellett könnyebben határozzák el magukat császármetszés végzésére, mint fiataloknál, akiknél az első szülést mint „próbaszülést“ fogják fel, természetesen eltekintve azoktól az esetektől, ahol a téraránytalanság kifejezett. Többször szülónőknél, ha élő gyermekük van, állannak a mütétől. A közismert okból előnyt adnak ők is a cervicalis császármetszésnek. A corporalis császármetszésnél (96) elsődlegesen gyógyult 76, a cervicalisnál (39) 26, extraperitonealisnál (8) 4, *Porró*-mütétnél (10) pedig 7 gyógyult elsődlegesen. Szövödményekkel (pleuropneumonia, thrombosis, Douglas-tályog) hatszor találkoztak, főképen nem tiszta esetekben végzett mütéteknél.

Újabb terhességet láttak 11-nél, kiknél előzően corporalis császármetszést végeztek, most a szülés spontán lefolyását észlelhették. Cervicalis császármetszés után egy szülést láttak, az is kora halott magzat. Azok közül, kiknél vaginalis császármetszést végeztek és újból teherbe jutottak, 15-nél spontán folyt le a szülés. 13 asszonynál — első szülés is császármetszés — megismételték a corporalis császármetszést. A gyógyulás, kettő kivételével, zavartalan volt. Négy asszonynál a megismételt császármetszésnél supravaginalis amputatiót végeztek az erős összenövések miatt. Utánvizsgáltak 24 asszonyt, négy kivételével panaszmentesek voltak.

Sterilizálást csak akkor végeznek, ha az asszonynak legalább két élő gyermekük van, s e beavatkozást kívánják.

Szűk medence miatt a terhességet csak akkor szakítják meg, ha abszolút szűk medencével állnak szemben.

Bár az összmortalitásuk szűk medencék miatt végzett császármetszéseiknél a klinikán 2,3%, az indicatiót mégis nagy óvatossággal állítják fel. *Haba dr.*

Gyermekorvostan.

Gégeszívás és direct laryngoskopia a gégediphtheria kezelésében. *Cook Smith.* (Connecticut állam orvostársaságának 1924. évi jelentése.)

A direct laryngoskopia szükségét hangsúlyozza minden esetben, melyben gégeszükület tünetei mutatkoznak. Jelentősége egyrészt a diagnosis biztosításában van: szerző a diphteria-diagnosissal eléje került 24 eset közül kettőnél laryngitis catarrhalist, egynél laryngitis catarrhalissal komplikált papillomát talált. Máskor gégepolypus, idegentest-aspiratióval szemben lesz szükséges az elkülönítés. Cyanotikus és kimerült croupus egyéneknél a laryngoskop vezetése mellett behelyezett „életmentő“ (ideiglenes légzőtubus) áthúzza a beteget a pillanatnyi veszélyen, amíg elég ereje lesz az intubatio, tracheotomia vagy „gégeszívás“ elviseléséhez. Gégeszívás alatt az álhártyáknak a tracheából és larynxból a laryngoskopen keresztül levezetett fém- vagy selyem- és gummikatheterrel való eltávolítását értjük. A stenotikus tüneteket rendszerint két componens: álhártya és oedema együttesen hozzák létre. Ha az oedema kifokú, az álhártya pedig vaskos, úgy természetesen a gégeszívás hatása kitűnő. De ellenkező esetben is gégeszívás után végzett intubatio biztosabb, mintha az álhártyát a gégeben hagyjuk. 18 eset közül, hol az eddigiek szerint az intubatio feltétlenül indikált lett volna, 10 esetben elegendő volt a gégeszívás elvég-

zése és csak nyolc eset igényelt intubatiót. Gégeszívás után bronchopneumonia egy esetben sem fejlődött, három nap után a betegek már lázalanok voltak. Ez eljárással tehát lényegesen csökkenthető a canulardok száma és nem kell tartanunk az intubatiók után nem ritka bronchopneumoniáktól sem. *Lenart György dr.*

Csecsemőkori hasmenések spirillumlelettel. *Trias.* (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1926, 32. köt., 491. old.)

Sorozatos székletvizsgálatok gyakran mutatták ki spirillumok tömeges jelenlétét hasmenéseknél. A székletek consistensebbé válásakor, avagy a láz leesésekor a spirillumok a székletből eltűntek. Ámbár vizsgálatai alapján nem tudja eldönteni, hogy a spirillumoknak pathogenetikai vagy csupán pathognomiás jelentőség tulajdonítandó-e, előbbit tartja valószínűnek.

Lenart György dr.

Adalékok az 1-6 éves gyermekek táplálásához. *Stransky.* (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1926, 32. köt., 450. old.)

1-6 éves egészséges gyermekeket hosszabb időn át megfigyelés alatt tartott. A gyermekek az általa megszabott étrenden éltek, de minden kényszer nélkül ott hagyhatták az ételt, illetve kérésre kaptak még. Az adatok pontos regisztrálásából leszárt tanulságok a következőkben foglalhatók össze: Az ételek ízletesen legyenek elkészítve és összeválogatva. Ne legyenek túlnyomóan pépesek, nehogy előmozdítsák a gyermekeknél úgyszólván gyakori rágáslustaságot (Kaufaulheit). A napi szükségletet négyóránként nyújtott négy étkezésre osztja szét (reggeli, ebéd, uzsonna, vacsora), de be lehet iktatni tízórait is. Minél fiatalabb a gyermek, annál egyenletesebben osztja be magának a napi szükségletet négy egyenlő étkezésre; minél idősebb, annál inkább átér a két fő- és két mellékétkezés típusára. Az ételek között a tej maximalisan fél literrel szerepel, ezzel szemben tojás és hús a kis gyermek étlapjáról se legyenek száműzve. Testsúlykilogrammonként a tápszükséglet átlag 110-120 caloriát tesz ki, mely körülbelül 15%-ban fehérjével, 35%-ban zsírral és 50%-ban szénhidráttal fedeztessék. Rossz evők fehérje- és zsírdús táplálkozást részesítenek előnyben, jó evők beérik a szénhidratgazdaggal is. *Lenart György dr.*

Adalékok az orbánc létrejöttéhez. *Raimann.* (Monatsschr. f. Kinderheilk. 1926, 32. köt., 446. old.)

Az orbánc létrejöttének három útja van: ektogen, lymphogen és haematogen. Az első a leggyakoribb: a pathogen csirok a bőr — esetleg észre sem vehető kicsinységű — hámfosztott területén át jutnak a bőr mélyebb rétegeibe. Szerző egy esetéről számol be, melynél a fertőzés lymphogen és haematogen úton jött létre. Egy héthetes gyermeknél a bal comb osteomyelitise kapcsán orbánc fejlődik egyrészt a bal combon (lymphogen fertőzés), másrészt a fej bőrén (haematogen fertőzés). Hogy a fertőzés valóban lymphogen, illetve haematogen, a közleményben igazolva nincs.

Lenart György dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Biologie und Pathologie des Weibes. Ein Handbuch der Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Herausgegeben von *J. Halban* und *L. Seitz.* Urban & Schwarzenberg. Berlin-Wien, 1926. Lief. 26.

A 332 oldalas füzet 38 oldalán *H. Krukenberg* tanár foglalkozik a medence anatómiájával. A phylo- genetikai és autogenetikai fejlődés rövid vázlatos ismeretése után részletezi a csontos medence bonetani leírását, majd tüzetesebben foglalkozik a medence statikájával. Bár ezen fejezetben könnyen érthető fogalmazásban és szemléltető vázlatos ábrák kíséretében a medencének, mint komplikált mechanikai berendezésnek minden fizikai vonatkozásával megismertet a szerző, mégis mellőzi a terjedős és felesleges, az orvos számára amúgy is alig érthető komplikált mennyiségtani képleteket és levezetéseket, melyek némely hasonló tárgyú szakkönyvet jórészt élvezhetetlenné tesznek.

A következő fejezetben *E. Martin* a szűk medencével foglalkozik 104 oldalon. A medence élettani viszonyainak, fejlődésének, a nemi különbségek kialakulásainak jellemzése után tér át a szűk medencék tárgyalására. Anyagát két csoportra osztja. Külön foglalkozik a szűkült medencékkel elméleti, akadémikus szempontból; s külön fejezetet szentel a szűk medencék klinikai tárgyalásának, melyben a medencét tisztán a térránytalanság szempontjából elemzi. Beosztásában nagyjából a *Breus-Kolisko*-féle sémát követi, de attól részleteiben saját egyéni felfogásának megfelelően eltér. Fő csoportosításai: 1. embryonalis fejlődési zavarokból származó kóros medencék (torz, assimilációs, nem rachitikusan szűkült törpe, általánosan szűk, tölcesés-, lapos-, virilis medencék); 2. a medencecsontok megbetegedéséből származó abnormis medencék (rachitikus, osteomalaciás, ostitises, Naegle, Robert-féle, synchondrosos, exostosisos, tövises medencék); 3. a gerincoszlop ferdüléséből származó kóros medencék (spondylolythetikus, kyphosisos, kyphoskoliosos medence); 4. az alsó végtagok rendellenességeiből származó medencék (luxatiós, coxitiés, végtagassimetriás medence); 5. központi idegrendszer anomáliái által okozott kóros medencék. A tárgyalást itt számos — részben *Bumm* tankönyvéből is már ismert — kitűnő ábra és vázlat teszi szemléltetővé.

A szűk medencék mérésének, diagnosisának, a szűkület klinikai lefolyásának, prognosisaának, a szűkület foka szerinti klinikai beosztásának, továbbá a szűk medencés szülés kezelésének klinikai tárgyalását ezen részletes kézikönyv hatalmas arányaihoz viszonyítva aránytalanul szűkre, mindössze 28 oldalra szorította össze a szerző. Ezt a kevés helyet a számos nagy szövegek között még jobban megkevesebíti. Így aztán nem esoda, ha egyet-mást, idetartozó dolgot nem találunk e fejezetben, amit pedig ily nagy kézikönyvben joggal kereshetnénk (pl. nem jut hely a medenceérés még fontosabb és bevált eszközeinek kellő ismertetésére sem; a térránytalanság megítélésének elősegítésére a stereoskopos Röntgen-felvételekről említést sem találunk).

Martius H. bonni tanár 156 oldalon tárgyalja a szülésnek rendellenességeit a magzat rendellenes fekvése, tartása és beilleszkedése szempontjából. A szöveg érthetőségét csak fokozza a jól megválasztott 39 ábra és 3 tábla. A szűk medencéken kívül az ezen fejezetben foglaltak alkotják a szülészetnek egyik legfontosabb és leggyakoribb fejezetét. A szerzőnek nagy érdeme, hogy röviden bár, de mindenre kiterjedő figyelemmel és igen világosan tárja elénk a nagyobb csoportokon belül (mint amilyenek a magzati fejtartás-, forgási- és beilleszkedési rendellenességei) minden egyes előforduló esetben keletkezését, mibenlétét, diagnosisát, az alkalmazkodási viszonyokat, a szülés mechanizmusát és lefolyását és a szülés vezetését, vagyis a szülészeti műtétet. Ilyenformán minden kis kérdésben különálló, tökéletes egészlet nyújt és nem veszvé el a részletekben, kitűnően csoportosítja mindazt, amit egy képzett szülésznek az adott esetben tudnia kell. A medencegégű fekvések és harántfekvések tárgyalása után a végtagok tartási rendellenességeivel, előesésével, a köldökzsinór előlfekvésével és előesésével foglalkozik, behatóan ismertetve azok létrejöttét, diagnosisát, jelentőségét, terápiáját.

A következő fejezetben a magzat rendellenes nagyságának és a magzati torzképződményeknek szülészeti jelentőségét tárgyalja ugyancsak *Martius*. A túlkicsiny magzatokra megjegyzi, hogy bár mechanizmusbeli rendellenességeket idézhet elő, a szülés klinikai lefolyását ritkán zavarja meg. A nagy magzatok fejlődésének okát a túlhordásban és a magzati növekedés rendellenes gyorsaságában véli megtalálni. 4500 g-ig a szülés lefolyása rendszerint nem okoz nagyobb nehézséget. A szövődmények a súlynagyobboldással növekednek, 4500 g-on felüli magzatokat nevezi óriási magzatoknak és kiemeli, hogy ezeknél a nehézségeket a szülés közben inkább a vállöv, mint a koponya adja; a túlhordás prophylaxisaként szereplő mesterséges megindítását a szülésnek csak akkor ismeri el jogosnak, ha már előzőleg ugyanezen okból több esetben volt kedvezőtlen lefolyású a szülés.

Ezután a magzati torzképződmények szülészeti vonatkozásait ismerteti. Részletesen leírja a hydrocephalus, acranius, az agysérvek formáit, létrejöttüket, szülészeti jelentőségüket, a szülésnél követendő eljárásokat. Majd hasonló részletességgel a nyakon és törzsön

előforduló torzképződményeket ismerteti, végül a kettős torzokat, (kranio-, ischio-, thoracopagusokat) tárgyalja. Leírását számos rajz és ábra teszi szemléltetővé.

Berecz János dr.

Handbuch der Neurologie des Ohres. Herausgegeben von Prof. Dr. G. Alexander und Prof. Dr. O. Marburg. Redigiert von Dr. H. Brunner. III. Band. Urban und Schwarzenberg. Berlin-Wien, 1926.

E nagy gyűjtőmunkának 1924-ben megjelent első hatalmas kötetét e lap hasábjain ismertettük. Két évre rá megjelent az előttünk fekvő harmadik kötet, a második kötet átugrásával. Idegkörtani szempontból itt is igen érdekes és fontos fejezeteket találunk, melyek közül a *Marburg* által megírt és a cochlearis-vestibularis-rendszerre, valamint a kisagyra vonatkozó daganatképződésről szóló fejezet köti le elsősorban figyelmünket az anyag kezelésének rendkívüli alaposága által. Egyedül az idevágó irodalom felsorolása egy ivre terjed, mely hatalmas tömeg a 166 oldalra terjedő szövegben körültekintő feldolgozásra talált. Úgy a kórboncolás-, illetve kórszövettannak, valamint a tünettanak beható és igen élvezetes tárgyalásában az érdeklődő minden kérdésre felvilágosítást kap. E fejezettel egyenrangú a *Pollak E.* által megírt és 110 lapra terjedő „Dyskinesien und Dystonien” című fejezet, mely a cochlearis és vestibularis készüléknek a különböző tonus- és mozgászavarokban való részvételéről szól. Tárgyalja a tonus fogalmát, a különböző hely- és tartási reflexeket, a labirinthusnak a normalis és kóros kinetikára és tonusra kifejtett hatását, a vestibularis-készülék viszonyát az extrapyramidális rendszerhez, végül azokat a tonus- és mozgási zavarokat, melyek a kisagy és extrapyramidum bántalmainál előfordulnak. Ritka teljességben és amellet könnyen érthetően tárgyalja *Pollak E.* ezt a forrongásban lévő tudományos anyagot. A munkának egyéb fejezetei: az agydaganatok sebészi kezelése *W. Denktól*; *Sgalitzertől* a fül betegségeinek Röntgen-kezelése (beleértve az agydaganatokat); a cochlea és a labirinth részvétele neurosisoknál és psychosisoknál *R. Leidler* és *P. Loewytől*; az epilepsia *E. Raimanntól*; az otogenes reflexneurosisok néhai *Urbantschitsch* tanártól; a balesetes neurosisok *E. Raimanntól*; a fül részvétele elmebajoknál *E. Stranskytól*; a bányászok szemrengése *J. Ohmtól*; a tengeri betegség *H. Abelstól*; a labirinthus vegetatív reflexhatásairól kísérletes alapon *E. A. Spiegeltől*; a spasmus nutans *Je. Zapperttől*; mint modern és így érdekes fejezet szerepel a repülés alkalmával jelentkező ideges zavarok, különös tekintettel a nervus octavusra, szerzője *Dr. van Wulfften Palthe*; végül az utolsó fejezet a dysglandularis bántalmak, melynek egyik alfejezete *G. Alexander* tollából a kretinismus és myxoedemának fülneurologiája, másik alfejezetének szerzői *J. Bauer* és *C. Stein*, mely az endokrines bántalmaknak a hallószervvel való összefüggését tárgyalja. Hatalmas anyag fényes feldolgozása! *Schaffer.*

Störungen des Ganges, ihre Ursachen und Folgen von Prof. Dr. E. Plate. Würzburger Abhandlungen. Neue Folge. IV. Band. 1. Heft. Verlag von Curt Kabitzsch, Leipzig. Ára 2 M.

A láb rendes alakja és működésépessége existenciális jelentőséggel bír a mindennapi életben. Ezt legjobban bizonyítja az a körülmény, hogy a háborút követő időkben rendkívül megszaporodott azon betegek száma, akik azzal a panasszal keresik fel az orvost, hogy állás és járásnál jelentkező fájdalmak kenyérkeresetükben is akadályozzák. Ennek magyarázatát találja meg az olvasó *Plate* munkájában, amelyben szerző világos képet ad a láb szerkezetéről, az állás- és járás műveletéről s azon zavarok okáról, melyek végkifejlődésükben oly sok és nagyon is indokolt panaszhoz vezetnek. *Plate* 42 oldalra terjedő munkáját nemcsak a szakember olvashatja érdeklődéssel, de tanulságos volta és tiszta gondolatfűzése élvezetessé teszi annak tanulmányozását mások részére is. *Horváth M.*

Hősi halott orvosok emléktáblájának leleplezése.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem orvostudományi kara hősi halottai emlékére emelt emléktáblát november 2-án leplezte le. *Horvay János* szobrászművész szimbolikus alkotása az orvostudományi fakultás központi épületének lépcsőházában, az első pihenőnél van elhelyezve. A ruszicsai márvány-

ból készült emlékmű „1914—18 Pro Patria. Az orvosi kar hősi halottainak emlékére” feliratot viseli, felette bronzból a nemzeti zászlót védő oroszlánal, alatta pedig a magyar címer a szent koronával s fegyverekkel.

Az ünenpély az elhunyt nagyok arcképeivel díszes tanásteremben folyt le, mit ez alkalomra széksorokkal rendeztek be és növényzettel díszítettek. A kultuszminiszteriumot *Tóth Lajos* és *Nagy Árpád* államtitkárok képviselték, s az Egyetemi Tanács *Preisz Hugó* Rector Magnificussal az élen jelent meg. Ott látuk a ny. rendes tanárokat csaknem teljes számban, valamint nagy számban a hallgatósgót, míg 114. számú c. rk. és magántanári kart és épp úgy a közel 300 főnyi tanszemélyzetet alig 10—15 ember képviselte, úgyhogy a terem üres széksorait a behívott hallgatósgóval kellett betölteni. Hamar felejtünk! Pedig éppen a távolmaradtak voltak az elhullottak nehéz helyzetekben szerencsés társai. *Telleyesniczky* Kálmán elnöklő dékán üdvözlő szavai után az emléktábla-bizottság elnöke, *Lenhossék* Mihály ismertette az emlékmű felállításának gondolatát és történetét, majd *Vámosy Zoltán* a tanári testület megbízásából a következő ünnepi beszédet mondta:

Magnifice Rector Úr! Tekintetes Tanári Kar! Tisztelt ünneplő Közönség!

Minden kiállott nagy veszedelem után, mely életáldozatokat követelt, vagyonokat és existenciákat sópört el, önzően emberi, de mégis az élet, a lét értékével összhangban álló cselekvésünk a megmentett élet és vagyon rendbeszedése és biztosítása; jövődönknek, reményeinknek kiépítéséhez szükséges folytonosság fenntartása. És csak amikor már halottainkat eltemettük, a romokat eltakarítottuk és magunkat és jövődönket valamelyes formában biztosítottunk érezzük: gondolunk megtisztult fájdalommal és szent imádsággal azokra, kiket a vész elsöpört, s kik nemes életáldozatának abban is nagy része volt, hogy mi megmenekültünk.

Nemzetünk és Hazánk az akaratlan reászakadt világháborúban eddigi történelmi létének legnagyobb veszedelmét, következményeiben legsúlyosabb, legpusztítóbb kataklizmáját állotta ki, melyben a háború szörnyű munkáját tetézte a forradalom, a megmenekültek, az élvemmaradtak örülete, ami a drága magyar életből, a nemzeti vagyon nehezen átmentett kincséből, a magyar Haza vérről öntözött szent földjéből még további áldozatokat követelt. Hat küzdelmes esztendő telt el, míg a lethargiából ébredés, az ébredésből cselekvés, a cselekvésből a romok eltakarítása, a közöttük nőtt gaznak kiirtása elkövetkezett és lerakhattuk alapjait nemzeti újjáéledésünknek és egy hosszú türelemmel, munkával és nélkülözéssel telt jövődönnek, melynek messze csillogó reményeiről, biztató fényességéről nem tudnánk, nem akarunk lemondani soha egy percre sem.

Most érkezett el a pillanat, hogy visszafelé vessük fáradságunkat és átélve újra a dörgő villámokkal, a halál fagyos leheletével terhes időket, magunkba szállva, a sorainkban támadt hézagokat megilletődéssel szemlélve, ünnepre hangoljuk lelkünket a felettünk elvonult vész áldozatait felett és ez ünnepi érzésünknek maradóan, az elveszettek dicsőségét és a túlélők megbecsülését, hódolatát örökké hirdető emléket állítsunk.

Ma, amidőn az egész keresztény világ halottait ünnepli, a Pázmány Péter Tudományegyetem orvosi kara megilletődve gondol kicsiny és nagy halottaira, növendékeire és avatott doktoraira, köztük áldozatul követelt a világháború. Számukat sem tudjuk, nevét is kevésnek ismerjük, hiszen a küzdelem oly méreteket öltött, oly széles és távoli területekre terjedt s minden készségünknek annyira igénybe vette, hogy az egyetem maga is csak 1916 novemberéig tudta számba venni hősi halottait. Ezalatt a két és egyegyed év alatt az egyetem vesztesége két magántanár, köztük egy orvos, nagyreményű anatomusunk, *Nagy László* kit gránát szakított szét segélyhelyén; nyole tanársegéd vagy gyakornok, köztük három orvos és egy gyógyszerész és végül 173 beiktatott hallgató, köztük 45 orvostanhallgató, tehát közel 25%, ugyanannyi, mint ahány százaléka volt az 1914—15. évben az összes egyetemi hallgatóknak az orvostanhallgatók száma. Később mindent magával ragadott és minden kegyeletes adatgyűjtést lehetetlenné tett a titáni küzdelem, mely Yperntől Bagdadig és Rigától az afrikai partokig folyt. De ez a mi ünnepünkét nem esorbitja, mert bár arany betűkre volna érdemes minden áldozat neve, mi nem a névszerinti egyéneket, hanem összességüket és az eszmét akar-

juk ünnepelni és a jövődö lelkébe vézni, mi ez áldozatok szívében élt s ami őket hőskké, a Nemzet, a Haza és a Humanitás mártyrjaivá avatta.

Hősök? — kérdi kételkedő a háború cselekvő, fegyverforgató embere — lehetnek-e hősök az orvosok, kik a támadás részegítő mánorában, a védekezés halált megvető bátorságában, a fegyveres viadalban nem vesznek részt? Oh, Istenem! — fájó szívünkben keserves emléke él szegény kicsinyeinknek: alsóbbéves növendékeinknek, kiket kemény csatásorba állított a Haza hívó parancsa, kik ott rohamoztak a mocsaras mezők, a jégborította sziklák között, kik közül nem egy hadnagyi, főhadnagyi ranggal, mellén vitézségi éremmel jött vissza, vagy esett el. Nem hősök-e ezek, kik meg nem bujva az orvosi kiváltság védőpajza alatt, a fegyverforgatók közé állottak, hogy a magyar becsületért, a Haza védelméért életüket áldozzák.

És kérdelem: nem nagyobb hős-e az, ki támadásra, de védelemre sem gondolva, fegyver nélkül veti magát a kavargó küzdelembe, ott jár a halál mezején az emberszeretet glóriájával homlokán, mint hírnöke az életnek.

Lehunyt emlékező szemünkön át látjuk felsőbbéves növendékeinket, amint genfi kereszttel karjukon — óh, mily hiábavaló volt e szent jelvény — fedezék nélkül rohannak, vagy véres tetemek közt csúszva kúsznak a tűzvonalba hordágyaikkal, kötszerekkel, hogy felszedjenek, kimentsenek az izzó pokolból barátot és ellenséget egyaránt.

Vagy nézzük, ki az a komolyarcú sápadt gyermek, aki éltesebb mesterével a mennydörgést megcsúfoló pergőtűz közben emberfölötti nyugalommal hajol a vérző sebesültek fölé? Szemük sem rebben, szorgos kezük meg nem áll, pedig egy lecsapó gránát elsöpörte már a rozoga csűr felét, hol segélyhelyüket felállították. Orvosok ők és hősök! de még milyen hősök, kik a halál ez aratásában a magukéval nem, csak a mások életével törődnek!

És hős az a fehérkabátos, szelídarcú ember is, ki a nehézlevegőjű, lázas deliriummal, nyögéssel, hörgéssel telt kórteremben jár-kél: a halál réme vigyorog rá minden görestől torzult arcból, minden réveteg, üvegesedő szemből, minden hörgő torokból és ő, bár tudja, látja azt, még sem retten vissza tőle. Mindenkihez van biztató szava, bölcsessége, áldott keze mindenütt segít ahol lehet, minden verejtékes homlokot letöröl, bátorítón derűs és biztató... pedig fájó szívében egy drága nő és gyermek arca rezg... és ő az utolsó fehérkabátos itt, társai már mind kint pihennek a fagyos hantok, a kicsiny keresztek alatt, messze idegenben.

És mindez az áldozat, mindez a hősi tett nemcsak barátért, hanem idegenért, ellenségért is, aki gyilokkal támadt az ő Hazájára, az ő Népére. Honnan e krisztusi önfeláldozással párosult bátorság? Honnan az emberszeretetnek e kiapadhatatlan forrása? Mindennek csak egy a kulcsa, csak egy a magyarázata, hogy ő nemcsak magyar, hanem orvos is, és mert ellenséget az orvos csak kettőt ismer: a szenvedést és a halált! Ezek a hős orvosok tudták, hogy miért küzdenek: az emberiségért, a drága élet megmentéséért, magasztos hivatásuk teljesítéséért; hareuk harmóniában állott lelkükkel, életáldozatuk hivatásukkal és emléktáblájukra a hazafias „Pro Patria” mellé bátran oda lehetne vézni „Et humanitate”, ami előtt térdet kell hogy hajtson az egész világ, a győzők büszke népe is!

De térdet kell hogy hajtunk mindennekfelett mi, az Alma Mater orvosi kara, melyhez szinte gyermeki kötelekék fűzték mind, az elesett, elhullott fiatal orvosnőpet. Mi a szülők fájdalommal állunk szétszórt hantjaik, nemes emlékükhöz, hiszen mindegyik fáklya-hordozója volt a mi tudományunk fényének; de ha hősi halálukra, az általunk beléjük csepegtetett hivatásuknak, orvosi esküjüknek meghozott életáldozatukra gondolunk, büszkén emeljük fel fejünket, mert ezek a növendékek, ezek az orvosok soha el nem múló dicsőséget hoztak ősi egyetemünkre és rendünkre.

Az ő harkézségük rendben volt, nem találta őket készületlenül a háború, hiszen csak mindennapi háborújuk színtere tevődött át a „praxis” mezejére. Lelkesíteni, bátorítani nem kellett az emberszeretet ez apostolait, mert itt szívták azt be magukba a kórtermekben, az előadásokon nemes példából, magasztos tanításokból, s előttük lebegett a nagy magyar

orvos példája: *Semmelweisé*, ki egy világgal szállott szembe a maga nagy igazságáért és beleőrült a gondolatba, hogy még sem tudja mind megmenteni az új életet adó anyákat. A mi padjainkban ülve, a mi kórtermekben foglalatokodva szerezték tudományukat, felkészültségüket, mellyel hadba vonultak mellyel a miazmákkal telt barakokban szolgálatot teljesítettek, vagy csak vállaltak önként, emberszeretettől és teljesítettké e szolgálatot — mit sokszor hátborzongva nézett a legvakmerőbb combattáns is — az átértett hivatás magasztos kötelességérzetével. Nem különös dícséretként említem itt ezt, mintha ez csak azok érdeme lett volna, kik áldozatai lettek hivatásuknak. Bizonyos, hogy nemcsak az elesetteknek, hanem mindnyájunknak, minden igazi orvosnak közös hitvallása az, hogy „segíts embertársaidon, azután segíts magadon” és közös dogmaként vezetési cselekedetünket az, hogy „ne féld a halált, de ismérd meg — és tégy ellene”. De a hivatásból eredő kötelességteljesítés még nem érdem, az még nem emel ki bennünket a jók sorából, csak megkülönböztet a salaktól. Az érdem ott kezdődik, ahol az áldozat vagy a siker terem.

Az orvosok háborús szolgálatának sikere az volt, hogy a sebesültek 80%-át vissza tudták adni a Haza védelmének, a harevonálnak, a maradó 20%-ból pedig közel 15%-ot a drága, a mindennekfelett becses életnek. De talán még ragyogóbb, még nagyobb siker volt az, hogy a háborút kísérő rémekkel, a fertőző betegségekkel is sikerrel vettük fel a harcot a mozgósított rettentő tömegek dacára is, úgy a harevonalban, mint idehaza és megóvult népiünket a háború csapását is rendszeren túlszárnyaló pusztulástól. A sikernek ezt az égig emelkedő tornyát kétségtelenül egyesek rakták össze a maguk köveiből, de a tudomány adta hozzá az alapot, a biztos constructiót és a ragyogó tetőt: s azért ez a siker egyesek érdeme nem lehet.

Ezt a sikertornyot azonban — mint semmi sikert e földön — nem lehetett felépíteni áldozatok nélkül, azt nemcsak a szerencsés kezűek rakták. Vér és kioltott élet lángjának korma festi sötétre falait. Ne büszkélkedjünk tehát tetején mi magunk, kik messziről néztük vakmerő munkáját, vagy szerencsés kézzel, ép bőrrel helyeztük el benne köveinket. Azoké az *egyese* az áldozatok érdeme a siker és ragyogó halmazatában, kik buzgón építették, de nem érték meg ragyogását, kik összerokadtak terhük alatt, kiket elsodortak a sokszor leomló állványok és törmelék, kik beleveszték munkájának vérgőzös, fojtó, pusztító levegőjébe.

Ezt tudva és átérve a Pázmány Péter Tudományegyetem orvosi kara megilletődéssel áll és alá-tahtal hajlik meg ez ünnepen hősi halottainak emléke előtt a vele együtt ünneplő kartársak és hallgatók és díszes vendégei körében. Büszkén tekint a Tudomány és Humanitás terén elért sikerre, mit neveltjei, a magyar orvosok, függetlenül a háborúvesztéstől, örök dicsőség képen megszereztek a maguk számára: és atyai fájdalommal gondol azokra a tagjaira, kiket e világot megrengető háború kikerülhetetlen áldozatul követelt. Nekik szenteli ez ünnepet és márványba vésett emlékeztetését székhelyén ott helyezi el, hol mindennap szemben találkozik azzal tanár és tanítvány. Hirdesse ez az emlék, hogy ez orvosi kar neveltjei, hallgatók és avatottak, egyaránt megtették kötelességüket hazájukkal és az emberszeretet szent eszméjével szemben. Legyen ez az emlék magvetés is a jövődö orvosnemzedék lelkébe, kövételre hívó példa és emlékeztetés akkorra, mikor új tettek és áldozatokra hív egy mindnyájunktól várva várt szót; — de az orvosi hivatás áldozatos teljesítésére is mindenkoron, valahányszor csak szemben állnak a halállal.

Szívünkben büszke gyásszal, lelkünkben ünneppel járuljunk az emlék elé.

Teljesnyiczky Kálmán, mint dékán, erre a következő szavak kíséretében avatta fel az emléktáblát:

Ez a tábla minden időben emlékeztetni fog azokra, akik még nemrég szintén itt, e helyen jártak keltek, de akiket az önfeláldozó hazafiság, a távol meszeségekre avatott fel hazánk és karunk *Szent Doktoraivá!*

A tanszemélyzet nevében vitész *Csik* László egyetemi tanársegéd, a hallgató ifjúság nevében pedig *Schneider* Károly orvostanhallgató mondott beszédet. Az ünnepély elején a Himnusz, a leleplezési aktus után a Magyar Hísekegyet, az ünnepély végén pedig a Szózatot énekeltek az Egyetemi Énekkarok, melynek hangjai után befejeződött a lélekemelő ünnepség.

A Kir. Orvosegyesület október 30-i ülése.

Előadás:

1. Scipiades Elemér: Tuberculosis és terhesség. Egész terjedelmében kerül közlésre. Referatum megjelent az Orvosi Hetilap f. évi 41. számában: Magyar Orvosok Tuberculosis Egyesületének szept. 19–20-i gyűlése.)

Kovács József: A belgyógyászok az utóbbi 10–15 év folyamán olyan tapasztalatokat szereztek, melyek alapján több határozottsággal lehet e problémát megoldani. Ismeretes tévedések, hogy neves internisták konzíliumokon tüdőtuberculosis kórisméztek és a terhesség művi megszakítását hozták javaslatba, holott utóbb kiderült, hogy egyáltalában nem forgott fenn tüdőtuberculosis. A terhességet különösen az első hónapokban úgy látszik a belsősecretiók szervek correlatiós zavarai folytán olyan sui generis toxikus tünetek kísérhetik, amelyek feltűnően utánozzák a tuberculosos intoxicatio kórtüneteit; (subfebrilitás, gyomorpanaszok, tachycardia, systolés zörejek, pajzsmirigynagyobbodás). A tüdőcsúcsokban kimutatható physikalis elváltozások nem szükségképen tuberculosus eredetűek. A multban ennek a két tünetcsoportnak találkozása esetén activ tuberculosist vettünk fel. 1923 június havában egy fiatal asszony terhességének művi megszakítását kérték, tekintettel activ tüdőtuberculosisra. A terhesség megszakításához nem járult hozzá. Javaslatba hozott néhány hétre kedvezőbb hygienás diatétis életviszonyokat és ezután újabb vizsgálatot. A temperaturák tovább is 37,5–37,8 közt mozogtak és az asszony nem is került újabb controllvizsgálatra, hanem a művi abortus áldozatául esett. A megejtett törvénytörvényesítési boncolás tuberculosissal semmiféle nyomát nem állapította meg, de semmiféle más olyan pathologiai-anatomiai elváltozást sem, mely ezeket a subfebrilis temperaturákat megmagyarázhatta volna. Még gyakrabban van alkalma hasonló eseteket a Szent István-kórházi osztályokon észlelni; ide évenként 12–15 terhes nőt utalnak be a művi abortus indiciójának megállapítása céljából. Kétharmadukat elküldik anélkül, hogy a tervezett beavatkozáshoz hozzájárulnának. Konkluziói: 1. A tüdőcsúcs-elváltozásokat szigorúbb kritikával kell kórismézni, mint azt a multban tettük. 2. A jól kifejezett súlyos esetektől eltekintve a terhesség művi megszakítását csak megfelelő, olykor hetekre kiterjedő észlelés után szabad eldönteni. 20 év előtt azt vallotta, hogy gyakrabban volna indokolt a terhesség megszakítása, mint ahogy az történik, most ennek az ellenkezőjét hangoztatja, hogy t. i. az ez alapon végzett abortusok túlnagy buzgalommal hajtatnak végre.

Sztehlo István: Ismerteti a budapesti bábaképző-intézet álláspontját. 14 év alatt 110 esetben végeztek művi vetélést tüdőtuberculosis miatt. Beavatoztak, ha hőemeléssel, a köpet és a Röntgen-lelet pozitív volt, a belgyógyászati osztály vezetőjének írásos véleménye alapján. Négy év óta művi vetélést csak azon esetekben végeznek, ahol a folyamat progrediáló tendenciát mutat. Súlyos esetekben nem csupán a terhesség félbeszakítását, hanem egyidejűleg a beteg sterilizálását is elvégzik a Weber által ajánlott kis császármetzés műtétével. Eddig 17 esetben végeztek, ezek közül 9 esetben progrediáló tüdőtuberculosis miatt, az eljárás után még újabb terhességet nem észleltek. Csak akkor végzik, ha a betegnek van már élő gyermeke. E 17 esetből egy beteget vesztek el, akinél egy közkórházi belgyógyászati osztály progrediáló tüdőtuberculosis miatt kérte a művi vetélést és sterilizációt. Műtét után a beteg hatodnapra sepsisben meghalt. A boncoláskor mindkét tüdő tuberculosistól mentes volt, ellenben retrotonsillaris tályogot találtak, innen indult ki a sepsis és okozta az asszony halálát.

Kausz János: A terhesség megszakítása körül nyilvánuló könnyelműség miatt hangsúlyozza az óvatosság szükségességét. Amennyiben az abortus indiciójának szigorú föltétele megvan, úgy csakis intézetben, mint klinikák, közkórházak, — tehát még szanatóriumban sem — végzendő.

Nádory Béla: (Kézirat nem érkezett be).

Szafranek János: A gégegümőkórra a graviditás igen súlyos complicatiót jelent, még a kezdődő és addig benignusnak mutatkozott kórformái is többnyire gyorsan progrediáló malignus jellegű öltönek. A súlyos alakokhoz társuló dysphagia a gravid nő táplálkozását nehezíti meg, a stenosisos állapotokban pedig gyorsan fokozódó dyspnoe és szénsav felhalmozódás fenyeget.

A kiterjedt és destructiv elváltozásokkal járó alakokban a halálozás puerperiumban több mint 90%, az ilyen anyáktól született csecsemőké pedig 60%. Legjobb még a kórjólát a tuberculosus tumorok (tuberculomák) esetében, amelyek a gümös góc környezetének intensiv productiv gyulladásos reactiója folytán gyógyulhatnak. A gégetuberculosis bármely alakjában a terhesség első 5 hónapjában a művi abortust föltétlenül megindíttatja (kivételt a jelzett tuberculosus tumorok és a lupusos kórforma képezhetnek); a terhesség előrehaladott stadiumában észlelés alá kerülő tuberculosus gégefolyamatokban a művi koraszülést nem tartja indikálnak. A gégetuberculosus nő azonban föltétlenül intézetben szüljön, hol a hirtelen beállható fuldoklás miatt el kell készülni a tracheotomiára is.

Tomor Ernő: A székesfővárosi III. kerületi tüdőbeteg gondozó-intézetben az elmúlt kilenc évben 3000 nőbeteg fordult meg, akiknek több mint 10%-a, de minimuman 300 ment graviditáson keresztül. Bár ez a beteganyag az átlagnál testi leromlottság és gazdasági helyzet szempontjából rosszabb, mégsem igazolja azt a pszichizista felfogást, amely az előadott statisztikából következik. Ez a statisztika csak a folyamat rosszabbodásáról és esetleges stagnációjáról tud, holott az esetek egy bizonyos, bár nem nagy százaléka terhesség alatt javuló tendenciát mutat. Hogy melyek volnának azok az esetek, melyek javuló tendenciát mutatnak a terhesség alatt, ez a tulajdonképeni probléma. Tapasztalata szerint a gümőkórnak *torpid* formái esetleg előnyösen változhatnak. Azt a gyakorlati javaslatot, hogy gümőkórosok művi abortusát csak egyes erre állami jogosítvánnyal bírók végezhesék és ne mint eddig, minden szülész, nem tudja magáévá tenni, mert bármely orvosi beavatkozásra csupán a diploma és egyéni tisztesség képesíthet.

A Magy. Szemorvostársaság okt. 29-i ülése.

Bemutatók:

1. Pelláthy Béla: Villanyáram okozta lencsehomály. 330 Volt feszültségű váltóárammal sérülés után két hónappal látásromlás keletkezett, amelynek okozója a lencse kéregállományában látható széli sugaras alakú homályok és a lencse közepén levő pontszerű foltok voltak. Az áramhatással egyidőben a beteg a fején zúzódásokat is szenvedett, úgyhogy a hályog keletkezésében esetleg némi szerep tulajdonítható a zúzódással együtt járó rázkódásnak is. A klinikai kép azonban emellett szól, hogy a homály előidézője az áramnak katalitikus hatása volt; a labilizált atomszerkezetű fehérjeféleségek kicsapódása folytán.

2. Fejér Gyula: Idegentest a rekehártyán. 39 éves munkásnak két hó előtt vasszilánk pattant a jobb szemébe. Az idegentest a rekehártya alsó külső részlete előtt fekszik, az üvegtest hátsó rétegében. A vasdarab környékén pigmentatio és hegesedés, Szem békés, visusa: 5/6. Látótérben kis kiesés. Műteti beavatkozást csak akkor tart szükségesnek, ha az izgalom legkisebb jele mutatkozik.

Liebermann Leó: Ilyen esetek alkalmasak arra, hogy a Röntgen-localisatiós eljárások (pl. Sweet) megbízhatóságát ellenőrizzük, különösen annak a kérdésnek a tisztázására, hogy a bulbus tengelyhosszának a különbözősége mennyiben befolyásolhatja az eredményt. Hozzászólónak egy másik controllmódszere annak az ellenőrzésére vonatkozik, hogy a felvétel pontosan a beállított helyzetben történt-e: a bulbus felületére episceralis varrattal kicsiny, átfúrt fémlemezket helyezünk s azt vizsgáljuk, hogy a kép e helyen mutatja-e. Az I. sz. szemklinikán hasonló esetben egyszer Melling-Klingel-fuss belső poslusú mágnesének vékony vaspálcikájával scleralis bemetszésen át volt kénytelen az idegentestig hatolni, hogy kihozza.

Kreiker Aladár: Felveti a kérdést, vajjon nem volna-e tanácsos az idegentestet mielőbb eltávolítani, tekintve, hogy jól hozzáférhető helyen fekszik. A siderosis bekövetkezésének veszélye nagy.

Fejér (zárszó).

3. Horay Gusztáv: a) *Direct látóidegsérülés esete.* (Megjelenik az Orvosi Hetilap-ban.)

b) *Pillászór a mellő csarnokban.* Két esetet mutat be: hatéves fiú fél év előtt szöggl szemmel sérült bal szemén. Corneán kis heg, csarnokban pillászór látható, amely a sérülés alkalmával került oda. A pillászór egyik vége az iris lapjába fúródott és ott egy 3 mm átmérőjű úgy-

nevezett „gyöngy-cystát“ okozott. A pillaszórt eltávolították. Cuticulája felrostozódott. — 38 éves asszony 30 év előtt késsel sérült, az akkor a csarnokba került és színtét vesztett pillaszór egyik végével a corneahegbe nőtt. A szemén egyéb elváltozás nincs.

4. Péterfi Margit: Széndarab a szemhéj bőre alatt. 39 éves bányásznál, aki hét hónap előtt sérült széndarab-bal, a jobb alsó szemhéjban mogyorónyi, tömött, kékesen áttűnő, mobilis tumort talál; az exstirpált anyag szövettani képe: a bőr alatti kötőszövetben apró rostos darabokra szétmorzsolts széndarab látható, a nagyobb szemecskét rostos kötőszövetes tok veszi körül, a kisebbek a felszaporodott nyirokerek lumenében és óriás sejtek belsejében foglalnak helyet. Sok duzzadt kötőszöveti sejt apró mikroszkopos kicsinységű szén szemecskével van telezörve. A szövet a fel nem oldható szén mintegy reszorbeálni igyekszik: a phagocyták felveszik, a nyirokerek pedig tovább viszik a felmorzsolts szemecskéket.

5. Licskó Andor: Daganat a sclerán. 59 éves asszony bal szemén 10 hónap óta fájdalom nélkül daganat növekszik, amely a limbastól hátrafelé terjed, fölötté a cunjunctiva ép. Belvizsgálat negatív. A daganat lymphocytákból, eosinophil sejtekből, kevés kötőszövetből áll. Vérék: vörösvérsejt: normalis, leukopenia, 52% lymphocyta, nagy eosinophilia,¹ ez utóbbi nem illeszhető be valamely leukaemiás vérképbe. Mégis valószínű, hogy valamilyen haematologiai megbetegedéssel állunk szemben.

Kreiker Aladár: A lymphocytahalmaz, a pericornealis elhelyeződés, a szem glaucoma következtében fennálló táplálkozási zavara lehetségessé teszi, hogy degeneratív jellegű, illetőleg chronikus gyulladásozó folyamat a daganat, mely e szerint localis okból is keletkezhetett.

Licskó: (zárszó). Sem a klinikai, sem a szövettani kép nem támogatja hozzászóló feltevését.

6. Singer Gyula: a) *Hólyagdaganattétel az érhártyában.* Nyole hónappal ezelőtt bemutatott esetéről számol be és szövettani képét mutatja be. Az egy év előtt szemtükkörrel diagnosztizált daganat az enucleált bulbuss szövettani feldolgozásakor melanosarcómának bizonyult.

b) *Oralsepsisből eredő neuritis optici esete.* 30 éves nőbeteg néhány nap alatt jobb szemén elvesztette látását, neuritis optici. Röntgen-vizsgálat a jobb felső II. praemoralis és I. moralis gyökerénél egy mogyorónyi cystát és lencsényi tályogot talált, a jobb alsó állkapocsban a III. moralis két gyökerét magába foglaló abscessust mutat. A szájúreg szanálásával és a rosta-sejtek kitarítása után két héttel a beteg visszanyerte teljes látását.

Libermann Leó: Szeretné az „oralis sepsis“ kifejezést csak az olyan — a fogakból kiinduló — infectiós folyamatokra érteni, melyek a szembe vagy az orbitába metastasis útján s nem per continuitatem jutnak, mert a sepsis a szervezet fertőzőttségét jelzi.

Singer (zárszó): Az oralsepsis szó tényleg félreértésre adhat alkalmat. Sajnos, a nomenclatura már elfogadta olyan értelemben, hogy az nem jelenti az egész szervezet fertőzőttségét.

Klinikai közlések:

1. Horváth Béla: a) *Angioma orbitae.* 38 éves nőbetegnél 17 év óta meglévő, körülbelül kisdiónyi orbitadaganatot sikerült a környezetéből nagyobb vérzés nélkül tompán kihámozni, mégis a később bekövetkezett orbitalis haematoma a látást azon a szemén tönkretette. Szövettanilag a daganat angioma cavernosumnak, illetőleg cavernoma fibrosumnak bizonyult.

b) *Cornu cutaneum palpebrae.* 40 éves nőbeteg jobb alsó szemhéján 5 hónap alatt 3½ cm hosszú szarvszerű képlet nőtt, amelynek eltávolítása után Burrows-plasztikával fedte a visszamaradt anyaghiányt. A cornu cutaneum pontos szövettani képének leírása után a cornu keletkezésére vonatkozó elméleteket ismerteti. Mivel esete nagyfokú elszarusodást mutat, belőle a keletkezésére vonatkozó következtetést vonni nem lehet.

Csapody István: Egy pulzáló, szilványi angiómát az art. angularis, art. frontalis és supraorbitalis lekötésével collapsusra bírt, de pár nap múlva a műtét után újra megtelt az érdaganat.

2. Hollós László: *Diabeteses insulinkezelés és szemműtétek.* Egy év alatti 11 súlyos és középsúlyos diabeteses szemműtétjéről számol be, ahol insulinkeze-

lés történt. Az eredmények nagyon jók, fertőzés nem fordult elő, egy vérzés és egy iritis jelentkezett a betegek gyógyultan való elbocsajtása után az ötödik, illetőleg hatodik héten. Mindkét esetben romlott a diabetes és insulinkezelésre a szem állapota teljesen rendbejött.

Id. Imre József: Az insulin használata cukor-bajosok hályogjának operálása előtt súlyos esetekben és coma előtt igen hasznos és feltétlenül szükséges lehet; de épp olyan szükséges, hogy ne használjuk, mikor nem kell, olyankor, ha jóindulatú cukorbetegségről van szó. Ilyenkor a szervezet kémiai folyamatába mélyen behatol insulin kárt tehetne s a cukorürítés apasztására más ártatlan eszközeink is van. Hozzászóló évtizedekig cukorbetegség öregkori hályogjának műtétje előtt egy héti naponta háromszor 0-50 g antiprint és vele karlsbadi vizet adott, kellő étkezéssel és a cukor egy időre gyorsan megfogott, pl. 6%-ról 1%-ra. Ilyen műtétei mind jól végződtek. Ezt az eljárást a régebbi német irodalomból tanulta.

Hollós (zárszó). A könnyű eseteknél nem használt insulin, bizonyos, hogy súlyos eseteknél insulin nélkül ily eredményt nem ért volna el.

3. Blaskovics László: *Lencseficamodás operált esete.* Az első csarnokba ficamodott lencse műtete nagy nehézségeket okoz. Előadó egy régi esetében a lencse eltávolítása után évek múltán oly mértékű sebtágulat támadt a sebbe nőtt szivárvány következtében, hogy a corneát egészen félretolta. A szóban lévő esetben tompa sérülésből származó lencseficamodás volt az első csarnokba, amihez 60 Hg mm nyomásemelkedés társult. A szemén tárgylátás nem volt. A sima sebgyógyulás érdekében varrat behelyezése kívánatosnak látszott. Ezt a kérdést az előadó úgy oldotta meg, hogy nagyobb üvegtestvesztés elkerülése érdekében a varratot Gayet-féle megnyitás után helyezte be, akkor, amikor a szemteke burka még csak kis helyen volt megnyitva. E helytől kiindulva ollóval tágitotta a sebet és 4-5 mm távolságban egy második varratot helyezett el. A két oldalt tágitott sebet át a lencsét akadálytalanul kibocsátotta. Szivárványbecsípődés nem támadt. Az eset még nem gyógyult véglegesen, de a látás már helyreállott.

Csapodyné Mócsy Márta: A csarnokba ficamodott lencsét késsel való sebkészítés után hurokkal és hegyes horoggal közrefogva húzta ki, üvegtestvesztés nélkül. Sima gyógyulás, két hét múlva secundaer glaukoma miatt cyclodialysit kellett végezni, amely tartós eredményű volt.

Előadás.

Vajda Géza: *A testies látásra vonatkozó megállapításaim.* (Megjelenik egész terjedelemben az *Orvosi Hetilapban*.)

A Magyar Röntgentársaság okt. 25-i ülése.

Leopold Margit: *Paget-féle megbetegedés a koponyán.* 63 éves nőbeteg koponyájáról készült Röntgen-fölvételen demonstrálja a Paget-féle megbetegedés karakteristikus tüneteit: az excentrikus hyperostosis, mely a fejtető, kisebb mértékben a koponyaalap esontjainak megvastagodását hozza létre, továbbá a fejtető esontjainak kiterjedt structurabeli elváltozását. A koponya-alap mindhárom skálájában is észlelhetők elváltozások. A histologiai vizsgálat ezen megbetegedésnél productiv, destructiv folyamatot talált egymás mellett, esontjükpépződést és esontpusztulást, melynek megfelelő tünetek jól észlelhetők a Röntgen-képen. Előfordul, mint az egész esontrendszer systemás megbetegedése, de gyakoribb, hogy egyes esontok betegszenek meg, míg a esontrendszer többi része intact marad. Aetiologiája nem egységes, a szerzők említenek lueszt, vascularis elváltozást, idegbehatást, exogen intoxicatiót, glandularis insufficienciát. Klinikai tünetek a fejkerület fokozatos megnagyobbodása s a koponyaalapi elváltozások következményei.

Révész Vidor bemutatja egy 66 év körüli nő fölvételeit, kit 6-7 éven keresztül arckoponyája kóros elváltozásával, leontiasis osseával észlelt. Később típusos Paget-féle kórra jellegzetes elváltozások jelentkeztek a koponya többi részén. A hatalmasan megvastagodott esontok condens szigetekkel és felpuhulásokkal, melyek néhol egész cystaszerű üregeket képeznek, a koponya üregébe gyöngyszerűleg, cseppkőszerűleg benyomuló

¹ Azóta a béltartalomban trichocephalus dis par-találtunk, innen az eosinophilia.

kisebb-nagyobb mézdús nyúlványok, továbbá a koponyalap elváltozásai, karakteristikus képet adnak. A belső secretiós mirigyek insufficienciája fontos szerepet játszhatott ezen eset aetiologiájában, erre mutat az, hogy a sella turcica kissé nagyobb és hogy a betegség folyamán nagy struma és substernalis struma jelent meg, azonban mindkettő Röntgen-besugárzásra csaknem egészen eltűnt.

Polgár F. egy os sphenoidale Paget megbetegedésről számol be, mit *Schüller* professzornál (Wien) volt alkalma látni.

Fischer E. egy esetét ismerteti, melynél valószínűleg secundaer sarcoma járult a koponya typosus Paget-féle megbetegedéséhez.

Schulhof Ödön egy Lévy-Dornnál (Berlin) látott esetet ismerteti, melynél, mint a boncolás kimutatta, a typosus koponya-Pagethez szintén sarcoma társult.

Előadás:

Schiffer Ernő: Térdizületben előforduló csontos ízületi egerek. A szabad ízületi testek lehetnek a synovialis hártýáról levált lágyrészek, továbbá porcból vagy csontból, illetve a kettő kombinációjából állók. A térdizületben előfordulók több csoportba oszthatók. 1. A König-féle osteochondritis dissecans szabad csontos iztestek okozója lehet. Ezek majdnem kizárólag a medialis femur-condylus lateralis oldaláról válnak le barackmag mekkoraságban, mintegy fészekből kiválva, egyik felszínén síma ízporccal fedett, ami éles vonallal határolódik el a csontszövetétől. Csontstruktúrája aránylag vastkos gerendázatú, kis likacsú, mely az ízporc felé egyenetlenszerű, a szabad, azaz a leválási felszín felé felrostozottabb, kevésbé sűrű. Helyenkint vacuoláris, kerekded, egymással részben összefolyó felritkulásokat mutat. E körkép pathomechanismusa még nincs tisztázva. A demonstrált négy eset azt igazolja, hogy a tibia ízfelszínén bizonyos rendelleneségeknél aetiologiai szerepe van. Ott nyanyis elől kiemelkedőbb, két esetben alakra, localisatióra és nagyságára egészen jellegzetesnek mondható exostosis látható. Ezen rendellenességnek az ízgerrel együttes fellépése szembetűnő. 2. Trauma után létrejött ízgererek alakja, structurája az esetleg amúgy is kimutatható leválási helyre utal. Ritkán maradandóak. A kísérleti úton előállítottak vagy visszanyernek, vagy felszívódnak, maradandó ízgerеккé csak bizonyos constitutionális praedispositionál válnak („Mausconstitutio”). Vannak szabad iztestek, melyek létrejöttét az anamnesis nem magyarázza. Rendszerint nagy, kerekded, vagy ovalis csonttestek, vékony corticalissal, laza, transparensabb structurával, mely functionális elrendeződést nem mutat. Traumás chondrolysis, vagy csont és porc leválása után jöhetnek létre, ha a levált rész tovább növekszik és az egyén „Mausconstitutiójú”. Lehetséges, hogy fejlődési anomaliák. Az ízület intimája, a perichondrium, illetőleg a periosteum fejlődéstanilag nagyon közel áll egymáshoz. Így érthető, ha néha a synovialis hártýáról válnak le elporcosodó, majd elesontosodó részletek. Két esetet demonstrál, ahol patella-, illetőleg kb. dió mekkoraságú ilyen test van a térdizületben, az ízületi felszínnek egyébként normalisak. 4. az arthritis chronica deformansnál és a különböző arthropathiáknál gyakrabban fordulnak elő szabad ízgererek. Itt az ízfelszín elváltozása (az ízporc atrophiaja, megkeskenyedése, osteophyta-képzés, az ízfelszín kikopása, deformálása, esetleg destrualása, stb.) dominál és az ízgerекк rendszerint nagyobb számban fordulnak elő. Előbbiekétől főleg abban különböznek, hogy rendszeres összefüggő structurájuk ninesen, egy csontmagot szinte concentrikusan vesz körül structurát alig mutató csontszövet. Előadó több eset és számos különböző typosú kioperált ízgerék Röntgen-képét demonstrálja.

A Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának október 25-i ülése.

1. Schaffer Károly: Agydaganat egy esetének kórsvövevettana. A 27 éves férfi halála előtt egy évvel vette észre az első tüneteket: kettősen látott, irásnál kancsalított, feje fájt, sötétben szédült. Abducens bénulás kifejezett nystagmussal sklerosis polyinsularisra utalt. Később hányinger nélküli fejfájás, részeges járás, baloldali hallásosökkenés, spontán nystagmus, pupillamerevség, járásnál bal felé való eltérés jelentkezett. A serologiai lelet negatív. A szemfenéken kanyargós

tágabb vénák, papilla nem emelkedik ki. Bal szemrése tágabb, a bal bulbus fel- és oldalfelé nem tér ki. Majd torokszárazságról panaszkodik, polyuria és polydipsia lép fel (napi 7-2 liter vizelet, fajsúlya 1004); a sella Röntgen-képe negatív. Beszéd nasalis. Halála előtt egy hóval járásképtelenség lép fel, üléskor szédül, kétoldali abducens bénulás, horizontalis és verticalis nystagmus, mindkét fülére nagyot hall, apathia, papillák elmosódtak, de a szemézi kép csak neuritis opticanak látszik. Három hét múlva kifejezett pangásos papilla észlelhető. Erysipelás következtében exitál. Már a második felvétel alkalmával agytumor képe bontakozott ki. Tekintettel a nystagmusra, részeges járásra, balra dőlésre, abducens gyengeségre, kisagyi neoplasmára gondoltunk. Az agyvelő kivételkor (*Zalka dr.*) feltűnt a két pedunculus hatalmas kidudorodása és elszélesedése, miből a boncoló a közepagyban cystás daganatra gondolt. Formalin keményítés után frontális metszetekben kitűnt, hogy a tumor a thalamus állományából ered és a III. agykamrán áthaladva, a Sylvius-zsilip mentén a kisagyiig terjedt. Legérdekesebb a daganat természete volt. Szabad szemmel szürkés színű, puha tapintatú, egynemű anyagnak látszott, mely élesen határolódott el a környező idegállománytól. Finomabb szövettana tekintetében egynemű daganatsejtek által alkotott képlet, nagy, hólyagos magvú, kifejezett protoplasmájú és szigetesen elrendeződött sejtekkel. A daganatsejtek közt egyrészt finom fonalak húzzák meg a határt, másrészt tág erek, melyek kifejezett infiltrációt mutatnak. A daganatsejtek természetéről a thalamusból származó frontális haematoxylin-eosinmetszetek adnak felvilágosítást, ezek demonstrálják a daganatsejteknek az ependymával való összefüggését. A jelzett daganat ependymás származása alapján *ependymomán*nak bizonyult s mint ilyen, a legritkább gliomaféleség.

2. Schaffer Károly: Epilepsia operált esete. A 38 éves gazdasztizt kórmegállapítás céljából vétette fel magát a klinikára. 1925 novemberében rángások és eszméletlenség közepette lefolyó egy órán át tartó rohama volt, kisebb rohamai 2-3 naponként ismétlődtek. 1925 tavaszán állandó hányingere volt és eszméletvesztéssel járó rohamait hányás fejezte be. Felvétele előtt egy hónappal beszéde romlását tapasztalta; bár a szavak rendelkezésre állanak, de kimondásuk nehéz. Jobbkezével finomabb munkát nem tud végezni. A szemlelet negatív, a jobb felső végtag diffus izomsorvadást és a mélyérzés zavarát mutatja. Serologiai lelet negatív. Orvosilag észlelt rohamai így folynak le: Jobb szájnyugban zsiibbadás, ezután e körül rángások, melyek átterjednek a pillákra, a bulbusok jobbra deviálnak. Ezután következik a jobb felső végtag kifelé rotált, abducált tonusos állapota, a jobb alsó végtag tonusos görse, s eszméletvesztés után a göresök általánossá válása. 15 perc múlva magához tér, de még 5 percre telik, míg beszédképességét visszanyeri. Tekintettel megismételt rohamaira, az articulatio coordinatiós zavaraira, a jobb felső végtag mélyérzési zavaraira, mely diffus amyotrophiával jár, a prae- és postparoxysmalis fejfájásra, az agyvelő centralis tekervényeit elfoglaló daganatképződésre kellett gondolnunk. A tumort a bal facialis központra helyeztük. A koponyafeltárást alkalmával a sebész (*Winternitz*) a Ca. és Cp. közepe táján, a Rolando-barázdában 1,5 cm hosszú, 0,5 cm széles orsóalakú területen az arachnoidea alatt halványszürkés-fehéres anyagot talált, mely élesen elhatárolódott és a parietalis tekervényekre terjedt. Vilanyos ingerlésre rángás nem mutatkozott. A sárgás területet bemetszvé, a fehér és szürke állomány közti határ elmosódott és puha diffus glioma benyomását keltette. Az elülső szürke terület az agytól megkülönböztethető nem lévén, csakis a sárga terület kimetszése történt meg. Prima gyógyulás után a jobb felső végtag műló bénulása állott fenn s beszéde még nehezkesebbé vált. Állapota annyiban enyhült, hogy rosszullétei zsiibbadásban, legfeljebb egy-két clonusos rángásban merültek ki. Ritkán teljes rohama is volt. A szövettani vizsgálat egy kerekmagvú, igen nagyszámú apolaris gliasejtekből álló diffus infiltrációt mutatott ki a kimetszett tekervényben, mely erősen sorvadott s benne a kéreg ducsejtjeit látni nem lehet, csak itt-ott egy-egy lobarjejtet. Az apolaris gliasejtek helyenkint mitosist mutatnak, erek bántatlanok. Összegezve tehát, egy rendkívül magdús, rohamos szaporodásban lévő *adendroglioma* képe állapítható meg. A sebészileg kedvezőtlen viszonyok arra késztettek, hogy Röntgen-besugárzásokat végeztessünk.

Sarbo Artúr: Felveti a kérdést, hogy hasonló esetekben nem volna-e célszerű *Foerster* nyomán a

„Krampfende Zentrum“-ot kimutatni, bár az infiltrációs folyamat következtében az eredmény csak ideiglenes volna, s noha jelen esetben a kar bénulása állandósulna, de a súlyos rohamok kimaradnának. A beszédzavart motorosnak tartja és a folyamatnak az operculumba terjedésével magyarázná, de arra is kell gondolni, hogy nem a nucleus caudatus fejecében futó rostok (Mingazini, Vogt) bántalmazottsága forog-e fenn. Minich ellenvetésére azt vélné, hogy a kéregkiirtás időleges hasznát ó is kiemelte. Az eset tanulságos abban az irányban is, hogy Kaes, Brodmann, Bielschowsky felvételét látszik igazolni, mely szerint az érző központ a Ca. és Cp. felső rétegében, a mozgató központ pedig a Brodmann-féle III. rétegben fekszik.

3. Schaffer Károly: *A családi merevgörcsös bénulás újabb esetének kórszövettana.* Két testvér, három éves korukban lettek merevgörcsösökké; a fiatalabb 29. életévében tuberculosiban, az idősebb 39. évében marasmusban halt el. Előadó mindkettőnél két pálya bántalmát találta, a gerincvelőben a Goll-féle nyáláboknak és a loborpályák degenerálását; az előbbieket a csigolyaközi ducejekhez, az utóbbiakat a mellő központi tekervényekhez tartozó rendszer bántalmát jelenti. E két rendszer két szelvénynek, a gerincvelőnek és az előagynak két oldalilag részarányos bántalmát jelenti; hozzáveendő ehhez még, hogy e szelvények a fejlődési zavarnak nyomait mutatják (majombarázda az előagyban, a mellő központi tekervényben hibásan fejlett idegsejtek, a csigolyaközi ducekben fejlődési zavarok); végül a központi idegrendszer jelzett szelvényekben, illetve rendszerében tisztán az idegelemekre, vagyis az ektodermás elemekre korlátozódó bontási (degenerálási) folyamat zajlott le. Összegezve: a családi merevgörcsös bénulás az ektodermás, szelvényes és rendszeres válogatás jegyében lefolyó elváltozása a központi idegrendszernek s mint ilyen, megfelel a kórszövettani jellemzésnek, melyet előadó a rendszeres átöröklődő idegbajokról kifejtett.

Az Apponyi Poliklinika október 27-i ülése.

Bemutatók.

1. Petényi Géza: *Mikulicz-betegség esete.* Mikulicz-betegség, familiaris előfordulás. Két testvér, 16 éves leány, 15 éves fiú. Chronikus kétoldali parotis megnagyobbodás, hypoparitalizmus, hyperthyreosis, általános nyirokmirigyduzzanat. Szellemi fejlődésben, hosszúnövekedésben való visszamaradás. A tünetek csak intenzitásában különböznek a két gyermeknél.

Lévay Mihály: A nyálmirigyek supponálható belsősecretorikus tulajdonságával kapcsolatban megemlíti *Goljaniczky* kísérleteit, melyekben a gl. submaxillaris kivezetőcsövének alakításával glucodepressiót idézett elő. Továbbá hivatkozik a nyálmirigyekből készített kivonatok erős glucodepressiók képességére.

2. Földi Elek: *Ultraviolet-sugarak hatása albino patkányok és kutyák fogaira.* E kísérlet alapja: A nyálkahártya és peridontium sympathico-hypotonias vérbősége. Az ultraviolet-sugaraknak a foszfor és calcium anyagcsereére gyakorolt hatása. Szövettani leletek mutatják: a) Egészséges albino patkányoknál a cement a hámv legalsó pontjától kezdve hatalmasan megvastagodott, ennek megfelelően kifejezett cementoidréteg látható. A hámv mélybe burjánzása megszűnik ott, ahol a cementhyperplasia kezdődik. A peridontium sejtjei dúsabbak, erei tágultak. b) *Mc. Collum* 3143. szám delicate biologicae test diaetán tartott patkányok dentin elmeszesedésének zavarai megállapíthatók, mely zavarok a besugárzás hatása alatt javulnak. c) Egészséges 3 éves kutya fogainak szövettani vizsgálatai negatívak, egy éves állat szájhámján elszarusodás constatálható.

Előadások:

1. Egyedi Dávid: *A vérvezetés diagnostikai jelentősége.* Először a vérnek a vizeletben való kimutatási módszereivel foglalkozik, különös tekintettel a vizelet azon színváltozásaira, melyek diagnostikus védeésekre adhatnak alkalmat (haemoglobinuria, haematorporphyrinuria, rheum, senna stb.). Vérvezetés eseteiben elsősorban az a kérdés tisztázandó, hogy honnan jön a vér, másodsorban, hogy milyen pathologiai-anatomiai kórfolyamat okozza a vérzést. E kérdések megejtésére felsorolja mindazon tüneteket, melyeket az általános

gyakorlóorvos különösebb műszerek igénybevétele és speciális szakképzettség nélkül is kellőleg értékelhet. Hangsúlyozza, hogy a haematuria nemcsak a nagy vervesztés által jelenthet veszélyt, hanem az által is, hogy a húgyszervek fertőződései lehetőségét megkönnyíti, mert a véres vizelet a legjobb táptalaj a különböző bakteriumok részére. Kárhóztatja a vérzés jelentőségének sokszor tapasztalt lebecsülését és fontosnak tartja, hogy kiskorú vérzés esetén is mielőbb a legpontosabb diagnózis felállítására törekedjünk. Annál eredményesebb a therapia, mennél előbb avatkoztunk be. Különböző modern műszerek demonstrálása fejezi be az előadást.

Ruttkay László: *Párisi beszámoló.* (Egész terjedelmében közlésre kerül.)

Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának október 22-i ülése.

Bemutatók:

1. Görög Dénes: A IV. agykamra fenekén ülő, a calamus scriptoriusra és a recessus laterálisokba terjedő *dermoid cystát* mutat be. A tömlőbennék sok szőr-szálát és alakatlan, nem festődő detritust, valamint hyalintömeget tartalmaz, a tömlőfal igen vékony többrétegű laphámmal borított laza rostos kötőszövetből áll, verejtékmirigyekkel és zsírszövettel. Faggyúmirigyek, valamint a tömlőtartalomban lévő szőr-szálak tüszői nem voltak kimutathatók. A környező agyszövetek részéről nagyfokú reactiv gliaszaporulat a feltűnő. A betegség a néhány órás klinikai észlelés alatt encephalitis lethargica tüneteit utánozta: a feje fájt, szédült, mindig aludt, nystagmus, Babinsky-, Oppenheim-, Gordon- és Mendel-Bechterew-tünet volt kiváltható. Kifejezett tarkómerevséget és Kernig-tünetet is észleltek. Liquornyomás 160 mm. Nonne-Apelt- és Pándy-féle reactio negativ. A központi idegrendszer nagyon ritka dermoid cystái között ez az egyetlen, mely a IV. agykamra belsejében foglal helyet.

2. Szabó Jenő: Három nőgyógyászati ritkaságot mutat be. a) 12 éves leány, akit jobboldali *ovariális dermoid cystával* operáltak, melynek kocsánya az óramutató járásával ellentétes irányban csavarodott, bizonyosságul annak, hogy e daganatok kocsánytorsiója nem mutat oly törvényszerűséget, amint ezt *Küstner* leírta. b) 63 éves asszony hasában egy körülbelül emberfejnyi daganat nőtt, mely a próbalaparotomiánál baloldali ovarialis fibromának bizonyult. A beteget, sajnos, megtartani nem sikerült, mert a daganat a rectumon nyomási nekrosist idézett elő és ennek következtében peritonitishen meghalt. Nagy ritkasága mellett hangsúlyozza a korai szakorvosi ellenőrzést. c) Ritka méhenkívüli terhességet mutat be, hol a cervix baloldalán lévő myomgóc a méhet jobboldalra döntötte és e helyzetváltozás folytán a jobboldali tuba ampullája a bal ovarium alá került, melyben a corpus luteum volt. Az ebből kijutott pete az alatta lévő jobboldali tubába jutott és lett a méhenkívüli terhesség okozója. Esetükben a Sippel-féle külső peteátvándorlásnak sokat vitatott, kézzelfoghatóan bizonyos példáját látja.

3. Kelemen György: *Helyzetváltozással összefüggő szédülés és nystagmus.* 1. Koponyaalapú törés után két hónappal a különben gyógyult egyéneken sér tetlen hallóképesség, hőingerre egyik oldalon sem, forgatásra csupán egyik oldalon és itt is alig reagáló vestibularis készülék mellett hányásig fokozódó szédülés állott fenn egyrészt a fejnek, másrészt a fej és törzs kölesönös viszonyának minden helyzetében, egyet kivéve: lapos hátonfekvés, erősen mell felé szegezettén rögzített fejjel. 2. Neurosisos beteg ép cochlearis és túlérzékeny vestibularis készülékkel. Többtenként ismétlődő rohamok szédüléssel és spontan nystagmussal, utóbbi egyenlő intenzitással áll fenn minden helyzetben és csupán akkor szűnik meg, ha a beteg háton fekvé balra vagy hason fekvé jobbra forgatja a fejét. Ismeretes egynéhány olyan eset, ahol a spontan szédülés és nystagmus mutató megbetegedések legnagyobb számától eltérően, nagy kiterjedésű rohamhelyzet mellett a nyugalmi helyzet pontszerűvé zsugorodott. Az idevonatkozó viszonyok tisztázása eddig csaknem kizárólagosan az electiv ingerelhetőség tanulmányozása útján történt, míg a fentiekhez hasonló esetek éppen az ellenkező oldalról világítják meg a kérdést. Mindkét közölt esetben központi eredet tehető fel, a tünetek szakadat-

lan fennállását az 1. esetben (labirinthkiesés) csupán, a 2.-ban legalább is nagy mértékben a labirinthoson kívüli tényezők biztosíthatók. A szédülés, illetve nystagmus a De Kleyn- és Versteegh-féle séma összes helyzetében fennállott és így a 2. esetben tonosus labirinth- és tonosus nyaki reflexekről szólhatunk, amelyek közül az utóbbiak megfelelő helyzetbehozással kikapcsolhatók: még pedig valódi tonosus reflex létükre annyi ideig, amíg a beteg megmaradt a pontszerű nyugalmi helyzetben.

4. Sebestyén Gyula: Bemutat: a) a combcsont alsó epiphysisének törése következtében létrejött art. poplitea sérülést, mely érvarrat segítségével gyógyult; b) két vastagbélresectio gyógyult esetét; c) idegentest eltávolítását a rekeszizomból.

Előadás:

1. Sebestyén Gyula: *A pécsi és baranyavármegyei golyvák természetéről.* Beszámoló a pécsi sebészeti klinikán végzett golyvaműtétekről. Ezek száma 92, ebből 14 távoli vidékről, 33 Pécsről, 45 közvetlen Pécs környékéről származott. A fenti műtéti anyagból 54 esetben történt szövettani vizsgálat a következő eredménnyel: struma parenchymatosa 10, struma colloides makrofollicularis 23, mikrofollicularis 22, Basedow 2, kevert 6 és 1 malignusan elváltozott. A szövettani vizsgálat eredményét a klinikai megfigyeléssel egybevetve, megállapítható, hogy Pécsen és Baranya megyében előforduló golyvák felnőtteken túlnyomólag makro- vagy mikrofollicularis colloid, elsősorban göbös vagy diffus colloidosak. Szövettanilag nem proliferáló, klinikailag az atoxikus golyvák csoportjába tartoznak.

Entz Béla: A morphologus szempontjából szól a kérdéshez. *Rutich* és *Sebestyén* kartársak megemlékeztek ugyan a golyvák különböző formáiról, de *Rutich* nem hangsúlyozta eléggé, hogy milyen nagy különbségek vannak az egyes strumaalakok között. A struma szó csak a pajzsmirigy megnagyobbodását jelenti, de nem mondja meg, hogy milyen megnagyobbodás. Ennek következtében struma a pajzsmirigy echinococcus okozta megnagyobbodása, valamint a daganatoktól származó, a túltengésből eredő és a lobos megnagyobbodás is. Ezért olyan nehéz a functio kiesést okozó strumaalakok megkülönböztetése a functiozavar nélküli golyvaalakoktól az élő szervezetben. Felhívja azokat, akik a pécsi struma kérdésével foglalkoznak, hogy terjesszék ki figyelmüket az egyes golyvaalakokra morphologiai szempontból is és kutassák, hogy milyen elváltozások azok, amelyek a most mind gyakrabban fellépő pajzsmirigymegnagyobbodást Pécsen okozzák. *Heim* tanár megjegyzésére közli, hogy Amerikában ismeretes a fertőző eredésű golyva, a Chagas-betegség, amelyet a poloskák egy faja terjeszt (okozója a schizotrypanum Cruzi).

Ángyán János: Teljes mértékben osztja *Entz* tanár véleményét, amely szerint a strumaféleségek elkülönítése volna kívánatos. Ez az elkülönítés a jód-therapia szempontjából a felnőtteken nagyobb gyakorlati jelentőséggel bír, mint a gyermekkorban, mert tapasztalatilag a strumás gyermekek jódkezelésében nem oly gyakori a jódérzékenység és a thyreosis, mint a felnőtteken. A klinikai elkülönítésnek egyelőre azonban más módja, mint az alpanyagsere vizsgálata, nem áll rendelkezésre és ezért ezen vizsgáló módszer alkalmazásához ragaszkodunk. *Osztja Sebestyén* felfogását, mely szerint a strumával kapcsolatban a belsősecretiós szervek többi szerveiben is lehet működészavart várni, melyeknek figyelembevétele annyival is fontosabb, mert már eddigi megfigyelések is utalnak arra, hogy a belsősecretiós zavarok egyikében-másikában, így a dystrophia adiposa genitalisban, a thyreoidea adásával szemben az érzékenység fokozottabb.

Heim Pál: A strumafertőzésekre hívja fel a figyelmet. Ennek megerősítésére felelmit egy pozsonyi esetet, ahol egy nagy bérházban egy strumában szenvedő fiatal leány beköltözése után a házban lakó gyermekek is golyvát kaptak, holott azelőtt a házban struma nem volt.

Elek Pál: A pécsi orvosok és főleg a tisztiorvosok tapasztalatai szerint a strumák száma határozott gyarapodást mutat. A *Rutich*-féle statisztika adatai is inkább szólnak e mellett, mint az ellen, mert a juvenilis strumák száma sokszorosán meghaladja a felnőtt korban levőket, még pedig ez megfelel a várható gyarapodásnak. Ismerve az endemiás strumaveszedelem

szomorú következményeit, idejében ajánlatos volna széleskörű prophylaxist kezdeni.

Rutich Jenő: Lehetségesnek tartja, hogy a struma keletkezésének aetiológiájában a fertőzés is szerepel. A therapia végzését csak orvosok által megállapított esetekben és orvos által ellenőrizve ajánlja. Prophylactikus kezelést nem tart szükségesnek a pécskörnyéki endemiánál.

A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának október 23-i ülése.

Bemutatás:

Páll Gábor: 1. *Cotyledo-levélasztás a gyermekágy 16. napján* és vele szövődött endocarditis septica. Gyógyszerül csupán trypaflavint kapott intravenásan. Három hét múlva gyógyulás. 2. *Spondylolisthesis* I. fokban szűk medence, fejtetőtartás mély haránt állással. Üregi Kielland-fogóműtét. Fényképfelvételekkel, Röntgenképekkel (*Molnár József dr.*) demonstrálja. Gyermekágyas és újszülött tizedik napon egészségesen kibocsátást nyertek. 3. *Az Olshausen szerint ventrofixált uterusnak spontan rupturája a szülés alatt.* Hatórás vajudással került a szülőszobába. Bár azonnal felismeretett a belső vérzés, mégis igen súlyos anaemiába jutott az anya. *Kubinyi prof.* operálta, két lábrafordítással, extractióval távolította el a halott magzatot. Manualis lepénylevélasztás után kiderült, hogy baloldalt magasra felterjedő, a latum lemezei közé vérző rupturáról van szó. A vérző uterinaágakat laparotomia útján látja el, a bal vesetájig terjed fel a retroperitonealis vérzés. A kiömlött vér nagyrészt eltakarítja, totalis exstirpációt végez a jobb oldali petefészek megtartásával. Hüvely felé drainage az intraligamentosus ürt zárja. Közben a Beck-féle készülékkel 300 cm³ isoagglutinációs vért kap intravenásan. A gyermekágyat cystopyelitis és thrombophlebitis komplikálta, mindemellett a szülőny nyolc hét múlva gyógyultan távozik.

Előadás:

1. Kuncz Andor: Beszámoló 6 és ½ hónapi németországi tanulmányútról. Ismerteti a német szülészeti és nőgyógyászati therapiás elveket. (Egész terjedelmében megjelentik.)

2. Jeney Endre: *Gyomormozgások szabályozása hormonok útján.* Kísérletek izolált túlélő békagyomron; kísérleti berendezés *Magnus* szerint. Ringer-folyadék hőmérséklete 33°C. A hypophysis hátsó lebenyéből előállított, epiphysis-, thyreoidea-, thymus-, emlő-, lép-, herekiszítmények és insulin észrevehetően fokozták a gyomormozgásokat. Kifejezett gátló hatást csak az adrenalin mutatott. Ennek a hatását nyál (emberi vagy békanyál) és acetylcholin azonnal megszüntette és megindította a peristaltikát a tonus előzetes helyreállítása után. Sem a nyál, sem az acetylcholin egymagukban nem bírtak ezzel a hatással. A nyál hatása jól pótolható volt RSCN vagy NH₄SCN híg (1%-os) vizes oldataival. A gland. sublingualisból előállított készítmény is hatásos volt. Egy parotis-készítmény hatástalan maradt. Az acetylcholin hatása pótolható volt mellékvesekéregállományból előállított száraz készítménnyel. A többi hormonok nyállal vagy rhodanatokkal összekeverve nem indították meg újból az adrenalin megállított gyomorperistaltikát. A rhodan-cholin-hatás fajlagos, élettani körülmények között is állandóan érvényesülő vagotrop-hatás, mely mással nem pótolható. A rhodan-cholin alkalmazása után szabályszerűen megfordított (invers) adrenalin-hatást lehetett észlelni a békagyomron. A túlélő békagyomor alkalmas az emberi és állati nyál biológiai vizsgálatára.

Október 30-i ülése.

Bemutatás.

Troján Emil: *Tüdőtályogot utánzó echinococcus esete.* 24 éves beteget tüdőtályog kórisméjével küldtek a sebészeti klinikára. A műtétnél kitért, hogy elgenyedt echinococcus-tömlővel állottak szemben. Ily esetekben, ahol a genyben sem leánytömlőt, sem horgokat nem találunk, elkülönítésül a Röntgen-felvételt ajánlja. A nyílt echinococcus-tömlő fala vékony, 1–2 mm, a tüdő körülötte ép, addig a tüdőtályogé bár éles szélű, de a beszűrődött tüdőszövet széles rétegben veszi körül a tályogot.

Janesó Miklós: Klinice nagyon érdekes volt a bemutatott eset. A kórelőzmény és a klinikai tünetek alapján rostonyás tüdőgyulladásra kellett gondolni; a gyors kezdet, magas láz, nagy kiterjedésű tompulat, hörghi légzés, krepitatio és a köpetben talált sok pneumococcus mind erre mutattak. A lefolyás azonban nem ment oly simán, mint ilyen fiatal egyénnél várni lehetett volna, mert a beteg egyszerre nagymennyiségű genyes köpetet kezdett üríteni, amelyben a sok pneumococcus mellett igen sok ruganyos rost volt található. Ez a körülmény azt a felvételt engedte meg, hogy a tüdő nagy része hirtelen elgenyvedt. A ruganyos rostos képletek azonban pontosabb vizsgálatnál nem ruganyos rostoknak bizonyultak. Azt gondolja, hogy a gyors elgenyvedésre az echinococcus mellett a pneumonia crupposa adta meg a lökést.

Előadás.

Walter Károly: II. *A vitamin kutatások mai állása, különös tekintettel az angolkórra.* Angolkórszerű esontelváltozásokat kísérleti állatoknál (patkány, házi nyúl, disznó (?), kutya (?)) eddig a következő módon idéztek elő: phosphorban, calciumban hiányos táplálékkal, megfelelő phosphor- és calciumtartalmú táplálékkal 2% ferrum reductum hozzáadásával, vagy strontium, illetve thallium hozzáadásával; schistosomum japonicummal való fertőzéssel, genykeltő baktériumokkal okozott idült fertőzéssel, chronikus fehérjemérgezéssel. Az emberi angolkórhoz leghasonlóbb elváltozásokat phosphorhiányos táplálás idéz elő. Phosphor- és calciumhiánnyal és vas adásával előidézett angolkórt ugyanúgy meggyógyít D-vitamin vagy ibolyántúli sugárhatás, mint az emberi angolkórt. Strontiumrachitis ez úton nem befolyásolható. Thalliumrachitisre és microorganismusokkal, fehérjékkel történő mérgezés következtében fellépő esontelváltozásokra vonatkozólag még nem rendelkezünk ilyen irányú kísérleti adatokkal. Csecsemő- és kisgyermekkorú táplálékaink optimalis phosphor-calcium arányát nem ismerjük. Erre a tényezőre, mely az állatkísérletek szerint fontos szerepet játszik az angolkór létrejötténél, nem fordítottunk eddig elég figyelmet.

A Debreceni Orvosegyesület okt. 28-i ülése.

1. **Szerényi Lenke:** *Vértransfusióval gyógyított typhusos purpura.* Fiatal lánynál enyhe lefolyású typhushoz haemorrhagiás diathesis csatlakozott, mely orr-, gingiva-, bélvérzésben nyilvánult. Testén petechiák jelentek meg. Kétszer kapott vértransfuziót: első ízben 170 cm³ citratos vért, másodszer 470 cm³ nativ vért. A második transfusio után teljes gyógyulás.

2. **Ambrus József:** *Súlyos szövődeményekkel kombinálódott dystrophia.* Csecsemőt mutat be, aki kétszer is dilemma elé állította az orvost: dystrophiás állapotban súlyos intoxicációval hozták be; ez alkalommal az éhezetés mellett döntött, habár ennek következményei súlyosak lehettek volna az erősen leromlott csecsemőre. A lezajlás és a gyógyulás azonban igazolta, hogy az eljárás helyes volt. Később egy paravertebralis pneumonia fejlődött, amiből azonban kilábel, habár súlya 2400 g-ra esett le. A reparálódás ideje alatt hirtelen magas láz támadt, amelynek aetiológiáját nem lehetett azonnal tisztázni. Egy-két tünet amellelt szólt, hogy mégsem alimentaris eredetű. A táplálást ez alkalommal változatlanul folytatta, sőt az adagokat emelte; néhány nap múlva kiderült, hogy a láz influenzás eredetű. A súlygyarapodás azóta naponta átlagban 25–30 g.

3. **Ambrus József:** *Új pneumothorax készülék* mutat be, amelyet a klinikán állított össze. A levegő biztos csírátlanítását állati szénrel való szűréssel éri el, az oxygent concentrált pyrogallus-savval nyeleti el és így a pleuraürbe nitrogent juttat be.

Szepesi Kálmán: feleslegesnek tartja a készüléknek szűrő és deszficiáló toldalékokkal való komplikálását, mert pl. sebészeti laparotomiáknál, ahol ugyanolyan savóhártáival kerül érintkezésbe a levegő, ez semmi kellemetlenséget nem csinál. A debreceni Augusztá-szanatóriumban, hol légköri levegővel töltenek, négy év alatt csak egy empyemát látott. Hátrányosnak tartja, hogy a befúvott levegő mennyiségét nem lehet mérni. Hangsúlyozza a pneumothorax-keze-

léssel elért jó eredményeket a felnőttek tuberculosisánál is.

Ambrus József (zárszó): A ballon köbötartalmát egyszerűen úgy határozhatjuk meg, hogy egy lefelé fordított, vízzel telt hengerbe szorítjuk be a ballon levegőjét.

4. **Nagy Géza:** *Recklinghausen-féle neurofibromatosis* mutat be, a tünetek classicus együttesével. A 26 éves betegnek számos bőrtumoron és pigmentfoltokon kívül általános agytumor tünetei is vannak. Kifejezett pangásos papilla, állandó nagy fejfájás stb. A koponya alakja caput quadratumra emlékeztet. A tünetekből számos intracranialis neurinomára kell következtetni (jobboldali facialis gyengeség, nyelési zavarok, gyakori félrenyelés, mindkét oldali nagyot-hallás, bal trochlealis gyengeség).

Preininger Tamás: A Recklinghausen-féle betegség tünetei között mindig megtaláljuk a jellegzetes pigmentfoltokat. Ezeknek három típusát ismerteti majd elkülöníti a naevusoktól és ephelisektől (*Siemens*). Felsorolja a bőrtumorok és lypomák, molluscum contagiosum, cysticercus, dermatomyomák, sarcomák és multiplex carcinoma közötti különbségeket. Végül ismerteti a tumorok szövettanát (*Recklinghausen, Nékám, Verocay, Sommer* stb.). Legújabbán *Verocay* ajánlatára elfogadják a neuromatosis elnevezést, mert a tumorok nem fibromák, hanem a *Schwann*-féle neurocytasejtekből kiinduló daganatok (nem érett neuromák, neurinomák).

Előadás:

Erdélyi Pál: A tüneti terapiáról. Rövid közlésre nem alkalmas.

HEUBNER OTTÓ

1843—1926.

A *Jahrbuch für Kinderheilkunde* legutóbbi októberi füzeté még hozza az ősz mesternek egy mélyen-szántó cikkét az oxyurisról s a *Klinische Wochenschrift* legutóbbi száma napi hírei között már regisztrálja a nagy német gyermekorvos halálát. 84 évet élt s bár mint gyermekorvos úgyszólván autodidakta volt, felemelkedett a legelső helyre s a német gyermekorvosi kar vezetője lett s az egész művelt világ gyermekorvosai mély hódolattal adóztak nagyságának. Mint *Wunderlich* tanársegéde, Lipcsében kezdte meg működését s belorvosnak indult. Az a poliklinikusanyag azonban, amely neki, mint a *District-Poliklinik* igazgatójának működési terül szolgált, a gyermekorvosi pályára terelte s már 1873-ban extraordinarius lett szakunknak s csakhamar megalkotta Lipcse városának a hozzájárulásával a szép lipcsei gyermekkorházat, mely klinika jellegével ruházott fel s mely, bár eredeti alakjában többé-kevésbé megváltozott, ma is fennáll *Bessau* tanár jeles vezetése alatt. *Heubner* lipcsei működése alatt kezdett mindinkább érvényesülni, úgyannyira, hogy amidőn *A. Steffen*, ki a nyolcvanas évekig a német gyermekorvosok zömének szellemi vezetője volt — hisz tudjuk, hogy *Steffen* nagy energiája tette lehetővé *Gerhardt*nak, hogy létrejöjjön szakunknak nagy alapvető gyűjtőmunkája, a *Gerhardt-féle Handbuch der Kinderkrankheiten* —, a *Jahrbuch für Kinderheilkunde* vezetésétől, tekintettel magas korára, visszalépett, ennek a legrégebb német szakfolyóiratnak a főszerkesztését *Heubner* biztos kezeire bízta s a német gyermekorvos-tan vezetője *Heubner* lett, kit 1903-ban már a berlini gyermekklinika tanári székében látunk, mint *Henoch*nak utódját. Ezóta *Heubner* szaktudományunk minden mozgalmában tevékenyen részt vett, sőt a *vezérszerepet*

játszotta s az amerikai *A. Jacobi* mellett mindenki szakunk első reprezentánsának tekintette.

Berlini működésének kezdetével esik össze a modern csecsemőorvostan erősebb kibontakozása. A modern csecsemőorvoslás kifejlődését általában a megváltozott körülmények kényszerítették ki. A mesterséges táplálásnak mind nagyobb térfoglalása a nagy iparvárosokban s ebből folyólag a csecsemőhalálozás aránylag nagy volta s ezzel szemben a születések számának fokozatos csökkenése a legtöbb kultúrállamban, mind oly körülmények voltak, melyek mind jobban és jobban serkentették a szakembereket a gyermekorvostan ezen, a multban kissé mostohán kezelt részének beható tanulmányozására s megindult az ezirányú tudományos tevékenység, mely nemsokára bő aratást is eredményezett. A gyermekorvostani irodalmi munkálatok tetemes részben a csecsemők kór- és gyógytanával kezdtek foglalkozni s a laboratórium mind erősebben kapcsolódott a klinikai bűvárokodáshoz s itt a vezérszerep elvitázhatalanul a német gyermekorvosoké volt, élükön a nagytudású és energiájú *Heubner*rel, kihez kapcsolódott azután az ő szellemi utódjának, *Adalbert Czerny*nek és volt tanársegédjének, *Finkelstein*nek a működése.

A francia és német gyermekorvosok által oly nagy sikerrel fejlesztett csecsemővédelem teljes organizációt nyert azáltal, hogy a francia *Gouttes de lait* kongresszusok (1905 Párizs, 1907 Brüsszel) folytatása gyanánt létrejött Berlinben 1911-ben a fényesen sikerült *III. internationalis csecsemővédőkongresszus*, melynek létrehozatala *Heubner*nek érdeme volt s melyre méltán büszke lehetett, mint legszebb alkotására. Én életem legszebb emlékei közé sorozom, hogy kormányunk megbízásából magyar gyermekorvosaink nagy csoportját ide vezethettem s a németbirodalmi képviselőházban a megnyitó ülésen hazánk nevében üdvözölhettem a fényes és nagyszámú gyülekezetet s *Heubner* előtt tolmácsolhattam a magyar paediatría mély tiszteletét és hódolatát. Ezen kongresszus másként is legszebb emlékeim közé tartozik, mert vendégszerető házában együtt lehettem fényes estélyen szakunk sok jelesével, a nagytekintélyű orosz *Rauchfuss*, az érdemdús genfi *D'Espine*, az amerikai *Koplik*, a német *Czerny*, stb., stb. kedves társaságában. Ezen estén szólított fel *Heubner*, hogy a — fájdalom — korán elhunyt *Escherich* helyébe a *Jahrbuch für Kinderheilkunde* négyes szerkesztőségébe belépjek, mivel nemcsak engem tisztelt meg, hanem a magyar paediatriát is, mellyel mindenkoron szoros és szeretetteljes kapcsolatot tartott fenn.

Legutóljára négy év előtt a német természetvizsgálók és orvosok *centenaris* ülésén találkoztunk, midőn az immár nyugalomba vonult ősz mestert mindannyian, kik együtt voltunk a gyermekorvosi szakosztályban, a legnagyobb tisztelettel vettük körül s a fehér asztal mellett a gyermekorvosi sectio díszvaosoráján élvezettel hallgattuk elmésségtől szípkázó felköszöntőjét a fiatal gyermekorvosi nemzedékre s az elnöklő *Pfaundler* tanárra. 1923-ban, midőn nyolevanadik évét betöltötte, a német gyermekorvosok vezetői, szövetkezve a külfölddel, az *Ergebnisse für Innere Medizin und Kinderheilkunde* egy külön kötetben, mint *Festschrift*ben fejezték ki mély hódolatukat az ősz mester előtt.

Mi magyarok mély hálával adózunk *Heubner*

emlékének. Ismételve ellátogatott hazánkba, intézményeinket törekedett minél jobban megismerni s az a tudományos összeköttetés, melyet velünk, magyar szakemberekkel mindvégig fenntartott s egyéniségének varázsa szellemi munkásságunkra mindenkoron termékenyítőleg hatott.

Legyen áldott emléke!

Bókay János.

Egészségügyi repülőgépek alkalmazása a háborúban az elsődleges laparotomia lehetővé tétele céljából.*

Írta: *Hanasiewicz Oszkár dr.*, ny. m. k. orvosezredes, egyetemi magántanár.

Tudvalevőleg a békesébeszetnek a hassérülések-nél elvileg megkövetelt és a háborúban is lehetővé teendő laparotomia iránti törekvések egészen a búr háborúig vezethetők vissza.

Az angol katonaoorvosok akkori kísérletei annyira balul ütöttek ki, hogy *Mac Cormac* azt a találó kijelentést tette, hogy: „A haslövéses katona ebben a háborúban életben marad, ha nyugton hagyjuk, ellenben meghal, ha operáljuk.“

Az orosz-japán háború tapasztalatai ismételtelen megerősítették ezt a tételt, dacára annak, hogy a japánok *Senn* ajánlatára *Port Arthur* ostrománál az elülső ostromállások mögé előretolt különleges laparotomiás tábori kórházakkal igyekeztek a haslövéses magas halálozási számát csökkenteni, e helyt voltak legrosszabb eredményeik.

Ez a tapasztalás végeredményben a békesébeszetben bevált elsődleges laparotomia kényszerű elhagyása — és az exspectativ — conservativ kezelési irányzat általánosításához vezetett.

A hasi sérülések therapiájának a békebeli irányelvekkel merőben ellentétes állásfoglalása még a lezajlott világháborúban is sokáig tartotta fenn magát.

Jobb felfogás csak az 1915-ben megtartott brüsszeli hadisebeszeti kongresszus nyomán kezdett tért hódítani, mely meggyőző statisztikai adatok alapján világosan kimutatta, hogy a hasi lövéseknek ú. n. conservativ kezelése teljesen kilátástalan s mint olyan, feltétlenül elvetendő.

Ezen egyértelmű megállapítással azonban korántsem szűntek meg a különféle nehézségek, mivel a háborús kényszerhelyzet nehezítő körülményeivel, sajnos, gyakran jobb tudásunk dacára, időnként ismét a fatalistikus conservatismusra szorított rá bennünket.

Hindenburg kitűnő mondása: „Ahol akarat van, ott annak útja is van“, ez esetben is útbaigazítónak bizonyult.

Ezen nehézségeket az egészségügyi szervezet jobb kiépítése (sebészeti csoportok) és a sebesültszállító gépkocsik rendelkezésre boesátásával igyekeztek kiküszöbölni, s mint tudjuk, ez az állóharcokban nagy mértékben sikerült is, nem úgy a mozgóharcban és visszavonulásoknál, amelyeknél kedvezőtlen külső körülmények a legjobb egészségügyi szervezeteket is felborították, amikor is szabályos laparotomiás tevékenységről szó sem lehetett.

Schmieden tanár szerint a világháború legnagyobb hadisebeszeti vívmánya annak a megállapítása volt, hogy a haslövéseseknek körülbelül fele helyes kiválogatás és korai műtéttel megmenthető volt.

Mínthogy mindez a műtendőnek egy laparotomiás kórházba való gyors és kíméletes szállításától függ, először is ezen követelménynek kell eleget tennünk.

Ezen nehéz kérdés hiánytalan, valamint az elsőd-

* Előzetes közlemény a szerző legközelebb nyomtatásban megjelenő „*Korszerű hadisebeszet vezérfonala*“ c. munkájából.

leges tábori laparotomiák végleges biztosításának megoldását csakis a specialis egészségügyi repülőgépek és különleges laparotomiás tábori kórházak rendszeresítésében látom megoldhatónak!

A repülőgépek felhasználása beteg- és sebesültszállításra kézenfekvő s egyáltalában nem új, hiszen a franciák és spanyolok a riff kabilok elleni háborúkban a legjobb eredménnyel használták, s mégis ezideig, tudomásom szerint senki sem utalt a fentemlített használhatósági módozatra.

A repülőgépek e célra való felhasználásával a sebesülteket a legkíméletesebben és leggyorsabban oda tudnánk szállítani, ahol a szabályos laparotomia, menten a harevonat minden zavaró tényezőitől, nyugodtan volna végrehajtható.

Tekintettel a korszerű repülőgépek nagy teljesítő-képességére, 100 km távolság a harevonaltól szerepet nem játszik, sőt még kívánatos volna.

Egy korszerűnek képzelt hadsereg magasabb harcászati egységeinél (hadtest) kisebb típusú, 2-4 fekvő sebesült befogadására alkalmas egészségügyi repülőgéposztatot kellene rendszeresíteni, mely a hadosztály egészségügyi oszlop sebesültszállító gépkocsijait kiegészítve, kifogástalanabban bonyolíthatná le különösen a súlyos, sürgősen megoperálandó sebesültek hátraszállítását, mint azt az elmúlt világháborúban tapasztaltuk.

Állóharcokban kevesebb repülőgépre lesz szükség.

A sebesültek tovaszállítása következőképp volna lebonyolítható:

A has- és esetleg nehéz tüdőlövésesek tábori hordágyak segítségével a tűzvonalból a gépkocsi-fordulópontokig, s onnan gépkocsikkal az egészségügyi oszlopig (egészségügyi század) volnának tovaszállítandók. Itt az egészségügyi repülőgépek vennék át tovaszállításukat az e célra berendezett laparotomiás tábori kórházakba.

Ezáltal először kikapcsolhatnók az eddig leküzdhetetlen külső körülményeket, másodsor a sebesültek leggyorsabban kerüljenek a békeviszonyokat megközelítő kórházi kezelés alá, és harmadsor alaposan tehermentesíthetnók az első vonal egészségügyi szolgálatát.

Végül igazat kell adnunk *Wieting* azon véleményének, hogy ez tulajdonképen nem tisztán sebészeti, hanem inkább egészségügyi harcászati kérdés, melynek kielégítő megoldására azonban csak gazdag államok lesznek képesek.

A repülést gátló általános körülményeket, ú. m. terepnehézségeket (fel- és leszállóhelyek berendezése), ködös időjárást, természetszerűleg mindig számításba kellene venni.

VEGYES HÍREK

Kérjük hátralékos előfizetőinket, kiknek 41. számunkhoz befizetési lapot mellékelünk, hogy annak felhasználásával az előfizetési díjat beküldeni szíveskedjenek, mert annak elmulasztása lapunknak igen nagy kárt okoz. Előfizetési díj: egész évre 250.000, fél-évre 125.000, negyedévre 65.000 K. Külföldi előfizetési áraink, valamint a Magyar Orvosi Archivum és az Orvosképzés előfizetési ára, ami ugyanezen befizetési lapon küldhető be, a borítékoldalon olvasható.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 6-i ülésének napirendje: 1. Hozzászólások folytatása. *Scipiades Elemér*: Tuberculosis és terhesség című mult ülésen tartott előadásához. 2. Bemutatás: *Torday Ferenc*: A kanyaró elleni védekezés állati vérsavóval. *Előadás: Gerlóczy Géza*: Vizsgálati adatok ép és kóros vérsavóknak bizonyos növényi elemek fejlődését befolyásoló tulajdonságaihoz.

Az Apponyi-Poliklinika Orvosai Tudományos Társulásának november hó 11-én d. u. 1/27 órakor tartandó ülésének napirendje. A) Bemutatások: 1. *Lévai Mihály*: Centralis pneumothorax esete. 2. *Epstein Tibor*: Splenektomia után föllépett myeloid leukaemia. B) *Előadások*: 1. *Pesti Lajos*: Az ozaenáról. 2. *Molnár Béla* egyet. m. tanár, főorvos: Az ikerus catarrhalisnak nevezett kórképről.

A Budapesti Orvosi Kör november 8-án, hétfőn este 7 órakor tartja következő gyűlését az Országos Kaszinó (IV., Semmelweis-utca 3.) félemeleti külön-helyiségében. Az előadást *Nagy Tivadar dr.* tartja: „Az abortus-statisztikákról” címen.

Csordás Elemér dr.-t., az eddigi helyettes tisztí főorvost választotta meg Budapest székesfőváros közgyűlése tisztí főorvosnak. Örömmel üdvözljük őt előlépése alkalmából, mert eddigi munkásságával számos tanujelét adta, hogy érdemes e kitüntető és felelősségteljes tisztségre és így bizonyára méltó utódja lesz nagynevű elődjének.

Az Orr- és Gégegyógyászati Szakosztály e hó 9-én délután 1/27 órakor a Rókusban ülést tart. Bemutatások: *Lengyel Á.*: Rádiummal kezelt gége carcinoma esete. *Angyal F.*: Nyálkahártyapemphigus esete. *Hohenberger E.*: Szájpadív-varróeszköz. (Műszerbemutatás.) *Tóvölgyi E.*: Hygmoor empyema módosított Denker eljárással operált esete. *Előadás: Réti A.*: Tonillektomia utáni vérzésről.

A Magyar Orvosi Archivum 1924. évi 2. füzetét keresi megvételre a kiadóhivatal. Nagyon kérjük azokat, kiknek e szám megvan és az évfolyamot nem kötetik be, szíveskedjenek a kiadóhivatalnak rendelkezésre bocsátani, mert igen nagy szívességet tesznek vele.

Trachomajárvány Szabolcs vármegyében. Szabolcs vármegyében a trachomajárvány feltűnően elharapódzott, úgyhogy az év első felében mintegy 300 megbetegedés fordult elő. A tisztifőorvos megállapította, hogy a megbetegedések 95%-a a vármegye területén lévő talmudiskolák növendékei között fordult elő. Az alispán előterjesztésére a népjóléti minisztérium *Babó Tivadar* országos egészségügyi felügyelőt küldötte ki a viszonyok felülvizsgálására és a járvány továbbterjedésének megakadályozására szolgáló intézkedések elrendelésére.

RATKÓCZI: Belgyógy. Röntgen-diagnostika gyakorlóorvosoknak. Kötve 160.000 korona.

Étrendi előírások a gyakorlatban. Írta Soós Aladár dr., élelmiszer-értéktáblázattal és gyakoribb ételreceptekkel. Fűzve 50.000 K-ért, kötve 75.000 K-ért kapható kiadóhivatalunkban.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint október 24-től október 30-ig előfordult:

Hasi hagymáz	32	18	Gyermekágyi láz	2	2
Küteges hagymáz	—	—	Báránymimlő	33	—
Hólyagos (ál-)himlő	—	—	Járv. fültömírgylob	12	—
Kanyaró	34	—	Vérhas	20	3
Vörheny	101	3	Járv. agygerincagyhártyalob	—	—
Szamarhurut	6	1	Trachoma	16	—
Rones.torok-,gégelob	33	3	Veszetttség	—	—
Influenza	6	1	Lépfene	—	—
Ázsiai kolera	—	—	Paralýsis infant.	—	—

A zárójelben lévő 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.

AZ ORVOSI ÉVKÖNYV 1927. ÉVI 37. ÉVFOLYAMÁNAK KÉRDŐÍVEI

már mind szétküldettek. Felkérjük azon t. orvos urakat, kik a kérdőívet mind mai napig nem kapták kézhez, hogy azt adataik pontos beiktatása érdekében (esetleg telefon útján) **mielőbb pótlólag beküldjék.**

»Magyarország Orvosainak Évkönyve« szerkesztősége
Budapest VII, Kertész-utca 16. Telefon: J. 106-47.

LEGTÖKELETESEBB ERŐS BACTERICID MŰTÁSU ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGEZ BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

Dr. PETŐ JÁNOS Gyógytorna, Orvosi massage, Diathermia, Lúdtalp-kezelés (Lange-betét),
VI, Vilmos császár-út 31, I. Tel.: T. 99-45.

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE
Kórházi főorvos
IV, Ferenc József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

DR. PAJOR SANATORIUM
VIII, Vas-utca 17. szám.

Bel-, idegbetegek és üdülők otthona, nagy vizgyógyintézet, levegő- és napfürdők.

Székesfővárosi **SZÉCHENYI-GYÓGYFÜRDŐ** Városliget.
970 méter mélységből előtörő 74 C° kénes rádióaktív forrás. Medence- és különfürdők, iszapgöngyölések, szén-savasfürdők. Elektroterápia. Diathermia. Hőlégkezelések Zander. Javallatok: Idősült csúsz, ízületi izzadmányok, köszvény, elhízás, idegszabák, különösen ischiás. Szív-bántalmi betegségek. Ivókúra.

Szoptató- dadákat évtizedek óta a közismert dr. Szegő-féle orvosi intézetből vesszük. VI, Szív-utca 69. T.: 93-22.

Dr. REICH MIKLÓS-féle BUDAPEST IV, SEMMELWEIS-U. 2.
ZANDER-GYÓGYINTÉZET Tel.: József 4-12. Lift.

Dr. SIMONYI BÉLA RÖNTGENINTÉZETE
Főorvos, törvényszéki hites szakértő
IV, Múzeum-körút 13. Telefon: József 102-88.

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete, Kálvin-tér 10. Elektro-thermo-hydrotherápia, Zander, inhalatorium.

PÁLYÁZATOK.

Pest-Pilis-Solt-Kiskún vármegye pomázi járásához tartozó, lemondás folytán megüresedett dunabogdányi *körorvosi állásra* pályázatot hirdetek. A kör áll Dunabogdány (2920 lakos) és Kisoroszi (1140 lakos) községekből. A kör székhelye Dunabogdány. A körorvos járandósága a 62.000/1926. B. M. rendeletben megállapított IX. fizetési osztály III. foka, a szabályszerű látogatási és vizsgálati díjak és természetbeni lakás. Felhívom pályázni óhajtókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. tc. 7. §-a szerint felszerelt pályázati kérésüket, működési bizonyítványaikkal, politikai megbízhatóságukat igazoló okmányokkal és a kommunizmus alatti magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelve *follyó évi november hó 20-ig* annál is inkább adják be hozzám, mert a később érkezőket nem fogom figyelembe venni. A választást *follyó évi november hó 25-én* d. e. 11 óra-kor fogom Dunabogdány községházán megtartani.

Pomáz, 1926. évi október hó 20-án.

7776/kg. 1926. Szentpétery, főszolgabíró.

Magánszanatórium 30 ágyal nagy ismeret-ségű kezelőorvost keres 30 millió, vagy nagyobb érdekeltséggel. Megkereséseket »Budapest hegyvidéki« jellegre kérek a »Petőfi« Irod. Váll.-hoz VII, Kertész-utca 16.

Sebészeten jártas kollégának Európába visszatérni akaró orvos átadná virágzó praxisát Délbrazília európai klímájú vidékén. Havi átlagjövedelem legalább 50-60 millió magyar koronának egyenértéke. Berendezés (Röntgen, kvarzlámpa, műtőasztal stb.), esetleg autó átvételéhez 200-250 millió szükséges. Német nyelvtudás feltétel. Lakás nős kolléga számára is van. Cím a kiadóhivatalban. Csak komoly érdeklődők levelét kérem, melyre a válasz kb. két hó múlva érkezik. Oklevél honosítása nem szükséges.

DR. PÁPAY-féle Oltóintézet és Szérumtermelő rt.
Teréz-körút 31. Telefon: 88-00.
Lerakat: HUNNIA gyógyszerár VII, Erzsébet-körút 56.

Neurolysin

Neuritisek, neuralgiák kezelésére.

A szinyelipoczi Salvatorforrás

jelentékeny szénsavas *lithium- és bórsavas nátrium-tartalmú, teljesen vasmentes*, kellemes ízű gyógy- és asztalivíz. A *vesemedence és húgyutak* betegségeinél és az anyagforgalom zavarainál is igen jó eredménnyel használható.

Orvos urak személyes használatukra és szegénysorsú betegek részére tetemes árendeménnyel részesülnek.

Magyarországi üzletvezetőség:
BUDAPEST, V., ERZSÉBET-TÉR 1. TELEFON: 44-35.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HÓGYES 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 POÓR FERENC
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

BÁRÓ MÜLLER KÁLMÁN

Müller Kálmán biographusa fel fogja sorolni azon állások hosszú sorát, amelyeket betöltött, azokat a korszakos eredményeket, amelyek kórház- és közegészségügyünk, tuberculosis elleni védekezésünk nagyarányú fejlődésének történetét nevéhez kötik, közéleti szereplésének kimagasló momentumait, azokat a nagyjelentőségű kongresszusokat, amelyeket ő szervezett és fel fogja sorolni kitüntetései hosszú sorát. De ma nem a részletek összeszedésének napja van. Az embernek, az alaknak lényegét keressük, kutatva azt, mi tette azzá, ami volt és mérlegelve, mit veszítettünk akkor, mikor porba hullott.

Sok oldalú, nagy tulajdonságoknak ritka combinációja volt egyénisége, annál ritkább, minél inkább halad előre az az irány, amely a munkás embert mindinkább csak szakemberré, egyoldalúvá teszi. Nagy általános műveltségű ember, nagy tudású, tapasztalatu, éles kritikájú orvos volt. Munkabírása óriási. Célok látott és szívós kitartással követte őket. Ismerte az embereket, tudott velük bánni. Szívesen követték, mert vezérszerepre praedestinált embert láttak benne, aki jót, nagyot akart. Ritka szervezőképességével erős kézzel kötötte céljaihoz, magához munkatársait. A munkát köztük nagy gonddal és bölcsen osztotta fel. Nagy segítségére voltak azon képességei, amelyeknél fogva egyéni befolyását orvostársainak, betegeinek széles körén túl, társadalmi téren és a közéletben is tudta érvényesíteni. Általuk, ha kellett, orvosi, egészségügyi feladatok számára a közélet nem orvosi tényezőit is megnyerte, szötte azokat a messze elágazó fonalakat, amelyek által az orvosi hivatás és tudomány magyar művelői a nemzetközi érintkezés terén is elfoglalhatták a Magyarországot és őket megillető helyet. Amit mondott, írt, tett, alkotott, azon meglátszott kiművelt érzéke a szép, az előkelő formák iránt és azáltal tárgyi sikereit külső sikerek díszével toldotta meg, amely dísz ha nem is cél, de a cél elérésének sokszor nagyon értékes, fontos eszköze.

Ilyen tulajdonságok birtokában Müller egyéniségének teljes érvényesülését gátolta volna olyan, egész munkabírását igénybe vevő működési kör, amelynek célja egy és keretei e célhoz képest határozottak. Hivatása nem egy állás betöltése volt, hanem állások, feladatok, megbízatások, szereplések hosszú sorából állott. Mindegyikükre egyéniségének más-más tulajdonsága, képessége jelölte ki éppen őt. Így kifejlődött munkaköre egyéniségéhez, annak sokoldalúságához alkalmazkodott és pályafutása megkímélte attól, hogy sajátosságait neki áldozatul hozza. Az ilyen módon kialakuló munkakör az egyén produktuma és az olyan életet, amelyet annak megművelése tölt ki, a benne létesült harmónia páratlanul széppé teszi.

Ilyen volt Müller élete. Strukturájának természetéből következik, hogy Müllernek utódja nem lesz és nem lehet. Munkaköre elmúlásával darabokra hull. Lényegét a köz javára meg csak az mentheti, hogy ha azokat, akik egy-egy darabját átveszik, orvosi közügyünk, közegészségügyünk, Magyarország szolgálatában az a szellem fogja egymással összekötni, amelynek Müller Kálmán volt egyik legkiválóbb letéteményese és amely a világháború előtt Magyarországot oly egyenesen felfelé haladó útra vitte.

Szűkebb baráti körével együtt, a „Markusovszky társasággal“, nem rég elevenítette fel e társaság elhúnyt nagyjainak emlékét „Az orvosi tudomány magyar mesterei“ című könyvben. Most már nem indiscretio annak elárulása, hogy a könyv névtelen bevezetését Müller Kálmán írta meg. Mesteri vázlatában nem beszél első személyben. Korrajzot ad, szól Balassáról, Markusovszkyról, Semmelweisről, Korányi Frigyesről, Fodor Józsefről — de amit ezekről mond, abban bennfoglaltatik az, hogy ő miként látott, miként gondolkozott és hogy ő szerinte mikép szolgálhatja magyar orvos legjobban hazáját. Az eredmény mutatta meg, hogy a szellem, amelyben munkatársaival osztozott, amelyben dolgozott, a termékenységnek, a haladásnak minden nehézséggel megküzdő szelleme volt. Ha a kegyelet az orvosi tudomány magyar mestereinek első sorozatát meg fogja toldani egy másodikkal, akkor abban Müller Kálmán alakja előkelő helyet fog elfoglalni. Azt meg kell őrizni az utókor számára, hogy emléke nagy tanulság és példaként úgy szálljon reá, mint ahogy mindaddig élni fog azokban, akik őt ismerték, tisztelték, követték, míg oda nem követik, ahova utoljára kísérték ma őt.

Korányi Sándor.

T A R T A L O M:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Korányi Sándor:** † Báró Müller Kálmán. (1239. oldal.)
Windisch Ödön: Kétezer nőgyógyászati műtét eredményei. (1240—1243. oldal.)
Melezer Miklós: A tuberculositikus bőr lipasetartalmáról. (1243—1245. oldal.)
Incze Antal: Kötőhártyahegyesedés öröklött luesnél. (1245—1246. oldal.)
Henszelmann Aladár: Légmellkészítés egyszerű módszere. (1246—1247. oldal.)
Összefoglaló ismertetések, Vitéz Gönczy István: Gyakorlati szívfunctionalis vizsgálatok. (1247—1250. oldal.)
Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. —

- Gégészet. — Szülészeti és nőgyógyászat. — Szemészet. —
 Gyermekeorvostan. (1250—1254. oldal.)
Könyvismertetés. (1254—1255. oldal.)
A Kir. Orvosegyesület nov. 6-i ülése. (1255—1257. oldal.)
Közkórházi Orvostársulat nov. 3-i ülése. (1257—1258. old.)
A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának nov. 6-i ülése. (1258. oldal.)
Lévai József: A baleseteknél nyújtandó első segély nemzetközi szervezéséről. (1258—1260. oldal.)
Körmöczi Emil: Szükséges-e az orvostanhallgatókat az első segítségnyújtásra külön is tanítani és hogyan történjék az? (1260—1261. oldal.)
Vegyes hírek. (1261—1262. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az Irgalmasrend nyilv. jellegű kórház nőgyógyászati osztályának közleménye.

Kétezer nőgyógyászati műtét eredményei.

Írta: *Windisch Ödön dr.* egy. m.-tanár, osztályos-főorvos.

Műteteink eredményeit ajánlatos időnként revisio alá venni, hogy azoknak tanulságait levonhassuk és mások bírálata alá bocsáthassuk. Osztályunk anyagát 1919 január 1-től tettük vizsgálat tárgyává, mely idő óta ismét megindult a háború által megzavart rendszeres munka.

A 7 és $\frac{3}{4}$ év alatt kórházi osztályunkon 2000 kisebb és nagyobb műteti beavatkozást végeztünk, mely anyag elég nagy ahhoz, hogy az elért eredményekből következtetéseket vonhassunk le.

Kisebb műteti beavatkozásunk volt 1235, nagyobb műtét 765. Ez utóbbiak közül 416 laparotomia és 169 olyan hüvelyi műtét, mely a hasüreg megnyitásával járt: 43 vaginalis totalexstirpatio, 114 Dührssen-féle hüvelyi felvarrása a méhnek (vaginaefixatio), hüvelygátplastikával, 12 Schauta-Wertheim-féle interpositio, ugyancsak hüvelygátplastikával. Ezenkívül 176 önállóan végzett hüvelygátplastika, többnyire curettel, több portioamputációval, Emmeth-műtéttel kapcsolatosan és négy kolporrhaphia mediana.

Az 1235 kisebb műteti beavatkozásból nem vesztettünk el egy beteget sem, a 416 laparotomiából műtét következtében négyet = 0.96%, a 169 kolpokoeliotomiából hármát = 1.77% (mind a három a vaginalis totalexstirpációkra esik) és a 176 hüvelygátplastikából, valamint a négy kolporrhaphia medianából egyet sem.

A kisebb beavatkozások sorozatában szerepel 955 méhkaparás, a legkülönbözőbb okokból származó meno- és metrorrhagiáknál, incip. és incompl. abortusoknál, a legszigorúbb indicatiók alapján művi abortusoknál, dysmenorrhoeánál, stb. A méhkaparás kis beavatkozás, mégis a legnagyobb tisztaságot és gondosságot igényli. Soha olyat nem curetteltünk, kinél akár az adnexákban vagy egyébként a méh környezetében legesekélyebb lobos irritációt észleltünk. Sondavizsgálat előtt Fritsch-katheterrel, gyenge sublimat-oldattal mindig kiöblítjük legalább a cervicalis csatornát, csak azután sondázunk, még inkább tágitunk. Laminariát nem használunk, mindig a Hegar-féle fémtágítókat. Szűk méhszájnál tágitás nélkül sohasem kaparunk, mert szűk méhszájnál a curette sokkal fájdalmasabb, a kivitele nehezebb és ezért könnyebben történhetik melléksérülés, és ami különösen abortusoknál fontos, nem tudjuk kellően biztosítani a váladék szabad lefolyását. A kaparás befejezése után a méh üregét min-

dig kiöblítjük gyenge sublimat-oldattal; kivéve abortusoknál, rendszeresen jódtinctura-injectiót adunk és a méh üregébe mindig vékony steril gaze-csikot vezetünk fel. A vékony csik jól vezet a képződő váladékot, ingerlő hatásával elősegíti a méh összehúzódását, ezért abortusoknál különösen jó szolgálatot tesz és amikor 24 óra múlva eltávolítjuk, magával hozza a netalán bentmaradt, reája tapadó apró szövetrészeket. Abortusoknál a contraindicatiók betartásával az activ therapia hívei vagyunk. Abortust lehetőleg curettel fejezünk be, mert ezt a műveletet enyhébb beavatkozásnak tartjuk a sokszor erőszakos ujjal való befejezésnél. Ujjal csak 36 esetben fejeztünk be abortust; előrehaladottabb terhességnél, nyitott méhszájnal, ahol az könnyen és kíméletesen keresztülvihető volt. Putrid-abortusnál a tompa curettet sokkal veszélytelenebbnek tartjuk, mert nem sajtoljuk be a környezetbe a méh falában esetleg felhalmozódott bakteriumtömeget. Uterus-perforációt egyet sem követtünk el, mortalitásunk 0% és csak elenyésző számban észleltünk kisebb reactiót a méh környezetében, kétszer lobos adnextumor keletkezését, ami a leggondosabban végzett előzetes vizsgálat mellett sem kerülhető el, különösen abortusoknál.

A legkülönbözőbb genitális megbetegedéseknél végzett többi kisebb műtét száma 282, közte a már említett 36 abortusbefejezés ujjal. Polypus mucosusnál 30, polypus fibrosusnál öt esetben távolítottuk el a polypust és curetteltük a méhet. A külső méhszáj szűkületénél discindáltunk 11-szer. A belső méhszáj szűkületénél discissiót nem alkalmazunk; alapos Hegar-tágítás, ismételt erősebb tamponade teljesen célravezető. Vaginalis cystát kihámoztunk hatot. Vaginalis punctio volt 11. Exsudatum parametricum és pelveoperitoniticumnál, haematokele retrouterinánál, pyovarium-pyosalpinxnál, cysta purulentánál végeztünk 34 kolpotomiát. Excoeleatio, Paquelin carcinománál volt 77, elgenyedt Bartholini-mirigy feltárása 22, vulvoplastika, elephantiasis vulvaenál három és még sok kisebb beavatkozás, melyeknek felsorolása feleslegesnek tűnik: hasi punctio, carcinoma vulvae, carcinoma vaginae kimetszése, mammatályog felnyitása, fibroma mammae kiirtása, stb., stb. E kisebb beavatkozások következtében nem vesztettünk el egy beteget sem.

A 416 hasműtét a következőképen oszlik meg:

*Retrosflexio uteri mobilis*nál végeztünk 37 ventrofixációt, négy appendektomiával, egy Bassinival hernia inguinalisnál és egy herniotomiával hernia umbilicalisnál. Mortalitás 0%. Ventrofixációt mobilis retroflexiónál csak akkor végzünk, ha a fennálló panaszoknak kétségtelenül a retroflexio az oka (fájdalmak, vérzés, dysmenorrhoea, nervositas, sterilitas, stb.), ha az appendix nincs rendben, daganat van jelen, stb. és ezek laparotomiára készítetnek, ha a hüvely oly szűk, hogy a méhhez

alulról hozzá nem férhetünk, és ha a megkísérelt palliatív eljárások (pessarium-therapia, stb.) eredményre nem vezettek. A hüvely descensusával vagy prolapsusával párosult mobilis retroflexiónál, amikor a méh alulról jól hozzáférhető, alább tárgyalandó kitűnő eredményeink alapján consequens a Dührssen-féle vaginaefixatiót végezzük. Ventrofixatióinknál szeretjük a Pfannenstiel-metszést és a méhet vagy Doleris szerint fixáljuk, vagy pedig a ligamentum rotundumokat a fasciáig hatoló catgut csomós öltésekkel varrjuk a hasfalhoz és a fixatio biztosítására, a zavartalan erősebb odatapadás elérésére, másrészt bélkacs-cseplez becsúszásának megakadályozására a méh mellső falának peritoneumát néhány öltéssel a hasfal peritoneumához öltjük.

Retroflexio uteri fixatánál és adnexitis adhaesivánál, régen lezárt folyamatoknál, ahol már csak a lobos megbetegedés consequentiái maradtak vissza és okoznak kellemetlen tüneteket, adnexfelszabadítást és ventrofixatiót végeztünk 65-öt, 15 appendektomiával; miután meggyőződést szereztünk arról, hogy a panaszokat műtét nélkül meggyógyítanunk nem sikerült. Szembetűnő az appendektomiák száma: 15 = 23%. Megerősíti az ismert tapasztalatot, hogy az appendicitisnek és különösen a jobb oldali adnexitiseknek közük van egymáshoz és káros kölcsönhatásuk leginkább adhaesiókban, lenövésekben nyilvánul meg. Hasműtéteinknél az appendixet mindig revidáljuk és kivesszük, ha adhaesiókba ágyazott, bélsárkövet tartalmaz, feltűnő hosszú vagy megvastagodott és ha állása rendellenes. A 65 hasműtét mortalitása 0%.

Az adnexák lobos folyamatainál csak az adnexák megbetegedései miatt laparotomizáltunk 136 beteget, conservative jártunk el 95, radicalisan 41 esetben. Conservative jártunk el akkor, ha legalább egy ép ovariumot, vagy legalább is functioképes ovariumrészt hagyhattunk meg a menstruatio biztosítására. Az adnexák egyszerű lobos duzzanatától a pyosalpinx-pyovariumig előfordult itt mindenféle adnexmegbetegedés, a legnagyobb változatban. Akár azért, mert a folyamat egyoldalú volt, vagy mert a mindkét oldal megbetegedése mellett sikerült 1—1 ovariumot, tubával vagy anélkül, megmenteni, a conservatív eljárás indokolt volt. Az adnexák több-kevesebb resectiójával, részben kiirtásával operált 95 betegnél mindig ventrofixatiót is végeztünk, 30 appendektomiával és két Bassinivel a fennálló hernia inguinalisok miatt. E módon operált betegeink közül egyet sem veszítettünk el. Radicalis adnexműtétet végeztünk 41-et, hét appendektomiával, a méhfüggelékek lobos megbetegedéseinek súlyos alakjainál, amikor négy eset kivételével pyosalpinx-szal, pyovariummal, vagy mindkettőnek combinatióival állottunk szemben. A radicalis beavatkozás az adnextumorok teljes kiirtása mellett a méh Chrobak szerinti supravaginalis amputációjában állott, kivétel nélkül. A totalexstirpációval szemben előnye, hogy a beavatkozás kisebb, gyorsabban keresztülvihető, megtartja a boltozat architecturáját és amennyiben drainagera van szükség, a cervixsonk, ha kell, a hátulsó hüvelyboltozat felhasításával, az lefelé könnyen és kielégítően eszközölhető. E 41 műtétekből elvesztettünk egy beteget, pyosalpinx és pyovariummal, peritonitis septicában, ami 2.4% mortalitásnak felel meg, a 136 adnexműtetre vonatkoztatva pedig 0.7%-nak. A 41 adnexkiirtással párosult Chrobak-műtétéhez kellene voltaképpen számítani hat myoma-esetet pyosalpinx és pyovariummal és hat cystával párosult genyes adnexmegbetegedést, ahol a méh supravaginalis amputációja mellett az összes adnexákat eltávolítottuk. Így a 148 adnexműtetre 0.67%, az 53 Chrobakkal kombinált operációra 1.8% mortalitás

jutna. E 12 műtétet a myoma-, illetve cysta-műtétek közé soroztuk és ott kerülnek tárgyalásra. Általában lobos adnextumoroknál csak akkor operálunk, ha a folyamat már megnyugodott, acut esetekben sohasem, ha a palliatív gyógyítóeljárásokat kimerítettük, ha a hőemelkedések provocativ eljárások alkalmazása mellett hosszú ideig nem jelentkeztek, figyelembe véve az idevonatkozó serologiai vizsgálatok eredményeit is, ha a folyamat ismételt fellángolt vagy állandó panaszokat vált ki és a testi munkájukra utalt betegeknek, akik magukat kímélni nem tudják, bajuknak megfelelően nem élhetnek, bizonyos mértékig a socialis szempontokat is kénytelenek vagyunk tekintetbe venni; ezeknél tehát hamarabb operálunk. Általában az a tapasztalatunk, hogy a nehéz testi munkát végző osztály asszonyai kevésbé reagálnak súlyos kiesési tünetekkel petefészkeik elvesztésére, mint az intelligensebb elem nervosus individumai.

1922 őszén az Orvosegyletben tartott előadásomban sorozatosan végzett 109 adnexműtétről számoltam be, haláleset nélkül. E kitűnő statisztikához méltóak a 136, illetőleg 148 most vázolt műtétek eredményei 0.7%, illetve 0.67% mortalitással, mely operációk között az előbb említett 109 laparotomia is szerepel. Kiváló eredményeinket az indicatiók helyes felállításának, várakozó álláspontunknak és a kellő technikával keresztülvitt, jól megválasztott műtéti methodusainknak tudjuk be. Mindezt csak azok tudják kellően értékelni, akik saját tapasztalataik alapján ismerik azokat az igen nagy nehézségeket, melyekkel egy-egy komplikált adnextumor-operaciónál a műtőnek meg kell küzdenie.

A petefészek tömlős daganatainak legkülönbözőbb alakjainál 57 esetben laparotomizáltunk. 48 egyszerű ovariotomiát végeztünk 4 appendektomiával, 15 ventrofixatióval és 2 Bassinival, ezenkívül 9 esetben 3 appendektomiával ovariotomiák, illetve adnexektomiák mellett Chrobak szerint supravaginalisan amputáltuk a méhet is. E 9 esetben háromszor kétoldali, rendkívül mélyre terjedő intraligamentaris cystával, 6 esetben pedig az egyik oldali cysta mellett, a másik oldal genyes adnextumorával volt dolgunk. Ezen 57 hasműtétekből elvesztettünk egyet, ami 1.72%-nak felel meg. Különösképen ez a haláleset nem a súlyosabb operáltak közül került ki, hanem egy fiatal asszony esett áldozatul, kinél könnyű és gyors operációval ventrofixatio mellett kis cystát távolítottunk el. Teljesen láztalan lefolyás, per primam gyógyult hasseb mellett a tizedik nap hajnalán, mely napon már felkelteni akartuk, embolia tünetei között pár pillanat alatt meghalt. Az egyik rendkívül mélyre terjedő intraligamentaris cystánál a baloldali uretert kellett nagy gonddal lefejtetni róla. A másik oldalon genyes adnextumort irtottunk ki, mely kifejtése közben megpukkadt. A méh supravaginalis amputációja mellett a csomó és hátulsó boltozat felhasításával lefelé kiadósan draineztünk, miután az uretert, melyen semmi sérülés sem látszott, peritoneummal fedtük. Néhány nap múlva lefelé bőséges genyedés indult meg és a 14. napon vizeletesurgás jelentkezett. A baloldali ureter egy kisebb részlete gangreneskált, akár a hiányos táplálkozás, esetleg a reáterjedő genyedés folytán. Az eset érdekességét fokozza, hogy a keletkezett ureter-fistula a 10. héten spontan zárult.

A méh myomás daganatai esetében 54 laparotomiát végeztünk, és pedig 51 amputatio supravaginalis Chrobakot (egyszer graviditas m. IV. is volt jelen), 3 cysta ovarii-val, 6 pyovarium-pyosalpinx-szal, 4 appendektomiával kapcsolatosan, 1 hernia inguinalisnál Bassinival és 3 abdominalis totalexstirpációt a petefészek tömlős daganatai mellett, mert a göröcsövi vizs-

gálat malignitás gyanúját keltette. Az 54 laparotomiából elvesztettünk egyet = 1.85% peritonitis septicában, és pedig egy Chrobak szerint, kétoldali ovariotomiával (cysták), appendektomiával operáltat. Álláspontunkat a tisztán myomás daganatok műtéti gyógykezelését illetően röviden az alábbiakban foglalhatjuk össze: Ha a vérzéses tünetek praedominálnak és a daganat nem nagy, megpróbálunk fiataloknál is curettel, megfelelő utókezelés és ellenőrzés mellett, rendet teremteni. Mentől fiatalabb az asszony, mentől nagyobb a myomája és mentől több panaszt okoz, annál szívesebben operálunk, ha csak a kivérzett asszony gyengesége, szervi bajok ezt nem contraindikálják, amikor a Röntgenhez folyamodunk. Idősebbek myomás daganatainál a Röntgen-therapia hívei vagyunk, ha csak a nyomási tünetek, hólyag, végbél elzáródása műtetre nem készítenek. Éles határt vonni a fiatalok és idősebbek között nehéz, mert a tünetek, illetve panaszok fajtája és intenzitása, a daganat nagysága, alakja és elhelyeződése, az asszony állapota számtalan variációt teremt. Általában 40 évig a műtét hívei vagyunk, 40 és 45 között, a tumor nagysága és az okozott panaszok szerint, tekintetbe véve a beteg állapotát, operálunk vagy Röntgenezünk és 45 éven felül, ha csak a nyomási tünetek nem készítenek műtetre, feltétlenül a Röntgen-therapiát tartjuk indikálnak. A vérzéses tüneteket okozó myomáknál minden esetben szükségesnek tartjuk a méh curettézését, akkor is, ha Röntgenre kerül a sor, és pedig három okból: 1. Sok esetben az egyszerű méhkaparás, megfelelő utókezelés mellett, megszünteti a rendellenes vérzéseket és feleslegessé tesz minden további eljárást. 2. Meg kell győződnünk arról, hogy nincs-e malignitás és 3. az első Röntgen-kezelést gyakran igen erős vérzés követi, mely kellemetlenségnek az előzetes curettézés utókezeléssel útját állhatja. Fiatalabbaknál műteteink alkalmával mindig bennhagyunk 1-2 ovariumot; ezáltal csökkentjük a kiesési tüneteket és nem egy supra-vaginalis amputációval operált betegünkönél a megmaradt csonkból rendszeres menstruációt láttunk fellépni. Általában az a tapasztalatunk, hogy fiataloknál a Röntgen-kezelés útján castráltaknál a kiesési tünetek fokozottabbak, mint a fenti módon operáltaknál.

Graviditas extrauterinánál 10 laparotomiánk volt, egy Chrobakkal, egy ventrofixációval, egy appendektomiával. Kétszer fejlődő, intakt, nyolcszor rupturált tubaris graviditással volt dolgunk és egy operáltat sem vesztettünk el. *Totalis prolapsusnál* végeztünk három Kocher-féle exohysteropexiát hüvely-gátplastikával, *súlyos osteomalaciánál* castráltunk két asszonyt, két esetben *laparotomizáltunk uterus bicornisnál* és eltávolítottuk a csökevényes terhes szarvat. E két ritka érdekességű esetünk is simán gyógyult. *Carcinománál* végeztünk négy abdominalis totalexstirpációt Wertheim szerint; e négy eset közül háromnál fibromyomás uterussal is volt dolgunk. Elvesztettünk egy carcinomás és fibromyomás 52 éves asszonyt, akinél még adnex-tumorok is voltak jelen. Kisebb hőemelkedések, per primam gyógyult hasseb mellett az operált inanitio tünetei között halt meg a nyolcadik napon. *Tuberculosis peritoneinél* kétszer nyitottuk meg a hasat, az ascites kibocsájtásával. A hasműteteinknél hogy úgy mondjam ráadásul végzett 68 appendektomián kívül önálló műtétként ötször távolítottunk el feregnyúlványt, rohammentes időszakban. Ugyancsak önálló műtétként végeztünk hernia inguinalisnál 15 Bassinit, hernia umbilicalisnál 10 herniotomiát; négyszer rekonstruáltuk a hasfalat műtét utáni hernia abdominalisnál és egy esetben hernia cruralist operáltunk, mindnél per primam gyógyulással.

Próbalaparotomiánk volt nyole. Hétszer malignus tumoroknál kíséreltük meg a műtétet és egyszer elevesedett haematokela retrouterinánál peritonitis ichorosánál, a jóformán in ultimis lévő asszonynál; kolpotomia mellett megnyitottuk a hasat drainage céljából, de a beteget ezzel megmenteni nem lehetett. Ez a halálestet a műtéti beavatkozás rovására egyáltalán nem írható.

Összegezve hasműteteink eredményeit, a 416 laparotomira négy olyan halálozás esik, mely a műtétekkel összefüggésbe hozható; ez 0.96% mortalitásnak felel meg. Ha ehhez hozzászámítjuk az előbb említett peritonitis ichorosa esetet is (a hasfal megnyitása drainage céljából), mely azonban a legnagyobb rigorozitás mellett sem írható a beavatkozás számlájára, mortalitásunk még akkor is csak 1.2%. Ennél jobb eredményt, a műtétek között variációi mellett, általánosságban elérni nem lehet és boldogok lennénk, ha laparotomiáinknak ezt a mortalitási statisztikáját a jövőben is megtarthattuk. Jó eredményeink a hasműteteinknél követett eljárásaink helyességéről győznek meg. Gondos előkészítés mellett túlerős és túlsok hashajtót nem adatunk, nehogy a laparotomia után mindig renyhén működő beleket előre már kifárasszuk. Lehetőleg kis hassebbel dolgozunk, addig a határig, mely a műtét kivételét nem zavarja és nem okoz zúzódást a hasfalak túlságos vonaglásával. A rekesz felé süllyesztett beleket nagy tör-lőkkel gondosan elzárjuk a szabad hasüreg felé és ha geny kiürülésétől félünk, két réteget is alkalmazunk. Kis hassebbel, gondos elhatárolással jól védjük a beleket a lehülés és kiszáradás ellen. A vérzés tökéletes el-látására, a lecsupaszított területeknek peritoneummal való fedésére (esetleg a hólyag és sygma felhasználásával is) mindig ügyeltünk. Csak száraz tör-lőket használunk, aethert, hydrogensuperoxydot, stb. a hasba sohasem öntünk. A gyorsaság rovására nem menő óvatossággal elértük azt, hogy melléksérülésünk egy sem volt. A hasüregben csak catgutot használunk. A hassebet rendszerint öt rétegben varjuk; a bőrön, ha csak a feszülés nem nagy, a Herff-féle kapesok bizonyultak a legjobbnak. Mások tapasztalataival egybehangzóan a legérzékenyebbek a zsírszövet bizonyult. Zsirkioldódás, savóképződés, kisebb nekrosisok, haematomák képződése gyakrabban fordult elő, fasciáig vagy a fasciára terjedő genyedés ritkábban. Egy esetben észleltük a hasfal hirtelen, teljes szétválását a 10. napon, látszólag per primam gyógyult hasseb mellett, hájas, csökkent szöveti ellenállású operáltunknál intraligamentaris cysta nehéz műtete után, aki alig csillapítható hányásban és köhögésben szenvedett. A primaer szétválás helye a peritoneumon volt és az azonnal megejtett hasfali re-constructio után, drainage mellett, a hasseb szépen egyesült. A beleket 24 óra után beöntéssel megmozgatjuk, ami az esetleges összenövések meggátlására is fontos, azután adunk hashajtót és erre a peristaltin-injectiók igen jó szolgálatot tesznek. Altatószerül általában chloroformot használunk, előzetes morphium-injectio mellett, kivételesen aethert és kis, gyors műteteinknél, pl. curetténél nervosus asszonyoknál aethyl-chloridot.

169 olyan vaginalis műtétet végeztünk, mely a hasüregnek megnyitásával járt. 43 vaginalis totalexstirpacio közül eltávolítottuk a myomás méhet hatszor két hüvely-gátplastikával, egy halálessel. Prolapsus totalisnál malignitás gyanújánál négyszer, hüvely-gátplastikával kombinálva, síma gyógyulással; myoma + carcinoma három esetében és cysta + carcinománál háromszor. Ez utóbbi háromból elvesztettünk egyet. 26 carcinoma uteri miatti totalexstirpációból meghalt egy. A carcinomákra tehát 6.2%, az összesekre 6.9%

mortalitás esik, amivel megelégedve nem vagyunk. Igaz, hogy egy myomás totalexstirpáltat szokatlan körülmények között vesztettünk el. A műtét után azonnal fellépett folytonos hányást semmiféle gyógykezeléssel sem sikerült megállítanunk és az alulról való táplálás, infúziók dacára betegünk formalis inanitióban a negyedik napon meghalt. Ritka érdekességű egy 61 éves asszonynál végzett totalexstirpationk, kinél a megszületett és később szétesett submucosus myomagóc totalis inversiót okozott. Carcinománál lehetőleg a vagina felől operálunk.

Annál jobbák műtéti eredményeink a 114 Dührssen-féle vaginaefixationnál és a 12 Schauta-Wertheim-féle interpositionálnál, amikor hüvely-gátplastikával, legtöbbször curette, ha kellett, portioamputatio kíséretében, a hasüreg megnyitásával hüvelyi úton varrtuk fel, illetve interponáltuk a retroflectált méhet, haláleset nélkül. A hüvelyfali descensusokkal és prolapsusokkal kombinált retroflexio mobilisnál, descensus-prolapsus uterinál műtéti gyógykezelésünk álláspontja eltér hazai gynaekologusaink legnagyobb részétől. Amíg ők külön hüvely-gátplastikát végeznek és külön laparotomia útján a legnagyobb variációban fixálják a méhet, mi e kettős beavatkozást egyesítve a hüvely felől végezzük. Fiatalabbaknál, descensusoknál, kisebb prolapsusoknál Dührssen módosított eljárásával, esetleg szükség szerint tubalekötéssel; öregebbeknél, nagyobb prolapsusoknál, a medencefenék nagyobb pusztulásánál Schauta-Wertheim-féle interpositioniával, kiegészítve minden esetben megfelelő mértékű hüvely-gátplastikával. E műtétek helyes technikájáról, indicatióiról, használhatóságáról már több ízben volt alkalmunk szólni és most helyszűke miatt azokra nem terjeszkedhetünk ki. A Dührssen-féle vaginaefixatio előnyeit azonban meggyőződéssel emelem ki a laparotomiával szemben, ha csak az utóbbira appendicitis gyanuja, stb. nem kényszerítenek, vagy a retroflexio nem teljesen szabad. Előnye, hogy egyhelybeni operációval oldja meg a kérdést, veszélytelenebb, mert kellő technikával a belekkel alig jutunk érintkezésbe. Ez utóbbit kétségtelenül bizonyítja az a tény, hogy a közel 200 Dührssen-féle vaginaefixatióból nem vesztettünk el egy beteget sem. Kozmetikai előnye, hogy nincs hasheg, mely herniaképződésre is alkalmat ad. Sokkal jobban adja vissza a méh helyzetét, mint bármely más laparotomia útjánai eljárás, mely a méhet a ligamentum rotundumokra függeszti, vagy a hasfalhoz varrja. Évek múlva, amikor a vaginaefixált méh corpora a hüvelyfaltól kissé hátrább húzódik, alig lehet felismerni, hogy a méh vaginalis fixatiója történt. Sikeresen dacol a legtöbbit hangoztatott ellenvetéssel, hogy t. i. a vaginaefixatio Dührssen felesleges terhelességi és szülési zavarokat okoz. Ha a peritoneumot gondosan elvarrjuk külön és a méh corpusát nem magasan fixáljuk, akkor szülési complicatio nem támad, mint ahogy ilyet az utánvizsgált szülteknél egyszer sem tapasztaltunk és nem is hallottunk. Ami pedig a recidivákat illeti, a közel 200 Dührssen-féle műtétnél csak egy teljes recidivát volt alkalmunk észlelni. Mindezek alapján a legjobb meggyőződéssel és lelkiismerettel ajánlhatjuk a Dührssen-féle vaginaefixatiót a hüvelyfali descensusnal vagy kisebb prolapsussal társult mobilis retroflexio műtéti gyógyítására.

A 7 és $\frac{3}{4}$ év alatt hüvely-gátplastikával önállóan 176 esetben gyógyítottunk meg hüvelyfali descensus vagy prolapsust, egyszer kombinálva fistula recto-vaginalis ellátásával is. Vérzéseknél, nagyobb fluoroknál curetteztünk is, ha kellett, a portiót amputáltuk és a berepedt méhszájat Emmeth szerint egyesítettük. Az ily módon operáltakból egyet sem vesztettünk el, egy-

nél észlelt kisebb defectustól eltekintve, mind per primam gyógyult. A technikára vonatkozólag csak annyit, hogy a lebenyeket mindig késsel praeparáljuk ki. Így sokkal sebeszibb, elől jobban kímélhetjük a hólyagot körülvevő kötőszöveti rostokat, hátul pedig mélyebb rétegekig hatolva, erősebbé tesszük az összetapadást. Főszúlyt helyezünk az elsüllyesztett varratokra és a levátorszárazakat nem keressük fel, külön nem egyesítjük. Kisebb descensusoknál ez utóbbira szükség nincsen, a medencefenék nagyobb pusztulásánál pedig a legtöbbször sorvadt, kötőszövettel átszótt izomkötegeket nehéz felkeresni és ha fáradságos munkával sikerül is, az izomvarratok bevágnak és az izomrostok egy-kettőre ismét szélválnak. Tökéletesen elég, ha az elsüllyesztett csomós varratok alkalmazásánál mélyen oldalt öltünk és az izomnyalábokat, lehetőleg sok kötőszövettel együtt, iparkodunk a középvonal felé hozni.

Nagyon idős asszonyok totalis prolapsusainál három esetben kolkorrhaphia medianával és egyszer az általunk konstruált, kolkorrhaphia mediana ex latere névvel ellátott operációs eljárással értünk el teljesen jó eredményt.

Ezekben számoltunk be kórházi osztályunk 7 és $\frac{3}{4}$ évi operációs tevékenységéről.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem bőr- és nemikórtani klinikájának közleménye (igazgató: Nékám Lajos dr., egyet. ny. r. tanár).

A tuberculotikus bőr lipasetartalmáról.

Írta: Melczér Miklós dr.

A normalis bőr lipasetartalma Wohlgemuth és Yamasaki vizsgálatai alapján vált ismeretessé. E szerzők vizsgálataikat Róna és Michaelis tributyrin lebontó módszerével eszközölték. Kutatásaikból az tűnt ki, hogy a normalis bőrnek mind a három főrésze: az epidermis, a corium és a subcutis is jelentékeny és kb. egyenlő mennyiségű lipaset tartalmaz. Yamasakinak ezenfelül sikerült állítónak kimutatnia azt is, hogy a bőrlipase chinin- és atoxylálló s így tehát qualitativ tekintetben élesen különbözik a chinin- és atoxylérzékeny vérsavólipasetől.

Az említett szerzők vizsgálatainak egyik megítélhető pontja volt és maradt azonban az a körülmény, hogy meghatározásaikat nem teljesen vértelen szövetben végezték. Hiszen még az erősen anaemiás tetem bőre is, legalább is a vénás hajszálerekben, mindig tartalmaz mikroszkopice jól kimutatható mennyiségű vért. Már pedig ismeretes, hogy a vér olyannyira bővelkedik a legkülönbözőbb fermentumban, így lipaseban is, hogy a vérnek már kis mennyisége is meghamisíthatja egy kvantitativ vizsgálat eredményét. Hogy ez említett hibaforrást kiküszöbölhessem néhány, ereim átphysiologias konyhasóoldattal kifecskendezett végtagú tetem bőrében magam is megvizsgáltam a zsírhasító fermentum mennyiségét, továbbá az atoxyl és chinin iránti viselkedést is. Ezekből a vizsgálatokból az tűnt ki, hogy a bőrlipase állja ugyan a chinint és az atoxylt, de ezek a mérgek az első órában mégis csak gátolják a tributyrinhasítást s ily módon a lipasehatás időbeli lefolyását is. Róna vizsgálatai szerint ugyanis a fermenthatás mértékéül éppen a tributyrinhasítás gyorsasági konstansát használhatjuk fel. Azonos körülmények között szerinte egységnyi idő alatt a fermentmennyiség, valamint a gyorsasági állandó indirecte arányos.

Eseteim közül rendkívül feltűnt az a körülmény, hogy tuberculosis peritoneaiben, továbbá tuberculosis

pulmonumban exitáltak bőrében a lipasemennyiséget olyanira csökkentek találtam, hogy azt már a tributyrin módszerrel kimutatni sem sikerült. Ezek a leletek jól összeegyeztethetők *Kollert* és *Frisch* vizsgálatainak eredményeivel, akiknek sikerült a tuberculotikus fertőzés súlyossága és a serum lipasetartalma között törvényszerűséget találni. Fibrosus, jóindulatú tüdőfolyamat eseteiben ugyanis a vérsavó sok, exsudatív, rosszindulatú esetekben pedig kevés lipaset tartalmazott. Ezenföül kétségtelen az összefüggés a bőr zsírallergiája és a lipasetiter között. A *Much*-féle partialantigenekre erős allergiás reakcióval válaszolóknál ugyanis *Much* kivétel nélkül magas serumlipasetitert talált.

Mindezek a sajátságok, *Frisch* szerint, a savólipase antitest természete mellett szólnak. Utóbbi vizsgáló azt hiszi, hogy a serumlipase titerének emelkedésére — mely felfogása szerint a tuberculosos infektio által kiváltott védőreaktio — zavartalan sejtműködés mellett az endocrin mirigyek részvétele szükséges. Különben azt már *Caro* is felvette, hogy a lipasetiter csak jó általános erőbeli állapot mellett nőhet.

Bőrtuberculosisban, többek között lupus vulgarisnál, a serumlipase mennyiségét *Sparmann* és klinikánkon *Somogyi* tette vizsgálat tárgyává. Előbbi szerint bőrtuberculotikusok serumában csökkent a lipase, utóbbi eredményei ellenben, ha a lupus planust a jóindulatú fibrosus tüdőfolyamattal, a lupus tumidust, exulceranst pedig exsudatív rosszindulatú tüdőfolyamattal állította párhuzamba, megegyeztek *Kollert* és *Frisch* már említett megállapításaival, továbbá *Kremer* felfogásával, aki szerint magas lipasetiter jó, alacsony pedig rossz prognosist jelent.

Ha a zsírhasító fermentumot a tuberculosis elleni immunitás egyik factoránál ismerjük el, mely a védekezés első phasisában a szervezetbe hatolt *Koch*-bacillusok viaszemű anyagokból álló tokját oldja, akkor érthető, hogy miért hiányzik tuberculosis következtében beállott exituskor a bőrben az immunanyagként szereplő lipase. Ezek a leletek csak megerősítik azt a napjainkban mindinkább térhódító föltevést (*Jadassohn*, *Hoffmann E.*, *Much*), hogy a bőr igen nagy szerepet játszik a szervezet activ immunizálásában, illetőleg immuntetek termelésében.

Amint említettem, a tüdő- és a bőrtuberculotikusok vérsavólipasejának a mennyiségét ismerjük, magának a beteg szövetnek a lipasetitere azonban ismeretlen, pedig ennek a kérdésnek a megválaszolása a mondottak alapján igen fontosnak látszott s egy lépéssel tovább vitte volna tudásunkat a bőrtuberculosis ügyis kevésbé ismert immunbiológiájában.

A luposus szövet lipasetartalmának a vizsgálatánál egy másik helyen már részletesen leírt módon jártam el. A felületes bódításban kikapart szövetet, hogy a vértől megszabadítsam, 5–6-szor váltott physiologiás konyhasóoldatban kimostam, gaze-zal a fölösleges folyadékot leittattam róla, majd súlyát érzékeny karos mérlegen lemértem. Ezek után dörzscsészében kétszerannyi destillált vízzel dörzsoltem el, hogy végül is 10 g szövetnek 2 cm³ extractum feleljen meg. A luposus szövet eldörzsolésére homok vagy üvegtörmelék hozzátevése fölösleges; ha az heges részeket nem tartalmaz, egymagában is könnyen eldörzsolhető. A szövetsuspensio ezek után 24 órára a klinika „Frigo“-szekrényébe került.

A luposus szövet zsírhasító fermentumtartalmának a meghatározására a *Róna-Michaelis*-féle tributyrin módszert alkalmaztam. A frissen készült, s használat előtt szűrőpapíron átfiltrált 25 cm³ tributyrinemulsióhoz, mely a *Róna-Petow-Schreiber* előírásának meg-

felelően készült (5 csepp tributyrin [*Kahlbaum*] 1 liter destillált vízre 2 órai rázás) 10 g szövetnek megfelelő extractumot, s hogy az oldat H-ion koncentrációja állandó maradjon 15 cm³ 1/3 mólos primaer és 1/3 mólos secundaer phosphátból 1:8 arányban készült (pH7.4) pufferkeveréket tettem, s az emulsió felületi feszültségét a klinika *Traube*-féle stalagmometer sorozatából az egyik gyorscseppszámlálóval rögtön, 15–30–45–60–90–120' mulva határoztam meg.

Vizsgálati anyagul a klinika hatalmas tuberculosis ambulantiáján jelentkező excochleálásra alkalmas egyének szolgáltaak. Ezek közül megvizsgáltam 16 különböző korú és nemű, részint jóindulatú lupus planusban, részint rosszabbindulatú lupus tumidusban és exulceransban, továbbá 5 tuberculosis verrucosa cutisban szenvedő egyént. Mivel az értékek nagyjában ismétlődnek, helykímélés céljából a lupus esetek közül csupán csak tizet közlök.

A lupus vulgaris-os szövet lipasetartalma.

Kor, nem	Rög-tön	15	30	45	60	90	120
		p e r c m u l v a					
16 éves ♂	56'0	55'5	55'0	55'2	54'0	53'5	54'0
23 „ ♀	55'5	56'0	55'0	54'5	55'0	54'0	54'0
33 „ ♂	56'0	55'0	55'5	54'0	54'5	53'4	52'0
14 „ ♂	55'0	55'5	54'5	54'0	54'5	53'8	53'5
26 „ ♀	56'0	54'0	54'5	54'0	53'0	53'5	53'5
18 „ ♂	56'0	55'5	56'0	55'0	55'0	54'2	54'0
23 „ ♀	55'5	55'0	54'0	54'5	54'0	54'7	54'0
27 „ ♂	55'0	54'5	55'0	55'5	55'3	54'3	54'6
14 „ ♀	55'8	55'0	54'6	54'5	55'0	54'5	53'8

A luposus szövetnedvben ezek szerint feltűnően csökkent, illetőleg a tributyrin módszerrel már alig érzékelhető mennyiségű a lipase ferment. Ugyanis, amíg gyorscseppszámlálónkkal mérve a normalis bőrből készült extractum cseppszámdifferentiája az első óra végén átlag 7–8-nak felelt meg, addig a luposus szövetextractumnál ugyanezen idő alatt ez a differentia csak 0–2 csepp között váltakozott.

A tuberculosis verrucosa cutis-os szövet lipasetartalma.

Kor, nem	Rög-tön	15	30	45	60	90	120
		p e r c m u l v a					
23 éves ♀	55'5	55'0	56'0	54'5	53'5	54'0	53'0
26 „ ♂	56'0	55'0	55'0	55'0	54'2	54'7	53'5
29 „ ♂	55'4	55'5	55'0	54'4	54'0	54'4	54'5
32 „ ♀	55'5	55'0	55'2	54'2	54'0	53'7	52'0
24 „ ♂	56'0	56'0	55'4	54'0	53'5	54'2	52'5

Amint a táblázatból kitűnik, tuberculosis verrucosa cutisnál is feltűnően nagy fokban csökkent a beteg bőrszövetben a lipase. Az első óra végén ugyanis, vizsgálati módszeremmel, a normának megfelelő 7–8 cseppkülönbség helyett 1'1–3'5 között váltakozó számot nyertem.

Amíg tehát a jóindulatú tüdő (*Kollert* és *Frisch*), illetőleg bőrtuberculosisban (*Somogyi*) szenvedő egyéneknél a vérsavó lipasetitere magas, addig magában a kóros bőrszövetben erősen csökkent, illetőleg a *Róna-Michaelis*-féle tributyrin módszerrel már alig kimutatható mennyiségben van lipase jelen. Ez a lelet teljesen összeegyeztethető, részben megerősíti, részben pedig kiegészíti *Kollert*, *Frisch*, *Caro*, *Much* vizsgálati eredményeit. Ha ugyanis elfogadjuk, hogy a lipase, akár specifikus antitestszerű, akár specifikus (*Falkenheim-György*) chemiai reactio módjára köti, teszi hatásatlanná a tuberculosisbacillus toxinjait, nagyon is

természetesnek látszik, hogy a toxin támadási helyén, ahol a toxinkötés a legintensívebb, megkevesbedett a védőszerepet játszó lipase fermentum. De ezek a leletek megerősítik *Falkenheim* és *György* vizsgálatait is. Utóbbi szerzők ugyanis azt mutatták ki, hogy a diagnostikus tuberkulin in vitro is inaktiválja a savólipase egy részét.

Per analogiam valószínűnek tartom, hogy más tuberculotikus szövetekben is, kevesebb a normalisnál a lipase. Mindenesetre érdekes volna ebből a szempontból megvizsgálni a normalis és a tuberculotikus tüdőszövet lipasetartalmát.

Irodalom: *Falkenheim-György:* Brauers Beitr. 53, 250. — *Frisch:* Ebenda 48, 15. — *Frisch-Kollert:* Ebenda 47, 146. — *Kollert-Frisch:* Ebenda 43, 305. — *Much:* Fortschr. d. Med. 1922, 329. old. — *Róna-Petow-Schreiber:* Klin. Wochenschr. 1922, 48. sz. — *Somogyi:* Derm. Zeitschr. 1925, 42, 342. — *Sparmann:* Derm. Zeitschr. 1924, 40, 15. — *Wohlgemuth-Yamasaki:* Bioch. Zeitschr. 1924, 142, 203.

A m. kir. Ferenc József Tudományegyetem szemklinikájának közleménye (igazgató: Ditrói Gábor dr. egyet. ny. r. tanár).

Kötőhártyahegesedés öröklött luesnél.

Írta: *Incze Antal dr.*, I. tanársegéd.

Az öröklött lues szemészeti vonatkozásának legfontosabb megnyilvánulása a keratitis parenchimatosa, amely a legkülönbözőbb antilueses kezelések mellett sem tartozik a megoldott kérdések közé, s éppen hosszadalmas lefolyása miatt nem mindig sikerül kielégítő eredményt elérni. Nem egyszer találkozunk szomorú sorsú betegekkel, akiknek látása alig haladja meg a vakság határát. Érthető tehát, ha e súlyos megbetegedés mellett kevesebb figyelem fordul a szem többi részeire s azok elváltozásai többnyire csak elméleti jelentőséggel bírnak; nem szólva azokról, amelyek gyógyíthatatlanságuk miatt nem igen kötik le az érdeklődést (amblyopiák, nystagmus, chorioretinitis, stb.).

Az itt következő esetek öröklött luessel kapcsolatban talált kötőhártyai elváltozásokat mutatnak, melyek nem bírnak ugyan az activ folyamat jelentőségével, de még a Wassermann-reactio birtokában sem tartunk ott, hogy nélkülözhetnők az öröklött lues stigmái által nyújtott diagnostikai segítséget.

Első eset, mely figyelmünket megragadta, a következő volt:

1. *V. K.* ötéves fiút súlyos keratitis parenchimatosa-val vettük fel a klinikára 1924 július 22-én. A szaruhártya tipikus elváltozásán kívül feltűnt, hogy úgy az alsó, mint felső szemhéji, s az alsó áthajlási kötőhártyák egész terjedelmükben lap szerint hegesek, ezüstfehérek. Wassermann-reactio ++++. Anyja előadja, hogy két évvel ezelőtt volt a gyermeknek szemgyulladás, amely váladékképződéssel járt, s pár nap alatt orvosi kezelés nélkül meggyógyult.

Bár a gyermek családjában trachomást nem találtunk, s a kötőhártyahegesedés sem volt a trachomára egészen jellemző — tarsus görbület, trichiasis hiánya — az esetet csak arra tartottuk jónak, hogy a későbbiekben figyelmünket ilyen irányban kiterjesszük.

2. *R. Gy.* 20 éves tanuló 1924 december 13-án jelentkezik az ambulantián fáradási panaszokkal. Optikai vizsgálat mindkét szemén kiskökű astigmatiát talált, szemfeneketek épek. A kötőhártyák vizsgálatánál a következőket találtuk: mindkét alsó áthajlás egészen a külső zugig ezüstfehéren, vékonyan, lapszerint heges, s a hegesedés éles széllel végződik a tarsalis kötőhártyán, körülbelül két mm-rel a szemhéjszéltől — utóbbi rész halványvörös színű, átlátszó. Az alsó áthajlásokból keskeny sымblepharon csík húzódik a részben szintén heges plica semilunarisokhoz. Bulbaris és felső szemhéji, valamint áthajlási kötőhártyák épek. A talált

kötőhártyai elváltozások alapján feltett kérdéseinkre elmondja, hogy anyjának három gyermeke halva született, a megejtett Wassermann-reactio pedig ++++ volt. Egyéb stigmák közül csak Hutchinson fogakat találtunk.

3. *Cs. J.* 17 éves cipészinas 1925 szeptember 29-én jelentkezik bal szemén keratitis parenchimatosaival. Kötőhártyák állapota következő: jobb alsó áthajlásban belül lenesényi fehér heg, mely a plica semilunarisához keskeny csíkkal rögzül; az áthajlás halántéki fele szabad. Bal alsó áthajlás egész kiterjedésében finoman, lapszerint heges, a tarsalis kötőhártya szemhéjszél felé eső részlete azonban keskeny csíkban ép. Ezen az oldalon is keskeny sымblepharon csík húzódik a plica semilunarisához. Felső szemhéji és áthajlási kötőhártyák épek. Bal alsó szemhéjszél közepén körülbelül 3 mm széles distichiasis. Wassermann-reactio ++++ Egy halva született testvér. Más stigmája nincs.

4. *F. L.* 17 éves napszámos 1926 február 17-én jelentkezett mindkét szemén keratitis parenchimatosaival. Kötőhártyák: mindkét alsó áthajlás belső fele fehéren heges. A többi kötőhártya részek szabadok, épek. Wassermann-reactio ++++ Hutchinson fogak, száj körül sugaras rhagadok.

5. *Z. A.* 12 éves tanuló 1926 március 26-án jelentkezik keratoconjunctivitis lymphatica oculi dextri-vel az ambulantián. Kötőhártyák: mindkét alsó áthajlás lapszerint, fehéren heges. Alsó tarsalis kötőhártyák szemhéjszél felé eső keskeny csíkja ép. Jobb felső tarsalis kötőhártya is heges egyes szigeteken. Nyereg orr, Hutchinson fogak, száj körül sugaras hegek. Két halva született testvér. Wassermann-reactio: negatív.

Legutóbbi és 2. esetünk érdemes a különösebb hangsúlyozásra. Az 5. sz. leányka tipikus öröklött lueses külsővel, lueses anamnesissel, ahol az öröklött vérbaj a negatív Wassermann-reactio dacára is, kétségtelen. Példája annak, hogy a serologiai vizsgálat nem mindig elégséges az öröklött lues felismerésére, s *Igersheimer* is több szerzőt sorol fel (*Bauer*, stb.), akik szerint öröklött luesnél lehet negatív a Wassermann-reactio, ha nincsenek lueses tünetek, s az pozitív vá válhat, ha utóbbiak megjelennek. 2. sz. esetünk érdekességét az adja meg, hogy más gyanújel nélkül, éppen a leírt kötőhártyai elváltozások leplezték le öröklött luesét.

A fenti elváltozásokat összefoglalva, meglehetősen egységes klinikai képet alkothatunk:

1. Az alsó áthajlásnak teljes, vagy részleges, de a belső zugban minden esetben meglévő, legtöbbször igen finom, de jól feltűnő, ezüstfehér, lapszerinti hegesedése, amely sohasem éri el a szemhéji kötőhártya egész terjedelmét, hanem utóbbinak szemhéjszéli, ép részétől éles széllel megkülönböztethető.

2. A plica semilunaris gyakran, legalább részben, szintén heges s ilyenkor rendszeren keskeny csíkkal összetapadt az alsó áthajlás heges részletével.

3. Ritkán vesz részt a hegesedésben a felső tarsalis kötőhártya, s ott az rendszeren kisebbfokú s csak szigeteken található.

4. Fenti hegesedésekkel kapcsolatban sohasé láttuk a pillavázak elgörbülését, vagy a pillaszőrök helyzetének megváltozását.

Az öröklött luessel való összefüggésüket valószínűvé tesz a következők: 1. minden egyes esetben kimutatható volt annak jelenléte, s a Wassermann-reactio is csak egy esetben volt negatív, itt azonban az anamnesis és más stigmák tették azt kétségtelenné; 2. sohasé találtunk hasonló hegesedést öröklött lues jelenléte nélkül.

Nehezebb felelni arra a kérdésre, hogyan jöhettek létre a fenti elváltozások.

Az irodalomban *Igersheimer* említ hasonló esetet egyet, ahol a ¼ éves gyermek bal felső tarsalis kötőhártyáján igen finom sugaras hegesedést lehetett látni, amely azonban a sulcus subtarsalisban helyet foglaló

kis fekélyből indult ki s végeredményben a tarsus megörbüléséhez és trichiasishoz vezetett. Ismerősök továbbá igazi papulák, vagy gummák is a kötőhártyákon öröklött luessel kapcsolatban, ezek azonban mindig olyan feltűnő izgalmi jelenségekkel járnak, amikről a mi betegeink, vagy azoknak szülei, tudnának; bár a papulák kedvenc helyének *Wildbrand* és *Staelin* éppen *plica seminularis*t tartják, s két esetünkben azok hegesen összenöttek az alsó áthajlással.

A szövettani kép, bár nem specifikus, mint ahogy a lueses hegek képe csak ritkán mutat jellegzetes elváltozásokat, de mindenestre igazol annyit, hogy nem a *Wildbrand* és *Staelin*-féle „halványságáról“ van szó a kötőhártyáknak.

Feldolgozásra az 5. sz. esetünk jobb szemének alsó áthajlásából metszettünk ki lenesényi darabkát, s a következő képet kaptuk:

„A többrétegű laphám helyenként szakadozott, s alatta közvetlenül sok helyen lymphocytás és leukocytás beszűrődés látszik. A hám alatti kötőszövet helyenként hyalinosan elfajult.“

Az is kétséges, hogy extrauterin folyamat következménye, a fenti klinikai kép, hiszen v. *Bab* és mások, a lueses foetus szemének minden részében találtak spirochaetát, a lense és üvegtest kivételével, s így nem zárható ki, hogy a kötőhártyák betegsége már az intrauterin életben lezajlott. Mindenesetre szükséges öröklött lueses ujszülöttek és csecsemők ilyen irányú vizsgálata. A gyermekklinika szívességéből jelenleg folytatjuk is ezeket, de eddig hasonló leletet nem találtunk. A felső tarsalis kötőhártyái hegek létrejötte elképzelhető, esetleg tarsitisek következményeként, mint *Igersheimer* esetében is, ezzel szemben áll azonban az, hogy az elváltozások leginkább az alsó áthajlási kötőhártyán vannak. Ez a körülmény arra látszik utalni, hogy talán az öröklött lueses náthának lehet szerepe a kórkép létrejövételében. Az ornyálkahártya súlyos megbetegedése ilyenkor kiindulása lehet a könnyutak következményes megbetegedésének (*Chaillous*, *Terson*, *Antonelli*, stb.). A könnylevezetés átmeneti zavara a jelenlevő, s a kötőhártyazsákba innen felvándorló spirochaetákkal pedig okozhat olyan chronikusan lezajló gyulladást az adenoid rétegben, melynek eredményeképpen ezek kisebb-nagyobb fokú hegesedése bekövetkezhet. Vizsgálatainkat ilyen irányban folytatni kívánjuk.

A miskolci „Erzsébet“-kórház belgyógyászati osztályának közleménye (igazgató: Köllner Károly dr. m. kir. egészségügyi főtanácsos).

Légmellkészítés egyszerű módszere.

Írta: *Henszelmann Aladár dr.* egyetemi m. tanár, kórházi főorvos.

A légmellkészítésnek *Forlanini* által kezdeményezett és különösen *Saugmanntól* tökéletesített szúrási módszere kórházi osztályunkon másfél év óta jelentős egyszerűsítést nyert.

E technikai egyszerűsítésre bennünket főként a használatban lévő eszközök eléggé komplikált volta, könnyű romlékonysága és leginkább a manométerleolvasás megbízhatatlansága vezetett.

Valamennyi használatos készüléknek tudvalevőleg talán legfontosabb alkotórésze a higany- vagy legtöbbször vízmanometer, melynek rendeltetése részben a pleurarisbe való bejutást jelezni, részben a gáznyomás mértékét mutatni. Aki légmellkészítéssel gyakrabban foglalkozik, azt hiszem, igazat fog adni annak megállapí-

tásában, hogy a manometerek a fenti két feladatnak csak részben, vagy nem mindig tesznek eleget. Innen van az, hogy a kezdők, a készülékkel való bánásmód egyszerűségében csalódva, elkedvetlenednek s a további kísérletezéstől, a betegek nagy kárára, elállanak.

Próbálgatásaink megmutatták, hogy a manometer használata s általában minden különleges eszköz nélkülözhető s a légmellkészítést, mondhatni, sémássá tehetjük. Ez utóbbi azonban csupán látszólagos, mert ha töltéseinket átvilágítással ellenőrizzük, a legtökéletesebb individualizálásnak tehetünk eleget.

Mi teszi véleményünk szerint a manometer használatát fölöslegessé?

1. Igen sokszor nem mutatja biztosan és hirtelen a pleurarésbe jutás pillanatát, mert a kilengései a légzés folytán ingaszerűek és sokszor nem eléggé meggyőzően kitérők. Erősen indurált, vagyis csökkent rugalmasságú tüdő és összenövések, tehát csak részbeni szabad pleurarés esetében a manometerkitérések különösen csekélyek. Megtörtént nem egyszer, hogy a manometer által megtévesztve, bőr- vagy izomalatti emphysemát okoztunk.

2. Mivel a túlnyomás veszélyei már 0 körül mutatkozhatnak s különben is a Röntgen-vizsgálatok tanúsága szerint gátorüregeltolás vagy rekeszlelapítás már 200–300 cm³ levegő befúvásakor is előállhat, ily esetekben is megtévesztő tehát a használata. Különben is újabban tudvalevőleg 500 cm³-nél többet egyszerre ritkán juttatunk a mellhártyaüregbe, inkább kisebb (500 cm³) adagokkal, amelyek túlnyomást nem okoznak, gyakrabban csinálunk utántöltést és mindig az átvilágítás ellenőrzésével.

3. Az egyik legnagyobb veszedelemre, t. i. felületesen fekvő cavernák fenyegető áttörésére, illetőleg ennek lehetőségére amúgyis csak az átvilágítás figyelmeztet.

Ha tehát a manometer használata felesleges, úgy minden szokásos specialis légmellkészítő műszer is nélkülözhető, feltéve, hogy a pleurarésbe jutás jelzőjéül más eljárást találunk és a túlnyomás elkerülésére, illetőleg a tüdő összenyomatásának anatómiai mérésére az átvilágítást fogadjuk el, mint legmeggyőzőbbet, s olyant, melyben sohasem csalódtunk.

A pleurarésbe jutásról módszerem szerint a következőképpen győződünk meg minden alkalommal.

A hónaljvonalak III–V. bordaközének kültakaróját gyengén megfagyasztva, nehogy keményebb jégkéreg a szúrást zökkenőssé tegye, egyszerű, vékony rekordtüvel, melyre cérnával rövid gummicső toldalékot erősítettünk (s az egész berendezést kémcsőben felforralással fertőtlenítettük), könnyű kézzel vezetve, a lágyrészeket keresztüldöfjük, miközben a beteggel folytonosan és elég mélyen lélegeztetünk. Mihelyt a pleurarésbe értünk, jól hallható módon, néha csak közelben tartott fülünkkel, olykor messzire hallhatólag is, belégzési levegőbeáramlás okozta sípolásféle hang keletkezik. Utóbbinak magyarázata a pleuralis szívás, mely belégzéskor nagyobb s ilyenkor nemcsak a tüdőt feszíti és nyújtja, okozván a mellüregi negatív nyomást, hanem az atmosphaerás levegőre is szívólag hat. Részlegesen szabad pleurarés esetében a zörejt kevésbé hangos és nem sípolás, hanem szörtyözörszerű. Ellenpróbája a befogott orr-száj esetében gyakorolt kilégzés, midőn is a már néhányszori belégzéssel bekerült levegő a pleurarésből a tűn keresztül szintén hallhatólag távozik. E módszerünk teljesen megbízható. Egy esetünkben sem vezetett félre.

Első alkalommal, alaptöltéskor, hacsak a beteg erősebb mellkasi fájáról nem panaszkodik, melyet a

tüdő leválása, mellhártyai összenövészek feszülése és ezek szakadása okozhat, 300, még gyakrabban 500 cm³-t s ezentúl — mindig átvilágításos ellenőrzés mellett — másodnaponként 500—500 cm³-t, tehát egy hét alatt körülbelül 1½ liter levegőt adunk. A további utántöltések előbb hetenkint, majd 2—3—4 hetenkint főleg a Röntgen-lelet adta szükség alapján történnek. Ha az alaptöltéskor erősebb fájdalomjelzés van, a fentieknél kisebb levegőmennyiség befúvása is elegendő.

Felesleges vastag rekordtűt választanunk, mert utóbbi esetben a szúrás fájdalmasabb s a légmellkésztés befejeztével főként köhögésre utólag bőralatti emphysema támadhat.

E vázolt módszerrel mindenféle instrumentarium feleslegessé válik. Bárki nagyobb gyakorlat nélkül is csinálhatja, ambuláner végezhető, sőt megfelelő elővigyázatossággal sürgős, pl. erős haemoptoë parancsolta esetben első alkalommal, alaptöltésül Röntgen nélkül is végezhető.

Százegyhány eset egyikében sem volt semmiféle szövödményünk.

ÖSSZEFOGLALÓ ISMERTETÉSEK

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem III. sz. belklinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr., egyet. ny. r. tanár).

Gyakorlati szívfunctionalis vizsgálatok.*

Írta: Vitéz Gönczy István dr.

Azon legfontosabb kérdések, melyek a gyakorlat szempontjából tekintetbe jönnek s amelyek kérdéseknél kielégítő megoldása tulajdonképpen csak functionalis szívdiagnostikánk tökéletesedésétől várható, a következők:

1. Mekkori az a physikai munka, melyet elbír a szív, anélkül, hogy *keringési insufficiencia* jelentkeznék? Erre a kérdésre adott, megközelítőleg pontos felelet a szív tartalékerejéről nyújtana felvilágosítást.

2. Vajjon az a megterhelés, amelyet a beteg életmódja szívére nézve jelent, nem haladja-e meg szívének tartalékerejét? Ennek a kérdésnek megbízható megoldása módot nyújtana nekünk arra, hogy betegünk életmódját a szív maradék tartalékerejéhez képest szabályozzuk.

Az a functionalis szívdiagnostika, amelynek segítségével ezekre a kérdésekre választ tudnánk adni, módszerét tekintve bizonyos fokig azon eljáráshoz hasonlítana, amelyet diabetikus betegeinknél a tolerancia meghatározásakor, továbbá a vizeletvizsgálat alapján történő folytonos megfigyelésük alkalmával szoktunk követni.

Természetesen ezek a functionalis szívvizsgálatok a decompensatio stadiumban lévő betegeknek értéktelennek lennének. Ebben a stadiumban a klinikai tünetek éppen elegendő mondanak. Mégis ezt a stadiumot chronikus szívbetegknél egy átmeneti stadium előzi meg, melyben a keringési rendszer mérsékelt megterhelést még zökkenő nélkül elbír, de súlyosabb követelményeknek megfelelni már nem tud.

A beteg viselkedése ebben az átmeneti stadiumban, a *relatív keringési elégtelenség szakában*, döntő fontossággal bír jövőjére nézve s éppen ebben a stadiumban mondják fel a szolgálatot functionalis szívvizsgálati methodusaink, amikor arra a kérdésre kere-

sünk választ, milyen mértékben korlátozandó betegünk szabadsága. Hiszen maga *Mackenzie*, a kiváló szívpathologus mondja, hogy „minden mérték, amivel a szív tartalékerejét mérjük, nagyon subjectiv, minthogy minden egyes ember önkénytelenül is tudatában van annak a munkának, melyet kényelmesen el tud végezni, és annak is, melyet csak megerőltetéssel tud elvégezni”.

Ha azonban tovább akarunk jutni, mint ahogy az a beteg subjectiv tapasztalatai alapján lehetséges, akkor a következőket kell tekintetbe venni. A szív túlterhelése kétféle lehet. Acut túlterhelés, melynek subjectiv jelei munkadyspnoë, szívdobogás. Következmenyei a túlterhelést követő nyugalomban többé-kevésbé gyorsan eltűnhetnek. Másrészt a napi munka a maga összességében a szív teljesítőképességét akkor is meghaladhatja, ha az acut túlterhelés világos jelei hiányoznak. Ha ez áll, akkor várható, hogy a szervezet belső állapota, milieu intérieurje, amennyiben ez a keringési szervek egyensúlyától függ, este más, mint reggel. Ha most reggeltől estig ebben változás állna be, akkor két eset lehetséges. Vagy elegendő az éjjeli nyugalom ahhoz, hogy a nappal lassanként kifejlődő egyensúlyzavar reggelre kiegyenlítődjék, akkor a szervezet belső állapota reggelig újra normalis lesz. Vagy ez a kiegyenlítődés tökéletlenül sikerül, akkor a következő nap a beteg szervezetére nézve kedvezőtlenebbül kezdődik, mint a megelőző. És ha a beteg életmódja nem felelt meg tökéletesen szíve erejének, akkor a szív túlterhelésének következményei lassanként olyan fokot érnek el, hogy a szív előbb-utóbb decompenzálódik.

A functionalis szívdiagnostikának feladata éppen az lenne, hogy a jelenségek ezen kissé sémás láncolatához, amennyire lehet, alkalmazkodjék, ezeknek a menetét lehetőleg pontosan kövesse s időnként egy-egy intést adjon a beteg szabadságának a korlátozására.

Hogy ezt a magasra kitűzött célt megközelíthessük, *Korányi Sándor* szerint a következő szempontokat kell figyelembe venni:

1. A tartalékerő mértékéül lehetőleg olyan megterhelés választandó, ami a beteg napi munkájának alkotórészét képezi.

2. Olyan methodusokra van szükségünk, amelyek érzékenyebbek és megbízhatóbbak azon subjectiv és klinikai tüneteknél, amelyek a keringés ingadozásait jelzik.

Az alábbiakban három módszerünket lesz alkalomunk bemutatni, amelyek a szív funkciójának vizsgálatára vonatkoznak. Ezek közül legalább az egyik a fenti követelményeknek teljes mértékben megfelelőn látszik.

I.

Az első módszer azon időtartam meghatározásában áll, ameddig a beteg lélegzetét nyugalomban és mozgás után vissza tudja tartani.

Testi munka az oxygenszükséglet és a keringési sebesség fokozódásával jár. Mentül jobban elmarad utóbbi a szükséglet mögött, annál erősebben ingerli a CO₂ a légzőcentrumot s annál kevésbé tudja a beteg, akárhogy akarja is, lélegzetét visszatartani. Természetesen, ilyenkor fennmarad egy factor, amivel a kísérletek végzésénél számolni kell s ez az egyénről egyénre változó akaraterő. Tapasztalataink mégis arra mutatnak, hogy a methodus, dacára annak a korlátozásnak, ami megbízhatóság tekintetében az előbbiekből következik, értékes módon egészíti ki a többi szívfunctionalis vizsgálati módszereinket.

Kísérletünkkel a következőképen járunk el:

Egy-két napon keresztül reggel megállapítjuk azt az időt, ameddig a beteg fekvő helyzetben a lélegzetét

* Előadatott Nauheim-fürdőben az 1926. évi május hó 21-én tartott orvosi továbbképző tanfolyamon.

vissza tudja tartani. Azután következik a megterhelési próba, amely abból áll, hogy a beteg egy 11 m hosszú termen kétszer oda és vissza megy, és pedig oly gyorsan, hogy az út ne tartson tovább 30–32 másodpercnél.

A járás befejeztével felszólítjuk a beteget, hogy álló helyzetben tartsa vissza a lélegzetét. A lélegzés visszatartását egy mély belélegzés és egy mély kilégzés előzi meg.

Vizsgálataink szerint egészséges ember lélegzetét fekvő helyzetben átlag 25–35 másodpercig tudja visszatartani, fenti munka után 17–22 másodpercig. Positívnek vettük a próbát akkor, ha a beteg lélegzetét ismételt vizsgálatok alkalmával csak 12–13 másodpercig, vagy ennél rövidebb ideig tudta visszatartani.

Hibák, amelyek a vizsgálat alkalmával előfordulhatnak, a következők: a beteg a kilégzés után kissé belélegzik s azután tartja vissza a lélegzetét; továbbá a beteg az orrán keresztül alig észrevehető módon lélegzik. Ezt a hibát könnyen elkerülhetjük azáltal, hogy a beteget a vizsgálat alatt állandóan figyeljük.

Egy másik hibaforrás az, hogy a beteg nervosus eredetű okokból korábban fejezi be az apnoét, mintsem objektive dyspnoés lenne. Ezt és ehhez hasonló functionális gátlásokat verbális suggestióval fáradságosan, de legyőzhetjük. Ha a kapott értékek eltérnek egymástól, akkor az utolsókat fogadjuk el véglegesnek, arra gondolva, hogy a beteg a későbbi próbáknál biztosabban uralja a technikát s így megbízhatóbb eredményt szolgáltat. S ha a próba kivételét még ezek után is subjectívnek gondoljuk, akkor legyen szabad hangsúlyozni, hogy a próbáknál nem finomabb árnyalati különbségek mérlegeléséről, hanem nagyobb eltérések megítéléséről van szó. A légzésvisszatartási próbát eddig több mint 270 esetben végeztük; olyan szívbetegéknél, akik kompenzáltak voltak, vagy a decompensatio határán állottak; ezek közül 136 esetben pozitív eredménnyel.

Eseteink között volt olyan több, akiknél a próba differentiál-diagnostikai segédeszköz gyanánt is bevált s mint ilyen, értékes methodusnak bizonyult.

Ennél a próbánál a beteg egy erőltetett be- és kilégzés után tartja vissza a lélegzetét, miáltal tudatosan kirekeszt mindennemű, légzőcentrumát érő reflexingerületet. Így légzőcentrumának izgalmi állapotát csak a vérgázok fogják szabályozni, melyeknek koncentrációja viszont a keringés sebességétől, végeredményében pedig a szív jóságától fog függni. Ha a keringés lassúbb, a vérgázok koncentrációja hamarabb éri el azt a fokot, amelyen az inspiriumnak a beteg akarata ellenére szükségképpen be kell következni.

Igy hozhatjuk összefüggésbe a szándékos apnoés szaknak a hosszúságát a keringés és a szív jóságával.*

II.

A latens decompensatio másik megnyilvánulása gyanánt a nappali kóros testsúlynövekedést ismertük meg. Ennek a vizsgálata a következő megfontoláson alapszik:

A vizeletválasztás többek között két tényezőtől függ. Az egyik a felvett víz mennyisége, a másik a keringési sebesség. Egészséges embernél, kinek keringési szervei pontosan alkalmazkodnak a szükséglethez, a vizelet mennyiségének ingadozása csak a felvett folyadék mennyiségétől fog függni, míg keringési elégtelenségnél a vizelet mennyiségét az insufficiencia súlyosságától függően inkább a keringés sebessége fogja megszabni.

Ha a keringés elégtelensége elér egy bizonyos fokot, akkor a felvett folyadék egy része nappal reti-

neáltatik a szövetekben és csak éjjel ürül ki, szaporítván az éjjeli vizelet mennyiségét. Az incompensatio tehát két dologban fog nyilvánulni, egyrészt a normalisnál nagyobb nappali testsúlyemelkedésben, másrészt nycturiában.

A nappali kóros testsúlyemelkedés és a nycturia tehát ugyanezen kóros folyamatnak kétféle megnyilvánulása. A nappali kóros testsúlyemelkedés meghatározásával tulajdonképpen a nappal visszatartott és éjjel elkésetten kiürített vizelet mennyiségét mérem. Az előbbi módszer azonban érzékenyebb, egyszerűbb, kivitele könnyebb a betegre nézve s ami fő, segítségével pontosabban ellenőrizhetem a beteg életmódját, főleg akkor, ha a vizsgálatot evéstől és ivástól függetlenné tudom tenni, vagyis ha a reggeli és a vacsora előtti testsúlyt hasonlítjuk össze.

Magának a vizsgálatnak a kivitele a következőképpen történik: A vizsgálati napokon a beteg két órát sétál délelőtt, két órát délután. Testsúlyát lemérjük reggeli előtt 8 órakor és vacsora előtt 6 órakor. Diaetája sötétlenül készül, azonban 4 g konyhasót kap külön az ebédhez és külön a vacsorához. A vízfogyasztást nem korlátozzuk. A vizsgálat rendszerint három napra terjed, szükség esetén 1–2 nappal többre. Abban az esetben pedig, ha a vizsgálat kétes eredményt adna, akkor pár napi ágynyugalom után újra megismételjük. Nagyfokú obstipatio esetén székről a vizsgálat megkezdése előtt gondoskodni kell.

Számos egészségesen végzett vizsgálataink alapján pozitívnek tekintjük a próbát akkor, ha a testsúlyemelkedés reggeltől estig 1 kg, vagy annál több lenne.

Vizsgálatainkat látszólag kompenzált és inkompenzált vitium cordisban, illetőleg myodegeneratio cordisban szenvedőkön végeztük. Inkompenzált betegeken azért, hogy a próba érzékenységet megállapítsuk. Inkompenzált betegeinket természetesen nem járattuk, náluk a megterhelést csak az evéssel és ivással járó változások képezték.

Inkompenzált betegeink egy részénél a testsúlyvizsgálat pozitív, másik részénél negatív eredménnyel járt. Utóbbiak között voltak olyanok, kik pangásos gyomorhurutjuk miatt táplálkozni nem tudtak s kiket emiatt megterhelni nem lehetett. Míg az idetartozó betegek másik részénél, kik cardialis kezelés után voltak, a szív rezervereje a kezelés következtében annyira helyreállott, hogy a nyugalomban lévő szervezet szükségleteit már fedezte, de a mozgó szervezet követelményeinek még nem tudott volna eleget tenni.

Kellőképpen ezeket a betegeket sem tudtuk tehát megterhelni, kiket járattatni labilis compensatiójuk miatt nem lehetett, s ezért kaptunk ezeknél is negatív eredményt.

A többi inkompenzált betegeknél pozitív súlygörbét kaptunk. Ezek között voltak olyan, igen súlyos állapotban lévő betegek, kiknél a nappali testsúlyemelkedés nemcsak 1 kg-nál jóval nagyobb volt, hanem testsúlyuk reggel alig különbözött az előző esti testsúlytól. Ezeknek a súlygörbéje a typhusos lázgörbéhez hasonlóan lépesőzetesen emelkedett egész az exitusig.

Inkompenzált szívbetegéknél nyugalomban és sószegény diaeta mellett, szóval jóval csekélyebb megterhelésre — mint láttuk — ugyanazt a kóros testsúlyemelkedést kaptuk, mint a látszólag kompenzált betegeinknél. A megterhelésben rejlő nagy különbség mutatja a szív rezerverejének azt a mértékét, amely a látszólag kompenzáltaknál még megvan, míg inkompenzáltaknál már hiányzik.

Ezenkívül 282 kompenzálnak látszó vitium cordis, illetőleg myodegeneratio cordisban és nephrosklerosis-

* Fentieket bővebben táblázatokkal együtt lásd O. H. 1924, 39. számában.

ban, hypertóniában szenvedő betegen végeztünk testsúlyvizsgálatokat, ezek közül 170 esetben pozitív eredménnyel.*

Vizsgálati módszerünk megbízhatósága és jósága éppen azokban az esetekben tűnt ki, amikor annak a megállapítására volt szükség, hogy a beteg myocardiuma ép-e, vagy már degenerált.

Ezek között az esetek között volt sok olyan, ahol a beteg panaszai csak csekély munkadyspnoén kívül alig tartalmazott egyebet. Maga a vizsgálat esetleg kistokú aortaektasiát, esetleg configurált, nem nagyobb szívet mutatott, mást semmit. Hogy mindezek mögött egy csökkent funkcióval bíró myocardium lappang, annak a megállapítása az orvosra és a betegre nézve eminens fontossággal bír. Eddigi tapasztalataink alapján mondhatjuk, hogy ez methodusunk segítségével a legtöbb esetben meglehetősen biztossággal sikerült is.

Ezzel az eljárással azonban nem csupán a latens decompensatiót tudjuk idejében kideríteni, hanem ennek különböző fokozatait is felismerhetjük.

1. Így vannak olyan szívbetegség, akiknél 2–3 napi fektetés után a megterhelés legelső napján kóros testsúlygörbét kapunk, ami a következő vizsgálati napokon normalis lesz. S ha most a vizsgálatot újra megismételjük, ismét ugyanazt az eredményt kapjuk. Ezeknek a statusa csak configurált cort, esetleg aortaektasiát tüntet fel, mindennemű pangásos tünet nélkül.

Ezek azok a betegek, kiknek a szívizma talán ép, azonban accomodációs képessége gyöngé. Ezeknek a betegeknek csak kellő gyakorlásra van szükségük, hogy szívük ezáltal olyan teljesítőképességű legyen, mint amilyen egészséges embereké.

2. Van a szívbetegségnek egy másik csoportja, kiknél csak a harmadik, negyedik megterhelési napon kapunk pozitív eredményt. Ezek szívdobogáson kívül egy kistokú munkadyspnoé miatt is panaszkodnak. Statusukból kiemeljük az alig dilatált cort, melyhez a pangásos csekély jelei csatlakoznak (kissé tapintható máj).

Ezeknek a betegeknek a szívizmuk már nem ép. Ezek elértek a decompensatio első állomásáig. Hogy ebben a stadiumban mennyi ideig maradnak meg, az függ orvostól és betegről egyaránt. Orvostól annyiban, hogy képes-e idejébe felismerni a bajt. A progressio megállítása azonban függ a betegről is, annyiban, hogy le tudja-e vonni az összes konzekvenciákat, melyek bajának megállapításából reá nézve következnek és meg tudja-e megszokott életmódját célszerűen és esetleg gyökeresen változtatni.

3. A szívbetegség egy harmadik csoportjánál már a megterhelés első napján pozitív testsúlyreakciót kapunk, mely a vizsgálat folyamán vagy végig megmarad, vagy a második vizsgálati napon negatív lesz, majd a harmadik napon újra pozitív. Ilyenkor a megterhelést a beteg fokozódó légzési nehézségei és szívűtői oppressziós érzései miatt kénytelenek vagyunk abbahagyni. Statusukban mindkét irányban kistokúban nagyobb cort, pangásos májat, esetleg lient is, továbbá cyanosist találunk. A betegek panaszai is a munkaképesség olyan mérvű csökkenését mutatják, ami teljesen fedi a testsúlyvizsgálat eredményét. Ezeknek a betegeknek már progressióban lévő myodegeneratio cordisuk van. Már túl vannak a kezdeti stadiumon, azon a stadiumon, amikor panaszai esetleg még egyáltalán nincsenek. Elértek arra a fokra, amikor már maguk is betegnek érzik magukat. Ezek azok, akikre *Mackenzie* gondol, akik maguk is érzik és tudják, hogy munkaképességük már nem a régi. Ezekkel szemben az orvos

is könnyebb helyzetben van; sokkal biztosabban felismerheti azt, hogy betege egy lejtőhöz közeledik, amelynek a végén a teljes decompensatio áll oedemákkal, orthopnoéval, cyanosissal, stb. Viszont a beteg is hajlékonyabb, könnyebben aláveti magát az orvos rendelkezéseinek.

A decompensatióban benne lévő szívbetegség már gyógyszeres kezelésre szorulnak, éppúgy, csak távolról sem oly mértékben, mint a teljesen decompenzáltak.

Ezen cardialis kezelés bevégeztével a szív rezervereje a decompensatio fokához és a betegek vitalitásához mértén visszatér és a betegek a reconvalescencia stadiumába jutnak.

A teljesen decompenzált és a decompensatio kezdetén álló szívbetegség ezen reconvalescenciája az orvost azon nehéz probléma elé állítja, meg tudja-e betegének pontosan mondani, hogy szíve mennyit bír el s hol van a határ, amelyet a beteg nem léphet túl, anélkül, hogy állapotát veszélyeztetné.

Az az eszköz, mely nekünk rendelkezésünkre áll, hogy ezt a határt megállapítsuk, a nappali testsúlyingadozás vizsgálata. A módszer alapját képező gondolat *Korányi Sándortól* való és ez a következő:

A keringési sebesség csökkenése, mint a keringési elégtelenség közvetlen következménye, só-, illetőleg vízretentióhoz vezet. Ha tehát egy szívbetegnél, kit valamely physikai munkával megterhelünk, vagy aki a napi munkáját végzi, kóros testsúlyemelkedést találunk, ez azt fogja bizonyítani, hogy szíve a reá rótt feladatot nem oldotta meg tökéletesen, s a testsúlyemelkedés nagysága megközelítőleg pontos számszerű kifejezése lesz a keringési szervek azon túlterheltségének, ami a szükséglet és teljesítmény között mutatkozó kedvezőtlen viszonyra vezethető vissza. „Az estig elért súlygyarapodás — *Korányi Sándor* szerint — úgy mérné a szívűködés elégtelenségét, mint a glykosuria a szénhidratok felhasználásának elégtelenségét.“

Tehát úgy, ahogy diabeteseseknél a diatának megfelelő változtatásával megállapítjuk azt a cukormennyiséget, amelyet a diabetikus el tud égetni, úgy a felsorolt kategóriába tartozó szívbetegéinknél a megterhelés óvatos emelésével meg tudjuk határozni a munka azon maximumát, amelyet a szívbeteg el tud végezni, anélkül, hogy rontaná compensatióját. A módszerben mutatkozó analogia annál tökéletesebb, mert ahogy diabeteseseknél az éhez és a szénhidratszegény napokban kiváló eszközünk van a toleranciájuk megjavítására, úgy alkalmazhatjuk szívbetegéknél a fektetéssel kombinált *Karell-kúrát* azon célból, hogy munkatoleranciájukat emeljük.

Ezen munkatolerantia meghatározását a következőképpen végezzük:

Dekompenzált szívbetegét compensatiójának helyreállítása után és az olyan szívbetegét, kinél functionalis vizsgálattal megállapítottuk, hogy a decompensatio határán áll (2., 3. csoport), fokozatosan kétszer $\frac{1}{2}$, kétszer $\frac{3}{4}$, kétszer 1, kétszer $1\frac{1}{4}$, kétszer $1\frac{1}{2}$, kétszer 2 órai sétával terheljük meg s közben a fent leírt módon figyeljük nappali testsúlyingadozását. Ha azt látjuk, hogy a megterhelés valamelyik fokán káros testsúlyemelkedés mutatkozik, ugyanazt a megterhelést megismételjük. Positív esetben a beteget lefektetjük és toleranciájának javítása végett 1–2 napra *Karell-kúrára* fogjuk és utána ugyanazt a megterhelést megismételjük. Ha ezt a megterhelést már jól bírná, akkor a sétaidővel feljebb megyünk. Positív testsúlyreactio esetén a tolerantiát az előbbeni módon igyekszünk javítani, amíg el nem jutunk a tolerantia legvégső határáig. Ha ez kicsi lenne, vagy nem volna oly nagy,

* A megfelelő táblázatot, görbét, az egésztest bővebben lásd O. H. 1924. 42. számában.

mint amennyit a beteg napi szokásos munkája kitesz, akkor megpróbáljuk ezt physikalís gyógymódokkal (CO₂-fürdő), esetleg gyógyszeresen megjavítani.

Ezenkívül a próba praktikus fontossága abban is rejlik, hogy ha a beteg annyira van, hogy szabadabb életmódot engedélyezhetünk neki, akkor egy mérleg segítségével maga is megállapíthatja, hogy a napi munkával járó megterhelés nem haladta-e meg szívének teljesítőképességét. Így a beteg önmaga lehet öre compensatiójának.

Vizsgálati eljárásunk nagy előnye abban is rejlik, hogy segítségével a cardialis kezelés eredményét a munkatolerantia növekedéséből megítélhetjük.

T. i. vannak szívbetegek, kiknek compensatiójuk megfelelő kezelés után látszólag teljesen helyreállott. Testsúlyuk reggel megközelítőleg ugyanaz. Ha azonban testsúlyukat este is meghatározzuk, akkor azt látjuk, hogy az reggeltől estig több mint 1 kg-mal emelkedett. Ebből következik, hogy náluk napközben esékély keringési elégtelenség jön létre, amely éjjel többé-kevésbé kifejezett nycturia alakjában kiegyenlítődik. Ezeknél a betegeknek leggyakrabban a szándékos apnoë tartama is megrövidült. Ha szívfunctiójukat a szokásos methodusok alapján itéljük meg, akkor compensatiójukat túlbecsültük. Vizsgálati eljárásunk alkalmas arra, hogy éppen az ilyen túlbecsüléstől óvjon meg bennünket.

III.

A nappali testsúlyemelkedés megfelel annak a vízretentióknak, amely a szív túlterhelése következtében reggeltől estig felszaporodik s amely vízretentió megfelelő sóretentióval párosul. Következésképpen várható volt, hogy a látszólag kompenzált szívbetegeknek a nappali testsúlyingadozás vizsgálatából ugyanarra az eredményre fogunk jutni, mint akkor, amikor ezeknél a só- és vízkiválasztást figyeljük meg.

Vizsgálataink alapjául a Volhard-féle egynapos kísérlet szolgált, úgy, ahogy azt a vesefunctio vizsgálatánál szoktuk alkalmazni, azzal a különbséggel, hogy a Volhard-féle vacsorát két deci tejjel helyettesítettük és a beteg d. e. II órakor 5 g konyhasót kapott a szokásos 2 g konyhasón kívül. A kísérletek általában fekvő helyzetben történtek, egyes esetekben azonban, amikor így normalis eredményt kapunk s viszont gyanúnk volt latens decompensatióra, a kísérletet négy órai sétával kombinálva megismételtük.

Minden egyes vizeletportióban külön meghatároztuk a vizelet mennyiségén és fajsúlyon kívül a NaCl százalékos és absolut mennyiségét.

Az egynapos kísérletek eredményei alapján nagyjából azt a megfigyelést tehetjük, hogy latens decompensatióval a nappali pathológiás testsúlyemelkedés a konyhasó- és vízkiválasztás elhúzódsával, illetőleg csökkenésével jár, továbbá, hogy a kiválasztásnak ez az elhúzódsága, illetőleg csökkenése közbeiktatott séta után nagyobb mérvű, mint hogyha a beteg az egynapos kísérlet alatt fekszik. Vagy fekvő helyzetben hiányzik, míg ha az egynapos kísérletet sétával kötjük össze, újra kimutatható lesz.*

Végezetül vizsgálataink eredményét a következőkben foglalhatjuk össze:

1. Ha a szándékos apnoë tartama 12–13 másodperc vagy annál rövidebb, akkor a szív alkalmazkodási képessége csökken.

2. Ha a testsúlyemelkedés reggeltől estig 4 órai séta után és körülbelül 10 g konyhasót tartalmazó

dieta mellett eléri vagy meghaladja az 1 kg-ot, akkor ez azt bizonyítja, hogy a szív teljesítőképessége e nap folyamán végzett külső munkának nem felelt meg tökéletesen.

3. Azon nappali testsúlyemelkedés vizsgálata, amely bizonyos napi munka után mutatkozik, alapjául szolgálhat nagyjából a szív ú. n. munkatolerantiája meghatározásának.

4. Ha a szívbetegek többé-kevésbé szabad mozgást engedélyeztünk, akkor a methodust a beteg felhasználhatja arra, hogy életmódjának célszerűségét maga ellenőrizze.

5. A testsúlygörbe ingadozása ugyanazon életmód mellett lehetővé teszi nekünk azt, hogy bizonyos therapiás eredményeket, úgyszintén a szív functiójában beálló spontan ingadozásokat kimutassunk.

Végül hangsúlyozni kívánjuk, hogy az általunk javaslatba hozott methodusoknak egyetlen célja az, hogy segítségükkel a szív napi munkájának tökéletes vagy elégtelen voltát kimutassuk, szemben azzal a feladattal, amelyet a szervezet naponta a szívre ró. Ezzel szemben természetesen megtörténhetik az, hogy a próba negatívítása mellett, ami a szív hibátlan működését bizonyítaná, a kísérlet napján kisebb-nagyobb egyensúlyzavarok jelentkeznek, amelyek a rákövetkező nyugalomban kiegyenlítődnek. Egy ok a sok közül, ami megőrizz bennünket attól a hibától, hogy a javaslatba hozott methodusaink értékét túl ne becsüljük és alkalmazásuk esetén más vizsgálati eljárásokat is tekintetbe ne vegyünk.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Glukosemegterhelés utáni vércukorgörbék diagnosztikai jelentőségéről az ulcus pepticumnál és carcinománál. Scherk. (Klin. Woch. 1926. 32.)

Friedenwald és Grove amerikai szerzők voltak az elsők, akik gyomormegbetegedéseknél és különösen a gyomorráknál peroralis glukoseadagolás után megfigyelték a vércukorgörbe viselkedését. Míg egészséges embereknél 100 g dextrose elfogyasztása után a vércukor 45 percen belül körülbelül 0.04%-ról 0.16%-ra emelkedett és 2 óra alatt ismét leszállt a kezdeti értékre, addig a gyomor-béltractus carcinomás megbetegedéseknél már emelkedett kezdeti értékről (0.14–0.17%) 45 perc múlva 0.21–0.24%-ig emelkedett a vércukor és körülbelül 2 óráig maradt ezen a magasságon, vagy legalább is nem esett 0.20% alá. A gyomor-béltractus nem carcinomás megbetegedéseknél a vércukorgörbe nem különbözött az egészséges emberétől. Egészen ellenkező eredményekre jutott Le Noir, Metthieu de Fossey és Charlas Richet Fils. Hat gyomorcarcinoma-esetük közül csak egynél emelkedett a vércukor görbéje, a többi öt esetben normalis kezdeti érték mellett glukoseval való megterhelés után sem emelkedett a normalis érték fölé. Ezzel szemben 18 gyomorfekélyes beteg közül kilencnél a kezdeti érték 0.1% fölé volt és a megterhelési görbe lényeges emelkedést mutatott a normalis érték fölé. Azóta még sokan foglalkoztak ezzel a kérdéssel. A különböző kutatók sokszor ellentétes eredményei arra indították a szerzőt, hogy szintén végezzen ilyen kísérleteket. Egészséges egyéneken, ulcusosokon és carcinomásokon végzett pontos vércukormeghatározásokat glukosemegterheléssel. Vizsgálatainak eredményét a következőkben foglalja össze: 1. Carcinománál, általában és speciell az emésztőtractus carcinomás megbetegedéseiben szenvedőknél, a vércukorgörbe emelkedése elhúzódo volt. 2. Negatív eredmény nem szól biztosan carcinoma ellen. Rectum- és gyomorcarcinoma 1–1 esetében normalis volt a vércukorérték. 3. Vizsgálatainak jelenlegi

* Ez a rész legközelebb külön közleményben fog megjelenni.

állása szerint csak a positiv eredmény értékesíthető diagnostikus szempontból, de ez is csupán carcinoma gyanujánál, mint diagnostikus segédeszköz. 4. Uleus ventriculi és duodeninél, valamint benignus pylorus stenosisnál a görbék a normalis értékeken belül mozogtak.

Dvorák dr.

Az idiosynkrasia constitutiotípusai. H. Günther. (D. Arch. f. klin. Med. 152. köt., 21. old.)

Az idiosynkrasia valamely szervezetnek az a tulajdonsága, melynélfogva az bizonyos ingerekre olyan reactióval felel, amilyen normalis szervezetben egyáltalán nem támad. Míg az anaphylaxia az antigennel kezelt mindegyik egyénnél létrejön, addig az idiosynkrasia egyéni anormalis constitutiós készség tünete, mely a régebbi felfogás szerint előző sensibilizálás nélkül nyilvánul meg. A szerző azonban nem lát gyökeres ellentétet a kettő között és azt gondolja, hogy az idiosynkrasia sajátosság egyéni alkati eltérése alapuló szerzett anaphylaxia. Az antipyrin-idiosynkrasiára vonatkozó tapasztalatai és kísérletei alapján hangsúlyozza, hogy az idiosynkrasia egészen más, mint az antipyrinmérgezés. Az idiosynkrasiás reakciónak három típusát írja le: A „pyretikusok“ nagy lázzal és helyi vagy általános, rendszeren morbilli- vagy scarlatinászerű kiütéssel, néha enanthemával is reagálnak. Az „oxyphilek“ tünetei asthma bronchiale, bélhurut, mûlödema, urticaria, eosinophilia. A harmadik csoportot jellemzi a herpes labialis, oralis, genitalis. A szerző azt tapasztalta, hogy az idiosynkrasia antipyrin és származékai iránt mindig e szereknek hosszabb-rövidebb ideig való szedése után támad; a hatóanyag az antipyrin vagy valamelyik molekulacsoportja. Az idiosynkrasiás rohamot valószínűen nem közvetlenül az antipyrin váltja ki, hanem ennek hatására a szervezetben támadt cellularis elváltozás, valami idegen fehérje. Az antipyrin idiosynkrasia az érzékeny egyén savójával nem vihető át állatra, nincs passiv idiosynkrasia. A savó és gyógyszer intracutan oltása nem érzékeny egyéneknél nem okoz idiosynkrasiát, különösen általános reactio sohasem támad. A jódaene a szerző szerint nem idiosynkrasiás jelenség, hanem egyszerűen fokozott érzékenység, alacsonyabb ingerküszöb révén beálló enyhe mérgezés, amire különösen szív- és veseelégtelenség, vagy némelyik bőrbaj disponál; ez sem vihető át. Az idiosynkrasia constitutiós vonatkozásairól egyéb bizonyosat nem tudunk.

Perémy dr.

A cholin hatása vérkeringésre. E. Schliephake. (D. Arch. f. klin. Med. 152. köt., 113. old.)

A cholin általában a parasymphaticus-rendszerre hasonlóképpen hat, mint az adrenalin a sympathicusra. Keletkezésének helye bizonytalan, concentratioja a vérben 1:200.000—1:400.000. A szerző intravenásan adott rendszeren 0.04 g acetylcholin, néha bőr alá is fecskendezte. 37 egyént vizsgált, részben egészségeseket, részben extrasystolés, sinus-pitvari arithmiát, pitvarfibrillálást, vezetési arithmiát, thyreotoxicosist; hypertoniásoknál a vérnyomás változását figyelte. Registrálta a radialist, a jugularist, a szívhangokat és elektrocardiogramot készített. Figyelte a cholin egyéb hatásait is. Eredményei szerint a cholin hatása egészséges emberre megegyezik a vagusizgatás következményeivel állatkísérletben. Meglassul az ingerképzés, az ingerület átvezetése a kamrára, megváltozik a kamralengés alakja, heterotop ingerképzés áll be. Egyébként a befeekendést pár percig tartó elgyengülés, izzadás, nyálfolys, könyezés, a bőr kipirulása követi. Bőr alá adás lassúbb, de tartósabb hatást fejt ki. Szívujásoknál teljes és részleges blokkot, periodusképződést észlelt. A vérnyomás minden esetben csökken, különösen nagy mértékben hypertoniásoknál. Thyreotoxicosisos betegeken feltűnően enyhe volt a hatás.

Perémy dr.

Az Ehrlich-féle diazoreactióról. L. Hermans. (D. Arch. f. klin. Med. 152. köt., 153. old.)

A szerző részletes mikrochemiai vizsgálatai során arra az eredményre jutott, hogy a diazoreactiót adó

anyag nem egységes vegyület, hanem a betegség természetétől függően más és más phenolszármazék, mely valószínűleg toxinhatás révén keletkező kóros anyagcseretermék. Ezeknek endogen természetére lehet következtetni abból is, hogy a diazoreactio független a tápláléktól, továbbá tyrosin és tryptophan adagolása sem fokozza azt. A histidin biztosan nem jön szóba.

Perémy dr.

Sebészet.

Fagyási sérülésekről. L. v. Zumbusch. (Münch. med. Wochenschr. 1926, 38. sz.)

Friss fagyást nem szabad gyorsan felmelegíteni, hanem fokozatosan. Hólyagképződésnél kötést kell alkalmazni; kezdetben, amíg fájdalmas, ólomvíz- és alkoholos pára-kötést; később bőrkenőcsöt. Elhalásokat szárazon kell kezelni, nedvszívó és desinficiáló hintőporral; operálni csak akkor szabad, ha a demarkáció már végérvényesen kialakult (mert a látszólag elpusztult szöveteknek egy része később fel szokott éledni), vagy ha életveszélyesen súlyos, másodlagos fertőzés lépett fel. Pernio kezelésére a hónapokon keresztül naponként folytatott meleg-hideg váltogatott fürdetést ajánlja; a fürdetés után camphorae tritae, mentholi aa 1.0, formalini, lanolini aa 10.0, ung. lenientis ad 50.0 kenőcsöt ajánl bedörzsölésre. A fagyadaganatra alkalmazott nyomás az oedema kifejlődését gátolja, ezt éjjelre felragasztott tapasszal vagy collodiummal lehet elérni. Kifekélyesedett pernióra Billroth-kenőcsöt, xeroform-, pellidol- vagy sárga higany-praeicipit-kenőcsöt ajánl. A pernio gyenge anaemiás gyermekeknél gyakori, ezeket erősíteni kell. Prophylaxis a nedvesség és hidegtől való védelem: bő, vízmentes cipők, hyperhidrosis megszüntetése.

Lévai György dr.

Égési sérülésekről. L. v. Zumbusch. (Münch. med. Wochenschr. 1926, 36. sz.)

A különböző fokú égési sérüléseknél a következő kezelést ajánlja: Elsőfokú égésnél hintőport, mert kenőcsök a hám lágyítása által hólyagképződésre adnak alkalmat. Másod- és harmadfokú égésnél 2—3%-os bőrkenőcsös vagy aq. calcis + ol. lini aa linimentumot kötést. Fém sókat tartalmazó kenőcsök vagy szerek nem ajánlatosak, mert fájdalmat okoznak. A Hebra-féle vízágy veszélyes, mert a szív erejét nagyon igénybe veszi, de reménytelenül súlyos eseteknél alkalmazható, mert megnyugtatóan és fájdalomcsillapítóan hat. Égési hólyagokat csak akkor nyit meg, ha feszülése miatt fájdalmat okoz, de nem távolítja el, mert a hámfosztott helyet takarván, ennek érzékenységét csökkenti. Morphinnal takarékoskodni kell, mert morphinnal szemben az égett betegek nagyon érzékenyek. Súlyos égéseknél szíverősítőket és a diuresis megindítására nagymennyiségű (napi 4—5 liter) physiologiás konyhasós infusiót ajánl. A harmadfokú égési pörkök eltávolítása néha javít a súlyos általános állapotot.

Lévai György dr.

Intravenás hypophysin-konyhasó-infusio, műtét utáni bélhűdés kezelésére. E. Vogth, Tübingen. (Münch. med. Wochenschr. 1926, 37. sz.)

A nőiklinikán 1913 óta 81 esetben alkalmaztak hypophysin-konyhasó-infusiót, oly esetekben, melyekben a műtét utáni harmadik vagy negyedik napon sem indult meg a szokásos beöntésekre és hashajtókra a peristaltika és peritonitis tünetei mutatkoztak. Az így kezelt 81 beteg közül 18 meggyógyult. Az eljárás a következő: A könyökvenába először 50—100 g tiszta physiologiás konyhasó-oldatot folytat; ha a beteg ezt jól tűrte, a következő 15—20 perc alatt 500 g konyhasó-oldatban 4—5 cm³ hypophysint; ennek befejeztével 24 óra alatt egy liter 10%-os kalorose-oldatot bocsát a vizérbe. Kedvező esetben a bélműködés már 5—7 percen belül megindul. Az infusio kezdetén vasomotorikus behatásra az arc elhalványodik és a pulsus lassúbbá válik. Ha azonban ezekhez a tünetekhez légszomj és hányásinger járul, az infusióval szünetelni kell, míg a beteg — esetleg szíverősítőkre — jobban

nem lesz. A hypophysin előnye, hogy nemcsak a peristaltikára hat, hanem a splanchnicus területének tágult ereiben a tonust, az adrenalinhoz hasonlóan, de annál tartósabban, fokozza. *Lévai György dr.*

Hogyan lehet a morb. Basedow-eset súlyosságát műtét előtt megítélni. *E. Gmelin, Hamburg-Eppendorf. (Münch. med. Wochenschr. 1926, 36. sz.)*

Basedow-betegeknél műtét közben, a pajzsmirigyvel való manipulálás következtében, a pajzsmirigy ártalmas váladékából nagy mennyiség jut a vérkeringésbe. Az ebből eredő ártalommal nem minden Basedow-beteg tud megbirkózni. A műtét veszélyessége szempontjából *Gmelin* a következő jeleknek tulajdonít fontosságot: A betegség tüneteinek hirtelen kifejlődése, nagy nyugtalanság, a pajzsmirigy tömött tapintata, a pulsus nagyfokú labilitása, az anyagcserének 60%-nál nagyobb fokozódása. (40% anyagcserefokozódás mellett is súlyos lehet az eset.) Ilyen esetekben a műtétre ágynyugalommal kell előkészíteni a beteget és a műtétet kiméletesen és narkosisban (narcilen vagy kéjgáz) kell végrehajtani. *Lévai György dr.*

Urologia.

A hólyagrupturák szövettanához. *E. Lehmann. Berlin. (Zeitschr. f. urol. Chir. XX. köt., 1—2. füz.)*

Két részletesen feldolgozott eset közöl. Az egyik esetben a betegnél hirtelenül igen heves hasi fájdalmak, hasmenés, hányás és totalis retentio lépett fel. A has nagymértékű puffadtsága katheterezés után sem javult, a tünetek súlyosabbakká lettek: a műtét hólyagperforációt derített ki, melyhez már peritonitis is csatlakozott. Exitus. A sectiónál kiderült, hogy egy elhanyagolt strict. urethrae állott fenn, melyhez súlyos cystitis és a hólyag túltágítása csatlakozott, ami hólyagrepedéshez vezetett. A szövettani készítményen nagyon jól volt látható, hogy egyrészt a nyálkahártya, másrészt a peritoneum ráborultak a sebére, melyet az izomzat erős contractiója különben is megszükitett, a sebszélek között már részben organizálódó rostonyás kiizzadás. Mindez a szervezetre azt a tendenciáját mutatja, melylyel a hólyagdefectust zárni igyekezett. Ezért fordulhatnak elő esetek, mikor biztos hólyagperforációk — állandó katheter és nyugalomba helyezett hólyag mellett — műtét nélkül gyógyulnak. Kétségtelen, hogy emellett a cseplesznek is lehet szerepe, de nem feltétlenül. Viszont néha éppen ezen factorok a diagnózis megnehezíthetik, addig, mikor már a peritonitis vagy a resorptio által keletkezett mérgezés miatt a beavatkozásra alkalmas időpont már elmúlt. A másik esetben egy paralytikus beteg telt hólyaggal a hasára esett. Peritonealis tünetek léptek fel, a húgyesőből vékony vérszivárgás volt észlelhető, a katheter 150 cm³ véres vizeletet ürített. A súlyos alapbetegség miatt műtét nem jöhetett szóba. Harmadnapra a beteg meghalt; a boncolás azután kiderítette a hólyagrupturát. A szövettani leletből kiemelendő a hólyagizomzat kiterjedt zsíros degenerációja (sudanfestés mellett), mely kétségtelenül okozati összefüggésben állhatott a hólyagfal könnyebb szakadékonyságával. Eddig csak a harántcsikolt izomzat degenerációja — paralytismnál — volt ismeretes, egy szerző közölt csak három idevágó esetet, ahol a hólyagizomzat hyalin, colloid és zsíros degenerációja kiterjedten volt található. *Radó Béla dr.*

A veleszületett óriáshólyagról és diverticulumról. *H. Angerer. Innsbruck. (Zeitschr. f. urol. Chir. XX. köt., 1—2. füz.)*

Az óriás nagyságú „hasdaganat” szülési akadályként szerepelt. Exenteratio és bordaresectio után a beállított feszesen telt hólyagot meg kellett pümpálni és csak 3 liter zavaros folyadék leboacsajtása után lehetett a szülést befejezni. A praeparatum vizsgálata azután kiderítette, hogy az óriás nagyságú hólyag a rectummal állott nyílt összeköttetésben és így persistáló kloaka állott fenn. A végbél és anus arthreticus, hasonlóképpen a bél a hólyagba való torkolata előtt. Húgyesőnyílás hiányzik, külső és belső nemiszervek

csökevényesen fejlődtek. A hólyag egy részét elszarusodó laphám, többi részét többrétegű átmeneti hám borította. A különbözően differentiált hámboríték és a kloaka óriási nagysága valószínűvé teszi, hogy nemcsak passiv tágulásról van szó, hanem a mesoderma elsődleges excessiv növekedési hajlamáról. A hólyagban lévő folyadék nem lehetett magzatvíz, meconiumot sem tartalmazott, hasonlóan nem származhatott a hólyagham secretiójából. Normalis körülmények között az ősvese nem secernál, a későbbi vese secretiója sem számottevő. Ilyen pathológiás viszonyok között azonban talán éppen az ősvese secretiója hozzájárul a kloaka megmaradásához. Az óriásira kitért hólyag mellett a belső genitáliák már hely hiányában sem fejlődtek ki. A hólyagon két oldalt és felül egy-egy, tehát veleszületett diverticulum volt található. A szerzőnek vizsgálata kiderítette, hogy az ilyen foetalis eredésű diverticulumok is a fokozott intravesicalis nyomás folytán, azokon a helyeken fejlődnek, melyek arra disponáltak, amennyiben azokon a helyeken a hólyag izomzata hiányosabb és így gyengébb szerkezetű. *Radó Béla dr.*

A teljes epispadiastikus urethraképződés kórképéhez és kezeléséhez. *Priv. Doz. A. Ritter, Zürich. (Zeitschr. f. urol. Chir. XX. köt., 1—2. füz.)*

A kétéves gyermeket vizeletcsurgás miatt hozták a zürichi klinikára (*Clairmont*). A glans közepén, dorsalisán, félkör alakban nyitott urethrán át könnyen tudott kathetert egészen a hólyagig bevezetni, emellett azonban a normalis helyen is talált egy urethranylást, melyen át a hólyagba való beszájadzásnál csak ellenállás legyőzése után (sphinkter-spasmus) tudott egy második kathetert bevezetni. Röntgen-felvételt készített, melyen a két egymás mellett az urethrában fekvő katheterek viszonya igen jól volt egészen a hólyagig követhető. Az accessorikus urethrának nem volt kifejlődött zárókészüléke, ezért állott fenn az állandó vizeletcsurgás. Emiatt és későbbi infectiók kikerülése végett a csatornát ollóval és késsel — kis vérzés mellett — gondosan kiproparálta és a hólyagba való beszájadzás helyén lekötötte és kiirtotta. A gyermek a műtétet jól kiállotta, a vizelet csurgása megszűnt. A csatorna tipikus hámmal volt borítva, kifelé izomrostokkal és a corp. cavernosumnak megfelelő fallal. Ezen önálló fal miatt a szerző a járulékos húgyesövet valóságos kettős képződésnek tartja. *Radó Béla dr.*

Gégészet.

Rhinitis vasomotorica gyógyítása kis jódagokkal. *W. H. Sternberg és M. Sugár. (Monatsschr. f. Ohrenh. u. Lar.-Rhin. 1926, 6. füz.)*

Szerzők rhinitis vasomotorica eseteiben 1 cm³ 5%-os natriumjodid-oldatot adagoltak subcutan s utána a beteg lényegesen javulását (szabadabb orrlégzés, az orrváladék megkevesedése, szűszentések alábbhagyása) észlelték. Az első injectio után a javulás néha több hétig is tartott s ezen javulási időtartamot a második és harmadik injectio lényegesen meghosszabbította.

Bajkay Tibor dr.

A rhinoplastikáról. *Ante Šerčer. (Monatsschr. f. Ohrenh. u. Lar.-Rhin. 1926, 6. füz.)*

Totalis rhinoplastikánál *Nélaton* methodusát tartja a legjobbnak. A porc ugyan szintén felszívódik, mint a csont, azonban a felszívódott porc helyén kötőszövetből álló kemény massa képződik. Szerinte *Lexer* eljárása, a csontokkal való dolgozás nehézsége miatt, kevésbé alkalmas, úgyszintén az olasz eljárás sem hozza meg a várható eredményt.

Az orrplastikai műtét első phasisaként mutató-ujjnyi vastagságú és nagyságú bordaporcot kell implantálni a homlok bőrének periostja alá. Két hónap múlva következik a tulajdonképeni plastika, amely 10—16 ülésben 5—6 napos időközökben folyik le. Ily módon sikerül a homlokról nagy bőrlebenszövetet átültetni s a bőr, valamint a porc is alkalmazkodik az új táplálkozási viszonyokhoz. Különösen nehéz feladat a porcos rész, és pedig az orr hegyének plastikája és az

orrszárnyak képzése, mely utóbbi az orrból, illetve az arcból vett kettős bőrlebennyel történik.

Az orr correcturájához szükséges porcot a hetedik bordából kell vennünk, mert innen a perichondriummal együtt teljesen egyenes darab távolítható el. A rhinoplastikával kapcsolatban a complicatiók egész sorozata (oedema, suffusio a szemhéjakon, bőralatti abscessusok hőemelkedéssel, ritkán erysipelas) következhet be.

Bajkay Tibor dr.

A lupus nasi et faciei diathermiás gyógykezeléséről és ennek előnyeiről. O. G. Kalina. (Monatsschr. f. Ohrenh. u. Lar.-Rhin. 1926, 4. füz.)

A diathermiás gyógykezelést e téren minden kezelés fölé helyezi s elért eredményeiről kimerítő táblázatokban tájékoztat. Megfigyeléseit a következőkben foglalja össze:

A diathermiás kezelés tökéletes gyógyuláshoz vezet s az eredmény kizárólag a kezeléseknél számától függ. Az arcon csak alig látható heg marad vissza, ami kozmetikai szempontból igen fontos. A tökéletes gyógyuláshoz kevés idő s nem sok kezelés szükséges. Úgy az orr, valamint a száj nyálkahártyája minden esetben könnyen hozzáférhető. A kezelés egyszerű, ambulánsan végezhető, olesó s nem kíván sem különös képzettséget, sem pedig szaktudást. Egy ülés néhány másodpercet, egy percet vesz igénybe. A diathermiával hypertrophizált, fungosus lupus is gyógyítható. Ezen gyógy mód adja a tartós gyógyulás legnagyobb percent-számát.

A kezelésnek azonban árnyoldalai is vannak. Súlyosabb esetekben, midőn hosszabb időn át alkalmazzuk a kezelést, vagy gyermekeknél s ideges természetű nőknél vesszük igénybe a diathermiát, eredménytelen kokainozás után kénytelenek vagyunk az általános narkosishoz fordulni. Kellemetlen körülmény még az, hogy kisebb vidéki helyeken nincs meg mindig a szükséges elektromos áram, ami a készülék üzembehelyezéséhez multhatatlanul szükséges.

Bajkay Tibor dr.

Az oesophagus nagyfokú stenosisa és kezelése új összeállítású végtelen bougival. E. Wessely. (Monatsschrift f. Ohrenh. u. Lar.-Rhin. 1926, 6. füz.)

Gastrostomizált betegeknek egymáshoz csavarral erősíthető bougikkal sondázza a beteget. A bougi caudalis végét a gyomorsészőhöz erősíti, míg az oralis végét, ragtapasszal körülesavarva, vagy a hypopharynxba húzza be, vagy a szájon engedi kilógni. A sondázás eme módja fájdalomtalan. A sonda 24 óráig marad benn, amit egynapos pausa követ. Kellemetlen tünetek, objectiv panaszok és láz nem jelentkeznek. Ha már a dilatatio e módjával bizonyos eredményt elért, a szokott módon sondázza betegét s a gastrostomiát megszünteti.

Bajkay Tibor dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

Porcsgiget a méh fundusán. Neumann H. O. (Arch. für Gynaek. 126. köt., 1. füz.)

Az endo- és myometrium határán 0.6 mm nagyságú szövetfelhalmozódást látott, amelynek szövettani szerkezete tipikus képét adta a hyalinporenak, jól kialakult perichondriummal. A leírás s a talált elváltozás eddig egyedül áll az irodalomban. A görcsövi vizsgálathoz semmi jelét sem találta egy esetleges embryonalis szövet visszamaradásának, amivel a talált elváltozást megmagyarázhatná. Embryonalis csírszóródással lehetne megmagyarázni a leletet. Hogy az ilyen magas differenciálódású csírok hogyan jutnak a méhbe, annak magyarázatát nem adja.

Haba dr.

Adalékok inoperabilis méhrákok operálhatóságáról besugárzás után. Hans Seidemann. (Strahlentherapie. 22. köt., 4. füz.)

Már 1913-ban ajánlotta Bardeleben a méhrákok gyógyítására vonatkozólag, hogy azokat kezeljük először radiummal, azután operáljuk meg, végül végezzünk utókezelést Röntgen-sugarakkal. Az előkezelés következtében a rákos fekélyek behámosodnak és a mű-

tétet sokkal kisebb veszéllyel végezhetjük el, mint különben. Mások ellenvetése az volt, hogy az előzetes kezelés megnehezíti a műtétet, mivel a sugarak a méh körüli szöveteket megkeményítik és ezáltal a praeparálás nehezebb. Azóta sok vizsgáló kísérte meg ezt a módszert, több-kevesebb eredménnyel. A besugárzás után történt műtétek alkalmával a praeparatumok vizsgálata is különböző eredményt adott. Bumm nehezen festődő ráksejteket talált, viszont Heimann a ráksejteknek nagyfokú szétesését állapította meg. Szerző két idevágó esetet ír le. Egyikben a beteg inoperabilis portiorák miatt Röntgen-besugárzást kapott, mire a folyamat eltűnt; négy év múlva recidiva miatt radicalis műtétet végzett, mely különösebb nehézséget nem adott. A beteg meggyógyult és egy év óta recidivamentes. Másik esetet is Röntgenezett, majd megoperált; a beteg meggyógyult. A műtét után a betegeket arsenkúrának veti alá. A módszer használhatóságára vonatkozólag végleges ítéletet majd csak hosszabb idő múlva lehet mondani, azonban már most is jó kilátásokkal kecsegtet, mivel egyrészt így több beteg kerülhet műtetre, másrészt az esetleges elszórt és visszamaradt ráksejtek a besugárzás által annyira gyengültek, hogy már nem vezetnek recidivára.

Gál Félix dr.

A méhnyakrák sugárérzékenységeinek megítélése morfológiájának alapján. R. Cordua. (Strahlentherapie. 22. köt., 4. füz.)

A rákellenes küzdelem főcélja az, hogy a ráksejteket localisan elpusztítsuk. Más lapra tartozik, vajjon ezáltal megszűnik-e a rákbetegség is. Egyelőre ezt a morfológiai szempontot meg kell tartanunk és ezért indokolt, hogy a rákos daganatok megjelenési formáját összehasonlítsuk rosszindulatúságukkal, illetőleg a gyógykezelésre való reagálásukkal. Rost a bőrrákot felosztja tüskéssejtű, basalsejtű és metatypikus rákokra. Ezek közül sugárbehatásra legérzékenyebb a basalsejtű, legkevésbé a tüskéssejtű rák. Adler a méhráknál megkülönböztet primaer mirigyés és primaer solid formát, ez utóbbit beosztja érett, középerett és éretlen formákra. Az érett formák azok, melyeknél a háms elrendeződése már hasonlít az alapszövet hámszövet elrendeződéséhez, a sejtek egymástól jól elhatárolódtak. Az éretlen formák sejtjei kicsinyek, protoplasmazegények, sok mitosissal. Szerző a Schröder-féle beosztást veszi vizsgálatá alapjául, aki a rákokat hat csoportba osztja: 1. Nem differenciált éretlen rák. 2. Mirigyés differenciálódásra hajlamos rák. 3. Adenocarcinomák. 4. Közepesen érett rákok. 5. Laphámsejtes differenciálódásra hajlamos rákok. 6. Elszarusodó laphámrák. Szerző 40 esetet vizsgált abból a szempontból, vajjon az egyes formák hogyan viselkednek rosszindulatúság szempontjából. Az 5. és 6. csoportban az egy bizonyos idő múlva még élők száma úgy aránylott a már elhaltakéhoz, mint 7:6-hoz, viszont az 1. és 4. csoportban, mint 8:17-hez. A betegek tisztán Röntgen-kezelést kaptak, még pedig Symmetrie-géppel egy vagy két carcinomadosist. Az eredményekből azt a következtetést vonja le, hogy a differenciáltabb formák jobb prognosist adnak a sugárkezelés szempontjából.

Gál Félix dr.

Szemészet.

Szemészeti tanulmányok pankreas-diabetikus kutyákon. Takahashi, Sendai. (Arch. f. Opt. 1926, 117. 479.)

Diabetikus egyének szemén végzett műtétek gyakran kellemetlen szövödménnyel járnak. Eltekintve az ily szem infectio iránti nagyobb fogékonyságától, a sebgögyulás elhúzódásától, mint legkellemetlenebb és leggyakoribb szövödmény a recidiváló vérzések bírnak a látás szempontjából a legnagyobb jelentőséggel. Szerző pankreasuktól részlegesen megfosztott s így mesterségesen hyperglykaemiássá tett kutyákon végzett kísérleteivel keres összefüggést a diabetikus egyének szemén jelentkező kóros eltérések és a vér cukortartalma között. Kísérleteiben azt találta, hogy az ily állatokon a csarnokvíz cukortartalma majdnem a vérével egyenlő mér-

tékben növekszik és a regenerált csarnokvíz sem ad jelentősebb különbséget. Változatlan marad a calcium-chlorid- és a szénsavtartalom. Ellenben igen jelentős csökkenést mutat a regenerált csarnokvízben a fehérjeterület, melynek mennyisége átlagban 0.4%-ra csökken. Párhuzamosan a fehérjeterület csökkenésével megkevesbedik a fibrinogen- és fibrinferment-tartalom is, még pedig a cukortartalommal fordított arányban. Ezen adatok figyelembevételével szerző a recidiváló vérzéseket a csökkent alvadóképességgel magyarázza. Az infectio iránti nagyobb fogékonyságot pedig azzal, hogy a fehérjéhez kötött immunanyagok a fehérjeterület megcsökkenése miatt is jelentősen megkevesbedtek a csarnokvízben. De nem zárkózik el más szerzők azon felfogásától sem, hogy a csökkent védekező-képességet a szöveteknek cukorral való telítettsége is okozhatja azzal, hogy a vírusoknak kedvezőbb életfeltételeket teremt. Insulinnal kezelt állatoknál ezen szövődmények elkerülhetők, illetve kedvezőbb lefolyást mutatnak. Hatását azzal magyarázza, hogy az insulinnal kezelt állatoknál a cukortartalom megkevesbedése mellett a fehérjék és az ezekhez kötött nagyobb mennyiségű védőanyagok újból való megjelenése a szövődmények hiányának, illetve ritkábban való előfordulásának egyetlen oka. Tapasztalataiból azt a meggyőződést meríti, hogy insulinnal kezelt és diétán tartott diabeteses betegek szeműtétek szövődmény nélkül keresztülvihetők.

Ferenczy dr.

Retinavérzések vértömlesztés után. *Sehaly.* (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1926 szept.)

Négy betegnél, akik közül kettő anaemia perniciosában, kettő pedig aplastikus anaemiában szenvedett és akik a vértransfusio után hirtelen támadt látásromlásról panaszkodtak, a szerző a retinában centralis vérzéseket talált. E vérzések oka talán a hirtelen beállott enyhe nyomásfokozódásban keresendő, amelynek az amúgy is beteg érfalak nem álltak ellen. Fontos tehát az ilyen betegek gondos észlelése.

Horay dr.

Gyermekorvostan.

A csecsemőgondozók és csecsemőotthonok kórházakat tehermentesítő hatása. *P. Misch.* (Klin. Wochenschrift 33. sz.)

A csecsemőgondozók működésének kedvező hatását a charlottenburgi statisztikai adatokkal bizonyítja. A gondozó működésének kiterjedése révén nemcsak a mortalitás, hanem a morbiditás is csökkent és a betegek, jókor kerülve kezelés alá, a kórházi ápolás vagy teljesen feleslegessé, vagy lényegesen rövidebb ideig tartóvá válik, ami a közt nagy teherrel mentesíti. Nagy szerepet játszik a gondozók propagandája, a természetes táplálás fokozatos kiterjesztése, ami a megbetegedések előfordulását magától érthetőleg csökkenti.

A csecsemőotthonok nemcsak a napközben elhelyezett és ápolott gyermekek hygienikus elhelyezése, táplálása és gondozása útján, hanem indirecte, az ott megforduló anyák tanítása és példaadása által is kedvező befolyást gyakorolnak a morbiditásra és mortalitásra s így socialis jelentőségük igen nagy.

Mihalovics dr.

Iskola, pubertás és gerincoszlopelferdülés. *J. Kochs.* (Klin. Wochenschr. 34. sz.)

A gerincoszlopelferdülések, nevezetesen a skoliozis létrejöttében az iskolának igen nagy szerepet tulajdonítanak. Régebbi tapasztalatok szerint a legtöbb súlyos elferdülést a gyermek az iskolába már magával hozta s azt nem lehet csupán az iskola káros hatásának rovására írni. Újabban, főleg a háborús évek gyengébben táplált serdülő gyermekeiknél, gyakrabban fordulnak elő ezek az elváltozások, amiknek a létrejöttét az egész szervezet gyengébb ellenállóképességével, főként a támasztókészülék elégtelen voltával kell magyarázni. Természetesen a fenti előfeltételek alapján létrejövő

elferdüléseknél szerepe van a hibás szerkezetű iskolai padoknak, a sok ülő elfoglaltságnak, a ferde írásnak, stb. is. Az elferdülések kezelése, illetve megelőzése céljából az egész szervezetet erősítő, az ellenállóképességet fokozó eljárásokon kívül fontos a rendszeres gyógytorna-náztatás, az orthopaed elvek betartása szakemberek irányítása mellett, amit az elferdülésre hajlamos, ú. n. „gyenge hátú“ gyermekeknél idejekorán kell kezdeni.

Mihalovics dr.

A diphtheria-bacillus új festése, különös tekintettel a magfestésre. *Stoltenberg.* Forest Park, Amerika. (Deutsche med. Wochenschr. 1926, 31. sz.)

Az oldat összetétele a következő: 0.25 g malachit-zöld, 0.05 g toluidinkék, 0.01 g haematoxylin, 3 cm³ ecetsav, 3 cm³ aethylalkohol 100 cm³ vízre. Egy percnyi festés után a praeparatumot folyóvízzel lemossuk s megszáritjuk. A magvak vörös, a sejttest zöldre festődik.

vitéz Gera József dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Die akuten eitrigen Infektionen in der Chirurgie und ihre Behandlung. Von *Arthur Buzello.* Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien kiadása, 1926. Ára füzve 30, kötve 34.50 M.

Közel 500 oldalnyi terjedelemben tárgyalja a heveny genyes fertőzéseket és ezek gyógykezelését. Az általános rész bevezetésekép a genyes fertőzések okait, illetőleg feltételeit, a szervezetnek helyi visszahatását és a fertőzésre létrejött általános zavarokat tárja élénk. Nagyobb fejezet szövege a szervezet védekező folyamatairól, a genykeltő csirokról általában, és pedig ezek festési módszereiről, tenyésztéséről és az állatkísérletekről és végül külön fejezet keretében részletesen foglalkozik az egyes genykeltő baktériumokkal. A genyedések különleges gyógykezelését tárgyaló fejezetben a Bier-féle hyperaemiás kezelést, a Röntgenbesugárzást, a Klapp-féle szívókezelést, a mély szöveti antisepsist és az antiseptikus sebbekezeléseket. A következő fejezetet a protheinkezeléseknek szentelve, ezek lényegét, továbbá a góc- és általános reakciókat megemlíti, sorra veszi a vaccinatiót és a protheinkezelés különféle módozatait.

A részletes részt a genyes sebekkel és ezek gyógykezelésével kezdi, amely után sorban következnek a bőr és bórallati kötőszövet genyes fertőzései (furunculus, carbunculus, bórallati tályog, phlegmone, orbane, erysipeloid). Fontosságának megfelelően külön fejezetben bőven tárgyalja a panaritiumot, ennek különféle fajait és ezek gyógykezelését. A csontthártya, csontok és ízületek genyes fertőzését felölelő következő fejezetben az ide tartozó legfontosabb megbetegedést, a heveny csontvelőgenyedet ismerteti kimerítően. Ezután következnek a nyálkatömlők, a nyirokutak és nyirokesomók genyes gyulladását, a mély kötő- és zsírszövet, valamint a mirigyes szervek fertőzéseit, a nyálkahártyának, az ereknek és végül a savóshártyával és nyálkahártyával bélelt testüregek heveny genyedeit tárgyaló fejezetek. Külön szól a felfekvésről és gyönyörűen megírt hatalmas részt szentel munkájában a tetanusfertőzésnek. A részletes rész utolsóelőtti fejezete a lépfenefertőzésről, az utolsó a nomáról szól.

A harmadik részben a septikus általános megbetegedéseket tárgyalja: a pyogen, toxikus és putrid vérfertőzéseket, ezeknek körjelzését, általános és fajlagos kezelését. Végül az utolsó fejezetben a különböző genykeltő baktériumok által létrehozott vérfertőzéseket sorolja fel.

Buzello művének a tárgy fontossága, az a tény — amit a szerző igen helyesen maga mond előszavában —, hogy a heveny genyes sebészi megbetegedések szolgáltatók a sebésznek mindennapi kenyerét, adja meg létjogosultságát. Az a mód pedig, ahogyan Buzello művében nehéz feladatát megoldotta, a legteljesebb mértékben méltó a tárgy fontosságához. A műnek első-rangú ábrákban gazdag voltát, kitűnő kiállítását és könnyen érthető világos irányát kiemelve, talán legjobban kidomboríthatjuk értékét azzal a meggyőződéssel, hogy a szerzőnek az az intenciója, hogy munkája nemcsak mint tankönyv, hanem később, mint a kész orvos állandó hű tanácsadója is szerepeljen, a legnagyobb mértékben valóra fog válni.

Czirer.

Handbuch der Tuberkulosefürsorge. Von *K. Heinz Blümel*, II. kötet. Lehmann-kiadás. A könyv ára füzve 27, kötve 30 M.

A tüdőbeteg gondozás kézikönyvének igazi német alappal megírt második kötete a tuberculosos megelőzésének és kezelésének alapfeltételeit és keresztvitelének módját, a tüdőbeteg gondozók statisztikáinak tanulságait és oktatási felvilágosító tevékenységét tárgyalja. Végül a szerző mintegy 150 oldalt szentel az egyéb nagyobb államok tüdőbeteg gondozó berendezésének ismertetésére, melyben — sajnos — Csonka-magyarországot figyelmen kívül hagyja.

A primaer gümőkóros infectiót és a szervezetben való továbbfejlődését a kórbonatan mai álláspontja szerint *Huebschmann* ismerteti, az infectiónak a megbetegedéshez való viszonyát pedig *Kleinschmidt*. *Schmidt* a bacillus mennyiségének és a fertőzés veszélyének nagysága közti összefüggést dolgozza fel. *Selter* az immunitástani viszonyok jelentőségét méltatja. *Hillenberg* talán kissé röviden végez a tuberculosos és terhesség s a tuberculosos és házasság nagyon fontos fejezetével. *Dresel* kimerítő statisztikai adatok alapján a lakásviszonyok befolyását tárgyalja. *Fischer* pedig ugyanezen szempontból a socialis helyzetet és hangoztatja, hogy a népesség socialis helyzetének javítása nélkül meddő marad minden küzdelmünk a tuberculosos, mint népbetegség ellen. A prophylactikus munka kivételének és módozatainak fejtegetéseit az egyes szempontok szerint *Blümel*, *Altstädt*, *Ickert* és *Sartorius* írták meg, különösen aláhúzva a megvalósításra váró feladatokat.

A tuberculosos-therapiában a tüdőgondozóknak fontos szerepük van, *v. Hayek* különösen kiemeli az ambulans rendszeres specifikus kezelés szükségességét már azon szempontból is, hogy általa a betegek állandó felügyelet alatt maradjanak. Kitér a „konkurrenciá” kérdésére és feltétlenül kívánatosnak tartja a tüdőgondozók és gyakorlóorvosok, valamint a pénztári orvosok közötti harmónikus együttműködést. Ugyanilyen értelemben nyilatkozik *Altstädt* is. *Wiese* a tuberculosos és tuberculososfertőzésnek kitett gyermekek gyógykezelését, illetőleg üdültetését tárgyalja. *Dorn* és *Blümel* a pneumothorax-kezelést ismertetik a tüdőbeteg gondozás szempontjából és felhívják a figyelmet ezen eljárás socialhygieniai szempontból való nagy fontosságára. *Hinzelmann* az erdei üdülőkkel és iskolákkal, elkülönítésre szolgáló lakásokkal és házakkal foglalkozik. *Thiele* a fekvőcsarnokok, erdei üdülők és tüdőbetegszanatóriumok architektúráját ismerteti, számos szemléltető sémával és szép felvételekkel. *Dorn* a tüdőbeteg gondozók és kórházak közti szorosabb nexust sürgeti, *Blümel* pedig a socialis biztosításnak az eredményes therapia érdekében való átszervezését propagálja. Igen fontos a tuberculosos elleni küzdelemben az élethivatásnak helyes megválasztása, esetleg szükséges változtatása, melyről *Beschorner* értekezik. *Dorn* ismerteti az ú. n. vándorkolóniákat és ezek helyes megszervezésére állít fel irányelveket. *Jötten* a tüdőbeteg gondozók statisztikai munkáját és annak tanulságait tárgyalja kimerítő számadatok alapján.

A tuberculosos elleni küzdelem szempontjából nagy fontosságú a minél szélesebb rétegekre kiterjedő népoktatás, amelyről *Beschorner* és *Ickert* írnak. A gondozónők szakzerű kiképzését *Hinzelmann*, az orvosnövendékekét *Jankowski*, az orvosok továbbképzését *Blümel* tárgyalja.

A műnek befejező, de igen tanulságos és érdekes része más államok tüdőbeteg gondozó szervezeteinek ismertetése, ami sok jó gondolatot sugall.

„A tüdőbeteg gondozás kézikönyve”, dacára túlnagy terjedelmének, mindenesetre hézagpótló mű mindazok részére, kik a tuberculosos elleni küzdelmet széles alapokon propagálják.

K. prof.

Das Problem der Tuberkulosebehandlungen mit Fettstoffen von *Ferdinand Mattausch*. Urban és Schwarzenberg kiadása. A könyv ára 2'40 M.

A 60 oldalas könyvecske a tuberculosos nemspecifikus zsíryanagokkal való kezelésének problémájával foglalkozik irodalmi adatok és önálló tapasztalatok alapján. A könyv első része a tuberculosos-bacillus zsíryanagjait, ezeknek a szervezetben szenvedett átalakulását, a szervezetben képződő zsírbontó fermentumok szerepét, a serum lipasenak tuberculososnál való viselkedését, a zsírok elleni serologiai immunreactiókat és a szervezet cellularis védekezését ismerteti. A tuberculososnak nemspecifikus zsíryanagokkal való kezelésére

vonatkozó eddigi kísérletek eredményeit összefoglalva, rátér a *Jentzer*, *Markovic* és *Raskintól* bevezetett gamelanra (lipomykol), mely különböző nemspecifikus zsírokat, viaszt és lipoidokat tartalmaz. Ezen gamelan — részben bedörzsölés formájában, részben subcutan injectiókkal — történtek a therapiás kísérletek. A hatás ellenőrzésére szerző az intracutan partigen reactiókat, a fehérvérkép és a serum lipase viselkedését használta fel, a klinikai befolyás mindenkor észlelése mellett. Érdekesekek azon megfigyelései, hogy a kezelés alatt a partigen F és N iránt reactiofokozódás lép fel, amiből a tuberculosos specifikus zsírbontó fermentumok szaporodására következtet. A fehérvérkép kedvező esetben az egymagvúak felé tolódik el és a serum lipase tíkire emelkedik. A klinikai kép a toxikus tünetek visszafejlődésében nyer kifejezést, anélkül azonban, hogy góreactio lépne fel. Juvenilis tuberculososnál is biztatóak az eredmények, de a gamelan-kezelésnek is az a feltétele, hogy a szervezet még elég tartalékaival rendelkezzen. Különösen jók az eredmények akkor, ha éveken át adjuk megszakításokkal a gamelan-bedörzsöléseket. Bár szerző tapasztalatai 320 esetre vonatkoznak, sajnálatos nélkülözük az esetek statisztikai feldolgozását, ami az eredmény megítélésének feltétlen szükséges kelléke lenne.

K. prof.

A Kir. Orvosegyesület november 6-i ülése.

1. **Scholtz Kornél:** Holnap temetjük báró *Müller Kálmánt*. Ha egy nagy orvos meghal, betegeinek százai siratják. *Müller Kálmán* bárónak csak egy betege maradt, ez a szegény csonka ország. Ennek volt ő orvosa, emberöltőn legfőbb consiliarius, lelke, irányítója annak a magas testületnek, amely örökös az ország egészsége felett. Hajdani Nagy-Magyarország emléképe támadt fel bennünk valahányszor tisztelettel parancsoló alakját megláttuk. A régi Magyarországból sarjadt ő ki, ebben gyökerezett teste-lelke, vagy conceptiójú, gubernementalis egyénisége. Ott volt ő azok között, akik a hazát naggyá, hatalmassá, gazdaggá tenni segítették. Ott volt a magyar orvostudomány bölesőjénél, kortársa, barátja, munkatársa volt a magyar orvostudomány megalapozóinak. Hosszú élete folyamán a legszélesebb körű tevékenységben, kimeríthetetlen munkabírással szolgálta ezt a tudományt, szolgálta legmagasabb vezető állásban szülővárosának, székesfővárosunknak egészségügyét, szolgálta nagy tudásával a gyógyulást váró, hozzá seregülő betegek ezreit. És szolgálta mindvégig, utolsó leheletéig, teljes önfeláldozással a közügyet mindenkor és mindenütt, ahol erre alkalom nyílt. Szolgált közöttünk nagy tudásával, bölcsességével, esodálatos szervezőképességével, ha kellett aprólékos részletmunkával, szolgálta idegenek előtt magas műveltségével, előkelő modorával, nagyúri fellépésével. Amikor fényes pályáján eljutott oda, ahol a testi erők fogyása megállást parancsol, amikor a munkában elfáradt szervezet teherétől mentesítését követeli, ő is eleget tett ennek a követelésnek. Megszabadította magát azoktól a kötelezettségeitől, amelyek teljesítése hírnevet hoz és anyagi javakat juttat, de megtartotta mindhaláláig azt az egyet, azt az egyetlen egyet, amely csak felelősséggel, gondnal és munkával jár. Megmaradt az Országos Közegészségi Tanács élén, amelynek 41 esztendőn át tagja, 30 esztendőn át elnöke volt. Vezette nagy tudással, eréllyel, páratlan tapintattal ennek a testületnek tanácskozásait, intézte minden ügyeit közmondásossá vált kötelességtudással, s mint a férfi az asszony becsületét, oly féltékenyen őrizte annak tekintélyét, hírét. Nem ismert kíméletet magával szemben és nem tűrte, hogy tisztos kora miatt mások kíméletesek legyenek iránta. Nem tűrte ezt most sem, élete utolsó napjaiban. Most is megmaradt az ország első consiliariusának s hihetetlen lelki erővel leküzdvé fáradt testének gyengeségét, élére állott annak a nagy-szabású tanácskozásnak, amelyre orvosi közéletünk jelesei az elmúlt napokban összegyűltek. Pihenést nem ismervé dolgozott ennek előmunkálatain, nem feledkezve meg a legkisebb részletekről sem. Nem adatott meg neki, hogy élete e legutolsó munkájának sikerében gyönyörködhesse.

A Kir. Orvosegyesület legelső tiszteleti tagját vesztette el benne. Egyesületünk igazgatótanácsa bizonyára gondoskodni kíván majd arról, hogy emlékét annak idején nagy jeleseinkhez méltó ünnepies keretekben megörökítsük. Végző akaratainak megfelelően temetése a szokásos külsőségek teljes mellőzésével fog

megtörténni. Iránta érzett tiszteletünknek és szeretetünknek csak azzal adhatunk kifejezést, hogy minél nagyobb számban kísérjük utolsó útjára.

Vita folytatása Scipiades E. mult heti előadása felett:

Okolicsányi-Kuthy Dezső: Manifest activ tüdőgümőkór esetén, főleg rossz szociális helyzetben levő gravidánál a művi elvetelés felállítása belorvosi részről elég könnyű feladat. Sokkal nehezebb már az inactivnak látszó esetekben. A szociális indicatio itt sokszor megvolna, de nekünk a szigorú orvosi javallatot kell tisztázni. E célra igénybe lehetne venni a subcutan tuberculin diagnostikát. Hozzászóló újabban karyon-reactívummal igyekszik az aktivitásra való hajlam jelenlétét kifürkészni.

Friedrich Vilmos: Scipiades tanár előadása klinikai, socialhygiene és orvos-szociális szempontból bír érdekességgel. Klinikai és socialhygiene szempontjából fontos, vajjon gümőkór esetén a terhesség megszakítandó-e. A megszakítás ellenzi: 1. Ha a beteg évek óta tüdőcsúshurutban szenved, ha a physicalis viszonyok gyógyuló folyamatot jeleztek. 2. Turban I. vagy nodosus cirrhotikus esetben még akkor is, ha a hőmérséklet 37.4 C°-ra emelkedett, vagy ha a beteg láztalan volt exsudativ folyamat mellett. 3. Turban II. 37.5 C°-ig terjedő hőemelkedéssel. A terhességmegszakítást javasolta Turban III. és exsudativ esetekben, mivel szülés alatt és után ilyen nők állapota romlik és gyenge gyermekük könnyen inficiálódik. Rossz anyagi viszonyok között élő terhes anyákat jobb socialhygienés viszonyok közé kellene juttatni, a született gyermeket eltávolítani a környezetből. Ehhez gümős terhesek részére s a csecsemők részére külön kórházak kellenének. Terhesség megszakításának jogát magánorvostól nem lehetne megvonni. Indicatiót esetleg két orvosnak a hatósági orvossal kellene megállapítani. Jó hatással lenne a házasság előtti kötelező orvosi vizsgálat.

Frigyesi József: Az 1914-ben elfoglalt álláspontja nem változott. Négy évvel ezelőtt osztályán a művi vetelés a szülések 1%-a volt, a jelen évben 0.2%. Álláspontja szerint terhesség alatt elsősorban a tuberculosis gyógyítása és nem a terhesség megszakítása volna szükséges. A meglévő intézetek tartásuk kötelességüknek gümőkóros terhes nők felvételét, részükre alkalmas helyen lévő kórházak mellé egyelőre egyszerűbb pavilonok építése is sokat segítené.

Hints Elek: A II. számú női klinika utolsó 9 évében 16.746 szülő nő közül 1138-nál szerepelt tuberculosis (6.8%), 824 nő teherbejutás előtt átment tuberculosis fertőzésen, 196-nál a tuberculosis a terhesség alatt lépett fel, 118-nál a szoptatás folyamán. A terhesség a latens tuberculosisra alig volt hatással, 881 közül 23-nál újult ki a folyamat a gyermekágyig. 111 manifest tuberculosisban szenvedő viselte ki a terhességet, közülük 82-nél a folyamat nem súlyosbodott, 29-nél igen, ebből 6 gyermekágy alatt meghalt. 146 manifest tuberculosis esetén szakították meg a terhességet a négy klinikai indicatiója alapján. 91-nek tudták a további sorsát követni. Ebből 36-nak állapota féleven belül lényegesen javult, 23-nak egy éven belül, később 9-nek. 23-nál javulás nem állott be, s ezek közül egy éven belül meghalt 7. Az eddigi szigorú indicatio megszorítását ajánlja. Ajánlatos a terhes tuberculotikák szanatóriumi kezelése. Vass miniszter kezdeményezésére Korányi professor megszervezte a Calmette-actiót. Benyomása, hogy a jövő inkább a tuberculosis gyógyításáé, mint a terhesség megszakításáé.

Jelinek Sándor: Egy esetet említ, mely frappáns módon illusztrálja a terhesség hatása alatt bekövetkezett progressióját a klinikailag gyógyultnak tekinthető tuberculosishoz és viszont a tünetek feltűnő visszafejlődését a művi megszakítás végrehajtása után. A tüdőfolyamatra leginkább a terhesség első három hónapját és a szülést tartja aggodalmasnak, míg a terhesség második felében a nagymértékben fokozott hasúri nyomás bizonyos mérvű tüdőcollapsust von maga után, amiben a therapiás rekonzerválás analogiáját látja. Fontosnak tartja a terhesség megszakítása előtt a betegnek esetleg hetekig tartó észlelését és csak a tuberculosis progrediálása esetén látja indokoltnak annak megszüntetését.

Lehoczy-Semmelweis Kálmán: Az I. számú női klinikán manifest tuberculosis miatt 12 év alatt 101 művi vetelést, 1 koraszülést végeztek, ami az ezen idő alatt lefolyt szülések és vetelések 0.42%-ának felel meg. A beavatkozást klinikák javasolták. A javasolt esetek 20.9%-ában nem szakították meg a terhességet. A szü-

lésznek a belgyógyással együtt kell az indicatiót felállítani. A művi vetelést nem végezték el, ha a kontrollvizsgálat inactivnak minősítette a folyamatot, ha a szakvélemény nem volt határozott, ha a beteg a terhesség kivételét kívánta, végül, ha a terhesség előrehaladott volta ellenjavalta annak megszakítását. Előre biztosan megállapítható vitalis indicatio a terhesség közepéig javallja a művi vetelést. Az ú. n. prophylacticus indicatio határa bezárólag a terhesség harmadik hónapja. Azontúl a beavatkozás már nagyobb vérvesztéssel jár. Sebészi beavatkozás csakis egyidejű sterilizáció esetén indokolt. A művi vetéseknek intézetekben, díjtalanul való elvégzése kívánatos, ennek általánosítása csak törvényhozás útján lehetséges.

Kubinyi Pál: Figyelmeztet, hogy a vitatott téma elsősorban belgyógyászati kérdés és szorosan összefügg a tuberculosis gyógyításának kérdésével. Ha ez a jövőben irányt változtat, más irányba tereli a szülést is. Addig bizonyos fokokig nem nélkülözhetjük a sablont. A tuberculosis és a gazdája között igen különböző a kölcsönhatás. Egyik jól tűri azt és évekig megvan a bajával, míg a másik rövidesen elpusztul. Az is kérdés, hogy gyógyító-e a terhesség megszakítása a szülés és a gyermekágy veszélyeivel szemben. *Hamburger* és *Saxe* utánvizsgálatai azt mutatták, hogy a terhesség kivételése még előrehaladott szakban sem oly nagyveszélyű. Talán legfontosabb a beteg szociális helyzete. Egyébként az individualizálás és observatio döntsön. Ez azonban ne nyúljon túl hosszúra, mert ezalatt a betegség előrehaladhat.

Fischl Ármán: 1922-26-ban közel öt éven át művi vetelése 13 volt közel háromszor beteg között. A 13 eset közül egyetlen 0-P., a többi legalább egyszer már szült, volt köztük olyan, ki már hatodszor, sőt kilencedszer szült. Mindezek káros következmények nélkül állották ki a végzett műtétet. Az anya tuberculosis megbetegedése gyermekeiben pusztítást okoz. Várjuk *Calmette*-ék immunizáló kísérleteinek tartóssági eredményét. Graviditás, szülés és gyermekágy az anyával szemben oly követelményeket támaszt, amelyek homlokegyenest ellenkeznek a szanatóriumi kezeléssel egyike főtényezőjével, a nyugalommal. Ha kartársaink bármelyike, kit felelősségét érző férfinak ismerünk, gümős tüdőfolyamat miatt kívánja a művi vetelés elvégzését, azt jogosultnak kell tartanunk. A nőorvos valamelyik folyamat aktivitásáról maga is meggyőződhetik hőmérője segítségével. Ahol súlyosbodó tünetek jelennek meg, a művi vetelést az első három hónapban javallja. A terhesség megszakításának jogát magánorvosra is ki kell terjeszteni, szakszerűen és felelősséggel végzett abortusért honorarium felszámítását megérdemeltnek véli.

Földes Aladár: Hangsúlyozza a tuberculosis minőségi diagnosisának nagy jelentőségét. Ma már el tudjuk különíteni a productiv alakokat az exsudativ megjelenésű formáktól. Igazi phthisisnél szülés alatt a beteg rendszeren aspirál és 4-6 héttel a szülés után kifejlődik nála a contralateralis alsó lebeny sajtos pneumoniaja. Utal *Neumann* phthisis postpuerperalisára. Szükséges a szülések és a belgyógyászok adatainak együttes felhasználása. A terhesség megszakítását a leglelkiesmeretesebb vizsgálatnak kell irányítani.

Stern Jenő: A székesfővárosi III. kerületi tüdőbeteg gondozó-intézetben észlelt 216 gravid tuberculotikának sorsáról számol be. A betegeket három csoportba osztotta: könnyű (kezdődő csúcsfolyamat), középsúlyos (progressiót nem mutató fibrosus esetek), súlyos (progressiót mutató exsudativ formák). Az első csoportba tartozott 108 beteg, akik a terhességet mind baj nélkül viselték. A második csoportba tartozó 68 beteg közül 17-nél a terhességet megszakították, a többi 51 közül, akik gyermeküket megszülték, 3 meghalt, 15-nél kiskorú rosszabbodás állott be. A harmadik csoport 40 gravidája közül 25-nél abortus, illetőleg művi koraszülés végeztetett, akik közül 7 halt meg, a 15 gyermeket világra hozó anya közül 6 pusztult el. A graviditás megszakítását illetőleg nem ajánlja a merev elutasító álláspont hirdetését, mert ezzel a betegeket a gyermek-elhajtók karjaiba üzzük.

Tóth István: Kilenc évvel ezelőtt tartott már e tárgyról előadást, klinikája pedig nagy gonddal gyűjti az adatokat, amiket tanárségéde, *Hints* dolgozott fel nagy fáradtsággal, utánajárva a végsőkig, mi lett a sorsa azon anyáknak, akiknek terhességét tüdőtuberculosis miatt megszakították. A terhesség megszakítását minden esetben valamelyik belklinikai vezetőjének pontos lelete és indicatiója alapján végezték. Így épült fel ez a nagy megbízható anyag. És még ebből sem

merne olyan apodiktikus dogmaszerű következtetéseket levonni, amint azt előadó sokkal kisebb anyaga alapján tette. Bizonyos: a terhesség nem ritkán kedvezőtlenül befolyásolja a tüdőbajt, de nem mindig; továbbá a terhesség megszakításával sok esetben nem tudjuk megállítani a kiújult tüdőfolyamatot. A tüdőbaj gyógyításában a szanatóriumi kezelés igen jó eredményeket mutatott fel, ezt kell alkalmazni a terhes tüdőbajosoknál is s akkor hasonlítsuk össze az eredményeket. A tüdőbajos anyától született magzatok halálózása is kisebb lesz, ha kellő gondozás alá kerülnek, mint ahogy javult jogosultságot nyert — hovatovább szélesedő tért nyert e therapia nem egyszer léhaságra, sőt visszaélésre vezetve. Uraim! Tiltó szavamat emelem fel. Ne tovább! Szüksük e határokat! Fogjunk össze! Mindenki, akinek alkalma van pontos észlelésre, járuljon hozzá e kérdés tisztázásához. A belorvoslás haladásával hovatovább tökéletesedni fog a tüdőbaj gyógyítása s ezzel együtt mi gynaekológusok felszabadulunk a reánk kényszerített hóhérmunkától, a fejlődő élet megsemmisítésétől. Kívánatos volna, hogy a mesterséges elvetelés általában csak intézetben és csak erre az állam által felhatalmazott orvosi szervezetek útján végeztessék.

Báró Korányi Sándor: A lefolyt discussio eredménye, hogy a tuberculosis miatt végzett művi abortusok kérdésében a szokásosnál sokkal conservatívabb eljárás van helyén. A terhesség befolyását a tuberculosisra, a tuberculosisát a csecsemő világra hozott életképességére túlbecsültük. El túlbecsülés oka részben a statisztikák elkészítéskor követett nem mindig kifogástalan eljárás. A fennforgó kérdésekre határozott válaszokat csak akkora anyagok statisztikai feldolgozásától várhatunk, amely másképp, mint gyűjtő munkában, nem állhatna rendelkezésére. Akkor a szükséges kontrollokat szolgáltató betegcsoportokról is gondoskodni kellene. A statisztikai adatokból levont tanulságok az egyes esetekben csak az eset minden sajátosságának tekintetbevételével használhatók fel. Kevésbé kiterjedt gümőkóros megbetegedés jelentőségét fokozza a nyomor, csakúgy, mint a gyöngébb constitutio és az gyakorlati szempontból súlyosabb lehet, mint vagyonos, jól élő, erőteljesebb terhes nő kiterjedtebb tuberculosisa. Önmagában rossz prognózisú esetben a terhesség megszakítása sem ment. Azért attól úgy az elég jó, mint a nagyon rossz prognózisú esetekben el kell tekinteni. A megokolt megszakítások száma nem nagy, még kisebb lesz, ha e gondoskodás arra rendezve nagyobb mértékben lesz alkalmazható, amelynek lehetőségét *Fass* miniszter úr intézkedése adta meg. A budakeszi Erzsébet királyné-szanatórium arra rászoruló tuberculosisban szenvedő terhes nőket a népjóléti minisztérium költségére vehet fel. Azok *Tóth* tanár klinikáján szülhetnek, szükség esetén a szülés után visszatérhetnek a szanatóriumba. Gyermekük a születés után *Calmette*-féle oltásban részesülhet, amelynek értékéről, ha egyelőre többet nem is, de annyit tudunk, hogy nem árt és hogy gümőkóros anyaktól született gyermekek csoportjában az első két életév tuberculosis mortalitását lényegesen leszállítja. Ha más módja a csecsemő megvédésének az anyai fertőzéstől nincs, akkor a kérdés mai állása szerint a *Calmette*-féle oltásokkal próbálkozás jogosult. Felszólítja az Orvosegyület tagjait, hogy a lehetőséget szükség esetén használják fel a tuberculosisban szenvedő anyák és gyermekeik javára.

Kenyeres Balázs: A felvetett kérdés közelről érinti a törvényeségi orvostant. Németországban, Ausztriában, Csehszlovákiában politikai pártok indítványokat adtak be a magzatelhajtás szabadabb tételére. Régebben bűnös úton végrehajtott vetéléseket főleg bábák végezték, ma mind sürűbben fordulnak elő esetek, amelyekben orvosok gyanús cselekedetei felett kell az orvosszakértőnek véleményt mondania. Újabban sűrűn szerepel az orvosi indikációk alapján végzett terhesség megszakítás szükségességének hangoztatása. Azt megállapítani, mennyiben volt indokolt a terhesség megszakítása valamely szóba kerülő esetben, nagyon nehéz, mert hisz e tekintetben még a gyógyítás mesterei között sincsen megállapodás. Osztja belgyógyász kollégának a véleményét, akik a terhesség megszakításának kérdését másként bírálják el olyan nőnél, aki kedvező anyagi viszonyok között él, mint annál, aki nyo-

morúságban vergődik. Észlelt esetet, amelyben megbízható belgyógyász által megállapított tüdőbajnak a halottvizsgálat alkalmával nyomát sem találták, de nem zárkozhatik el a jóhiszemű tévedés lehetősége elől. Hogy a törvényhozás a terhesség megszakítását a közel jövőben szabadabbá tenné, azt sem hiszi. A törvényhozó a magzatelhajtást az ölési cselekmények közé iktatta és a jogi felfogás általában már a csirázó életet komoly gondoskodása tárgyává teszi. Élő gyermek megszületése lényegesen befolyásolhatja az örökösödés útját. Annak, hogy terhesség megszakításoknak erre feljogosított intézetekre való korlátozása, a honorarium-szedés megtiltása stb. törvényhozási úton megvalósíttassanak, nagy akadályai vannak. Ha a jövőben orvosai újból és újból azt hallják, hogy a terhesség megszakítás egy nagyon nagy jelentőségű dolog, hogy azt csak a legkomolyabb esetekben, az anya komoly veszedelme fennforgásakor kell végezni, módot fognak keresni arra, hogy más kartársakkal, hatósági orvosokkal döntsenek a magzatnak sorsa felett.

Scipiadés Elemér (zárszó): Előadót mostani működési területén sokat foglalkoztattak nemzetpusztulásunk kérdései, melyekbe a tuberculosis és terhesség miként való kezelése is mélyen belejártszik. A vitából, mely előadásához kapcsolódott, kitűnt, hogy a tuberculosis és terhesség terapiájában a mai tényleges viszonyok között a mesterséges vetélést még nem nélkülözhetjük. Annak foganatosítását bizonyos cautelák közé kell szorítanunk. Végül, hogy terapiás kísérletezéseink közben tapogatóznunk kell az absolute conservativ francia irányzat felé. *Tóth* tanár a mult ülésen azt a nyilatkozatot tette, hogy előadó tanulságait, lévén azok kevés esetre alapozva, nem fogadja el. Ő is azonban a mai ülésen ezt a nyilatkozatát jórészt mitálgalta. *Tóth*nak jobb minőségű anyagában 7% a gümőkóros egyének száma, előadó 1%-ot kitevő előfordulási arányszámával szemben. A *Tóth*-klinikán 9 év alatt 146 művi abortus végeztetett, míg előadó 8 év alatt csak 26-at. Ott 17.000 szülésre 0.9%, előadónak 9000 szülészeti esetre 0.3%. Sokkal activabbak *Sztehlo-Lovrich*, *Nádory*, sőt boldogult *Bárony* tanár klinikájáról *Lehoczky* is. *Frigyesi* csak újabban redukálta a művi abortusok számát 0.2%-ra. Az absolut conservativ álláspont, amelynek fejlődő irányzatára *Korányi* tanár úr mutatott rá, az 1924. évi lausannei konferencián érte el culminatióját *Forssner*, *Sundell* és *Kjellin* referátumában. Ezután előadó a lausannei konferencián kifejezésre jutott úgynevezett francia álláspontot teszi bírálat tárgyává és arra a megállapításra jut, hogy az teljesen ingatag alapokra van építve. Nem érti előadó, hogy *Kausz* honnan veszi absolut negáló álláspontját a művi abortusokkal szemben. A művi abortusok végzésének helyéről beszélve, előadó az állam által felhatalmazott intézetekre gondolt, nem mint *Tomor* értelmezte, csupán állami intézetekre. Hiszi, hogy ezen témának napi-rendezésével hasznos munkát végzett.

Közkórházi Orvostársulat nov. 3-i ülése.

Bemutatók:

1. Gergely Miklós: *Typhus abdominalissal szövődött ileus esete.* 21 éves férfibeteg, ileus tünetei között került a kórházba, akin négy év előtt vakbélműtétet végeztek. Subfebrilis, hány, széke hashajtó után elégtelen. Műtétkor alszalag szorította le az ileumot, a belek puffadtak voltak. Ileocolostomiát végeztek; másnap exitus. Sectionál typhus derült ki a vékonybeleben, amelynek klinikai tünetei nem voltak. Lép sectionál is kicsiny; egyedül a vérkép felelt meg abdominalisnak, mert a Naegeli-féle képet adta; leukopenia, relativ lymphocytosis és eosinophil sejtek hiánya. Az ileust, amely a kórképet dominálta, valószínűleg a belek nagyfokú meteorismusa is elősegíthette.

Bézi István: A bemutatott esetben a kórfolyamatoknak nem complicatiója, hanem combinatiója állott fenn. Bemutat két esetet, amelyekben okozati összefüggés volt a typhus abdominalis és a megbetegedéstől számított két hónap multán halált okozó ileus között. Az egyik alszalagok okozta strangulatiós ileus, a másik letokolt Douglas-tályoggal kapcsolatos volvulus. Halálok mindkét esetben a friss hashártyagyulladás volt.

2. Honti Géza: *Fukala-műtét.* A nagyfokú myopia operálása, amely a lencse eltávolításából áll, sokat veszített jelentőségéből, amióta punctualisan ábrázoló

gyakorlat folytán megfelelő nyugodtságra tett szert és megtanulta a sebekkel való bánáshoz elengedhetetlenül szükséges tisztaságot.

Az első segélynyújtás szervezése jelenleg a legtöbb országban abban az állapotban van, mint az olyan tüzoltóságé, amely önkéntes segélynyújtásra van alapítva, amely ha ünnepek alkalmával kivonul, jól fest, de komoly alkalommal szokás szerint tehetetlennek mutatkozik. A tüzoltóság csak ott működik jól, ahol hivatásosan van megszervezve, a mentőszolgálat is csak ott tud kifogástalanul működni, ahol állandóan alkalmazott orvosokkal és jól képzett hivatásos legénységgel rendelkezik. Ennek a ténynek megfelelően a segélynyújtás nagy városokban és modern, nagy ipari üzemekben jó szokott lenni, de mindenütt elégtelennek mutatkozik, ahol nem hivatásos segélyt nyújtókra van utalva, így pl. a vidéken történő legtöbb balesetnél.

A békebeli balesetknél nyújtandó első segélynek szervezése, véleményem szerint, épp oly fontos, mint a sebesült katonákról való gondoskodás háborúban. Itt a hadseregnek harc képességéről van szó, ott pedig a nemzeti erőknél konzerválásáról. Ha a haremazon érvényesülő nagy nehézségeknek dacára lehetséges, hogy minden sebesült katona, minden körülmények között megfelelő első segélyben részesüljön, mennyivel könnyebb volna a békebeli balesetknél nyújtandó megbízható első segélynek általános megszervezése és biztosítása, amikor itt csak nagyon kivételesen történnek tömeges sebesülések, a mindennapos balesetek pedig majdnem matematikai sorozatban jelentkeznek. Úgy tartom, hogy nem fér össze a civilizációval, hogy ha a civilizált ember szokott foglalkozása közben, vagy utazáson saját hibáján kívül baleset folytán megsérül, ennek a sérülésnek következtében megnyomorodjék, mert a helyszínén célszerű első segélynyújtásra nem volt berendezkedés. A világforgalom terjeszkedésével lépést tartottak azok a berendezések, amelyek az utazók kényelmére és szórakoztatására szolgálnak; nem tartom utópiának, hogy a legközelebbi jövőben szállodák, tennisz-terek, rádióállomások mellett mentőállomások is helyet foglaljanak.

Az első segély szervezésének megjavítása céljából nagyon sok, célszerűnek látszó javaslat történt, így a II. nemzetközi mentésügyi és balesetelhárítási kongresszuson is. Csak a következőkre utalok: nemzetközi segítőakció céljára központi szervezet létesítése, a vöröskereszt bevonása nyilvános segélynyújtási szolgálat vezetésére, a „zöld kereszt“ önkéntes csapatainak nemzetközi szervezése, a munkásbiztosítás együttműködése a vöröskereszttel a balesetknél nyújtandó első segély terén, a mentőszolgálat bevonása a szociális biztosításba, az első sebkötés egységesítése, a tanítási tervnek, a mentők felszerelésének egységesítése, egységes hordágy, nemzetközi minta a balesetek nyilvántartására, nemzetközi vészjelzés. A III. nemzetközi kongresszus előttünk lévő munkaprogramja is egész sorát tartalmazza az első segélynyújtás javítását törekvő értékes javaslatoknak. Mindezek a javaslatok azonban olybá veendő, mint lánecnak különálló szemek, szoros összefüggés nélkül; ezek a külön szemek mint lánc nem használhatók. A felsorolt javaslatok csak úgy valósíthatók meg és az első segélynyújtás általában csak úgy lehet hatékony, ha nemzetközileg és törvényesen kötelező formában szervezettek.

A világháború alkotásai közül a népszövetség az egyedüli, amely iránt győzők és legyőzöttek bizalommal viseltethetnek. A népszövetség társadalmi téren mai napig sokat és nagyot alkotott, bízni lehet benne, hogy tevékenysége ezentúl is nagyszabású lesz. A háborúskodás borzalmai egy csapásra megszűntek, amióta

a genfi kereszt védelmé alatt a háborús sérültekről való gondoskodást nemzetközileg szabályozták; erős a hitem, hogy a békebeli első segélynyújtás elégtelensége gyorsan szanálódik, ha az első segélynyújtást a népszövetség kebelében nemzetközileg szervezik.

Javasolom, hogy a III. nemzetközi kongresszus a népszövetség elé azzal a megkereséssel forduljon, hogy a népszövetség a Bureau internationale du Travail mintájára Bureau internationale pour le Sauvetage et pour le Prévoyance contre les Accidents-t létesítsen. Ennek a központi intézménynek feladata volna, hogy a baleseteknél való segélynyújtást az egész földön szervezze.

A következőkben ennek a nemzetközi, törvényesen kötelező szervezésnek alapvető föltételeit terjesztem elő.

1. Mindenütt, ahol civilizált emberek állandóan közlekednek, nagyobb országutak mentén, a vasuti állomásokon, a folyók mellett, a tengerpartokon, nagyobb sporttelepeken, valamennyi nagyobb ipari üzemben stb., segélyállomások létesítenek, jól képzett, hivatásos személyzettel és kifogástalan állapotban üzemben tartassanak. A segélyállomások felszerelésénél arra kell tekintettel lenni, hogy az első segélynyújtás és a sérülések végleges ellátása között elvi különbség nincs és csak a felszerelés minőségétől és a segélyt nyújtó személyzet képzésének mérvétől függ, hogy mennyire lehetséges a balesettest ellátni. Kívánatos, hogy oly segélyállomásokon, ahol a közelben nincs kórház, a baleseteknek ideiglenes elhelyezésére egy pár ágy legyen rendelkezésre. A segélyállomások egyúttal betegszállító-állomások gyanánt is szolgálnak.

2. Az első segélynyújtás nemzetközi szervezésének megvalósítása költség kérdése.

Az első segély költségeit, — amelyek a hadi sebesültek ellátásának költségeihez mérve nagyon csekélyek lesznek, — az összességnek kell viselnie, úgy, mint egyéb szociálpolitikai berendezés költségeit. A közvélemény részére szociális téren a talaj elő van készítve, manapság minden civilizált ember tudja, hogy itt nem egyes személyek, vagy egyes társadalmi osztályok érdekéről van szó. A kötelező munkásbiztosítás törvénybe iktatása ellen a legtöbb országban állást foglaltak és érvül azt szegezték ellene, hogy a velejáró teher az ipart és kereskedelmet agyonnyomja. Ma már világszerte tudják, hogy ez a teher reproductív befektetést jelent. Az első segélynyújtás esetére való kötelező biztosítást is gyümölcsöző tőkének lehet tekinteni. Úgy, mint a kötelező munkásbiztosítás minden államban, ahol érvényben van, a népegészségügyet hatalmasan fejlesztette, az első segélynyújtás esetére való kötelező biztosítás a balesetek káros következményeinek elhárítására döntő befolyást gyakorolna.

A népszövetség kebelében való nemzetközi szervezés, úgy, mint annak idején a vöröskeresztnek nemzetközi szervezése, a néperkölesre erős, stimuláló hatással volna, mely elől egy nemzet sem tudna elzárkózni, akár tagja a népszövetségnek, akár nem tagja.

A szervezésnek gyors megvalósítása érdekében a népszövetségnek feladata volna arról gondoskodni, hogy elszegényedett államok valutájuk megerősödése idejéig a segélynyújtási szolgálat berendezésére és üzembehelyezésére kölcsönt kapjanak.

3. A segélyállomások berendezése mindenütt egyenlő, felszerelésük, segédeszközeik, szállítóeszközeik egységesek, cserélésre alkalmasak legyenek. Az orvosnövendékek és laikusoknak kiképzetése tervszerűen, azonos elvek szerint történjék. A laikusoknak alapos gyakorlati kioktatására és hivatásos foglalkoztatásukra annál is inkább súlyt kell helyezni, mert a balesetek természetében van, hogy a legsúlyosabb sérülé-

sek olyan körülmények között történnek, amikor a közelben orvosi segílyt kapni nem lehet.

4. Minden berendezkedés és minden egyén, aki a segílynyújtás hivatásos szolgálatában van, a népszövetség védelme alá helyezendő, úgy, ahogyan a háborúban való segílynyújtás a genfi kereszt védelme alatt megy végbe.

5. A nemzetközi mentőegyesület vállalja, hogy tagjainak állandó ellenőrzése és a nemzetközi kongresszusok alkalmával nyilvános megbeszélés útján gondoskodik a felől, hogy a népszövetség védelmével visszaélés ne történjék.

Tisztelt kongresszus! Az első segílynyújtás esetére való kötelező nemzetközi szervezésre irányuló javaslatomat objectiv megfontolás alapján tettem, de nem tudok attól a subjectiv érzéstől elzárkózni, hogy ha valamikor az első segílynyújtás nemzetközi szervezése valósággá válnék, egy alapkövel erősebb lenne a világbéke épülete.

A kongresszus megnyitó ülése, amelyen 32 országból több mint 500 résztvevő volt jelen, az előadást nagy tetszéssel és a benne foglalt javaslatot általános helyesséssel fogadta.

A javaslat sorsa felett a kongresszus ügyrendje értelmében az igazgató-tanács fog külön ülésen határozni; az igazgató-tanács tekintélyes tagjai úgy nyilatkoztak, hogy a javaslat rövidesen a népszövetség elé fog kerülni.

Szükséges-e az orvostanhallgatókat az első segílynyújtásra külön is tanítani és hogyan történjék az?*

Írta: *Körmöczy Emil dr.*, a Budapesti Önkéntes Mentőegyesület igazgató-főorvosa.

Hosszú évek tapasztalata arról győzött meg engem, hogy az a mód, mellyel *Budapesten az első segílynyújtást tanítják, nagyon megfelelő.* Nemesak az első segílynyújtás módozatait és az egész mentőügy szervezését tanulja meg az orvostanhallgató, hanem az orvosi hivatáshoz szükséges higgadságot és bátorságot is elsajátítja.

A Budapesten közjótékonyági alapon fenntartott Mentőegyesület díjtalanul nyújt első segílységet és végzi a beteg és elmebeteg szállításokat és terjeszti az első segílység ismereteit is. Itt képezzük ki a laikusokat is első segílynyújtásra: a munkásokat, a rendőrség embereit, stb. Ezen egyesület foglalkozik az „első segílyszekrények” berendezésével, az egész mentésügy propagálásával és fejlesztésével. Az egyesület az egyetemmel, a gyakorlóorvosokkal, a városi tanácsal és a kormányal a legnagyobb egyetértésben működik és azoknak legnagyobb mérvű erkölcsi és anyagi támogatását élvezi és a hatóságok minden a mentésügyet érintő kérdésben kikérik az egyesület véleményét és arra súlyt is fektetnek.

Az egyesületben az orvosi szolgálatot elsősorban orvosok végzik. Úgy éjjel, mint nappal, két-két egyesületi orvos a szolgálat vezetője, kik nappal három óránként váltják fel egymást. Az éjjeli szolgálat este 8-tól reggel 8-ig tart. Ezen két orvos mellé *nyolc* tagból álló őrség van beosztva. Az őrség tagjai közül *hat* idősebb, kiképzett és vizsgát tett orvostanhallgató (primarius), a másik kettő fiatalabb, kiképzés alatt álló orvostanhallgató (secundarius). Az ambulancián jelentkező balesetet — az orvos felügyelete mellett — orvostanhallgatók részesítik első segílységben. A városokban előforduló balesetekhez egy orvos, egy primarius és egy secundarius vonul ki. Az első segílynyújtás megtanulására elég alkalom van, mert naponta átlag 30

* Az 1926. évi amsterdami nemzetközi mentőkongresszuson tartott referáló előadás.

ambulans fordul meg az intézetben és 40—50 kivonulás és 30 szállítás van. Az egész intézmény orvosi vezetése az igazgató-főorvosra van bízva, kinek segítségére egy igazgató helyettes főorvos és egy igazgatói szaksegéd áll.

Az intézmény az orvostanhallgatók kiképzésével a következőképpen foglalkozik:

Minden téli félév elején az egyesület igazgatósága az egyetem hirdető tábláján az orvoskari dékán engedelmével hirdetést tesz közzé, melyben közli, hogy hetenként kétszer, este 6—8-ig az egyesület székházában elméleti és gyakorlati tanfolyam kezdődik az első segílynyújtásból. A tanfolyam ingyenes és azon minden VI. félévet betöltött hallgató jelentkezhetik. A jelentkező az egyesület irodájában tartozik indexét és igazoló okmányait bemutatni. A tanfolyam előadói: az igazgatói főorvos, az igazgató-főorvoshelyettes, az igazgatói szaksegéd; tárgyai a következők:

I. Előadják az első segílynyújtás történetét és az első segílynyújtást szabályozó hazai törvényeket és rendeleteket. A Budapesti Önkéntes Mentőegyesület rövid történetét, szervezetét és szolgálati szabályzatát és röviden ismertetik a külföldi mentőintézményeket is.

II. Elméletileg és gyakorlatilag előadják az első segílynyújtás legfontosabb módszereit: a belgyógyászati, sebészeti és szülészeti esetekben. *miközben főleg annak tanítására fektetnek különös figyelmet, mit az egyetemen és kórházakban nem tanulhat meg az orvostanhallgató, csak kint az életben, a baleset színhelyén.* A tanfolyam bevégezése után a hallgatók *colloquálnak* és azokat, kik ezt sikerrel kiállták, gyakorlati kiképzésre osztják be.

A tanfolyamot végzett és a gyakorlatra beosztott növendék előbb secundarius lesz és mint ilyen, köteles, midőn szolgálatra kiírták, jelentkezni és az orvosoknak és idősebb hallgatóknak szolgálat közben segédkezni.

Három hó eltelte után, a secundarius orvostanhallgató primariusi vizsgára jelentkezik és három tagú vizsgáló-bizottság előtt, az első segílynyújtásból elméleti és gyakorlati vizsgát tesz, s ezután *primariusjelölt* lesz és gyakorlatra utasítatik, mikor azonban már a szolgálatot vezető orvos ellenőrzése mellett, ő maga is active közreműködik az első segílynyújtásban, de felügyelet nélkül még nem szabad segílységet nyújtania. *3—4 havi primariusjelölti szolgálat eltelte után,* ha azon orvosok, kiknek vezetése alatt a szolgálatot teljesítette, primariusi ívét láttamozzák, *valóságos primarius* lép elő és mint ilyen, részben az orvosokkal együtt végez szolgálatot, részben kisebb jelentőségű esetekhez és szállításokhoz egyedül is kivonul.

A kiképzés alatt álló orvostanhallgató felhasználhatja az egyesület sakkönyvtárát és résztvesz a havonta egyszer megtartott orvosi ülésekben, amelyeken az orvosok az első segílynyújtás körébe tartozó előadásokat tartanak és a szolgálat közben előfordult egyes érdekesebb eseteiket megbeszélik. Szolgálatuk közben a hallgatók a *laikusok részére* tartott előadásokra is bevezényeltetnek és így megismerkednek a laikusok részére tartandó első segílynyújtás tanításának módozataival.

Az orvostanhallgatók ilyen módszerint történő kiképzésével mi nagyon meg vagyunk elégedve és annak *csak egy hibája van, hogy az nem kötelező* és abban csak az orvostanhallgató vesz részt, aki akar.

Az előadásomban elmondottakat a következőkben foglalom össze:

I. Bár az orvostanhallgató egyetemi és kórházi tanulmányai alatt az első segílynyújtás alapelveit megtanulja, mégis szükséges, hogy az első segílynyújtásra vonatkozó ismereteiket az orvostanhallgató összefoglalva, külön előadásokban is hallgassa. Ezen előadásokban ismertetni kell a mentésügy történetét és a mentésügyre vonatkozó törvényeket és főleg azon részét az első segílynyújtásnak, amit az egyetemen és kórházakban nincs alkalmunk látni és megtanulni. A kiképzés elméleti és gyakorlati legyen.

II. Ezen előadásokat az orvostanhallgatók csak akkor hallgathassák, ha már a sebészet és belgyógyászatból kettő és a szülészettől egy félévet hallgattak.

III. Legcélszerűbb, ha a hallgatók kiképzése budapesti mintára, mentőegyesületekben történik és ezért óhajtható lenne, ha az egyetemek szorosabb kapcsolatba lépnének a mentőegyesületekkel.

IV. Az első segítség hallgatása és gyakorlása vétessek fel, mint kötelező tárgy az orvostanhallgatók kiképzésébe.

E kérdésnek az 1926 szeptember 5–11-én megtartott nemzetközi kongresszuson még egy társreferense volt, *Loos dr.* rotterdami professzor. A referátumok meghallgatása után a kongresszus II. szakosztálya rövid vita után, melyben *Jelinek* bécsi és *Petterson* kieli tanárok vettek részt, *Körmöczy dr.*-nak indítványára a következő határozatot hozta:

I. A kongresszus II. szakosztálya megállapítja, hogy a medicusok kiképzése az első segítségnyújtásban ezidő szerint hiányos.

II. A kongresszus II. szakosztálya kívánatosnak tartja, hogy az orvostanhallgatók kiképzése tökéletesítessék és ahol csak lehetséges, mentőintézményekben történjék és az az egyetemi tanulmányba kötelezően beillesztessék.

VEGYES HÍREK

Kérjük hátralékos előfizetőinket, kiknek 41. számukhoz befizetési lapot mellékelünk, hogy annak felhasználásával az előfizetési díjat beküldni szíveskedjenek, mert annak elmulasztása lapunknak igen nagy kárt okoz. Előfizetési díj: egész évre 250.000, fél-évre 125.000, negyedévre 65.000 K. Külföldi előfizetési áraink, valamint a Magyar Orvosi Archivum és az Orvostudományi előfizetési ára, ami ugyanezen befizetési lapon küldhető be, a borítékoldalon olvasható.

† Müller Kálmán bárót vasárnap d. e. 11 órakor temették a kerepesi temető halottasházából családi sírboltjába, hol apja mellett *névtelenül* akar nyugodni. Végóhaja szerint egyszerű, puritán temetése volt, beszéd, ének és koszorúk nélkül; az egyszerű beszentelés után csupán az Országos Közegészségi Tanács nevében másodelnöke: *Tauffer Vilmos* helyezett egy pálmaágat koporsójára, mit a család fehér virágai borítottak, a következő búcsúszavak kíséretében:

T. Gyászoló Közönség! Nagy orvos ravatalánál állunk. A fájdalomérzés torkunkat szorongatja és nem szabad siralmunkat szavakba önteni. Am legyen *akaratod szerint*; pompa és dísz nélkül kísérünk el utolsó utadon; nem beszélünk arról, hogy mit tettél életedben mint tudós, mint orvos, mint hazádnak nagy fia a tudományért, a szenvedő emberiségért és hazád dicsőségéért; *de nem tilthattad el* nekünk azt, hogy elbúcsúzzunk Tőled, hogy kiöntsük szívünk bánatát koporsód előtt, hogy elsirassuk vezérünket, példányképünket a kötelességteljesítésben.

Ha *nem szabad érdemeidről* minékünk beszélni, ámde ég felé tör a *szenvedők ezreinek hálaadása*, kiknek, mint orvos, jótévedője voltál, mert *irgalom* honolt szivedben, és amikor orvosi tudásod határához értél, amikor a szenvedőn segíteni már nem tudtál, még mindig volt irgalmasságodnak egy gyöngéd szava, mellyel vigaszt, reményt oltottál a csüggedő lelkekbe; *ezek szót kérnek* maguknak sírodnál és áldják poraidat.

Az *egyetlen virágszál*, e pálmaág, melyet az Országos Közegészségi Tanács helyez koporsódra: legyen jelképe mindazok tisztelete, elismerése és hálájának, kiket a sors Veled érintkezésbe hozott, kik áldásos életed részesei voltak, kik megéreztek szivednek melegét. Vezetőnk, mesterünk, Te nagy orvos, Te igaz ember — hálánk és szeretetünk kísér a sírba. Isten veled!

Ezután megindult a méltóságteljes gyászmenet, elől az egyszerű kétlovas halottaskocsival, a családi sírbolt felé, hová a nagy halottat az egész gyászoló közönség előkelő tömege elkísérte és azzal a sajátos érzéssel hagyta el a néma sírboltot, hogy e különös nagy ember távozása földi körünkől éppen olyan volt, mint ahogy az életben szokott volt fölünk búcsúzni: hirtelen elhatározással, hangtalanul és rejtélyesen.

A budapesti Kir. Orvosegyesület november 13-i ülésének napirendje: Bemutatás: *Torday Ferenc*: A kanyaró elleni védekezés állati vérsavóval. (Mult ülésről elmaradt bemutatás.) Előadás: 1. *Gerlőczy Géza*: Vizsgálati adatok ép és kóros vérsavóknak bizonyos növényi elemek fejlődését befolyásoló tulajdonságaihoz. (Mult ülésről elmaradt előadás.) 2. *Vajda Károly*: Újabb irányok az életbiztosítási orvostan terén.

A Közkórházi Orvostársulat november 17-i ülésének tárgysorozata: 1. *Réthy Aurél*: Kétoldali posticus bénulás műtéttel corrigált esete. 2. *Fekete Gyula*: Tej-befecskendéssel kezelt ekzema chronicum. 3. Előadás: *Stamberger Imre*: Tonsilla-kérdésről 700 eset kapcsán.

A budapesti Kir. Orvosegyesület a következő pályázatokat hirdeti:

a) A „Balassa-díjalap“ alapítványból pályázatot hirdet egy gyakorlati munka jutalmazására. Tekintetbe vétetnek az 1925 aug. 15-től magyar nyelven megjelent gyakorlati szakmájú, eredeti, önálló kutatások alapján készült tudományos becsű értekezések, hézagpótló monographiák vagy kézikönyvek. A jutalomra számottartó művek a cél megjelölésével 1926 nov. 25-ig beküldendők az egyesület főtítkárához, de a be nem küldött munkák éppúgy figyelembe vétetnek. Pályanyertes munka az orvosegyesület elismerő oklevelét kapja.

b) A „Dr. Szenger Ede-féle orvostudományi pályadíjalapítvány“ból Magyarországon érvényes oklevéllel bíró orvosok részére pályázatot hirdet az orvostudomány bármely szakmájából szabadon választott, önálló, kutatások alapján készült, befejezett, magyar nyelven írt, még sehol meg nem jelent dolgozatra. A pályamunka 1926 nov. 25-ig az orvosegyesület főtítkárához, a pályázat világos megjelölésével, a szerző nevének és lakásának megnevezésével küldendők be. A megjelölt lejárati időn túl beadott dolgozatok nem vétetnek tekintetbe. A pályázatra benyújtott munka a pályázat elintézése előtt nem vonható vissza. A pályázat elintézése után a beadott kéziratokat igazolt tulajdonosaik visszakapják. A pályanyertes munka az orvosegyesület elismerő oklevelét kapja.

Turban dr. titkos tanácsos, úttörő murkása a tuberculosiskutatásnak, november 7-én ünnepelte 70-ik születésnapját. *Turban* Davosból a közeli Maienfeldbe vonulva vissza, ma is teljes szellemi és testi frissességgel folytatja kutató és orvosi munkáját, mint ahogy arról meggyőződhetek az ez évi davosi szünidei orvosi kurzus magyar résztvevői, akik „Pralipomena“ című előadását hallgatták. Utolsó, *Staub dr.*-ral együtt készült munkája a magaslati klíma hatásáról a cavernagyógyulásra is legjobb régebbi munkáinak színvonalán áll. A világ minden részéből feléje özönlő szerencsekívánatokhoz lapunk is örömmel csatlakozik.

Az orvosi továbbképzés központi bizottsága a Budapest székesfővárosi Szent Gellért-gyógyfürdőben (Budapest, I., Szent Gellért-tér) 1926. évi december hó 1-től december hó 15-ig hétköznaponként délután 6–8 óra között a fizikai gyógymódokról gyakorlati továbbképző tanfolyamot rendez. Előadók: *Benczur Gyula dr.* egyetemi magántanár, a Szent Gellért-gyógyfürdő igazgató-főorvosa és *Dalmady Zoltán dr.* egyetemi magántanár, a Szent Margitsziget-gyógyfürdő igazgató-főorvosa. Ezen tanfolyamra jelentkezni lehet az orvosi továbbképzés központi bizottsága irodájában (VIII., Mária-utca 39.).

A davosi nemzetközi magashegyi egyetem ügye, melynek tervét *Kollarits Jenő dr.*, budapesti c. rk. tanár dolgozta ki, egy lépéssel előrehaladt, amennyiben *Lorentz* professzor, a Népszövetség nemzetközi szellemi együttműködése bizottságának elnöke az ügyet a télen a Népszövetség egyetemközi albizottsága és júliusban a szellemi együttműködés bizottsága elé terjeszti. A tervező körkérdései sok kiváló orvos és tudós részéről nyert kedvező fogadtatást. Osztrák és cseh tudósok a tervet a maguk államainak közoktatásügyi minisztériumai elé vitték. *Hellpach* heidelbergi professzor, volt badeni államelnök azt írja, hogy a terv egész új utakat fog mutatni Európának. *Eucken* közvetlen halála előtt

írt levelében igen melegen üdvözi a tervet és annak messzire ható kilátásait. *Schmidt Rudolf*, a prágai német egyetem I. belklinikájának igazgatója rámutat arra, hogy a német egyetemi hallgatóknak minimum 3%-a tüdőbajjal tanul, tovább rontva magát; a tüdőbeteg egyetemi tanulók részére minden egyéb terv fölött állónak tartja a davosi egyetem tervét. A nem-orvos helyeslők közt van *Brunot*, a párizsi Faculté de Lettres doyenje, a Faculté de Droit és a Sorbonne több tanára, *Seipel* osztrák kancellár, *Bergmanns* professor, a belga tudományos akadémia elnöke, *Radenmacher*, a bécsi tudományos akadémia titkára, nyelvteszt. Olaszországban *Morpurgo* turini pathologus, *Pende* genuai belorvos, *Caronia* római gyermekorvos, *Palazzo*, *Eredia* meteorologus-professzorok pártolói az eszmének. Van-
nak ellenzők is, pl. akik azt írják, hogy a tudománynak az alapja nemzeti és hogy több ország fia egy egyetemen belül nem művelheti a tudományt. Többben, pl. *Caronia* is, aggodalommal fogadták az orvosi fakultás tervét, kételkedve, hogy Davos nyújt-e elég beteganyagot. Erre azt lehet felhozni, hogy az egész egyetem felállítására sokévi munkát ad. Nem is lehet azt másképp, mint fokozatos kiépítéssel létrehozni. Így az orvosi fakultásnak egyelőre az elméleti tanszékekre kellene szorítkozni, amelyeken egynéhány évfolyam tanulói tanulhatnának és azokra, amelyekhez bő anyag van. Az orvosi fakultás keretén belül működhetnék pl. egy hathetes tuberculosos- és magashegyi tanfolyan fiatal orvosok részére. Az orvosi fakultás továbbfejlődését azután a kialakuló viszonyok maguk szabnák meg. Az a kérdés is fölmerült, hogy beteg egyetemi tanulók végezhetnek-e egyáltalán komoly tanulmányokat. Nagy beteg csakugyan nem tanulhat, de ha ma Németországban, mint *Schmidt Rudolf* írja, 3% egyetemi tanuló a tuberculososával tanul, rossz klímákban rontva magát, a davosi egyetem a maga berendezéseivel mégis jobb egészségi viszonyokat fog ezeknek is nyújtani, mint a síkföldi ködben elmerülő városok, minden e célt szolgáló berendezés nélkül. *Seipel* osztrák kancellár egyébként a jogi, filozófiai fakultások beteg hallgatói részére a radio bevezetését ajánlja a fekvőesarnokokba.

Orvosdoktorra avattattak 1926. évi november hó 6-án: *Pelikán Erzsébet*, *Tuss Miklós*, *Bónis István*, *Györke Árpád*, *Jakab József Zoltán*, *Paul Benő*, *Rosenberg Jenő*. Üdvözljük az új kartársakat!

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint október 31-től november 6-ig előfordult:

Hasi hagymáz	18	(9)	Gyermekágyi láz	1	(2)
Küteges hagymáz	—	—	Bárányhimlő	69	—
Hólyagos (ál-)himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	13	—
Kanyaró	44	—	Vérhas	11	1
Vörheny	75	—	Járv. agygerincagyhártyalob	1	—
Szamárhurut	6	—	Trachoma	23	—
Rones.torok-, gégelob	41	3	Veszétség	—	—
Influenza	4	2	Lépfene	—	—
Ázsiai kolera	—	—	Paralysis infant.	—	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

K. M. EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST — FŐIGAZGATÓ: DR. CZAKÓ ELEMÉR

A Koch & Sterzel Rt. Drezda. Martin és Sigray Rt. Budapest és C. H. F. Müller Hamburg. Röntgenkészülék és Röntgen-lámpagyárak vezérképviselőnek és gyári raktárának új címe: *Barta és Székely* (ezelőtt *Eriesson Rt. Röntgen-osztálya*) Budapest, IV., Múzeum-körút 37. Telefon: József 125—32.

LEGTÖMÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

Dr. Pajor Sanatorium

VIII, Vas-utca 17. sz.

Orthopädia, Zander és vízgyógyintézetek, iszap-pakkolások.

Dr. PETŐ JÁNOS
VI, Vilmos császár-út 31, I. Tel.: T. 99-45.

Gyógytorna, Orvosi massage, Diathermia, Lúdtalp-kezelés (Lange-betét).

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelésekre.
Budapest V, Vilmos császár-út 18, I. em.
Telefon: 13-98
Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő Dr. Kovács József

Szoptatós-dadákat évtizedek óta a közismert dr. Szegő-féle orvosi intézetből vesszük. VI, Szív-u. 69. T.: 93—22.

Dr. REICH MIKLÓS-féle BUDAPEST IV, SEMMELWEIS-U. 2.
ZANDER-GYÓGYINTÉZET Tel.: József 4—12. Lift.

Dr. SIMONYI BÉLA RÖNTGENINTÉZETE
főorvos, törvényszéki hites szakértő
IV, Múzeum-körút 13
Telefon: József 102—88.
Diagnostika. Therapia

ETRA-RÖNTGEN VII, Rózsa-u. 25.
Tel.: J. 4-58.

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete, Kálvin-tér 10. Elektro-thermo-hydrotherapia, Zander, inhalatorium.

PÁLYÁZATOK.

A szekszárdi vármegyei Ferenc-közkórháznál nyugdíjazás folytán megüresedett *sebészeti osztályos-főorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása a közkórházi alkalmazottak statusrendezése tárgyában kiadott 124.000/1926. N. M. M. számú körrendelet 3. §-a értelmében az állami rendszerű X. fizetési osztály szerint járó kezdőfizetés, lakáspénz (az V. lakbérosztály szerint) és családi pótlék. A sebészeti osztályos-főorvos az idézett körrendelet 13. §-a értelmében is a vármegyei tisztviselői nyugdíjintézet tagja. Felhívom mindazokat, akik erre az állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. tc. 9. §-a II. pontjában előírt képzettségükről tanuskodó orvosi oklevéllel, vagy annak közjegyzőileg hitelesített másolatával, eddigi működésüket igazoló bizonyítványokkal, az orvosi működésük leírásával (curriculum vitae), valamint az ú. n. tanácsköztársaság alatti magatartásukat igazoló bizonyítványokkal felszerelt pályázati kérvényüket Tolna vármegye főispánjához címezve hozzám legkésőbb 1926. évi november hó 30-ig annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket nem fogom figyelembe venni.

Szekszárd, 1926. évi október hó 31-én.
18.508/1926. sz. Éri Márton dr., alispán.

A nagykanizsai városi közkórháznál megüresedett, a XI. fizetési osztályba sorozott bennlakó *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek. A pályázó magyar állampolgárságát, korát, erkölcsi és politikai megbízhatóságát, az 1883. I. tc. és az 1876. XIV. tc.-ben előírt képzettségét, valamint eddigi működését igazoló okmányokkal felszerelt és Zala vármegye alispánjához címezendő pályázati kérvényét 1926. évi november hó 25-én déli 12 óráig Nagykanizsa város iktatóhivatalába nyújtsa be. Nagykanizsa, 1926. évi november hó 5-én.
15438/1926. A polgármester.

A Sopron szab. kir. város Erzsébet-közkórházánál rendszeresített *szemész-főorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Képesítési kellekeket az 1876. XIV. tc. 63. §-a és az 1883. I. tc. 1. §-a, illetve 9. §-a írja elő. A főorvosi állás a m. kir. népjóléti és munkaügyi miniszter úr 1926. évi 124.000. számú körrendelete alapján az állami rendszerű X. fizetési osztály 3. fokozatának megfelelő javadalmazással rendszeresített. A kinevezendő főorvos Sopron szab. kir. város tisztviselői részére szolgáló nyugdíjintézet tagjává lesz. A pályázati kérvények legkésőbb 1926. évi november hó 30-ig Sopron szab. kir. város főispánjához címezve, az Erzsébet-közkórház igazgató-főorvosához nyújtandók be. A pályázati kérvényhez a minősítést igazoló okmányokon kívül a következők is csatolandók: a) rövid életleírás (curriculum vitae) és ennek keretén belül b) a háború alatt teljesített szolgálat rövid leírása, c) a forradalmi időszak alatti magaviseletnek hatósági igazolása. Szabályellenesen benyújtott, elkészen érkezett, hiányosan felszerelt kérvények figyelmen kívül hagyatnak.

Sopron, 1926. évi november hó 6-án.
14.397/I. 1926. sz. Turner Mihály dr., polgármester.

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 POÓR FERENC
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

T A R T A L O M:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Udvarhelyi Károly: Újabb módszer a Lucae-féle idült progressiv nagyothallás gyógykezelésére. (1263—1266. o.)
Mansfeld Ottó: A „Pfannenstiel“-féle harántmetszés módosított formájáról. (1266—1268. oldal.)
Malatinszky Vilma: Lueses csecsemők súlygyarapodása, tekintettel az antilueses therapiára. (1268—1269. oldal.)
Haba Antal: Terhesség és szülés lefolyása uterus septus (uterus bilocularis) esetében. (1269—1270. oldal.)
Vajda Károly: Újabb irányok az életbiztosítási orvostan terén. (1270—1274. oldal.)
Haranghy László: Dermoiddal szövődött terhesség alatt keletkezett széles szalag-vérömleny esete. (1274—1275. o.)
Soós Aladár: A betegélelmezés reformja egyéni alapon. (1275—1278. oldal.)
Milkó Vilmos: Válasz és zárásó Reök Iván dr.-nak „Operáljunk-e az appendicitis intermediaer stadiumá-

ban“ című közleményére. (1278. oldal.)
Lapszemle. Belorvostan. — Urologia. — Szülészet és nőgyógyászat. — Szemészet. — Gyermekorvostan. — Gégészet. (1278—1282. oldal.)
Könyvismertetés. (1282—1283. oldal.)
A Kir. Orvosegyesület nov. 13-i ülése. (1283—1284. oldal.)
A Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztályának nov. 9-i ülése. (1284—1285. oldal.)
Az Otológiai szakosztály nov. 11-i ülése. (1285. oldal.)
Az Apponyi Poliklinika nov. 11-i ülése. (1285. oldal.)
Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának nov. 6-i ülése. (1285—1286. oldal.)
A Debreceni Orvosegyesület nov. 11-i ülése. (1286. oldal.)
† Gragger Róbert dr. (1286—1287. oldal.)
Darányi Gyula: A washingtoni tuberculosis-kongresszus. (1287—1288. oldal.)
Vegyes hírek. (1289—1290. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Újabb módszer a Lucae-féle idült progressiv nagyothallás gyógykezelésére.

Írta: *Udvarhelyi Károly dr.* egyetemi magántanár, mütő, fülorvos.

Az idült nagyothallás általában két főcsoportra oszlik. Az egyik csoportnál a rendesen ép hangvezető-készülék mellett, az agyvelőkéregtől egész a Cortiszervekig terjedő hallóidegrendszer valamelyik részének a megbetegedésében rejlik a halláscsökkenés oka (agydaganat, labyrinthitis, labyrinthisymphilis, stb.). A másik csoportnál ép hallóidegrendszer mellett a hangvezetőapparat (dobhártya, hallócsontocskák, Eustak kürtje) működési képessége csökkent kisebb-nagyobb mértékben.

A Lucae-féle idült haladó nagyothallás ez utóbbi csoportba tartozik. Fő tünete az átjárható Eustak-kürt és ép labyrinthus mellett keletkező és folyton fokozódó nagyothallás. (Tehát az Eustak-kürt szűkülete által okozott hallási zavar, mely a tuba átjárhatóságának a helyreállítása után teljesen gyógyul, nem tartozik ide.)

Ez többféle középfülmegbetegedés után fejlődhet ki; azért megkülönböztetjük a következő négyféle alakot: 1. az otosklerosisos, 2. a post otitises, 3. az adhaesiv és 4. a post catarrhalis alakot.

1. Az *otosklerosisos* nagyothallás tulajdonképpen a sziklaesontban székelő öröklött esontosodási zavar, mely a labyrinthus dobüregbeli esonthártyáján veszi kezdetét, honnan továbbhaladva, a labyrinthus esontos tokjára terjed tovább. Annak elefántesont tömörségű maszája porosussá válik, a hártával bevont ablakai pedig esontszövetülburjánzás következtében megszűkülnek. A hangrezgést a labyrinth belsejébe továbbító kengyel-lap körhártyája egészen vagy részben elcsontosodik, merevvé válik. Későbbi szakában a esontosodási zavar a esiga belsejébe is átlép, amennyiben az orsó és a spirális esontlemez is megvastagszik, annyira, hogy az idegvégződéseket nyomja és részben elpusztítja. Ennél az alaknál tehát a kezdeti hangvezetési nagyothalláshoz későbbi szakaszában idegeredetű nagyothallás is

csatlakozik. Így tehát ezen fajta idült progressiv nagyothallásnak csak az első stadiuma tartozik ide.

2. A *post otitises* idült nagyothallás hosszabb ideig tartó heveny vagy idült középfülgyulladás után szokott bekövetkezni. Itt sem zárható ki az öröklött hajlam. Rendes körülmények között ugyanis az acut és subacut genyedés gyógyulása után a dobüreg nyálkahártyája, a hátramaradt hegesedések dacára is, nagyrészt visszanyeri puha, csekély nyálkát secernáló, kissé nedves karakterét, úgyhogy a hallócsontocskák mozgékonyasága, a labyrinthablakok hártájának a ruganyossága és ezzel a hallás is visszatér. Ugyanígy van a chronikussá vált középfülgyulladásoknál is, még akkor is, ha a dobhártya és a hallócsontocskák egy része elpusztul. Vannak azonban esetek, ahol a genyedés gyógyulása után a nyálkahártya szárazzá válik, megvastagodása is megmarad. Ilyen esetekben a hallócsontocskák izületei merevek maradnak, a labyrinthablakok hártái pedig ruganyosságukat többé-kévesbbé elvesztik, úgyhogy a halláscsökkenés nemcsak hogy állandó marad, hanem az idő haladtával fokozódni szokott.

3. Az *adhaesiv* alak rendesen nyálkás váladékkal járó huruttal kezdődik. Ennek lezajlása után az erősen duzzadt nyálkahártyában, a benne a lob következményeként felhalmozódott kerek sejtek kötőszövevé válnak, melyek később zsugorodnak. Ez a folyamat azon sokszor jelenlévő nyálkahártya-duplikátumokban és nyúlványokban is észlelhető, melyek a hallócsontocskák borító nyálkahártyarészeket a dobüreg falának főleg a felső részeivel kötik össze, a rendes rögzítőszalagokon kívül. Ezen nyálkahártyanyúlványok, ha később kötőszövevé válnak zsugorodnak, akkor a esontocskák rezgő mozgását is megakadályozhatják, főképen azon esetben, ha azok a kengyel szárai és az ovalis ablak szélei között vannak elhelyezve. Ilyen módon beáll az idült progressiv nagyothallás.

4. A *post catarrhalis* alak a sokszor ismétlődő acut vagy subacut, vagy a hosszú ideig tartó idült hurutok után szokott kifejlődni. Itt az egész dobüreg, tehát a hallócsontocskákat, azok szalagait, izületeit, a dobhártyát, sőt a labyrinthablakokat is bevonó nyálka-

hártya a hurut következtében megduzzad. Ezen duzzadás, ha sokszor ismétlődik, vagy sokáig tart, *Schwartz* szerint már maga is táplálkozási zavart okoz az alatta lévő, addig normalis képletekben. Így a csontocskák függesztőszálagai, az ízületek szálagai, sőt az ízületi végeket bevonó finom porcerétegek is sorvadnak, ellenállási képességükből veszítenek. Ezen bántalomban pedig jellemző az, hogy a megvastagodott nyálkahártyában mindinkább túlsúlyra emelkednek a kötőszöveti elemek, melyek később zsugorodnak, ezáltal az ízületekre fokozódó nyomást gyakorolnak. Ezenkívül a nyálkahártya még szárazzá és rigiddé is válik. Nem csoda, ha ilyen körülmények között a hallócsontocskák ízületei megmerevednek, a labirinthablakok hártyáinak és a dobhártyának a rezgőképessége is alászáll és így beáll az idült haladó nagyothallás.

A post catarrhalis alak keletkezésénél a felső légutak hurutjára való öröklött hajlam játszik nagy szerepet, amely tulajdonképpen a nyálkahártyák túlérzékenységéből áll, a hozzájuk jutott ártalmakkal szemben (városi por, meghülések, szénaláz, fertőzések). Több eset jutott azonban észlelésem alá, amelyekben ezen hurutra való hajlamosság a középfül nyálkahártyájára nem volt semmiféle káros hatással addig, míg valamely állandó inger a száj nyálkahártyájára nem gyakorolt káros hatást. Ilyen ingernek bizonyult a műfogsor viselése. Főképpen a felső műfogsor az, amely, úgy látszik, a felső inynek az Eustak-kürt nyílásához közeleső részletében okoz az állandó nyomás által mechanice olyan ingert, amely a középfül nyálkahártyájához is megtalálja az utat és abban idült haladó nagyothallást okoz.

Az idült nagyothallás mind a négyféle alakjának tünetei a hallásra nézve egyformák. Rendesen észrevétlenül, lassan fejlődnek ki, úgy, hogy kezdetben rendesen nem a beteg, hanem a környezete veszi észre a hallás csökkenését. Ez lassan, évről-évre fokozódik. Eleinte csak a távolról jövő hangokat nem hallják. Későbbben a társalgóhangú beszédet egyáltalán nem, csak az emelhangú beszédet értik meg. Míg a zenei hangokat elég jól percipiálják. Legtöbbször ezen a fokon megáll a hallás romlása.

Sokkal kellemetlenebb a betegre nézve a legtöbb esetben már korán jelentkező subjectiv zörejek fellépte. Ezeket távoli vízesés hangjához, erdőzúgáshoz, néha békabrekegéshez hasonlítják a betegek. Érzékenyebb egyének sokszor gépzúgáshoz, súlyosabb esetekben erős kopogáshoz hasonló hangokat hallanak. Magasabb hangú subjectiv zörejek, mint fülesengés, tüesök cirpélése is előfordul, de itt már bizonyos labirinthbeli izgalomra van gyanú.

Legtöbbször a subjectiv zörejek miatt keresik fel az orvost a betegek, mert az néha oly intensiv, hogy a beteget az örülésig kínozzák.

Az idült haladó nagyothallás *diagnosisára* nézve a rendes hallásvizsgálati eredményeken kívül (*Weber* a beteg fül felé lateralizál; csontvezetés megnyúlt; a sugóbeszéd és a társalgóhangú beszéd hallási távolsága többé-kevésbé megrövidült) fontos az ép dobhártyájú esetekben a hallócsontocskák mozgási képességének a vizsgálata is. Ez a Siegle-féle pneumatikus tölesérrel állapítható meg. Ugyanis a kalapácsnyél befelé való mozgása hiányosnak észlelhető, jelölül az ízületek merevségének.

Ami a *Lucae*-féle idült progressiv nagyothallás terapiáját illeti, arra nézve eddig csupán a hallócsontocskák merevségének mechanikus úton való megszüntetésére és a zörejeknek ezenkívül symptomatikus kezelésére (brom, isopral, cocain, stb.) voltunk utalva. A csontocskák merevségét a *Lucae* által szerkesztett

rugós nyomósonda alkalmazásával, azonkívül a *Lucae* által módosított Breitung-féle légmassageal, melynél a légáramnak főképpen a nyomóereje érvényesül, továbbá a katheteren át történt légbefúvásokkal sokszor olyan szép eredményekkel enyhítettük, hogy a hallás jelentékenyen javult. A subjectiv tünetek is szelidültek a fentebbi kezelésre. Sőt az Eustak-kürt bougieval eszközölt Urbantschitsch-féle frikciós massagera a subjectiv zörejek sokszor egészen meg is szűntek. Sajnos, azonban ezeknek a hatása nem volt állandó, mert az alapbaj, a nyálkahártyák szárazsága megmaradt.

Az otosklerosisos esetekben ezen eljárások csakis a kezdeti szakban jártak csekély hallásjavító eredménnyel, mert a csontosodási zavarokat még phosphor adagolásával sem sikerült megállítani egy esetben sem. Hasonlóképpen nem sok eredményt érthünk el az adhaesiv alakoknál sem ilyen módon, még akkor sem, ha thiosinamin-befeecskendésekkel iparkodtunk a hegesedéseket megpuhítani. Itt legfeljebb a hozzáférhető esetekben, az odanövények operatív elválasztása után állott be javulás, de csak egy időre, mert az elválasztott részek idővel újra összenőttek.

Újabban a véletlen egy új eljárásra terelte a figyelmemet, amelynek az alkalmazására, úgy látszik, állandóbb és olyan esetekben is lényeges javulást eredményezett, amelyeknél a régebbi mechanikus eljárások teljesen hatástalanok voltak. Ezen újabb módszer a calciumsók oldatának az intravenás alkalmazásában áll.

Évtizedes tapasztalás az, hogy a calcium adagolása után a tüdő- és orrvérzések jelentékenyen csillapulnak. Több esetet láttam, amelyben pl. a Barta-féle calcifor rendszeres szedése után az addigi gyakori tüdővérzés megszűnt. Épp ezen tapasztalatom alapján orrvérzésben szenvedőknél a localis orrtamponálás mellett a régebbi gelatin-injectiók helyett calcium chloratumnak 10%-os steril oldatát intravenásan juttattam a szervezetbe, a legjobb eredménnyel. Különösen olyan parenchymás, illetve collateralis orrvérzéseknél (pl. menstruációkkal kapcsolatos orrvérzéseknél) volt ezen eljárás jó eredménye eklatáns, amelyekben véredényrexis (mely legtöbbször az orrseptum mellső harmadában szokott lenni — locus *Kisselbachi* — és chromsav, illetve galvanocauter számára hozzáférhető) nem volt jelen, ahol sokszor a jól betamponált orrnyílás helyett a könnyesatornákon át a szemrésből szivárgott a vér.

1924 március havában egy, a felső légutak hurutjára hajlamos és az idült progressiv nagyothallás kezdeti stadiumában lévő egyén gyakori orrvérzése ellen Marberger-féle optocalcil haemostaticumból naponként 10 cm³-t adtam intravenásan. A harmadik injectio után nemcsak az orrvérzés szűnt meg teljesen, hanem az addig kínzó fülzúgása is jelentékenyen csökkent és az addig mindenféle kezeléssel dacoló nagyothallása is jelentékenyen javult. Ezért az optocalcil adagolását folytattam. Körülbelül a 12. injectióra a hallás majdnem a normalis értékig javult, a fül zúgása pedig teljesen elmaradt, bizonyosságul annak, hogy a calciumnak nemcsak a véredényekre van összehúzó hatása, hanem a nyálkahártyák regenerálóképességeit is hathatósan támogatja. Innen magyarázható a calciumnak *Huzly Imre dr.* tanársegéd által (O. H. 1924, 37. sz.) először közölt hatása a stomatitisekre. Ezen utóbbi hatást annál nagyobb örömmel vettem tudomásul, mert így remény volt arra, hogy a műfogsor nyomása által okozott nyizgalmakat is ilyen módon meg lehet szüntetni.

Ezen idő óta sok progressiv nagyothallásban szenvedő betegemet vettem calcium-kúrának alá. Az alkalmazott calcium-készítmények közül használtam a Knoll-féle afenilt, a Richter-féle calcosolt, bromcalcosolt, calcium chloratumnak 10 és 20%-os oldatát és a Marberger-

féle optocalcil haemostaticumot, mindezeket intravenásan. Olyan esetekben pedig, ahol az intravenás adagolás valamely okból nem volt keresztülvihető, ott belsőleg adagoltam a calciumot *Tablettae calcii lactici comp. Richter*, vagy *Pillulae calcobromocithin Richter*, vagy *Tablettae calcii chlorati effervescens Dr. Barta* alakjában.

Szív-, vesebetegeknél, súlyosabb arteriosklerotikusoknál, továbbá diabetikusoknál a mérszók intravenosus adagolása contraindikálva lévén, calcium-kúrát nem alkalmaztam. A calciumsó-oldatok befecskendezése után közvetlenül melegség érzése áll elő a torokban és a nemiszervekben. Azonkívül kívül kisebb-nagyobb fokú vérnyomásemelkedés és pulsuslassábbodás lép fel átmenetileg. Némelyeknél a calcium chloratum-oidat befecskendezése után pár óra múlva rázóhideg és másnap láz lép fel. Ezen lázas utóhatást az optocalcil haemostaticum Marberger után, amely 10% calcium bromatumot tartalmaz, sohasem tapasztaltam, ezért, továbbá mert a fülzúgások ellen a brom hatására is számítottam, leginkább ezt alkalmaztam. Szűk venájú egyéneknél, épp úgy, mint a salvarsan-befecskendéseknél, a calciumsók intravenás alkalmazásánál is előfordulhat az, hogy a folyadék egy része a vena mellé jut. Ez igen kellemetlen paravenosus infiltratumot, erős phlegmonosus lobot, sőt nekrotis is okoz. Ilyen esetben *Fridrich Dietel* ajánlata (Münch. med. Wochenschr. 1925, 4. sz.) a vena mellé jutott folyadékot a fecskendőbe visszaaspiráljuk és utána steril physiologiás konyhasóoldatot fecskendőnk be, melyre a gyulladási reactio elmarad.

Néhány méz-injectióval kezelt idült progressiv nagyothallásban szenvedő beteg rövid kórtörténetét alábbiakban közlöm:

1. G. K., 30 éves rendőr. *Diagnosis*: baloldalon idült haladó nagyothallás (post catarrhalis).

1922 márc. Gyermekekora óta hajlamos a felső légutak hurutjára. Két év óta bal fülére rosszul hall, állandóan zúg a füle. Mindkét dobhártya ép. Erős garathurut.

jobb	Weber >	bal
+	Rinne	—
16"	Schwabach	20"
rendes	C ₄	—10"
8 m	súgóbeszéd	2 m

Tuba elég jól átjárható. Befúvásra a súgóbeszéd j. o. 8 m, b. o. 25 m; zúgás nem szűnt. Lucae-massagera a súgóbeszéd 8 m; zúgás kevesbedett. A hallásjavulás a kezelése után csak pár óráig tartott. Többször hónapokig szünetelt a kezelés. A szünetek után mindig rosszabbodás volt észlelhető. Különösen a subjectiv zörejek intenzitása növekedett állandóan. 1924 márc. 15. Azon panasszal jelentkezett, hogy pár nap óta gyakran van orrvérzése. Emiatt a fülkezelést abba kellett hagyni. Ellenben orttampónálás után kapott 10 cm³ optocalcil haemostaticumot (*Marberger*) intravenásan. Ezen injectiókat naponként megismételtük háromszor egymás után. 1924 márc. 18. Az orrvérzés megszűnt. Örömmel jelentette, hogy a fülzúgások sokkal enyhébbek lettek, sőt úgy érzi, hogy a hallása is javult. Ezen kijelentésre az injectiókat folytatjuk harmadnaponként egész 12-ig, amellyel a fülkezelést is megkezdjük. 1924 ápr. 25. A fül zúgása teljesen megszűnt, hallása annyira javult, hogy a súgóbeszédet a bal fülével is meghallja 8 méterről. Ezen idő óta jól hall, többé nem is jelentkezett.

2. P. G., 40 éves postafőellenőr. *Diagnosis*: post catarrhalis progressiv nagyothallás.

1924 márc. 29. Azon panasszal jelentkezett, hogy 25 év óta rosszul hall és nagyon zúg mind a két füle. Azonkívül az utóbbi időben gyakran szédül. Mindkét dobhártya ép. Weber: közép; Rinne: mindkét oldalt negatív; esontvezetés j. o. 18", b. o. 15"; „A” j. o. 0", b. o. 8"; „C₄” j. o. —20", b. o. —10"; súgóbeszéd j. o. 03 m, b. o. 1 m. Befúvás után a súgóbeszéd j. o. 1 m, b. o. 12 m. Vestibularis mindkét oldalán ép. Kéthónapi rendszeres kezelés dacára a javulás majdnem semmi. 1924 szept. 25-től 1925 jan. 24-ig a rendes, mechanikus kezelés mellett összesen nyolc optocalcil-injectiót kapott, erre a szédülése teljesen megszűnt. Fülzúgása csak esténként

jelentkezik, de csak akkor hallja, ha csend van. A súgóbeszéd hallása jobboldalon 2 méterre, baloldalon 3 méterre javult.

3. W. M., 25 éves ny. postasegéd-tiszt. *Diagnosis*: otosklerosis II. stadium.

1924 okt. 4. Évek óta fokozatosan romlik a hallása és zúg a füle. Két év óta a fül zúgása olyan intenzív, hogy állítólag emiatt nem hall semmit. Négy év előtt láttam, akkor a csontvezetése megnyúlt volt. Akkor phosphort szedett. Mai lelete: Mindkét dobhártya ép. Weber: 0; esontvezetés j. o. 3", b. o. 4"; „A” j. o. 0", b. o. 0"; „C₄” j. o. —60", b. o. —70"; súgóbeszéd j. o. 0", b. o. 0"; társalgóbeszéd j. o. ad concham, b. o. ad concham. Naponként 1 eg pilocarpin-injectio, nyolcszor egymás után. Semmi javulást nem okoz. Hallásán a befúvások, Lucae-massage sem javít semmit. Wassermann: negatív. 1924 okt. 16. Mától kezdve jodkali + bromkali-oidatot (aa 5 ad 200) szed hat hétig háromszor egy evőkanállal. Utána semmi javulás nem mutatkozik. 1924 nov. 22-től 1925 febr. 6-ig összesen 16 optocalcil haemostaticum intravenás injectiót kap. 1925 febr. 7. Hallási annyira javult, hogy most a „C₄” hangvilla hangját j. o. —25", b. o. —25"-ig, a súgóbeszédet j. o. ad concham, b. o. 10 cm-ről hallja. A fül zúgása pedig jelentékenyen enyhült.

4. S. B.-né, postafelügyelő neje. *Diagnosis*: idült progressiv nagyothallás, post otitidem.

1925 febr. 28. 10 év előtt kétoldali genyes középfülgyulladás volt. Azóta fokozatosan romlik a hallása mindkét oldalon, emellett igen erős fülzúgása van. Négy év óta műfogakat visel. Lelet: Jobb dobhártya ép. Baloldalt a dobhártya helyét erősen behúzódtott hegek foglalják el. Weber: közép; Rinne j. o. —, b. o. —; „A” j. o. 10", b. o. 5"; „C₄” j. o. —20", b. o. —30"; súgóbeszéd j. o. ad concham, b. o. 0; befúvásra j. o. 30 cm, b. o. 0 cm. Másodnaponként kap 2 cm³ fibrolysin Merck-injectiókat 12-szer subcutan a hegek felpuhítása céljából, a rendes kezelése mellett. 1925 márc. 16. A fibrolysin-injectiók semmi javulást sem okoznak, a zúgás kissé enyhült. 1925 ápr. 21. Mától kezdve másodnaponként, összesen 12 optocalcil-injectiót kap. 1925 máj. 16. Fülzúgása sokkal enyhébb, néha el is marad. Hallása annyiban javult, hogy a súgóbeszédet nemcsak a jobb, de a bal fülön is meghallja, ad concham. Egyébként több javulás nem észlelhető.

5. S. J., 50 éves malommunkás. *Diagnosis*: idült progressiv nagyothallás.

1925 aug. 4. Több év óta fokozatosan romlik a hallása, fülzúgása az utóbbi időben annyira kínozza, hogy sem dolgozni, sem aludni nem tud tőle. Azt hiszi, hogy ebbe beleőrül. Lelet: Mindkét dobhártya ép. Weber: jobbra; Rinne: mindkét oldalt +; esontvezetés j. o. 6", b. o. 8"; „A” j. o. 15", b. o. 10"; „C₄” j. o. —20", b. o. —30"; súgóbeszéd j. o. 02 m, b. o. 05 m. Befúvásra a súgóbeszéd j. o. 04 m, b. o. 08 m. Rendszeres kezelésre a hallás némileg javul, de a subjectiv zörejek állandóan kínozzák. 1925 nov. 4. Mától kezdve hetenként háromszor, összesen 12 optocalcil-injectiót kap. 1926 febr. 18. Örömmel jelenti, hogy az injectiók után a fül zúgása annyira javult, hogy már visszatért a munkakedve és jól tud aludni. Hallása: Weber: közép; Rinne j. o. —, b. o. —; „C₄” j. o. —10, b. o. —12; súgóbeszéd j. o. 05 m, b. o. 4 m. Azóta nem jelentkezett.

6. D. E. A., 65 éves ny. máv. felügyelő. *Diagnosis*: post catarrhalis nagyothallás, könnyebb arteriosklerosis.

1924 nov. 25. 10 év óta tartó idült hurutja van. Hallása utóbbi időben nagyon leromlott. Az Eustak-kürt katheterét maga vezeti be magának. Lelet: Mindkét dobhártya ép. Weber: közép; Rinne: mindkét oldalt negatív; esontvezetés mindkét oldalt nyújtott (j. o. 20", b. o. 20"); „A” j. o. —11", b. o. —12"; „C₄” j. o. —20", b. o. —22"; súgóbeszéd j. o. ad concham, b. o. ad concham. Befúvásra a súgóbeszéd j. o. 15 cm, b. o. 20 cm. Lucae-massagera a súgóbeszéd j. o. 80 cm, b. o. 70 cm. Erős száj- és garathurutja van. Nyolc év óta műfogakat visel. 1925 jan. 15. Miután a rendes kezelésre nem állott be nagyobb javulás, harmadnaponként egy optocalcil-injectiót kap. A hatodik injectióra erős agyvérződés kap, úgy, hogy venaesectiót kellett csinálni nála. Erre az optocalcilt abbahagyjuk. De így is a hallása megjavult két méternyire és a hurutja is enyhült.

7. G. D.-né, 52 éves temetkezési intéző neje. *Diagnosis*: otosklerosis I. s. (?)

1925 nov. 6. Hat év óta zúg a füle és romlik a hallása. Mindkét dobhártya ép. Weber: közép; Rinne j. o. —, b. o. —; esontvezetés j. o. 16", b. o. 16"; „A” j. o.

10", b. o. 11"; „C₄“ j. o. 15", b. o. 20"; sűgőbeszéd j. o. 20 cm; b. o. 30 cm; befűvásra a sűgőbeszéd j. o. 1.5 m, b. o. 0.5 m. Lucae-massagera a sűgőbeszéd j. o. 2 m, b. o. 0.8 m. A zűgás keveset szűnik. 1925 nov. 20-tól kezdve 10 cm³ afenil-injectiókat kezdűnk. Az első injectio után két órával rűzűhideget kap, utána 38.3 C^o lázt. Az afenilt elhagyjuk, helyette optocalcil haemostaticumot kap háromszor hetenként. A 10. injectióra és az egyidejű localis kezelésre a fűlűzűgás elmarad, a hallás a jobb fűlűn három méterre, a bal fűlűn egy méterre javul.

8. Dr. H. V.-né, 45 éves űgyvéd neje. Diagnosis: post catarrhalis idűlt progressiv nagyothallás.

1925 nov. 17. Kőrűbelűl öt év óta igen erős fűlűzűgása van, hallása a rendes gyűgykezelés dacára folyton romlik. Nagyon gyakran náthás. Állandó garathurutja van. Lelet: Mindkét dobhártya ép. Weber: közép; Rinne j. o. —, b. o. —; „C₄“ j. o. —10", b. o. —10; sűgőbeszéd j. o. 1 m, b. o. 0.5 m. 1925 nov. 18-tól dec. 20-ig nyole optocalcil-injectiót kap harmadnaponként. Hallása a sűgőbeszédre nézve jobboldalon három, baloldalon 2½ méterre javul. Fűlűzűgása alig van.

9. Dr. V. Ő., 52 éves űgyvéd. Diagnosis: post catarrhalis idűlt progressiv nagyothallás.

1924 nov. 8. Kőrűbelűl négy év óta romlik a hallása, fűlűzűgása nincs. Ugyanazon idő óta műfogakat visel. Lelet: Mindkét dobhártya ép. Weber: közép; Rinne j. o. —, b. o. —; csontvezetés j. o. 16", b. o. 16"; „A“ j. o. 10", b. o. 12"; „C₄“ j. o. —8", b. o. —10"; sűgőbeszéd j. o. 0.3 m, b. o. 0.2 m. Erős garathurut. Befűvásra a sűgőbeszéd j. o. 1 m, b. o. 0.8 m-re javul. Lucae-massagera a sűgőbeszéd j. o. 1.5 m, eb. o. 0.8 m. További kezelésre nagyobb javulás nem érhető el. 1925 jan. 20-tól harmadnaponként, összesen 12 optocalcilra a sűgőbeszéd j. o. 6 m, b. o. 6 méterre javul. Mostantól fogva a műfogakat korábban teszi le.

A közűlt kőrűtörténetek tanulsága szerint fűképen a post catarrhalis idűlt haladó nagyothallás az, amelyben a mészűk alkalmazásából határozott és nagy javulást érhattűnk el (1., 2., 5., 6., 8., 9. sz.), még ha műfogak viselése fokozta is azt. Sokkal kevesebb a hatás a genyes otitis utáni heges adhaesióknál, de a fűlűzűgásra nézve itt is kedvezű az eredmény (4. sz. kőrűtörténet). Ami az otosklerosist illeti, itt, tekintve azt, hogy a csontosodási zavar, bár egyrészt a labyrinth-tok csontjának megritkulásához, másrészt azonban a labyrinth-ablakok csontos összenűvéséhez vezet, igen óvatosan kellett eljárni a mész adagolásával. Ezért vagy a kezdeti szakban (7. sz. eset), vagy csak olyan esetben tettem vele kísérletet, amelyben már a csontosodás a labyrinth belsejében tett pusztításokat (3. sz. eset). Tehát ahol már a teljes megsiketűlés felé haladt a kóros állapot. Itt is némi javulást lehetett elérni a subjectiv zűrejekre nézve, úgy, mint a hallásra nézve. De ebből a kis eredményből is azon következtetés vonható le, hogy esetleg az otosklerosist a mész adagolásával meg lehetne állítani. Leicher ugyanis az otosklerosisosok vérében a mész-tartalmat csökkentnek találta. Ezen lelet alapján a szervezet mészforgalmának zavarát találta, mely szerinte a pajzsmirigy és a hypophysisnek mértéken felűl fokozott működéséből áll elű. Ezt bizonyítja az is, hogy az otosklerosisban szenvedű nűknek, ha teherbe jutnak, terhességűk és szűlésűk ideje alatt sokkal gyorsabb tempóban romlik a hallásuk. Épp ezért Leicher* azt ajánlja, hogy a teherbe jutott otosklerosisban szenvedű nűket terhességűk harmadik hónapjától kezdve prophylactice mész-kűrának vessűk alá, még pedig úgy, hogy a kezelés első hetében háromszor 10 cm³ afenil-, majd késűbb a szűlés befejeztűig minden héten egy afenil-injectiót kapjon. Ekkor elkerűlhetű lesz a terhesség alatti rosszabbodás. Mindenesetre helyesebb eljárás, mint az otosklerosis miatt a terhesség megszakítása.

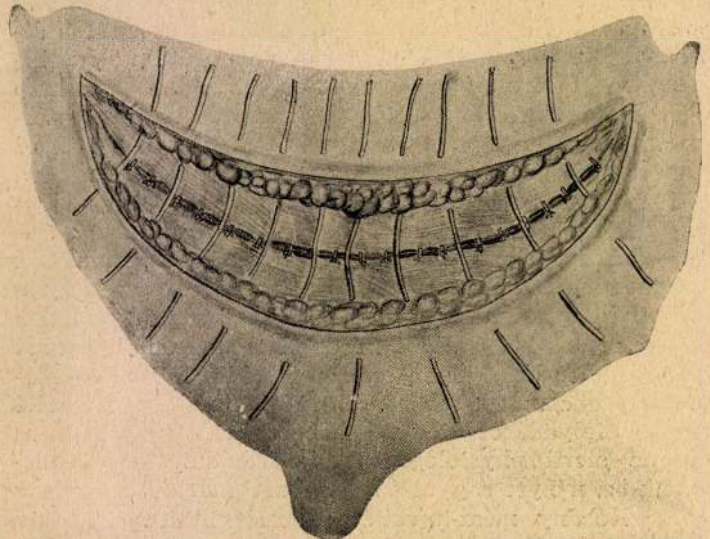
* Leicher: Blutkalkveränderungen bei Otosklerose und ihre Beziehung zur inneren Sekretion. Verhandlung der Gesellschaft deutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte. 1922.

A Szt. István-kórűház III/2. sz. nűgyűgyászati osztályának közleménye (fűorvos: Mansfeld Ottó dr.).

A „Pfannenstiel“-féle harántmetszűs módosított formájáról.

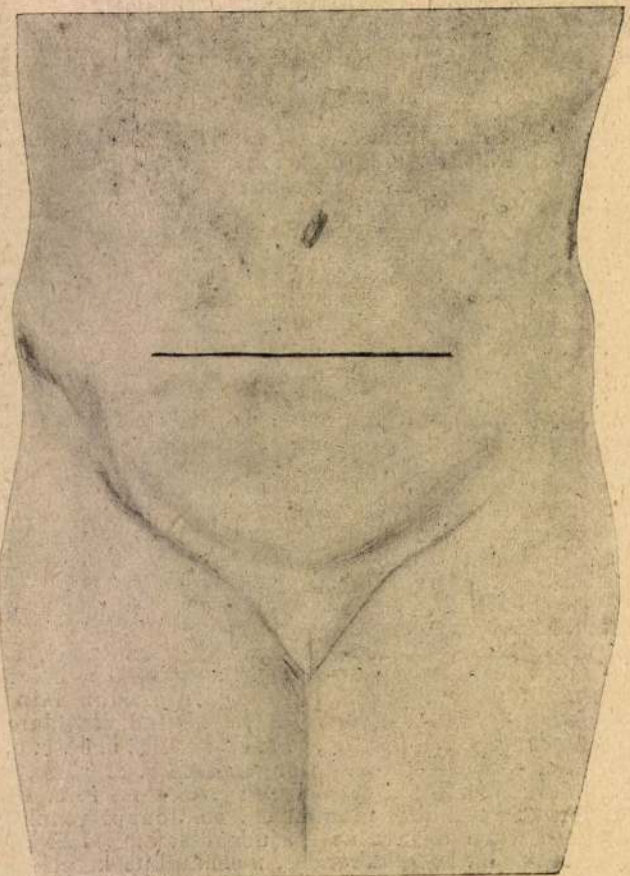
Írta: Mansfeld Ottó dr.

Osztályomnak sajátos beteganyaga, mely nagyrészt prostituáltakból áll, szűkségessé tette, hogy a hasmetszűs módjával intensivebben foglalkozzam. Azon betegek ugyanis, akik évekig tartó, űjra meg űjra kiűjűlű adnexlobosodásokban szenvednek, és műtűti gyű-



1. ábra. A „Pfannenstiel“-féle metszűs Weibel nyomán.

gyítást kértek, hasuknak eltorzítását egy a köldűktől a symphysisig terjedű metszűssel nem akarták elfogadni, mert egy ily metszűs, szerintűk, mindenkiben betegségű tudatát kelti. Ezen kőrűlmény folytán kezdtem



2. ábra. Franz-fèle metszűs.

ezen többnyire igen nehéz adnexmütéteket a *Pfannenstiel*-féle harántmetszésből operálni. Egy ily sorozat alapján személyes tapasztalatokkal győződhettem meg arról, ami az általánosan elterjedt felfogásnak is megfelel, hogy ezen metszésből a feltárás nehéz. Nehéz azért, mert az alulról felpraeparált fascia-lemez szélei erősen feszülnek, az oldallapocoknak ellentállást adnak. Ha kielégítő betekintést és helyet akarunk nyerni, akkor a bőr- és fasciametszést nagyra, 22–24 cm-nyire kell venni, azaz csaknem a két spina iliaca anteriorig.

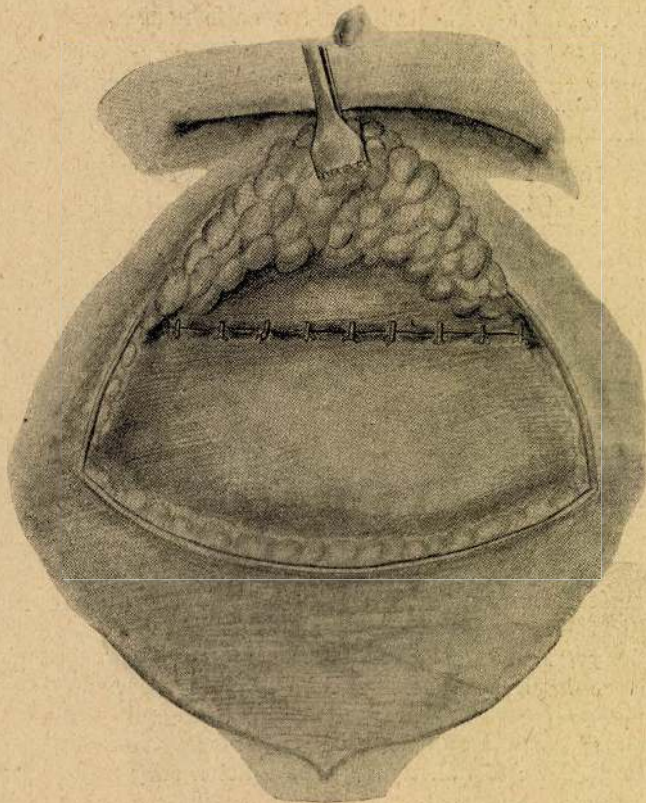
Valóban ily alakban ábrázolják is a metszést az ismertebb gynaekologus mütéttanok.

Ilyen méretekből a *Pfannenstiel*-féle metszés igen nagy sebzés és oly tekintély, mint *Faure*, *torzitóbbnak* tartja, mint a median-sebet (1. ábra).

Franz (Berlin) ismertet újabban egy harántmetszést, mely az ívalak helyett *egyenes vonal-*

Ezzel *Pfannenstiel* feladta ugyan *Rapin* „aesthetikus“ célkitűzését, de a metszést két szempontból tette használhatóbbá: 1. a fascia harántmetszése sokkal jobban véd mütét utáni sérvekkel szemben, mint annak a központonban való átmetszése; 2. a metszés nagyobbítása és magasabbra helyezése alkalmasabbá tette azt nagyobb beavatkozások elvégzésére is.

A bevezetésben jelzett céloom elérésére a *Rapin*-féle, a szeméremszőrözethen vezetett kis metszéshez kellett visszatérnem, mely valóban alig látható heget ad.

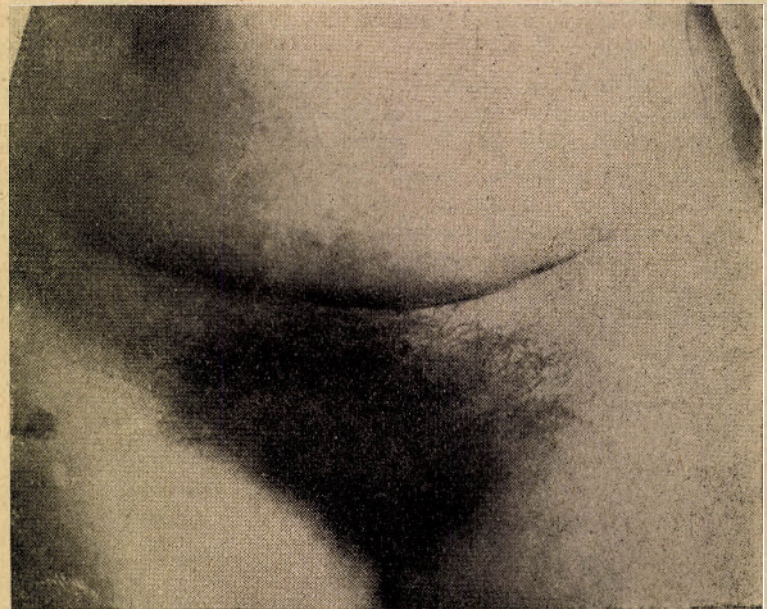


3. ábra. A bőr alatti magas fascia-harántmetszés.

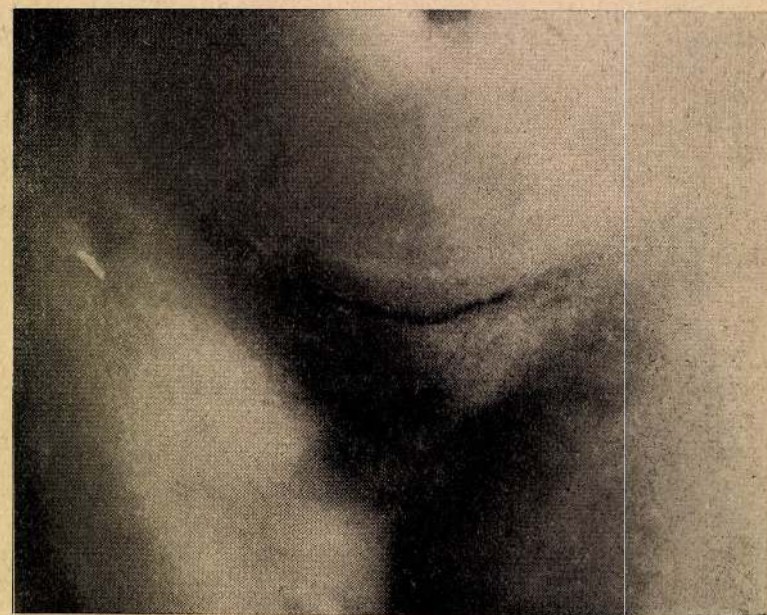
ban a *spinae illiacae anteriorok* magasságában vágja át a bőrt, bőr alatti zsírt és a fasciát. Ez a metszés (2. ábra) szerinte minden gynaekologiai mütét végzésére alkalmas rést nyújt. Az így operáltak azonban úgy néznek ki, mintha a hasuk ketté volna fűrészelve. Specialis céljaimnak tehát ez a módosítás szintén nem felelt meg.

Áttekintve a régebbi irodalmat, kitűnt, hogy *Rapin* volt az első, aki 1894-ben törekedett már „aesthetikus“ formájú hasmetszésre. Úgy járt el, hogy a szeméremszőrözethen ejtett egy 12–14 cm-es ívalakú metszést a bőrön és bőr alatti zsíron keresztül. Ezt a lebenyt felpraeparálva, a fasciát már a központonban nyitotta meg. Ugyanígy járt el *Küstner* (1896).

Pfannenstiel ezen metszéseket annyiban módosította, hogy a fasciát is az ívalakú bőrmetszéssel *párhuzamosan*, tehát harántul vágta át, majd mikor látta, hogy a metszés így is csak kisebb beavatkozásokra, többnyire ventrofixiókra alkalmas, a metszést egy *magasabb* bőrredőbe helyezte és *megnagyobbította*.



4. ábra. „Pfannenstiel“ metszés hege.



5. ábra. Bőr alatti magas fascia-harántmetszés hege.

Ezen 12–14 cm-es bőrmetszésből a bőrt az alatta levő zsírral együtt felpraeparáltam addig a képzelte vonalig, amely a *spinae illiacae* anterioreseket köti egymással össze. Majd ebben a magasságban egyenes vonalban metszettem át a fasciát (3. ábra). Az így nyert nagyobb alsó és kisebb felső fascialebenyeknek fel- és lefelé való praeparálása után az egyenes hasizmokat széjjeltolva, a hashártyát a központonban nyitjuk meg.

A metszést, mely a *Rapin*- és *Franz*-féle metszési módok kombinációja, „bőr alatti magas fascia harántmetszésnek“ nevezném.

Első 20 így operált esetről „Der subkutane hohe Fascienquerschnitt“ címen a Centralblatt für Gyn. 1926. 26. számában számoltam be.

Azóta újabb 21, összesen 41 esetben végeztem. A feltárás ily módon meglepően jó. Nulliparáknál, feszes hasfalaknál, erős rectusoknál sincs semmiféle akadályozó feszülés. A műtétek legnagyobb része genyes adnexitisek miatt történt, mégis 36 gyógyult per primam = 88%, 5 per secundam.

A bőr harántsebe, ha másodlagosan is, gyógyul, nem mutat tátongásra hajlamot, mint azt a középvnal-metszésnél látjuk, mert hiszen a metszés a bőrvonalaknak felel meg.

A kosmetikus eredmény kifogástalan, amit a Pfannenstiel szerint és ezen módosítás szerint operált esetek egymás mellé állítása mutat (4. és 5. ábra).

Az ezen metszéssel operáltaknál még egy előnyös körülményt volt alkalmam megfigyelni. A hosszmet-széssel operált betegek a műtét után hetekig előre-hajolva járnak, mert a teljes kiegyenesedés fájdalmas. A harántmetszés után, amint felkelnek, már egész egyenes testtartással járnak, mert ezen tartásban érzik jobban magukat.

A bőr és alatta levő kötőszövetnek azon része, mely a fasciáról fel lett praeparálva — átlag 6–6½ cm-es része, mint azt mérésekkel ellenőriztem —, a műtét utáni napokban néha kissé duzzadt és oedemás. Ez thermophor alkalmazására minden esetben vissza-fejlődött. Bőr alatti haematoma csak egy esetben képződött, amely az 5 per secundam gyógyulásba bele van számítva.

Ezen tapasztalások alapján oly gynaekologiai megbetegedésekre, melyek egy, a köldökig érő metszésből megoldhatók (köldököt meg nem haladó dagana-tok!), jó lélekkel ajánlhatom ezen „bőr alatti magas fascia harántmetszést“, amely csaknem láthatatlan kis metszésből jó feltárást ad, s amelynek primaer eredményei egyenrangúak az eddig ismert metszések eredményeivel. Ezen előnye mellett ez a kosmetikus met-szés bizonyos életkörülmények között élő nőbetegek szempontjából jelentőséggel bírhat.

A Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika közleménye (igazgató: Bókay János dr. egyet. nyilv. rendes tanár.)

Lueses csecsemők súlygyarapodása, tekintettel az antilueses terapiára.

Írta: Malatinszky Vilma dr., klinikai gyakornok.

Az egyetemi gyermekklinikán 1922. év elején állítottunk be külön rendelési órákat luesben szenvedő gyermekek számára, hogy a rendszeres kezelést e gyermekeknek mindinkább biztosítsuk s jövő sorsukat karthotek-rendszerünkkel figyelemmel követhessük.

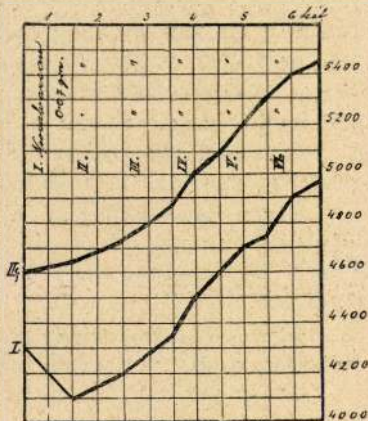
A mai napig ott megjelent kb. 480 beteg közül 256 csecsemő volt. Rendszeres kezelésben 171 csecsemő részesült; 85 egy-kétszeri megjelenés után elmaradt. Ezek közül utólagos értesülésünk szerint 19 exitált, a többi teljesen elveszett szemünk elől. Az elmaradottaknak e megdöbbentően nagy százaléka önkénytelenül eszünkbe juttatja Kundratitz javaslatát, mely szerint a lueses gyermekek kezelését törvényileg kellene kötelezővé tenni.

Az első években a kezelést neosalvarsannal végeztük. Az injectiókat csaknem kizárólag intravenásan (a temporalis vénákba adva) alkalmaztuk, 0.015 g-ot számítva a csecsemők testsúlykg-jára. Az injectiókat heten-

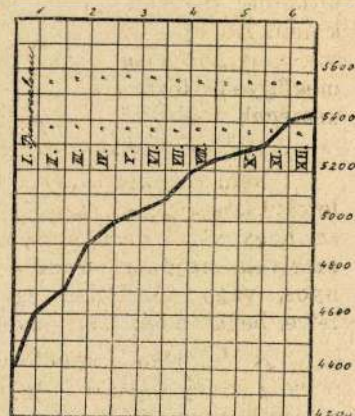
kint ismételtük hat héten át. Az ily módon kezelt 85 csecsemő súlygörbéje általában kétféle főtípust mutat (1. ábra). Az egyik típus szerint (38%) az első injectiót követően kisebb-nagyobb — heti 40–200 g-nyi — súlyesést láttunk s e súlyesés az esetek egy részében a második injectio után megismétlődött. A második, illetve harmadik injectiót tartós súlygyarapodás követi, mely a normalis heti 140–200 g-ot eléri, sőt túhaladja. A másik típus szerint (44%) a gyarapodás már az első injectio után megindul, azonban igen lassan s csak a második vagy harmadik injectiót követi a normalishoz hasonló emelkedés. Az első injectio utáni súlyesök-enést Engel úgy magyarázza, hogy a neosalvarsan hatására tömegesen elpusztuló spirochaeták mérgezőleg hatnak az egész szervezetre s befolyásolják a testsúlyt is.

1923 folyamán, részben a gyógyulás kipróbálása, részben az egyszerűbb technika szempontjából bismoluol-, illetve bismosalvan-kezelésre tértünk át. A bismuth-praeparatumokkal kezelt csecsemők száma összesen 61. A kezelés hetenként kétszer történt 0.5–0.5 cm³-nyi gyógyszer intramuscularis adagolásával s egy kúra 12 injectióból állott. E csecsemők súlygörbéinek összehasonlításánál ismét feltaláljuk a fentemlített két típust, de már lényegesen kisebb, 23%, illetve 26.2%-ban. A bismuthal kezelt csecsemők 25%-ban olyan súlygörbét mutatnak, amilyent neosalvarsannal kezelt betegeinknél egyetlenegy esetben sem láttunk. Az első néhány injectio alatt a súly meredeken, szinte ugrásszerűen emelkedik, hogy aztán 10–14 nap múlva a normalis súlygörbébe menjen át (2. ábra). Volt azonban néhány esetünk, ahol ez a meredek emelkedés csaknem az egész kúra alatt fennállott s négy hét alatt, sőt egy esetben három hét alatt egy kilogramm súlygyarapodást eredményezett (3. ábra). A bismuth-therapia bevezetését követően 20%-ban láttunk normalis súlygyarapodást, szemben a neosalvarsannal kezelt 10.5%-ával.

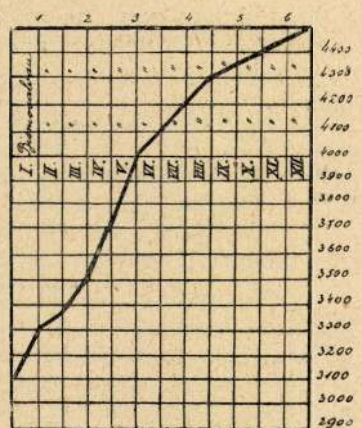
Kombinált kezelést mindössze 23 csecsemőnél végeztünk, két bismuth-injectio után egy neosalvarsant adva, egy kúraban összesen 18 injectiót. Várakozásunknak megfelelően ezeknek súlygörbéje 38–40%-ban normalis, kb. ugyanannyiban lassúbb emelkedést mutat,



1. ábra



2. ábra.



3. ábra.

Kombinált kezelést mindössze 23 csecsemőnél végeztünk, két bismuth-injectio után egy neosalvarsant adva, egy kúraban összesen 18 injectiót. Várakozásunknak megfelelően ezeknek súlygörbéje 38–40%-ban normalis, kb. ugyanannyiban lassúbb emelkedést mutat,

mintegy a kétféle therápia testsúlygyarapodásra gyakorolt hatásának eredményei összegeződnek.

Beteganyagunk szociális viszonyainak megfelelőleg az általunk kezelt csecsemők túlnyomóan mestersegesen voltak táplálva. A különböző therapiák által elért súlygyarapodási eredmények a szoptatott csecsemőknél sem mutattak lényegesebb eltéréseket.

Hogy miben rejlik a bismuthnak a súlygyarapodásra gyakorolt kedvező hatása, ezideig tisztázva nincs; nem lehetetlen, hogy összefüggésben van a véképre és a vér haemoglobin tartalmára való befolyásával. (*Tüdős és Kiss: Orvosi Hetilap 1925, 37. sz.*)

Irodalom: *Stransky: Zeitschr. f. Khk. 32. — Kundratitz: Jahrb. f. Khk. 101. — Engel: Klin. W. 1923, 42. sz.*

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. számú női-klinikájának közleménye. (Igazgató: Tóth István dr., egyetemi ny. r. tanár.)

Terhesség és szülés lefolyása uterus septus (uterus bilocularis) esetében.*

Írta: *Haba Antal dr.* egyetemi tanársegéd.

A női nemi szervek fejlődési rendellenességei általában nem tartoznak a nagy ritkaságok közé. A különböző aplasiák, hypoplasiák, atresiák és duplicitások alakjában elég gyakran találkozunk velük. Számos megfigyelés bizonyítja azt, hogy ezen fejlődési rendellenességek mellett fogamzás, vagy annak lehetősége adva van, eltekintve természetesen a teljes aplasiától.

Nem szándékozom és az alább elmondandó szülés lefolyásának ismertetése keretében nem is lehet a céloom az, hogy a női nemi szervek fejlődési rendellenességeit, amelyek majdnem mindig a Müller-féle járatok hiányos, vagy tökéletlen egybeolvadása folytán jönnek létre, behatóbban ismertessem.

A fejlődési rendellenességek nagy csoportjának ezideig nincs tisztázott egységes aetiologiája. A sokat vitatott ligamentum vesico-rectale az esetek csak mintegy 10%-ában található. Tehát nincsen olyan jelentős szerepe, mint általában hitték. Egyesek, mint *Kussmaul*, *Graetzer*, *Ortmann* a foetalis korban lezajlott peritonitis nyomát vélik benne meglátni. *Krieger* allantois maradványnak, *Schauta* pedig hashártya fejlődési rendellenességnek tartja.

Müller, a róla elnevezett járatok egybeolvadásának akadályaként felemlíti, hogy a járatok egybeolvadását már a foetalis végbél és a hólyag erős teltsége is megakadályozhatja.

A Müller-féle járatokról tudjuk, hogy azok először azon helyen érintkeznek, illetve olvadnak össze, amelyből később a cervix fejlődik ki. Innen úgy felfelé, mint lefelé, különböző kiterjedésben lehet megakadályozva az egybeolvadás. Ha a két Müller-féle vezeték egyesülése külsőleg megtörtént, csak a válaszfal felszívódása maradt el, azon állapot jön létre, melyet uterus septusnak nevezünk. Ilyen méhben kiviselt terhesség és a szülés lefolyásának ismertetése képezi dolgozatom tárgyát.

A női nemi szervek fejlődési rendellenességeinek jelentősége nőgyógyászati szempontból, alárendelt szerepet játszik azoknak szülészeti jelentőségével szemben. Ennélfogva érthető, hogy figyelmünk főleg azok szülészeti jelentőségére irányult. A tapasztalatok azt mutatták, hogy fejlődési rendellenesség mellett a terhesség és a szülés sokszor teljesen zavartalanul folyik

le, másrészt az észlelések tekintélyes számával rendelkezünk, ahol a legsúlyosabb szövődmények állottak elő és szolgáltatott okot súlyos műtéti beavatkozásokra. Általában azt látjuk, hogy a terhesség és szülés szövődményeivel gyakrabban találkozunk fejlődési rendellenességekkel kapcsolatosan, és e szövődmények rendszerint nagyobbak és súlyosabak szoktak lenni, mint különben. Ott van elsősorban a méhrepedés veszélye. Ha pedig a terhesség csökevényes mellékszárnyban fejlődik ki, akkor olyan szövődmények állhatnak elő, amelyeknek klinikai lefolyása a kúrtterhességgel teljesen megegyezik.

Vizsgáljuk már most, hogyan folyik le a terhesség és a szülés uterus septus (uterus bilocularis) mellett. Ami a terhesség időelőtti megszakadását illeti, *Bondy 25%*, *Dining 23%*, *Pfannenstiel 40%*, *Zalewsky 35%*-ban elvetelésre való hajlamosságot találtak. Spontan bekövetkezett koraszülést 28,5%-ban figyeltek meg. Ha ennek okát keressük, úgy azt találjuk, hogy az főleg a méhür szűkületében, a magzat rendellenes fekvésében és a pete kedvezőtlen megtapadási feltételében rejlik. Ami a szülés spontán lefolyását illeti, úgy az ide tartozó irodalmi közleményekből azt látjuk, hogy a szülés lefolyhat spontán, minden különösebb szövődmény nélkül is. A szülés lefolyására azonban általában jellemző a korai burokrepedés mellett az elhúzódo tágulási és kitolási időszak. Szülőnőknél is bejövetele előtt hat napal folyt el a magzatvíz. Ezen elhúzódo tágulási és kitolási szak részben a méh izomzatának gyengébb fejlettségében, részben pedig a nyakcsatorna rigiditásában keresendő.

A fájásgyengeség folytán 30%-ban elhúzódo a tágulási szak, ami a fent elmondottakból könnyen érthető. A fájásgyengeség néha olyan aggasztó jelleget ölt, hogy semmiféle fájáskeltő szerek az adagolásával befolyásolni nem tudjuk. Szülőnőknél a kétszer 24 órás klinikai észlelés alatt egész sorát adtuk a különböző fájáskeltő szereknek, anélkül, hogy csak a legcsekélyebb fájásokat sikerült volna kiváltani. A méhizomzat gyengébb fejlettségének tudható be, hogy az irodalomban közölt esetekben 20 óráig tartó kitolási szak nem szokatlan jelenség. A nyakcsatorna rigiditásával magyarázhatók azok a mélyre hatoló nyakcsatornarepedések, amelyek még spontán szülések után sem tartoznak a ritkaságok közé. Önként érthető, hogy ezek után műtéti beavatkozásra gyakrabban kerül a sor.

Ha a szülés spontán folyik le, úgy elég gyakran észrevétlen maradhat a fejlődési rendellenesség. Annál nagyobb jelentősége van a rendellenesség fel nem ismerésének műtétes szüléseknél. Így pl. fogóműtét végzésénél a fogó kanálnak felvezetésekor a septumot becsíphetjük és leszakíthatjuk, ami azután csak igen nehezen csillapítható vérzéseket okozhat. *Zimmermann* említ fel ilyen esetet (*Archiv f. Gyn. 122 kötet.*), *Zalewsky* pedig olyan esetet ismertet, ahol a nyakcsatorna tágítására bevezetett ballont a nem terhes méhürbe vezették. Egy másik betegnél lepényrész visszamaradásnál a nem terhes méh felét tapintották ki.

A rendellenes anatómiai viszonyok kórismézése már csak azért is fontos, mert ennek felismerésével a követendő műtéti eljárásunk olyan lehet, amivel az anyai lágyrészszérüléseket elkerülhetjük. A magzati élet is jobban respektálható, mint akkor, ha a szülés elhanyagolódik. A kórisme helyes felállítása előrehaladott terhesség mellett, vagy pláne sub partu uterus bilocularisnál sokkal nehezebb, mint tökéletes kettőzöttségénél. Ennek megfelelően a szövődmények is gyakoribbak és súlyosabbak lesznek.

Tóth tanár vezetése alatt álló II. számú női klinikán az év folyamán alkalmunk volt uterus septus mel-

* Bemutatva a Magyar Nőorvosok Társaságának 1925 szeptember havában megtartott nagygyűlésén.

lett kiviselt terhességnél a szülés lefolyását észlelni, melynek szüléstörténetét éppen érdekessége és aránylag nagyobb ritkaságára való tekintettel részletesen ismertetem. 28 éves I. P. szülőné keresi fel folyó év július 9-én d. u. 6 órakor a klinikát. Utolsó menstruatio szeptember 20-án. Először érzett magzatmozgást február 13-án. Terhessége rendben folyt le. Magzatvíze hat nappal ezelőtt, július 3-án ment el. Fájdásai a felvételkor gyéren mutatkoztak. A középtermetű szülőnőnél külső vizsgálatnál bokák körüli mérsékelt vízenyön kívül egyéb rendellenesség nincs. Medenceméreték rendesek. Magzat I. koponyafekvésben helyezkedett el. Belső vizsgálatnál részben kifejtett nyakcsatornát, szűken kétujjnyi méhszájat, nem álló burkot, elülfekvő, a bemenetbe nyomott nagy koponyát tapintunk, tatóngó kutaesokkal és varratokkal. A rigid nyakcsatornát ujjal tágitjuk, és ezen vizsgálat közben elvékonyodott válaszfalat tapintunk, amely mellett a vizsgáló ujj egy üres összenyomott méhürbe jut, mely felfelé folytatódik. Hogy az ür milyen magasra ér fel, elérni nem tudjuk. A válaszfal teljesen odasimul az üres méhfél baloldali falához, helyesebben szólva a lenyomuló koponya nyomta félre a septumot. Jobboldali részben helyezkedett el a magzat. Diagnosisunkat uterus septusra tesszük. Egyelőre főtörekvésünk a fájások keltése. Ballonbehelyezéstől elállunk, mert féltük, hogy a fejlődési rendellenesség mellett a különben is elvékonyodott méh fala a koponya kitérítésével megrepedne. Ezért sorozatos fájáskeltőket adunk. Miután a gyógyszeres kezelésre nem sikerült a szülést előbbrevinni, s mivel a burokrepedés óta már nyolc nap telt el, a rigid méhszájon bemetszéseket végzünk, a septum felé eső rész megkerülésével. A méhszájincisiók után adagolt fájáskeltő szerekre valamivel erősebb méhösszehúzóadások lépnek fel, úgyhogy a megejtett belső vizsgálatnál már négyujjnyi méhszájat találunk s a koponyát legnagyobb kerületével a bemenetben. Az incisiók mentén a nyakcsatorna továbbrepedt. Vizsgálatnál sűrű mekoniumos magzatvíz ürül, a magzati szívhangok 100 körül vannak, az anya teljesen kimerült, ezért a szülés befejezésére határozzuk meg a magzatot. Műtéti tervünk az, hogy a mérsékelt hydrocephalusos fejre Kielland-fogót tesszünk s ha látjuk, hogy az első óvatos tractióra nem jön a fej lejjebb, vagy a septum mentén repedni kezdene, úgy a bizonytalan életképességű magzatért nem fogjuk az anyát ilyen súlyos műtéttel járó nagy lágyrészérüléseknek kiténi és a nehéznek ígérkező fogóműtétet forszírozni, hanem egyedül és kizárólag az anya életét és épségét tartva szem előtt, perforatívul fejezzük be a szülést. Kielland-fogó kísérlete eredménytelen maradt. Már az első óvatos húzásnál úgy az incisiók, mint a septum mentén reped a méhszáj. Tudva, hogy a septum repedése csillapíthatatlan vérzéshez vezethet, abbahagyjuk a húzást, a fogó kanálait eltávolítjuk és perforatívul fejezzük be a szülést. A halott perforált magzat súlya 3100 g, hossza 50 cm, az összeesett koponya körfogata 34 cm volt.

Feltárás mellett tájékozódunk most az anatómiai viszonyok felől. Jól látható a külső méhszájig leérő válaszfal, mely a méhet teljesen két részre osztja. A méhszájbemetszés helyén létrejött mélyre hatoló repedéseket, melyekből vérzés áll fenn, elvarrjuk. Közben spontán távozik az ép lepeny ép burkaival. A gyermekágyban második és harmadik napon 38 C°-ig terjedő hőemelkedésektől eltekintve, továbbiakban láztalan volt. Az elboesátásnál feltárás mellett újabb vizsgálatnak vetettük alá a gyermekágyast s ekkor láttuk, hogy mindkét fele a méhürnek teljesen egyforma hosszúságú, sondával lemérve 8 cm volt. A válaszfal teljesen a fundusig ért, amit úgy vizsgáltunk, hogy mindkét méhürbe alacsony számú Hegar-pálcikákat vezettünk fel s a pálcikák összekocanásánál mindenütt septumfalat éreztünk.

Ami ezen fejlődési rendellenességek sebészi gyógykezelését illeti, felemlítem Runge ajánlatát, aki a septumot eltávolította és ilyen műtét után spontán szülés lefolyását észlelte. A helyes és kellő időben történt felismerése a fejlődési rendellenességeknek nagy fontosságú, mert ha idejekorán felismerjük, úgy az ebből származó veszélyekre figyelmünk már eleve fel van hívva. Az irodalomban közölt szerencsétlen kimenetelű esetek nagy részénél az anyák és a magzatok azért pusztultak el, mert a rendellenességet nem ismerték fel. Különösen nagy veszélyt okozhat, ha a lepeny részben

vagy egészben a septumon tapad, amelynek nagyon is hiányos izomzata a lepeny leválása után képtelen leszorítani az uteroplacentaris ereket s ez okból az életet fenyegető vérzés állhat elő. Mint minden szövődényes szülésnek, úgy ezeknél is a szülőintézetekben való elhelyezés mellett kell állást foglalni és a figyelmet arra felhívni, hogy ha rendes térvizonyok mellett a szülés nem halad, fejlődési rendellenességre is gondoljunk.

Újabb irányok az életbiztosítási orvostan terén.*

Írta: *Vajda Károly dr.*

Az életbiztosítási orvostannak az utóbbi évtizedekben elért nagy fejlődése mellett is öröndetes jelenség, hogy végre a hivatalos körök is elismerik az orvosi tudomány ezen ágának jogosultságát. Az új német szigorlati szabályzat három helyen is megkívánja, hogy a jelölt ezen disciplinában való jártasságáról tanúságot tegyen.

A 29. § szerint: „A belgyógyászat, sebészet, szülészeti és nőgyógyászat, szemészet, bőr- és bujakórtan, elmekórtan vizsgálói kötelesek, amennyiben tárgyuk erre alkalmat nyújt..., megállapítani, vajjon a jelölt tisztában van-e azon alapelvekkel, amelyek szerint testi és lelki állapotoknak... biztosítási orvostani elbírálása kell hogy történjék.”

51. §: „A jelöltnek ki kell mutatnia, hogy tisztában van... a biztosítási orvostannak a gyakorlóorvos szempontjából fontos tanaival és a szakvéleményezés alapelveivel.”

66. §: „A jelöltnek ki kell mutatnia, hogy a gyakorlati év folyamán egy a biztosítási orvostan körébe vágó kéresteről... olyan írásbeli jelentést dolgozott ki, amelyet egy intézet igazgatója vagy hatósági orvos kiértékelőnek talált.”

Természeteszerű következménye ezen változásnak, hogy az összes német egyetemeken heti 1–2 órában docensek előadják a biztosítási orvostant. Ezzel kapcsolatban az ezirányú irodalom is gyors lendületnek indult. Egymásután jelennek meg részint új munkák, részint régieknek új kiadásai, így *Florschütz* „Allgemeine Versicherungsmethodik” című klasszikus munkája második kiadásban jelenik meg. De értékes külföldi munkák is német köntösben látnak napvilágot. Figyelemre méltó ezek közt *Nolen*, *Hijmans van den Berghnek* és *Siegenbeek van Heukelomnak* holland nyelven már harmadik kiadásban megjelent igen becses munkájának német fordítása. Az első két szerző a leydeni, illetve az utrechti egyetemen a belgyógyászat nyilvános rendes tanára.

Akiknek nem volt alkalmuk az utóbbi években a kulisszák mögé tekinteni, azokat annál inkább lepte meg ez a fordulat, mert hiszen a háború után főleg a német és a volt osztrák-magyar monarchia területén működő életbiztosító társaságok mindinkább az ú. n. orvosi vizsgálat nélküli életbiztosításokra rendezkedtek be. Hangsúlyoznom kell, hogy orvosi vizsgálat nélküli és nem orvosi közreműködés nélküli biztosításokról volt szó. Az életbiztosítást megkötő ügynök az örökéleti viszonyokra, az életmódra és főleg a kiállott betegségekre nézve rendkívül részletes kérdéseket volt köteles a biztosítandó félhez intézni és az ezekre adott feleletek a központban működő főorvos elé kerültek, aki egyrészt ezekből, másrészt, főleg Németországban és az utódállamokban, a háziorvostól beszerzett infor-

* A budapesti Kir. Orvosegyesület 1926 november 13-i ülésén tartott előadás.

matiókból alkotta meg véleményét a fél elfogadhatóságát illetőleg. Tehát alapjában véve a főorvos közreműködése sokkal intenzívebb volt, mint előbb. Már most tudjuk, hogy körülbelül 100 év előtt, az életbiztosítási aera letelején, főleg a házi-orvosi bizonyítványokra, illetve a házi-orvosok által végzett vizsgálatokra alapították a felvételt. Lényegében tehát retrograd lépésről volt szó és mint örök idők óta minden retrograd irányzat magában hordja a pusztulás csiráját, úgy történt ez esetben is. A társaságok belátták, hogy az új rendszer szerint még sem teljes értékű kockázatokról van szó, ami egyrészt magasabb díjakkal, másrészt az ú. n. karenciával igyekeztek ellensúlyozni (vagyis ha a fél a biztosítás első évében halt el, örökösai egyáltalában nem kaptak semmit, míg a második évben a biztosított összegnek csak 25, a harmadikban 50%-a vált esedékessé, és a teljes összeg kifizetésére csak a negyedik vagy ötödik évben került a sor). De még így is igen nagy veszteségekkel kellett számolniuk. Kifejlődött egy olyan circulus vitiosus, amelyet anyagilag egy társaság sem bírt el. A teljesen egészséges emberek ugyanis nem mentek bele a biztosítás ezen formájába, szívesen alávetették magukat az orvosi vizsgálatnak és fizették a rendes díjakat. Akik pedig nem érezték magukat teljesen egészségeseknek, vagy pedig már egy előző elutasítás révén tisztában voltak avval, hogy rendes díjak mellett nem köthetnek teljes értékű életbiztosítást, nagyon is igénybe vették a biztosítás ezen új formáját. És minél többen tették ezt, annál nagyobb veszteségek érték az életbiztosító társaságokat, amelyek már most nem védekezhettek máskép, mint a díjak emelésével. Minél jobban emelték azonban a díjakat, annál inkább maradtak el azok, akiknek módjukban volt rendes biztosításokat kötni; a megmaradtaknak halálozási átlaga pedig mindinkább rosszabbodott, mindaddig, amíg a társaságok elérkeztek olyan határig, amelyen túl a felügyeleti hatóságok nem engedhették meg a díjak további emelését. S így lassanként a társaságok visszatértek az évtizedek óta bevált rendes életbiztosításhoz, amelynél nem mondhattak le a vizsgáló orvos közreműködéséről. A nemzeti vagyonnak olyan nagy hányada helyeződött el életbiztosítási kötvényekben, hogy az állam szükségesnek látta ellenőrző tevékenységét ez irányban is kiterjeszteni s egyrészt felügyeleti hatóságok révén szerez állandó megerősödést a biztosító társaságok működéséről, másrészt, amint ez első ízben Németországban történt, gondoskodik arról, hogy az orvosoknak már az egyetemen legyen alkalmuk azon ismeretek szerzésére, amellyel a biztosítási eszme szolgáltatásba állhatnak és a társaságoknak lehetővé tegyék közhasznú működésüket. S kétségtelen, hogy Németország ezen példáját előbb-utóbb követni fogják a többi országok is.

Hogy az utóbbi években az életbiztosítási kockázatok elbírálása is lényeges változáson ment át, az egyrészt az orvosi tudomány általános haladásában, másrészt abban leli magyarázatát, hogy a gazdasági viszonyok lényeges megváltozása folytán most igen sok ember olyan korban köt életbiztosítást, amelyben ez a világháború előtt a legnagyobb ritkaságok közé tartozott. Azelőtt a 25–35 év közti korban lévők kötöttek leginkább életbiztosítást, ma igen sok ember még az 50–60 év között is igyekszik halála esetére hátramardottjairól gondoskodni, egyrészt, mert előbb nincs módjában, másrészt, mert fiatalabb éveiben kötött életbiztosításai a mindnyájunk által fájdalmasan ismert viszonyok változása folytán elértéktelenedtek. S ezzel bevonult az életbiztosításba az a kórkép, amellyel azelőtt csak igen ritkán volt dolgunk: az arteriosklerosis. Ennek életbiztosítási vonatkozásait még néhány év

előtt is túlszigorúan bírálták el és a vizsgáló orvosoknak egy odavetett megjegyzése, mint „az aorta II. hangja erősebben ékelt“, vagy „a pulsus kissé kemény, merev“, stb. elegendő ok volt a fél elutasítására. Ma sokkal liberálisabban járunk el. Mindenekelőtt az arteriosklerosist bizonyos határokon belül öregedési tünetnek tekintjük és arra az álláspontra helyezkedünk, hogy az általa okozott halálesetek — ismétlem, bizonyos később megbeszélendő határokon belül — belesznek az általános halálozási statisztikába, tehát sem okunk, sem jogunk nincs az ilyen eseteket elutasítani, de még arra sem, hogy csak magasabb díjak mellett vegyük fel, és ha egyes statisztikák kimutatják, hogy a biztosítottak 18–20%-a hal meg arteriosklerosisban, erre az a kezdetben paradoxnak látszó felelet lehet csak a válasz, amit elsőnek *Florschütz* hangoztatott, hogy t. i. kívánatos volna, hogy még több biztosítottnál ez legyen a halál oka, mert hiszen ez alapjában véve nem más, mint „végelgyengülés“, vagyis akik addig nem halnak el más betegség folytán, azoknál végre az arteriosklerosis lesz a halál oka. Más kérdés az, mikor tekinthető az arteriosklerosis tisztán a szervezet kopásának és mikor a vérkeringési szervek időelőtti megbetegedésének, és ami ennél sokkal fontosabb, ezen különbség milyen módon határozandó meg az életbiztosítási vizsgálat aránylag szűk keretei között.

Az természetesen nem lehet vita tárgya, hogy olyan esetekben, amidőn szívhypertrophiát, nagyfokú elongatio arcus aortae, szívzörejeket, albuminuriát találunk, szó sem lehet felvételtől, legalább nem a rendes feltételek mellett; itt inkább olyan esetekre gondolunk, amidőn mindezeket nem találjuk; a szív nincsen megnagyobbodva, a szívhangok tiszták, az aorta II. hangja a szokottnál kissé erősebben ékelt, a pulsus talán kissé feszesebb, a vizelet nem tartalmaz fehérjét.

Ilyen esetben ragaszkodnunk kell a vérnyomás meghatározásához, amelyet ma holnap minden biztosító társaság a 40. életéven túl meg fog követelni. És ha ezen követelés kezdetben recensust fog kelteni a vizsgáló orvosok körében, talán felemlíthetem, hogy évtizedekkel ezelőtt, midőn a társaságok minden esetben követelték a térdreflex és a pupillák vizsgálatát, ugyanilyen recensust támadt, mint néhány évvel később, midőn ugyancsak minden esetben ragaszkodtak a vizeletvizsgálathoz. Az orvosok túlnyomó többsége előbb-utóbb belátta ezen vizsgálatok multhatatlan szükségességét és ugyanez lesz a helyzet a vérnyomás meghatározásánál is.

Itt azonban újabb nehézségek merülnek fel. *Sahli* 150 mm-ben állapítja meg a felnőtt ember normalis systolikus vérnyomását, míg más szerzők 120-ban. Ma már minden szakember elismeri, hogy *Sahli* adatai túlmagasak, és hogy egészséges véredényeknél — ha ezt egyáltalában abszolút biztossággal meg lehetne állapítani — férfiaknál 120–130, nőknél 110–120 mm-nyi vérnyomás tekinthető normalisnak. *I. W. Fischer*, aki sokat foglalkozott életbiztosítási szempontból ezen kérdéssel, úgy találta, hogy 50–60 év között 135 mm tekinthető normalisnak. 525 biztosított félnél, akiknél a felvétel alkalmával a vérnyomás átlagban 152 mm volt, a plushalálózás 30%-ot tett ki, míg 1970 olyan félnél, akiknél a vérnyomás átlagban 161 mm volt, a plushalálózás már 250%-ra szökött fel. Természetes, hogy mindezeknél semmi más kóros tünet a vérkeringés részéről nem merült fel, mint éppen a magasabb vérnyomás.

Amerikai szerzők valamivel magasabb vérnyomást, 142 mm-t tartanak normalisnak. *Paul Fleischmann* a Münchener Medizinische Wochenschriftban „Der hohe Blutdruck“ cím alatt foglalkozott ezen kérdéssel és arra a végconclusióra jutott, hogy ha a vér-

nyomás 25 mm-rel magasabb volt annál, amit a tapasztalat az illető korra nézve normalisnak elfogad, akkor már a 45–53 év közötti korban 44% a plushalalozás, az 50–60 év között pedig 191%-ot tett ki ez az arányszám.

Már az eddigiekből is nyilvánvaló, hogy a vérnyomás meghatározása milyen rendkívül fontos az életbiztosítás szempontjából és hogy mennyire jogosult a társaságok ragaszkodása ezen új vizsgálati módszerhez. És ha — legalább egyelőre — még távolról sem vagyunk tisztában a hypertensio lényegével, azt el kell ismernünk, hogy a társaságok, már eddigi tapasztalataink alapján is, helyesen járnak el, ha minden 40 éven túli embernél megkívánják a vérnyomás meghatározását. S egész bizonyos, hogy a biztosítási orvostan nagy statisztikai anyag alapján hozzá fog járulni a hypertensio kérdésének tisztázásához, amint már eddig is sok esetben helyes irányba terelte az aetiológiai kutatást.

Évek óta két táborra oszlanak ebben a kérdésben az orvosok. A többség ma is a vesék elégtelenségéből származtatja a hypertensiót, míg a kisebb csoport a hypertensio következményének tartja a zsugorvesét.

Az igazság itt is az arany középúton lesz. Kétségtelen, hogy az arteriosklerosis magas vérnyomása éppen úgy különálló tünet lehet, mint a zsugorvesével járó hypertensio, de ezek mellett el kell fogadnunk egy új, n. essentialis hypertensiót, mely azután évek múlva zsugorveséhez vezet.

Hijmans van den Bergh utrechti klinikájáról egész sorát közli az olyan eseteknek, midőn a betegek igen magas vérnyomás — 220 mm — mellett éveikig, sőt évtizedekig igen jól érezték magukat, anélkül, hogy albuminuria kifejlődött volna. Ennek dacára életbiztosítási szempontból a legnagyobb óvatosságot ajánlja ilyen felekkel szemben és kijelenti, hogy ilyen kórformáknak a rendes lefolyása mégis csak az, hogy kezdetben intermittáló, végre állandó albuminuria fejlődött ki. Ugyanezen szerző kijelenti, hogy életbiztosítási bizonyítványban az a kitétel, hogy „kemény pulsus“, csak félreértésekre adhat alkalmat, mert nem tisztázza azt a fontos kérdést, vajjon az arteria fala kemény-e, vagy pedig normalis arteriafallal mellett a magas vérnyomás teszi-e keménnyé a pulzust. Ehelyett vagy feszes pulusról, vagy kemény edényfalról kellene beszélnünk.

A vérnyomás tisztán magában véve különben sem dönti el a jelölt elfogadhatóságát, hanem fontos itt elsősorban az öröklékenység és főleg az összbenyomás. Így, hogy csak a végleteket említsem, egy homo omoquadatus, akinek anamnesisében 1–2 apoplexia előfordul, aránylag alacsony vérnyomás mellett is sokkal rosszabb kockázat, mint ugyanolyan korú, arányos testalkatú, kifogástalan öröklési viszonyokkal rendelkező jelölt, akinek jóval magasabb a vérnyomása. Mindenképen igen tág tere van itt az egyéni elbírálásnak és csak igen nagy számokra támaszkodó statisztika könnyíti meg ezen kórformánál az egyes esetek elbírálását.

De általában véve azt kell mondanunk, hogy az arteriosklerosist illetőleg az életbiztosítási orvostan haladása enyhébb elbírálás felé terelte az egész kérdést. Ceteris paribus manapság sokkal több arteriosklerotikus embert veszünk fel rendes díjakkal, akiket azelőtt csak magasabb díj vagy rövidebb időtartam mellett fogadtunk el, másrészt szigorított feltétel mellett fogadtunk el olyanokat, akiket azelőtt el kellett utasítanunk.

Egy másik ide tartozó kórforma a diabetes mellitus. Az insulin előtti időszakban, ha a biztosítandó félnél az irányban merült fel gyanú, hogy glykosuriáját titkolja, az eljárás az volt, hogy a fél az orvos jelen-

létében szénhidratdús reggelit vagy 100 g glykoset evett és két-három óra múlva ugyancsak az orvos jelenlétében vizelt. A megejtett eukorpróbák a legtöbb esetben eldöntötték a kérdést. Majd később, mikor a jelöltek, és pedig — in camera caritatis mondhatom — orvosok útmutatása alapján azt is megtanulták, hogy a gyomrot mesterséges úton is ki lehet üríteni, azt követelték a társaságok, hogy a szénhidratdús reggeli elfogyasztása és a vizelet boesátása közti időt a fél teljes egészében az orvosnak meg nem szakított jelenlétében töltsse el. Így azután nagyjában el lehetett mondani, hogy az ilyen szigorú cautelák között végzett vizeletvizsgálatot mégis csak döntőnek lehetett elfogadnunk. Az insulinnak felfedezése óta ez a tétel is megdőlt, mert hiszen egy előzőleg adott insulin-injectio, amely igazán nem hagy olyan nyomot, amelyet a szokásos bizalmi orvosi vizsgálat keretei közt meg lehetne találni, halomra dönti az ilyen vizsgálatba eddig vetett hitet. Nem marad más hátra, mint a glykosuriára gyanús jelöltet ilyen vizsgálat céljából egy megfelelő klinikára vagy sanatoriumba beutalni.

Ha azután ilyen úton meggyőződést szerzünk arról, hogy a fél diabetes mellitusban szenved, felmerül a másik kérdés, jó- vagy rosszindulatú diabetessel van-e dolgunk, természetesen az elfogadhatóság szempontjából. És ezen a ponton túl ismét enyhébb elbírálás alá esik ez a kórforma is. Míg 15–20 év előtt minden glykosuria feltétlen elutasítási ok volt, ma van olyan glykosuria is, amit rendes díjak mellett korlátlan időtartamra fogadunk el, ilyen a sokat vitatott renalis diabetes.

A diabetes ezen formájával életbiztosítási szempontból *Hijmans van den Bergh* foglalkozott igen behatóan utrechti klinikáján. Már évek előtt leszögezte azon feltételeket, amelyek mellett a kétségtelen renalis diabetesben szenvedőket életbiztosítási szempontból el lehet fogadni:

1. A 24 óra alatt kiválasztott glykose összmennyisége ne legyen több 10–12 g-nál.
2. A glykosuria legyen teljesen független az elfogyasztott szénhidratok mennyiségétől.
3. A vér cukortartalma a normalisnál kisebb legyen.
4. A jelölnél ne legyen a glykosurián kívül egyetlenegy diabetes-symptoma sem.

Azóta főleg a hollandusok foglalkoztak sokat ezen kérdéssel, így *Elzas* az amsterdami belgyógyászati klinikán, míg *de Langen* és *Schut* főleg az új. n. trópusi diabetes renalist vizsgálták. Mind a hárman sokkal enyhébben bírálják el a dolgot, mint *Hijmans van den Bergh*. Megengednek 20–25 g napi glykose-kiválasztást, kijelentik továbbá, hogy még az igazi diabetes renalisnál is van valami befolyása a fokozott szénhidratfogyasztásnak a kiválasztott cukor mennyiségére, amely azonban meg sem közelíti az igazi diabetes mellitus ezirányú viselkedését. Végre, mint legfontosabb kriteriumot, megkívánják, hogy 1½ órával 150 g búzakenyérnek éhgyomorra történt elfogyasztása után a vér cukortartalma ne haladja meg a 0.17%-ot.

Hijmans van den Bergh, akit mégis a kérdés legalaposabb ismerőjének kell tekintenünk, könyvének legújabb kiadásában még tovább megy és kijelenti, hogy egyébként egészséges emberek, akiknél kétségtelen, hogy igazi renalis diabetesben szenvednek, normalis díjak mellett vehetők életbiztosításra.

1914-ben *Noorden* és *Salomon*, 1917-ben *George Graham* egy eddig nem ismert diabetesalakra hívták fel a figyelmet. Diabetes innocensnek nevezték el. Csak egy pontban tér el a diabetes renalistól, hogy t. i. a vér cukortartalma nem csökkent, hanem fokozott.

Salomon 8–10 évig figyelt meg ilyen eseteket, anélkül, hogy progrediáló tendenciát megállapíthatott volna. Kétségtelen, hogy ilyen eseteket életbiztosítási szempontból is enyhébben kell elbírálnunk.

Különben *Feilchenfeld* már 14 év előtt összeállított egy 122, akkoriban ú. n. enyhébb diabetesről szóló statisztikát, melyből kiderült, hogy az ilyen betegek több mint 30%-a bajának felfedezése után még több mint 10 évig élt, hogy tehát mind a 122 egyént 15 évi biztosítási tartamra bátran el lehetett volna fogadni, minden más szigorítás nélkül.

Kétségtelen már ezen két példából is, hogy az életbiztosítási orvostan haladásával mindinkább több és több kórformánál érvényesülni fog az ezen kettőnél már életbelépett enyhébb felfogás.

Van azonban egy kórkép, amely egészen különös életbiztosítási vonatkozása miatt mindig eltérő elbánásban részesült, és ez a tuberculosis. Míg sok más betegségnél a fennálló baj egyáltalában nem akadályozza a felvételt, addig a tüdőtuberculosisnak már a legkisebb gyanúja is elegendő ok a feltétlen elutasításra, úgyhogy életbiztosítási szempontból nem is az a fontos, fennáll-e a jelöltnél tüdőtuberculosis és milyen stádiumban van, mert amint ez a kérdés felmerül, a legtöbb esetben az illető úgy is megszűnt életbiztosítási objectum lenni, hanem mindig az a fontos kérdés, hogy az egyébként egészséges és különösen intact tüdejű jelöltnél nem kell-e ezen betegség későbbi kitörésétől tartani.

Az életbiztosítási társaságoknak legnagyobb kárt az ú. n. korai halálesetek okoznak, vagyis azok, amelyek a biztosítás első éveiben következnek be. Az orvosi vizsgálat hatálya ugyanis csak néhány évig tart, azon időn túl a biztosítottak halálozási aránya teljesen egyezik az általános néphalálozási statisztikával. Általában 3–4 évre teszik az orvosi vizsgálat által elért selectio hatását, Németországban és Hollandiában öt évre, sőt van egy német társaság, a Gothai, amelynek hét évig, és egy másik, az Alte Leipziger, ahol már a háború előtt 10 évig terjedt ezen hatás. De bármennyire terjedt is ez, az e határon belül bekövetkezett halálesetek túlnyomó nagy része a tuberculosis rovására esik. Érthető tehát az összes társaságok azon törekvése, hogy olyan kriteriumok álljanak rendelkezésükre, amelyek alapján már a bizalmi orvosi vizsgálatnál a különben teljesen egészséges jelöltek közül kiselejtezzék azokat, akik a legközelebbi években a tuberculosis áldozatai lehetnek. És ez a nagyon is jogos törekvés magyarázza meg a társaságoknak azt az állásfoglalását, hogy míg az utóbbi években a legtöbb kórformánál a felvételt illetőleg enyhébb felfogásnak adtak helyet, addig a tuberculosisra való dispositio kérdését mindinkább az eddiginél szigorúbban bírálják el. Az ő szempontjukból az a legfontosabb kérdés, van-e módunkban megállapítani, hogy a biztosítást kötni akaró felek közt kik azok, akiknél nagyobb a valószínűség, hogy a legközelebbi években tuberculosisban fognak megbetegedni. Három kérdés játszik itt szerepet: a hereditás, a constitutio és az infectio.

Az újabb statisztikák szerint olyan felek közt, akiknek atyjuk és anyjuk is tuberculosisban halt el, 60% halt meg tuberculosisban; ahol a szülőknek csak egyike és ezenkívül egy testvér halt el ezen bajban, 30%-ot tett ki ez az arányszám; ahol csak az anya volt tuberculosisos, 28%, míg ahol az atya volt az, 26%, egy testvérnél 18%, míg több testvérnél 20% volt a megfelelő arányszám. *Brehmer* és *Neumann* rámutattak arra az életbiztosítási szempontból rendkívül fontos körülményre, hogy igen sok családban a tuberculosis ugyanabban a korban lép fel az egyes családtagoknál. Ha pl. a 45. év az ominosus korhatár, akkor óvakodni

fogunk ilyen családból származó jelölteknél a felvételt ajánlani, ha a biztosítás lejártá ezen éven túli időpontra esik. Ellenben nem fogunk ilyen nehézségeket támasztani, ha pl. egy 20–25 éves fél 15 évi tartammal akar biztosítást kötni. Természetes, hogy itt semmiképpen sem lehet szó rendes díjakról. *Turban* arra is figyelmeztet, hogy ilyen családoknál rendszerint ugyanazon tüdőlebeny betegszik meg, ami azonban távolról sem olyan fontos, mint *Kuthynak* már 1913-ban közölt azon észlelete, hogy a baj lefolyása is egyforma szokott lenni az ilyen családból származott egyéneknél.

A constitutio kérdésénél mindenekelőtt le kell szögeznünk, hogy életbiztosítási szempontból a habitus phthisicus fogalmát kissé ki kell bővítenünk. Klinikai értelemben ennek kriteriumai: a gracilis csontrendszer, a kisebb térfogatú izomzat, halvány bőr és nyákhártyák és mindenekelőtt a hosszú, lapos, keskeny mellkas, amelynek felső aperturája keskeny. *Florschütz* szerint az életbiztosítás szempontjából még további kriteriumok: az alacsony testsúly és a relative kis mellkas- és hasmérétek. A testsúlyra és ezen méretekre nézve igen sokféle komplikált képletet használtak, a gyakorlóorvos szempontjából azonban még mindig az az igen egyszerű megállapítás a helyes, hogy a testsúly ne legyen sokkal kevesebb kilogramm, mint ahány centiméterrel a test magassága meghaladja a métert, a mellbőség pedig mély belégzéskor legyen legalább 5 cm-rel több, mint a magasság fele. Ha a fél ezen minimális követelményeknek nem felel meg, és ha ezenkívül még hereditás szempontjából is kifogás alá esik, akkor igen nagy a valószínűség, hogy tuberculosisban fog meghalni. Ha ellenben úgy testsúly-, mint mellkas-mérétek dolgában meghaladja az említett minimumokat, akkor rossz hereditás mellett is igen valószínű, hogy az átlagos élettartamot el fogja érni.

Ezekből tehát az következik, hogy tuberculosisos családból származó kövér ember sokkal kevésbé betegszik meg ezen bajban, mint egészséges családból származó habitus phthisicusos ember.

Marsh nagy statisztika alapján bebizonyította, hogy az első csoportból a 30–40. életévekben az összes halálesetek közt 11% esik a tuberculosisra, míg a másiktól 19%, a 40–50. életév közt az első csoportból 670%, a másiktól 1070% esik a tuberculosisra.

Florschütz a Gothai-nak évtizedekre eső óriási anyagán ugyanazt konstataálta.

Brehmer figyelmeztet arra, hogy sokgyermekű családoknál a későbbi gyermekek ceteris paribus igen fogékonyak tuberculosisra. Ezen fogékonyosság a hatodik gyermeknél mutatkozik fokozott mértékben és minden következőnél nő.

Kőrösi mutatta ki nálunk, hogy legkevésbé fogékonyak a tuberculosisra olyan házasságokból származó gyermekek, ahol az atya életkora a 25–40, az anyáé a 20–25 közé esik, továbbá, hogy a 19 évnél fiatalabb és 40 évnél idősebb anyák gyermekei különösen hajlamosak tuberculosisra.

A holland biztosító társaságok 1914-ben egy bizottságot küldtek ezen kérdés tanulmányozására, amely 1916-ban beszámolt működéséről és kiemelte, hogy sokgyermekű családokban aránylag gyakori a tuberculosis és hogy ezek közt főleg az első és utolsó gyermek van különösen veszélyeztetve, továbbá hogy a szülések gyors egymásutánja fokozza ezen hajlandóságot.

Bunge már régen bebizonyította nagy anyag alapján, hogy a szülők egyikének, de különösen mindkettőnek alkoholizmusa fokozza a gyermekeknél a tuberculosisra való dispositiót.

Egy másik igen fontos kérdés, mikép viselkedjünk a tuberculosis gyógyult eseteivel szemben. A társaság-

gok ebben a fontos kérdésben még nem jutottak egy-egy megállapodásra. És ez érthető is, mert az ő szempontjukból nem az a fontos, hogy hány tuberculosis gyógyul meg, hanem hogy a klinikailag gyógyult esetek közt hányban állnak be recidivák és ezek létrejövételénél milyen okok játszanak közre.

Ez pedig olyan rendkívül komplikált kérdés, amelyet a különböző statisztikák még nem tudtak kellőképpen tisztázni. Természetesen csak olyan esetek felvételéről lehet szó, ahol a folyamat már legalább három év óta inactív, dacára annak, hogy a fél régi, megszokott foglalkozását akadálytalanul folytatja. A klinikusok azon aggodalmával szemben, hogy főleg a rossz hereditású egyének nagyon hajlamosak recidivákra, *Turban* és *Rumpf* már 25 év előtt bebizonyították, hogy éppen megfordítva áll a dolog. Ezt megerősítették nagy anyag alapján *Meissen*, *Reiche* és *Weicker*. *Reibmayer* ezen szokatlan jelenséget azzal magyarázza, hogy terhelt családoknál idővel bizonyos immunitás fejlődik ki.

Kifejezett habitus phthisicus mellett azonban ceteris paribus kétszer olyan gyakoriak a recidivák. *Turban* minden esetben igen rossz jelnek tartja a szapora pulzust. A mi szempontunkból sokkal fontosabb a foglalkozás, életmód és a vagyoni viszonyok.

Új irányt jelent a társaságoknak az a törekvése is, hogy a már biztosítottaknak átlagos élettartamát minél inkább meghosszabbítsák és ha el is kell ismerünk, hogy a társaságok illetén törekvésének kezdetben nem volt más rúgója, mint minél nagyobb üzleti haszonnak elérése, nem zárkozhatunk el a kérdés nagy social-hygiénés jelentőségének elismerésétől sem.

Az e célból alakult amerikai életmeghosszabbító intézetek működésük első tíz évében 11%-kal hosszabbították meg a biztosítottak átlagos élettartamát. Üzleti szempontból tehát az az eredmény, hogy a halál esetére kifizetésre kerülő összeget sikerült 11%-kal csökkenteni. Ezt az eredményt úgy érték el, hogy minden biztosított fél minden évben legalább egyszer a legalaposabb vizsgálatnak vetette magát alá, és pedig nemcsak ami a status praesentis illeti, hanem életmódjára, diatájára, szokásaira, munkabeosztására, szabadságidejének felhasználására nézve is.

Hogy az életnek, a munkaképességnek és ezáltal a nemzeti vagyonsodásnak milyen óriási szaporulatáról van itt szó, azt már ezen aránylag rövid időre terjedő tapasztalat is bebizonyította. Ezt nem lehet és nem szabad kicsinyelnünk. Németország volt az első, amely ezt a sokat ígérő példát, bár egyelőre igen szűk keretek közt, követte. A „Vita” életbiztosító társaság minden harmadik évben módot ad minden biztosítottjának, hogy magát a társaság költségén bármely szabadon választott orvossal megvizsgáltassa. Igaz, hogy ez nagyon szerény kezdet, de kétségtelen, hogy évek múlva ebből fog kibontakozni nemcsak Németországban, de Európa többi országaiban is az amerikaihoz hasonló intézmény, annak minden áldásos következményeivel együtt.

A bajai városi közkórház prosecturájának közleménye.

Dermoiddal szövődött terhesség alatt keletkezett széles szalag-vérömleny esete.

Írta: *Haranghy László dr.* kórházi főorvos.

A nagykiterjedésű extraperitonealis vérömlenyek részben közvetlen, kívülről befelé irányuló erőművi behatások következményei, részben a széles szalag lemezei között helyet foglaló véredények szakadásainak eredményei. A külső behatások által okozott vérömlenyek keletkezési módja rendszerint jól követhető, ellenben az

elsődleges edényszakadások oka olykor egyáltalában nem deríthető ki. A *Leopold* által leírt esetben az elvérzést létrehozó széles szalag vérömleny oka valószínűleg a contractiós gyűrű mellett végzett fordítás volt, míg a *Freund* által közölt három eset közül egyben chorion-epithelioma elterjedése, kettőben pedig varicosus gyűjtőerek szülés alatti megszakadása volt a vérömleny okozója. A *Teller* által ismertetett esetben a széles szalag vérömleny rendes lefolyású szülés alatt minden kimutatható ok nélkül keletkezett s másodlagosan a hasüregbe is áttört. A hasonló esetek jó részében az elsődleges vérömleny keletkezésének közvetett oka az erekben rejlik s az erek falának különleges állapota vagy elváltozásai azok, amelyek a nevezett képleteket repedésre hajlamosítják; azonban a *Teller* esetéhez hasonlóan az erek megrepedése minden kimutatható ok nélkül is létrejöhet. Ezek az esetek ritkaságok. Már maguk az extraperitonealis vérömlenyek is a ritkábban előforduló elváltozások közé tartoznak, a szülés alatt pedig még ritkábban fordulnak elő. *Beck* 1910-ben 177 esetet tudott az irodalomból összeállítani, melyek közül 11 volt puerperalis. *Stadtfeld* 5000 szülés alatt négyet, *H. Freund* 7000 alatt csak három extraperitonealis vérömlényt észlelt. A nevezett vérömlenyek rendszeren gyógyulnak. *Thorn* 34 hasonló vérömlenynél halálesetet egyszer sem észlelt, úgyhogy érthető, hogy mint kórbonctani elváltozások csak a legritkább esetben szerepelnek. *R. Freund* az elsődleges vérömlenyek ritkaságát *Virchow* kijelentésével jellemzi, aki, mint mondja, primaer extraperitonealis haematomát, a puerperalis és a traumás esetektől eltekintve, hullában sohasem látott. A boncolásra kerülő eseteknél a vérömleny fertőződése, vagy a vérömleny hasüregbe való áttörése — elvérzés vagy fertőzés útján — a halál oka. Az elsődleges extraperitonealis vérömlenyek másodlagos áttörése *Teller* szerint nagy ritkaság s az általa közölt esethez hasonlókat csak egyet ismer, a *Leopold*-ét. Mivel az alább röviden leírt esetben egy típusos széles szalag vérömleny áttörése észlelhető volt, a casuistika gazdagítására az eset rövid ismertetését érdemesnek tartom.

A 26 éves, először szült nő hullájának hasüregében az alvadt vér által összetapasztott bélcacsok között mogorónyitól diónyi nagyságig terjedő, hosszú halványbarna hajszálakat tartalmazó, piszkos vörhenyes-sárga faggyúgöbök voltak felismerhetők. A hasürben található zsíresepekkel, hajszálakkal kevert fél liter folyékony s a körülbelül ugyanolyan mennyiségű alvadt vér és a faggyúgöbök eltávolítása után, a jobboldalra nyomott megnagyobbodott méh baloldalán, egy körülbelül férfikölnyi nagyságú terimemegnagyobbodás volt észlelhető. A nevezett képlet a csípőgödörben ült, az elülső felső csípőtővisig terjedt, körülbelül annak magasságáig emelkedett ki, sötét szederjesvörös színű volt. Elülső felszínén, közel a méhtesthez, egy a medialis tengelyhez körülbelül 10-től 15 fok alatt lefelé hajló cafatos szélű, 6 cm hosszú repedés húzódtott, melyen keresztül egy sötétvörös vérárvadékokkal kitöltött, a baloldali széles szalag elvékonyodott lemezei által képezett üregbe juthattunk. A leírt terimemegnagyobbodás mögött, körülbelül a csípő-keresztesontizületnek megfelelőleg, baloldalt, egy a kismedence üregébe szorult daganat felső felszíne volt látható. A kismedencei szervek kiemelése alkalmával kitűnt, hogy a medenceüreg bal hátulsó részébe szorult, a linea terminalis alatt fekvő, a keresztcsont bal oldalsó részéhez, a foramen ischiadicum majus képleteihez, továbbá a csípőcsont határvonal alatti részéhez nyomott, a foramina sacraliáktól a foramen obturatumig terjedő daganat hossz tengelyével a merőlegeshez körülbelül 45 fok alatt helyezkedett el és lapjával nagyjából a medence leírt részeinek megfelelő irányt mutatott. A daganat alsó végét hajszálakkal kevert faggyú borította s hasonló anyag a nevezett képlet eltávolítása után a kismedence fenekén máshol is feltehető volt. Az átlagban 11 cm hosszú, 7 cm széles és 4 cm vastag, két oldalt laposra nyomott, tojásra hasonlítható daganat felszíne általában simának mutatkozott. A nevezett képlet hátulsó medialis

végében a ligamentum ovarii propriumnak megfelelő lefutású és elhelyezkedésű széles szalag volt található, melynek szélesen szétterülő tapadási helyétől a daganat elülső felszínét a széles szalag, illetőleg az ezáltal képezett terimenagyobbodás hátulsó felszínével egy 6 cm széles, a daganat elülső csúcsán keresztül ferden, körülbelül az elülső lap közepéig húzódó kötőszövetes lemez kötötte össze. A beékelődött s a csontos medence falához nyomott daganat felső hátulsó végében egy gyermektenyérszerű szabálytalan háromszög alakú, megközelítőleg medialisan elhelyezkedő csontlemez volt tapintható, melynek hátrafelé néző csúcsától a daganat alsó szélének megfelelő lefutású, 2 cm hosszú repedés indult ki s ezen keresztül egy előzáfognak megfelelő fogkorona és hajpamat emelkedett ki. A fölmetsett daganat üregében sok hajszállal kevert piszkos, sárga faggyú, a kívülről tapintott csontlemezben 5 kifejtett fog, a daganatfalban elkülönülve 1 fogkoronának megfelelő képlet feküdt. A leírt csontlemez közelében a daganatfal körülbelül ezüstkورونا területen 2 cm-nyire megvastagodott s a szövettani vizsgálatnál ezen a területen bőrön és képletein kívül bél, szájnyalkahártya, izom, porc és csontszövet s a különösen nagy kiterjedésű légzőhám volt kimutatható. A daganaton tapadó ligamentum ovarianak megfelelő köteg melletti falmegvastagodásban, típusos atresiás folliculust tartalmazó petefészekszövet feküdt. A boncolásnál egyébként a 25 cm hosszú, közvetlenül a szülés utáni állapotnak megfelelő tulajdonságokat mutató méh izomzatában folytonosság megszakítás kimutatható nem volt. A széles szalag erein szabadszemmel és mikroszkoppal végzett vizsgálatok repedésre hajlamosító kóros elváltozás, tágulat stb. jeleit kimutatni nem tudták. Az összes belső szervek s a köztakaró a nagyfokú vérszegénységén kívül egyéb szembeötlő elváltozást nem mutattak.

A leírtak szerint tehát az elhalt egyén halálát minden valószínűség szerint egy megrepedt széles szalag vérömlenyből létrejött elvérzés okozta. A vérömleny keletkezési módja bizonyan meg nem állapítható, azonban a vérömleny elhelyezkedését és a daganathoz való viszonyát tekintetbe véve, valószínűnek mondható, hogy típusos dermoidkystomának tekinthető, a növekvő méh által a kismedence üregébe szorított s oda beékelődött daganat, a széles szalagot erősítő, illetve összekötő szalagjai segítségével olyan erősen lefelé rögzítve tartotta, hogy a széles szalagban megfeszülő erek a magzat testéről visszahúzó méh fölfelé húzásának ellenállni nem tudtak, hanem megrepedve az ismertetett vérömleny keletkezéséhez vezettek. A szövettani vizsgálatnál olyan elváltozásokat, amelyekből az erek falának fokozott szakadékonyságára lehetne következtetni, fölismerni nem lehetett, azonban az erek falait nemcsak a határozott kórbetonai elváltozásokkal járó helybeli érmegbetegedések, mint pl. arteriosclerosis, phlebitis stb. hajlamosíthatják a repedésre, hanem különböző általános megbetegedések (sepsis, anaemiák stb.) és helyi medencebeli viszonyok is. Több szerző, különösen R. Freund hangsúlyozza, hogy mindazok a tényezők, melyek a kismedencében keringési zavart hoznak létre, egyszerűen a primaer extraperitonealis haematomák keletkezését elősegítik. Hegyek, a szélesszalag csavarodása és a daganatok kisebb vagy nagyobb keringési zavarokhoz vezethetnek és így a nevezett haematomák keletkezésénél is nagy szerepet játszhatnak. Az ismertetett esetben általános keringési zavart okozó szervi megbetegedés, vagy edényszakadásra hajlamosító betegség elváltozásai feltalálhatók nem voltak. Ellenben a kismedence üregében a vérömleny mellett egy jelentékeny nagyságú daganat volt fölismerhető, úgyhogy legkézenfekvőbbnek látszik az a gondolat, hogy a növekvő méh által a kismedence üregébe szorított daganat, már a vérömleny keletkezését megelőzőleg jelentékeny keringési zavart okozott, ami viszont az erek ellentálló képességét csökkentette.

A széles szalagvérömlenyek kedvence kifejlődési helye a hátsó lemez. A leírt eset szokatlan helyzetű vér-

ömlenyét, illetőleg lemezrepedését valószínűleg az a körülmény okozta, hogy a kismedence üregét kitöltő daganat, a vérömleny hátrafelé terjedésének útját állva, a nevezett képlet kiterjedését előrefelé terelte s így a fokozott feszülés helyét is az elülső oldalra helyezte át.

A petefészekdaganatok, a daganatok gyakoriságához viszonyítva, mint terhességi szövődmények aránylag ritkán szerepelnek, azonban a nevezett daganatfélések közül éppen a dermoidkystomák okoznak leggyakrabban complicatiókat. Különösen a szülés és a gyermekágy kezdetén jelent az anyára nagy veszedelmet az ovariális dermoid, mert az előbbi időpontban a daganat megrepedése, vagy nyelének leszakítása, az utóbbi időben pedig kocsánycsavarodása fenyeget. Ha pedig a kismedencébe szorul a daganat s onnan művi, vagy természetes úton ki nem kerül, méhrepedés a rendes következmény. Az ismertetett esetben méhrepedés, bár a daganat még a boncoláskor is a kismedence üregében foglalt helyet, létre nem jött, amit talán az a körülmény magyaráz, hogy a nyomás által megrepesztett, tartalmában jelentékenyen megkisebbitett, laposra nyomott daganat a magzat kiürülését lehetővé tette. A megrepedés után megkisebbedett cysták kedvező esetben a kismedencéből külső beavatkozás nélkül is kijuthatnak, azonban a jelen esetben egyéb helyi okok mellett, úgy látszik, a daganat rögzítettségében, melyet még a szélesszalag fölfelé húzása sem tudott kimozdítani, a foramen ischiadicum maius csontos széléhez illeszkedő fog és csontlemez is szerepet játszott. A daganat széles tapadású, szokatlanul erős függesztő szalagjai viszont a dermoid leszakítását akadályozhatták meg. Tagadhatatlan, hogy a leírt vérömleny keletkezésében előttem ismeretlen, szülés alatt végbement folyamatok is szerepet játszhattak, azonban, hogy a szélesszalag repedését nem elsődlegesen a dermoid csontos alkatrészeinek szakítása hozta létre, azt a repedés daganattal ellentétes helyzete eléggé bizonyítja, mert a daganat a szélesszalag hátsó lemezén feküdt, ellenben a vérömleny áttörési helye az elülső lemezen volt feltalálható.

Irodalom: Beck: Berichte aus Gynäk. Ges. 1910. — Ingier: Beitrag zur Kasuistik und Genese der Ovarialdermoide. — R. Teller: Centralbl. für Gynäk. 1910. — Pfannenstiel, R. Freund: Handbuch der Gynäkologie von Veit. 1908. — H. Freund: Heg. Beitr. 13. köt.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetemi III. számú belklinikai közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi ny. r. tanár).

A betegélelmezés reformja egyéni alapon.

Írta: Soós Aladár dr. egyet. magántanár.

(Első közlemény.)

Az ember érzékszervei nem csupán a létfenntartást szolgálják, hanem élvezetet is közvetítenek. Mindazon dolgokat, amelyeket az ember magának megszerezni óhajt, aszerint értékeli, hogy azok mennyire szükségesek, hasznosak (szükségességi érték) és hogy mekkora annak az élvezetnek a nagysága, amelyet megszerzésük okoz (élvezeti érték). A táplálék élvezeti értéke függ a benne szereplő élelmiszerek változatosságától, az elkészített ételek izletességétől és felszolgálásuknak izlésességétől. E három tényező nagyságának a viszonya egymáshoz igen különböző lehet és ez az arány lesz jellemző a fogyasztó egyéniségére, izlésére.

Az egyénnek a táplálkozásra vonatkozó individualis kívánságait a magánháztartások konyhái teljes mértékben ki tudják elégíteni, az általuk előállított koszt sajátosságai is tehát egymástól annyira el fognak ütni, amennyiben különbözik egymástól az ellátottjaik

neme, kora, nemzetisége, intelligenciája és vagyoni helyzete. Technikájuk szerint a konyhákat általában két nagy csoportra lehet osztani: az *egyszerű polgári konyhára*, amelyekben a háziasszony vagy szakácsné főz, aki az olyan ételek elkészítéséhez ért, melyeket az olesó, jóllaktató házikoszt néven ismerünk és a *finom úrikonyhákra*, amelynek szakképzett szakács a vezetője és ételei finomak, étvágyingerlők, rövid időre telítők és nagy élvezeti értékűek.

A különböző foglalkozási ágak és a nagyvárosi lakásviszonyok lassankint szükségessé tették azt, hogy a magánháztartással nem bíró emberek az ételmezésük előteremtése érdekében összeálljanak. A *közöskonyha* föllállítása elengedhetetlen az olyan helyeken, ahol valamely közös cél szolgálatában többen élnek együtt (intézetek, kolostorok, iskolák, kaszárnyák stb.). A közöskonyhára jellemző, hogy rendszeren egyforma korú, nemű, kulturális fokú és vagyoni helyzetű embercsoportok ételmezését látják el és ennél fogva a konyhatechnikájuk egymástól éppen úgy különbözik, mint a magánháztartások konyháié. A legegyszerűbbek ezek között a szegény nép ételmezésével foglalkozó jótékonysági népkonyhák, szegényházak konyháinak konyhatechnikája. Azután következnek a konyhatechnika szempontjából a katonai legénység, gyári munkások stb. közös ételmezése, majd a fiú- és leányinternátusok, a kollégiumok, zárdai rendek, hivatalnokok, kórházi személyzet stb. konyháit. Még fejlettebb konyhatechnikával állítják továbbá elő a kórházi orvosok, katonatisztek stb. ételmezését.

Az említett közöskonyhák inkább a mennyiségre, a kalóriatartalomra, a *telítőértékre* vannak tekintettel, mint a minőségre és az élvezeti értékre. Finomabb konyhatechnikával készítik el ételeiket a *penzió-rendszerű* szállodák, otthonok stb.; konyháik nagyobb teljesítőképességűek, azt rendszeren képzett szakács vezeti, a menüben előétel is helyet foglal s a rendszer ötszöri étkezés ételei minőség tekintetében is kifogástalanok.

A közöskonyhák üzemének nagy előnye az, hogy a központi anyagbeszerzés és elkészítés következtében igen *olcsón* tudja egy ember ételmezését előállítani, viszont *individualis kívánságokra tekintettel nem lehet*. A tápszükséglet fedezésében ugyan ez különösebb hátrányokkal nem jár, mert az esetleges hiányokat az egészséges ember könnyen pótolhatja. A magánháztartások konyháinál könnyű az individualizálás: az ellátott és az elkészítő a készítenő ételeket esetről-esetre megbeszélhetik. A közöskonyhák ellenben az ellátottaktól függetlenül határozzák meg napokra, sőt hetekre előre az étrendjeiket, szóval a kötött menük rendszerére rendezkedtek be.

A *kötött menürendszer* az olesóbbítás és az egyszerűsítés érdekeit szolgálja. A konyha az ételmiszerekből nem tart nagyobb készletet raktáron, ételei valamely meghatározott órára készülnek el, a tálalás és a fogyasztás fix időpontban, közös asztalnál történik (table d'hôte rendszer). A konyha feladatai közé tartozik tehát az *adagolás* is, amennyiben a fogyasztó megkapja a neki járó adagot még akkor is, ha az neki nem ízlik vagy nem fogyasztja el teljesen.

Ezzel szemben a *szabadválasztási* vagy *vendéglői rendszer* (à la carte rendszer) az individualis igények fokozottabb kielégítésére képes. A vendéglő a fogyasztóinak a számát nem ismeri előre, az ellátandói közül nagyon kevesen állítják össze az étkezésüket hasonló ételekből. Az olyanok számára, akik nem akarják a menüjüket maguk összeállítani, a legtöbb vendéglő ugyan kötött menüt is állít össze, de az individualizálásnak itt is teret enged akkor, amidőn a sülteket,

főzelékeket, édességeket és gyümölcsöket ki lehet cserélni. A tálalás és a fogyasztás nem történik egyazon időpontban, hanem az több órára elhúzódik.

A vendéglői üzem a reá rótt nagy feladatot két módon tudja megoldani:

1. Azáltal, hogy *a konyha teljesítőképességét a legmagasabb fokra fokozta*. Valamely konyha teljesítőképessége függ egyrészt a berendezés tökéletességétől, másrészt a személyzet szakképzettségétől. A vendéglői konyhák berendezése egészen elsőrangú és az ételeket egy vagy több szakács készíti, akik szakmájukat hivatásszerűen űzik és szakképzettségükről bizonyítvánnyal rendelkeznek.

2. A másik mód az, hogy *a vendéglői üzem szakszerű közvetítéssel megteremtette az összeköttetést a fogyasztó és az elkészítő között*. Ezt a célt szolgálja egyrészt az étlap, másrészt pedig a szakképzett, gyakorlott felszolgáló személyzet.

Azt a nagy változatosságot, amelyet egy vendéglői konyha fogyasztóinak nyújtani képes, annak köszönheti, hogy étkezésről-étkezésre *étlapot* ad ki. Az étlapon felsorolt ételek három csoportba oszthatók. Az első csoportba tartoznak az ú. n. *kész ételek*, amelyeket a konyha már készen, megfőzve, megsütve készenlétben tart. A kész ételek idény, nap és vendéglői szokások szerint napról-napra változnak. A második csoportba tartoznak az ú. n. *rögtönzött ételek (à la minute)*. Ezen ételek nyersanyagát a konyha készen tartja olyan állapotban, hogy a hő behatásának bármely percében kitéhető és az elkészítés csupán azon pár percig tart, amíg a nyersanyagból ízletes étel válik. A harmadik csoportba tartoznak végül azok az ételek és ételmiszerek, amelyeket a vendéglői konyha raktáron tart és a kívánság szerint csupán *adagol*: hideg felvágottak, hideg előételek, saláták, gyümölcsök, cukrászsütemények stb.

Az individualis ellátás tekintetében eléggé fel nem becsülhető szolgálatokat tesznek végül a felszolgáló személyek, *ételhordók*, akik a megrendeléseket közvetlenül a fogyasztótól átveszik. Ügyességük nemcsak abban nyilvánul, hogy eltalálják a fogyasztó ízlését és kívánságait és azokat közvetítik a konyhával, hanem abban is, hogy a konyha érdekeit is védik olyankor, amidőn a fogyasztó esetleg nehezen teljesíthető kívánságait rábeszéléssel vagy ajánlással megváltoztatják, felcserelelik. Az ételek kifogástalan minőségéért és az egyéni kívánságok teljesítéséért nem a vendéglős, nem a konyha, hanem közvetlenül ők felelősek.

A vendéglői konyhák szabadválasztási rendszere szintén a kétféle konyhatechnika alapján szolgáltatja ki ételeit. Az egyszerű polgári konyhát adják ki a polgári vendéglők, a finom úrikonyha termékeit állítják elő viszont az előkelő vendéglők és szállók konyháit.

Az egészséges ember ételmezését előállító konyhák ezen rendszere egyszerre megváltozik, hogy ha *az ellátandók valamelyike megbetegszik*. A beteg embernél a szervek harmonikus együttműködése többé-kevésbé megbomlott és a tápfelvételt szabályozó érzések szerepét az orvosnak kell átvennie. Így lesz az egészséges ember étkezéséből: *dieta*. Amíg az egészséges ember olyan táplálékkal él, amelyeknek felvételére a tápfelvétel ösztönei vezetnek és tápszükségletét olyan anyagokkal fedezi, amelyeket magának megszerezni tud, addig a beteg ember azt fogja enni, amit neki *szabad* és amit *szeret*.

Annak a megítélése, hogy mit szabad ennie a betegnek, *az orvosi előírásra* tartozik. Nagyon sok olyan megbetegedést ismerünk, amelyet a táplálkozás helytelensége, vagy a táplálkozási szervek működés-

zavara okoz. Ezen betegségek kezelésénél a gyógyszeres kezelés a diatás kezeléssel szemben háttérbe szorult. De nagyon sok olyan betegség is van, amelyeknél a táplálkozást szabályozni kell, bár a megbetegedés a táplálkozás szabályozásával közvetlenül összefüggésben nincs.

A beteg embernek a kosztjára vonatkozó *egyéni kívánságai* fokozott mértékben teszik fontossá az individualizálást. Az éhségérzet hamar eltűnik, az étvágy szeszélyessé, nehezen kielégíthetővé válik. Igen sokszor találkozunk az étvágytalansággal, az étvágy perversiójával, diversiójával, és igen megnehezíti a betegek táplálkozását az aversio bizonyos ételek iránt. Mivel a tápfelvétel nagysága a táplálék élvezeti értékével arányos, az élvezeti értéket pedig kizárólag a konyhai elkészítés jósága képes növelni: *a beteg ember táplálásához feltétlenül szükséges az, hogy a konyha alkalmazkodni tudjon az egyén kívánságaihoz és a beteg-koszt élvezeti értékét, az egészségesekével szemben, lényegesen növelje.*

Minden konyha *diatás konyhává* változik át, ha beteg ember ellátásával foglalkozik. A diatás konyha a rendes konyhától abban különbözik, hogy a teljesítőképessége nagyobb: a berendezése és felszerelése tökéletesebb és az a személy, aki a koszt elkészítésével foglalkozik, *a diatás konyhatechnika* minden fogását és azok élettani hatását alaposan ismeri. Ez az utóbbi követelmény olyan teher, hogy a diatetikailag képzett személy szerződését csak az olyan konyhának az üzeme bírja el, amely a diatás kezelésre utalt betegek ételmezésével hivatásszerűen és állandóan foglalkozik. Ilyen a klinikák, közkórházak, szanatóriumok stb. konyhái lehetnek.

A diatás kezeléssel foglalkozó közöskonyhák ma mindenütt kötött menürendszer alapján működnek. Jellemző rájuk az, hogy a betegeket aszerint, hogy milyen diatára vannak utalva, csoportokra osztják és mindenik csoport számára egy-egy kötött menüt állítanak össze és azokat sablonosan szolgáltatják ki. A kötött menük száma közkórházak, klinikák vagy szanatóriumok szerint 3–8 között váltakozik.

A kötött menürendszer nagy hátránya azonban az *individualizálás teljes hiánya*. Még egyazon diagnózissal ápolott betegek között is, orvosi előírás tekintetében, igen nagyok lehetnek a különbségek a beteg kosztjában. Az étrendi előírások aszerint, hogy milyen szövdménnyel járó betegségek kezelésére szolgálnak, egymásba átfolyhatnak, egymást kiegészíthetik, sőt egymás hatását leronthatják. De azonos megbetegedés különböző stádiumában is különböző lehet a rendelt diateta (Nyolcféle különböző étrendünk van cukorbetegség számára, 6–8-féle szolgál a vesebetegség kezelésére é. i. t.). Másrészt a betegek egyénisége, egyéni kívánságai tekintetében sem lehet a különböző korú, nemű, intelligenciájú, nemzetiségű, tápláltsági állapotú betegek ételmezését közös nevezőre hozni.

Ezen hiányokon úgy próbáltak segíteni, hogy a kötött menütől eltérő betegek diatáját ú. n. *különrendelések* formájában lehet igényelni. A diatetika fejlődésével azonban egyre több lett az olyan betegek száma, akiknek az ellátását a kötött menük valamelyikébe beilleszteni nem lehetett és a különrendelések számának az emelkedése a konyha üzemének nagyarányú megterhelését jelentette.

A másik nagy hibája a közöskonyhában készített kosztoknak, hogy, a drága szanatóriumi ellátástól eltekintve, tápláléértékben gazdag ugyan, de *az élvezeti értéke meglehetősen csekély*. A legtöbb beteg ember étvágytalan, a tápfelvétele csekély, ennél fogva nem na-

gyon célszerű neki olyan konyhatechnika szerint főzni, amelynek a célja az éhség csillapítása, az egyén jólakátása és amelyek szerint előállított ételek megemésztése az emésztőszervek meglehetősen nagy agressivitását teszik szükségessé. Sokkal helyesebb volna a finom konyhatechnika könnyen emészthető és étvágyingerlő ételeire fektetni a fősúlyt. Ennek pedig a költségtöbblet áll az útjába.

Amíg azt az ételmezést tartottuk kielégítőnek, amelynek összetétele fedezte azt a szükségletet, amelyet a *kaloriatartalom* és a *chemiai összetétel* tekintetében a táplálkozás élettana helyesnek tart és előír, addig az ételmezés jelenlegi rendszerének az elégtelensége különösebben égető kérdés nem volt. A diatetika folytonos fejlődésével és az élvezeti érték fontosságának az elismerésével a betegételmezést ellátó konyhák feladatai egyre jobban halmozódnak. A kérdés jelentősége már meghaladta a gazdasági vezetés határait és ezért tartjuk célszerűnek azt, hogy a betegételmezés jelenlegi rendszerének reformját az orvosi nyilvánosság előtt tárgyaljuk.

Kiváló diatetikusaink már régóta nyomatékosan követelik, hogy a betegételmezés szakítson merev sémával és hogy az étrend összeállításánál vegyék tekintetbe a beteg egyéni kívánságait. *A jelenlegi kötött menürendszerrel pedig a beteg nem folyhatik be étrendjének megválasztásába.* Sokkal helyesebb lenne tehát a betegételmezésben is azt a rendszert honosítani meg, amelyek szerint a vendéglői üzemek működnek.

A vendéglői konyhák szervezete minden ellátottjának individualis kosztot képes kiszolgáltatni és annak az élvezeti értékét olyan magasra tudja emelni, amilyenre a fejlett konyhatechnika és szakácsművészet azonos nyersanyagból egyáltalán képes. E célból az szükséges:

1. hogy *a diatás ételmezéssel foglalkozó konyhák teljesítőképességét maximálisan fokozzuk*, részint azért, hogy olyan tökéletesen rendezzük be és szereljük fel azokat, mint az azonos számú személyt ellátó vendéglői konyhákat; részint azért, hogy a konyha vezetését olyan szakképzett személyzetre bizzuk, aki nemcsak a rendes, hanem a diatás konyhatechnikát is alaposan ismeri;

2. hogy *megteremtsük a közvetlen összeköttetést a fogyasztó és az elkészítő között* azért, hogy olyan személyt bizzunk meg a közvetítéssel, aki úgy a beteg-ápolásban, mint a diatás orvosi rendelések gyakorlati kivitelében jártas, aki össze tudja egyeztetni a konyha és a beteg érdekeit és aki az orvossal szemben felelős azért, hogy a beteg a neki rendelt étrendet teljes megelégedésére kapja meg.

Végeredményben tehát *a diatás kezelések eddigi kötött rendszerének a felbontása egy összekötő személy: diatás directrice, diatás kisasszony vagy diatás ápolónővér beállításával oldható meg* és annak a működésétől függ az eredmény jósága. A diatás nővér működéséhez tehát az tartozik, hogy az ételeket a beteggel a konyha étlapja alapján beszélje meg, azokat azután individualisan ossza szét, az orvos által előírt étrendet összeállítsa, az adagokat lemérje és az ételeket megfelelően alakítsa át. A szerződésétől járó költségtöbblet minden organistációban bőven megtérülne azzal a megtakarítással, amely azáltal állna elő, hogy a konyha semmit sem szolgáltatna ki fölöslegesen, hanem csak azon ételneműket és azokból csak annyit, amennyinek az elfogyasztására a beteg képes.

A betegek diatás kezelésével hivatásszerűen foglalkozó intézmények szervezete nem egyforma. A fen-

tiekben lefektetett irányelveket ennél fogva minden diéta üzemhez más és más módon kell alkalmazni. A következőkben a betegélelmezés fontosabb organizatióinak kereteihez igyekeznünk útbaigazításokkal szolgálni.

(Folytatjuk.)

Válasz és zárszó Reök Iván dr.-nak „Operáljunk-e az appendicitis intermediaer stadiumában” című közleményére.

(O. H. 1926. 27. és 44. sz.)

Írta: *Milkó Vilmos dr.* egyetemi magántanár.

Az O. H. f. évi 44. számában *Reök Iván* kartárs úr reflectál azokra a megjegyzésekre, melyeket e folyóirat f. évi 28. számában „Appendicitis a vidéki gyakorlatban” című közleményéhez fűztem. Álláspontjának igazolására idézeteket közöl több olyan neves hazai és külföldi szerző tollából, kik az appendicitist intermediaer és késői szakaszában is megoperálják, ha nem is föltétlenül és minden esetben, mint a szerző. Aki figyelemmel olvasta végig az én megjegyzéseimet, az előtt világos, hogy magam sem vagyok híve a túlhajtott conservativismusnak, nem vagyok elvből ellensége az intermediaer vagy késői szakban való operálásnak sem, sőt ezt szükségesnek is tartom minden olyan esetben, amikor a műtét kevesebb kockázattal jár, mint a beváró kezelés. Koncedálok azt is, hogy a vidéki gyakorlatban bizonyos kényszerítő körülmények befolyása alatt még radikálisabb álláspontra helyezkedhetünk. Nyilvánvaló tehát, hogy köztem és az idézett szerzők, valamint *Reök* kartárs úr felfogása között nincsenek áthidalhatatlan ellentétek, amint ezt a szerző maga is elismeri. Közleményét csupán azért tettem kritika tárgyává, mert abból az tűnik ki, hogy ő minden appendicitist válogatás nélkül minden stadiumban azonnal operálandónak vél és a várakozást semmi körülmények között nem tartja jogosultnak. Ez az általánosítás az, amiben én nem értek vele egyet, mert a magam részéről egy többnapos appendicitisnél, ha a klinikai kórkép határozott visszafejlődést mutat s ha nincs semmi aggasztó tünet, a beteg érdekében helyesebbnek tartom bevárni a heveny roham lezajlását és csak azután végezni el a mindig szükséges appendektomiát. Különösen indokoltnak tartom e beváró kezelést olyan nagyobb periappendicularis infiltratumoknál, melyek láztalan lefolyás mellett spontán felszívódásra hajlamosak, míg korai megbolygatásukkal a beteget veszedelembé dönthetjük.

Ahhoz, amit *Reök* kartárs úr cikkének végén hangoztat, hogy az appendicitises beteg nem alkalmas házi, illetve belgyógyászati kezelésre, hanem minden esetben sebészeti intézetbe, sebészi ellenőrzés alá tartozik, mint magától értetődő követelményhez, természetesen hozzájárulok.

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

Tuberculotikusok insulinérzékenysége. *Ahlenstiel.* (D. med. Wochenschr. 1926, 28. sz.)

A tüdőtuberculosis és a diabetes mellitus között többféle összefüggés kimutatható. Egyszer a diabetes a tuberculosis kifejlődésére egyenesen dispositiót képez, míg máskor határozott antagonizmus látható a két betegség között. Szerző vizsgálta ezért egészségesek, tuberculosissal acutan inficiáltak és kifejezett phthisikusok insulinérzékenységet. 12 órai koplálás után meghatározta 15, illetve 30 perces időközökben a vércukrot (az ingadozás ellenőrzésére négyszer); azután subcutan 20 egység insulint adott, majd utána négy órán át 30 perces időközökben vércukormeghatározásokat vég-

zett. Eme kísérleteket felhasználta annak eldöntésére is, hogy van-e hatásbeli különbség az insulin intracutan és subcutan adagolása közt. Nem diabetikusoknál a vércukorgörbe ingadozásában nem volt eltérés. A kísérletek eredményeként azt találta, hogy activ tuberculosisnál kisebb insulinérzékenység mutatható ki, mint más fertőzéseknél, illetve inactiv vagy alig activ tüdőtuberculosisnál. Exsudativ és productiv alakok között nem volt különbség. *Joslin* állítása szerint inactiv vagy kevésbé activ tuberculosisokhoz relative gyakran csatlakozik diabetes; erre vonatkozólag még szerző is folytat kísérleteket. *Szabó dr.*

Egy új contrastanyag az epehólyag Röntgen-felvétele. *Pribram.* (D. med. Wochenschr. 1926, 31. sz.)

Szerző az epehólyagfelvételekre egy új contrastanyagot ajánl, a diodatophant, amelyből 5–6 g-ot ad per os tejben felfőzve. Az így nyert kép még jobb, mint az intravenásan adott tetrajodphenolphtalein utáni felvételeken. Ez utóbbi szer per os adagolva pedig sokszor kellemetlenségeket okoz. A diodatophant előzetes epehólyagkiürítés után este szedeti a beteggel kis pépes vacsorával együtt s 14–20 óra múlva készíti a szokásos technikával a felvételt. Szerző ezt az eljárást tartja a legjobbnak az epehólyag Röntgen-diagnostikájában. Kiegészítésül szükség esetén alkalmazza még intravenásan a tetrajodphenolphtaleint. *Szabó dr.*

A gümőkór elleni védőoltásokról. *Maraglianok E.* (Journ. de méd. de Lyon 1926, 148.)

Szerző közel kétezer oltást végzett melegítés által előlt gümöbacillusokkal. Az oltások után specifikus antitestek voltak kimutathatók. Az oltás maga *Jenner* védőoltása szerint történik, de lehetséges a peroralis mód is. Az oltások három hónap alatt válnak hatásossá. Állatok, mint pl. szamarat, birkát és majmot, igen nagy dosisokkal kell immunizálni. A védőoltások hatása a magzatra is átmegegy. A tuberkulinreactio emberen az oltás után körülbelül 30 nap múlva lép fel. Szerző számos esetben látott figyelemre méltó védettséget gümőkóros családok hozzátartozóinál. A védőoltások legjobbak, ha cseesemőkön az első hónapban végeztetnek. *Zolnai dr.*

A tengeri klíma és a gümőkór. *Loir A.* (Rev. d'hyg. 1926, 48. köt., 1. sz.)

Eddig a tengeri éghajlatot a tüdőgümőkórosok részére nem tartották megfelelőnek és csak izületi és mirigygümőkórnál ajánlották. Szerző *Bernarddal* a parti klímának a nyílt tengeri klímától való megkülönböztetését ajánlja. Ő azt találta, hogy a nyílt tenger éghajlata, főleg Afrika nyugati partjai és a Kanári-szigetek között, Capo verde és Madeiránál egészen különösen tüdőgümőkórosok részére nagyon megfelelő. Mindazok az éghajlati sajátosságok, melyeket hajóutazásokon tapasztalunk, főleg azoknak egyenletessége, tüdőbetegek számára kedvezőbbé teszik a nyílt tengeri levegőt a tengerparti klímánál, sőt hatásosságban a szárazföldi éghajlatot is felülmúlják. Angliában, a tengeri utazások hazájában nyert tapasztalatok alapján szükséges, hogy a tüdőgümőkór kezelésénél a nyílt tengeri kúrálás visszakapja az őt megillető szerepet. Bizonyos útvonalak kiválasztása a hajóorvosok feladata. A tengeri éghajlaton való kezelés céljára alkalmas a halászat. A halászgözösökön kisebb sanatorium-féléket kell berendezni, ahol a kezelési módokat klinikai megfigyeléseket lehessen végezni. *Zolnai dr.*

A tüdőgümőkórnak fémsókkal való kezelése Walbum módszere szerint. *Lunde N.* (Ugeskrift f. Laeger 1926, 8. sz.)

Szerző a tüdőgümőkór három alakjának egy-egy esetében vizsgálta a beryllium-injectiók hatását. Egy exsudativ, activ phthisises, egy caseosus pneumoniás és egy lázas nodosus folyamatot kezelt, melyeknél a különböző lázmenetet az injectiók más és másféleképpen befolyásolták. Mindhárom beteg láza elmúlt, a hőmérsék normalissá vált. Szerző a kedvező hatást úgy magyarázza, hogy az igen kis beryllium-adagok által

gyakorolt sejttizgalom következtében a vérképző szervekben fokozott sejtproliferatio indul meg. A normalis biológiai egyensúly visszanyerése után a felszabadult energia a szervezet immunizálóképességét mozditja elő. *Much* szerint az egészen kicsiny izgató adagok (Reizdose) következtében fokozott nonspecifikus immunitás áll be. A gümőkórral fertőzött tengerimalacot azonban a beryllium nem képes életben tartani, noha a betegség lefolyása elhúzódik. *Walbum* 50 fémnek a hatását vizsgálta gümőkórral fertőzött tengerimalacokon. Ezek közül csak 38-nak volt némi hatása a gümőkórra, legtöbb teljesen hatástalan volt. Wolfram-, platin- és erbium-kezelés mellett kifejlődött a gümőkór, de a további kezelés folyamán gyógyult. Nyole más fémnél nem fejlődött ki a megbetegedés, általában azt tapasztalta, hogy a lefolyás enyhébb. Cadmiumot pl. csak a fertőzés után egy hónap múlva adott, mégis egy év eltelté után is egészséges volt az állat. Szerző lehetségesnek tartja, hogy ezen fémek között fog legálább egy olyan is akadni, amely az embernél is igen hatásos lehet. Szerző felhívja a kutatókat arra, hogy kutassák ki annak a 11 fémnek a helyes koncentrációját, amelyek az állatkísérletekben a leghatásosabbnak bizonyultak. Ez a 11 fém pedig az aluminium, baryum, cadmium, cerium, erbium, lanthan, molybdaen, platin, ruthenium, selen, wolfram. *Zolnai dr.*

Urologia.

A sav-alkalikiválasztási próba technikájához. G. v. *Pannewitz*, Düsseldorf. (Zeitschr. f. urol. Chir. XX. köt., 1—2. füz.)

A *Rehn prof.* klinikáján használatos eljárás technikáját közli. A hydrogen-ionok számának meghatározására a Michaelis-féle indicatorsort használja, az apparátust azonban *Rehn* úgy módosította, hogy az eredetileg használt 2 cm³ folyadék helyett — mely mennyiség túlnagy volna az ureter-katheterezéssel nyert vizeleteknél — 0.2 cm³ folyadékban történik a meghatározás. A vizsgálat előtt a beteg éhgyomorra 200 cm³ mákkávet kap (már bakkávé, vagy cukor, vagy előzőleg adott morphium-injectio befolyásolhatják az eredményeket), majd egy órával a cystoskopia előtt a beteg 25 csepp higított sósavat szed per os. Miután a hólyagvizet H-concentrációját meghatározta, előbb a savkiválasztást nézi, majd 50 cm³ 4%-os natrium bicarbonat-oldatot ad intravenásan és három percenként meghatározza a vizelet H-számát, amíg a maximumot el nem érte. Az eljárás használható hólyagvizeleteknél is, összveseműködés vizsgálatára. Az urológiai vizsgálatokon túl a próba hasznos lehet a szervezet savbázis-háztartásának, valamint az elektrolit-anyagcsere élet- és kórtanának vizsgálatánál. (Ami a separált vizeletek esetén a két vese funkciójának meghatározására való felhasználhatóságát illeti, kétségtelenül a jelenleg használatos eljárásokkal, elsősorban a molekuláris koncentrációt megállapító fagypontesökkenéssel, az indigocarminkiválasztással, esetleg a két vese által egyidejűleg kiválasztott huyany meghatározásával kevésbé körülményesen és pontosan tájékozódhatunk a vesék functionális állapotáról. A szerző maga is megemlíti, hogy érdekelni egyéneknél a vizsgálóeszköz bevezetése a fájdalom miatt reflectorikus alkaliuriát válthat ki, ezért ilyeneknél a vizsgálatokhoz aethylchlorid-bódítást javasol. *Ref.*) *Radó Béla dr.*

Három, műtét előtt felismert patkóvese. D. N. *Eisendraht*, F. M. *Phifer*, H. *Culver*, Chicago. (Zeitschrift f. urol. Chir. XX. köt., 1—2. füz.)

Az eseteket Röntgen-felvételek és pyelogrammok nagyon szépen sikerült reprodukcióival közlik. A kórismét éppen a Röntgen-felvételek alapján sikerült felállítani és azt a műtét igazolta. Az első esetben feltűnt, hogy a vesekő árnyéka szokatlanul közel fekszik a gerincoszlophoz, úgyszintén a pyelumok is, contrast-anyaggal való töltés után; mindkét pyelum alsó kelyhe befelé fordult. A második esetben négy kő árnyéka volt látható a Röntgen-képen, melyek lefelé és befelé irá-

nyultak. A pyelogramm azonkívül függőleges és deformált alakú vesemedencét mutatott. Egy harmadik esetben — mely műtétre nem került — a jobb vesemedence árnyékának alsó része teljesen harántul a III. ágyékesigolya felett feküdt, mindkét vesemedence kelyhei befelé fordultnak látszanak. A műtétre került negyedik esetben a hasban két oldalt a középvonaltól, a köldök-esípötövis közötti vonal magasságában, rugalmas resistentia volt tapintható. A Röntgen-képen jobboldalt két le- és befelé irányuló kőárnyék. Medencék tágultak, bal ureter a pyelum külső szélén torkollik. Kővek eltávolítására — patkóveséknél — az elülső pyelotomiát ajánlják. Esetleges heminephrektomia nem ütközik nehézségbe, szem előtt tartandó azonban, hogy a főedények az elülső vesefelület felső részét keresztezik és hogy az isthmusnak gyakran külön edényei vannak. *Radó Béla dr.*

A veseburkok daganatainak casuistikájához. K. *Haslinger*, Wien. (D. Zeitschr. f. urol. Chir. XX. köt., 1—2. füz.)

53 éves nőbeteg gyomor-béltünetek, hasi fájdalmak miatt kereste fel. A jobb lumbalis tájon nagy, keménydudoros, kevésbé mozgatható tumor. Jobboldalon a befeeskenedett indigocarmin csak késéssel és csökkent intenzitásban jelent meg. A pyelographia mélyebben álló, mérsékeltén tágult és elhajlott vesemedencét mutatott, a vesének megfelelő helyen mézárnyékok. A beteg részben elmeszesedő hypernephroma kórismével került műtétre, melynél kiderült, hogy a hatalmas, a perirenalis zsírnak megfelelő szerkezetű tumor a környezettel, peritoneummal, különösen pedig a nagy edényekkel úgy összekapaszkodott, hogy el nem távolítható. Exitus. A tumor zsírszövetből állott, felső polusán tipikus sarkomaszerű szerkezettel, a kemény helyek esontnak feleltek meg. A veseburkok tumorai valószínűleg eltévedt embryonalis csirokból fejlődnek, ebből magyarázható a néha igen nagyszámú sejtféleség. A csontszövet keletkezésére nézve a jelen esetben feltehető, hogy az arteria renalisra gyakorolt nyomás és az emiatt keletkező nekrobiotikus folyamatok kapcsán fejlődött esont, mint ezt kísérletileg, az arteria renalis lekötése által is sikerült előidézni. Lehetséges azonban az is, hogy a csont haematómák szervülése által jött létre, miként a hypernephromáknál szokott előfordulni. A veseburkok daganatai néha excessiv nagyságot érnek el, általában nagyon ritkák, hajlamosak a recidivákra és rosszindulatú elfajulásra. Műtéti eltávolításuk a rendszeren késői felismerés és nagy összekapaszkodás miatt rendszerint igen nehéz. A legtöbb szerző a transperitonealis behatolást ajánlja. A vesétől a tumor csak ritkán izolálható, rendszeren a vesét is el kell távolítani.

Radó Béla dr.

A vesemedence bolyhos daganatai. K. *Haslinger*, Wien. (D. Zeitschr. f. urol. Chir. XX. köt., 1—2. füz.)

A bécsi Hochenegg-klinika háromévi beteganyagából két esetet közöl. A vesemedence papillomái ritkán előforduló megbetegedés, aetiológiájuk ma sem tisztázott. Bizonyos ideig való fennállás után az ureterben és hólyagban áttéteket okoznak. Az áttétek oka a nyálkahártya specifikus dispositiója is lehet, valószínűen azonban implantációs metastasisról van szó. A folyamat analog a hólyagpapillomák transvesicalis műtéti eltávolítása után fellépő recidivákkal, papillomatosissal, mikor a sectio alta hegében, sőt a bőrben is képződnek a bolyhos tumorok. A vesemedence bolyhos daganatai nagyobb százalékban rosszindulatúak és további jellemzőjük, hogy az implantációs metastasis nem mindig azonos szövettani szerkezetű az eredeti tumorról, hanem míg ez még jóindulatú, az már klinice és szövettanilag malignusnak bizonyul. A kórisme ritkán állapítható meg a műtét előtt, még leginkább az ureterből a hólyagba beelégő bolyhos daganatnál, különben legtöbbször csak valószínűségi. Jellemző a renalis haematuria és a feltölt ureter-katheteren át vagy mellett bőven ürülő vér. Gyakran útbagazít a pyelographia is, figyelemmel arra, hogy egy a pyelum-ban ülő véralvadék is okozhat a bolyhos daganathoz

hasonló foltos árnyékot vagy árnyékkiesést. A vesemedence bolyhos tumorának gyanújánál a műtétnél a kiirtott vese mindig felmetszendő, hogy a kórisme biztosítása után a teljes ureterkiirtást lehessen a műtéthez csatolni, ez megnehezíti ugyan a műtétet, de a késői recidívák miatt feltétlenül elvégzendő. (A Deutsche Zeitschr. f. urol. Chir. legközelebbi számában *Dózsa dr.* a budapesti urológiai klinikáról négy esetet közöl, dolgozatában az egész kérdést részletesen felöleli.)

Radó Béla dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A magzati szívhangok lassúbbodásánál chloroform belélegeztetésével elért eredmények. *Willkomm.* (Münch. med. Wochenschr. 1925, 51. sz.)

Seitz óta ismeretes, hogy a chloroform a fájások csökkentése folytán a lassúbbodott magzati szívhangok javulását eredményezi. Csak egészen felületes bódulatról van itt szó, melyet 6–8 csepp chloroform néhány percen keresztül való adagolásával ér el. Elkezd a belélegeztetést, ha a szívhangok percenkénti száma két egymást követő fájásszünetben 100 alatt marad. Jó hatást látott tőle több esetben, mely azon alapszik, hogy a chloroform a méh teljes elernyedéséhez vezet s így helyreállhat a vérkeringés a fájásszünetben. Toxikus hatást a chloroformtól a magzatra nézve egy esetben sem észlelt.

Salacz dr.

Syphilis és az anyatej. *Schwarz.* (Münch. med. Wochenschr. 1925, 45. sz.)

A syphilis és az anyatej kérdése még nincs teljesen tisztázva. Egyetlen eset sem ismeretes, melynél egészséges gyermek luetikus anyja lefejt teje által fertőződött volna. Lehetséges azonban, hogy a fertőzés kifejlődését csak nem vették észre, mert a tej a szájüregben csak rövid ideig tartózkodik s így a fertőzés csak a táplálósatorna mélyebb részeiben, főleg a gyomorban fejlődhet ki. Eddig egy vizsgálónak sem sikerült a syphilis kórokozóját a tejben kimutatni. A vérserum és az anyatej reakciója közt összefüggés áll fenn, érdekes azonban, hogy a tejben eleinte pozitív Wassermann-reactio a szoptatás alatt — antiluetikus kúra nélkül — a harmadik-negyedik, legkésőbb a hatodik napon negatívá válik. Ennek oka ismeretlen. *Schubert* által módosított Wassermann-reactióval sikerült később is pozitív eredményt kapni, valamint szerző is közöl két esetet, hol a szoptatás későbbi idejében pozitív reakciót kapott. Ez azonban még nem jelenti a luetikus tej fertőzőképességét, s ez irányban ezért még további vizsgálatok szükségesek.

Salacz dr.

Inoperabilis petefészekdaganat kezelése E. G. Mayer szerint. *Holzknicht.* (Wiener klin. Wochenschrift 38. szám.)

28 éves asszony baloldali petefészekdaganatát távolították el, mely a szöveti vizsgálatkor cystadenocarcinoma papilliferumnak bizonyult. Egy év múlva a méhtől jobbra találnak daganatot ascitissal, mely a két seriában végzett Röntgen-besugárzásra semmit sem változott. 1½ évvel később kerül a szerzőhöz, aki relaparotomiát végez. A petefészekből kiinduló tumor a belekkel, méhvel és a medencehashártyával összekapaskodott, a beleken helyenként burjánzások. Négy liter véres ascites leboosítása és a méh esonkolása után zárja a hasat. 18 napig nincs szék. Ekkor négy mezőben, négyszer másodnaponként ½ H. E. D.-vel az egész medencét besugarazzák. Két nappal az első Röntgen előtt és azután minden besugárzás előtt 33%-os osmonból 10 cm³-t adnak intravenásan. Az utolsó besugárzást követő nyolcadik napon spontán szék, a fájdalmak elmaradnak, étvágy visszatér. A medencebeli folyamat csaknem napról-napra javul, úgyhogy tehát négy hónapra a laparotomia után a daganat mozgathatóvá válik, a folyamat operabilissá vált s ezért újabb három hónap múlva radicalisan megoperálják. A beteg jól van. Az osmon-injectióval kombinált Röntgenkezelésről majd nagyobb anyagon szerzett tapasztalata alapján fog részletesen beszámolni. *Vetter Ambrus dr.*

Az újszülöttek asphyxiájának kezelése. *Prof. Kermauner.* (Wien. (Wiener klin. Wochenschrift, 38. sz.)

Az újszülöttek tetszhalálának megítélése és annak kezelése mindig nehézséget ad akkor, ha egyidejűleg az anyát is kezelniünk kell. A Schultze-féle lóbálást és trachealis katheter használatát veszélyességük miatt már rég elvetette és hosszú ideje nem is tanítja. Az asphyxiánál a légutak kezelése, mint azt lejjebb be is bizonyítja, csak részletkérdés. Klinikáján 1921-től 1925-ig lefolyt szülés közül 802 esetben volt asphyxia (5.76%). Ebből fel nem éleszthető volt 73 (9.1%), feléleszthető volt, de 4–5 napon belül meghalt 36. Tehát az összes asphyxiások 13.6%-ában az élesztéssel eredményt nem értek el. Boncolásnál az esetek nagyobb részében a halál főokául tentorium-szakadást és agysérülést találtak, melyek spontán szüléseknél is létrejöhetnek és azonnali halált is okozhatnak. A többi esetben is olyan elváltozások voltak megállapíthatók, melyekkel az újszülöttek felélesztés esetén sem lettek volna életben tarthatók. Az egyes esetek boncolásának részletes ismertetése után megállapítja, hogy az összes asphyxiások közül csak két esetben (0.25%) lehetne a halál okául esetleges aspiráció felvenni. Nagy statisztikájával és a boncolási lelettel igazoltnak látja a Schultze-féle lóbálás és a trachealis katheter elhagyásának voltát. A tetszhalott újszülöttek kezelésére csupán a következőket ajánlja: meleg fürdő, óvatos levegőbefúvás, bőrizgatás, lobelin és szívizgatók. Végül legfontosabb a türelem, nagy nyugalom és semmi izgalom. Ne felejtjük el, hogy „senkinek sem fog sikerülni minden tetszhalott újszülöttet megmenteni.

Vetter Ambrus dr.

Szemészet.

Tuberculosis és syphilis a szemben. *Sattler.* (Zeitschr. f. Aertzt. Fortbild. 1926, 15. sz.)

A syphilises szembetegségeken kívül a szerző csak az ekzémás szemgyulladást tárgyalja. Az ekzémás szemgyulladás alapja rendszerint a szervezetnek tuberculosis okozta erős túlérzékenysége külső ingerek iránt, és nem maga a tuberculosis-bacillus. Részletesen leírt localis therapiában phlyktaenánál a sárga kenőcsöt többre becsüli a kalomelnél. Az általános therapiában: vegyes diéta, levegő, fény, tisztaság, csukamájolaj, syrupus ferri jodatin kívül jó eredménnyel használható: tuberkulin-Ponndorf-ektebin-kezelés. Primaer sklerosis szemhéjon ritka. Fertőzés lehetősége: blepharitisceknél csók útján, vagy azon elterjedt rossz szokás útján, hogy a kötőhártyászkából az idegentestet nyelvvel próbálják kivenni. A lues secundaer stadiumában észlelhető az iritis, egyidőben az exanthemával, továbbá a cyclitis és neuritis optici. Ilyenkor fontos a korai salvarsan- és higanykúra. Metalueses betegségeknél az atrophia nervi optici kis adagokban indikálja a salvarsant. A külső és belső szemizomzavarok nem mindig befolyásolhatók specifikus kezeléssel; ezek tabesnél spontán is elűnhetnek. A congenitalis lues késői alakja a keratitis parenchymatosa, amit a tuberculosis nem okozhat. Létrejöttének magyarázata: veleszületett luetikusok corneájában reactio nélküli (ott kimutatható) spirochaeták és azok elpusztulása által a corneaszövet megváltozik és a vérben felszaporodó luetikus méreganyag anaphylaxiás szaruhártyagyulladást okoz.

Becker Jenő dr.

A könnyorresatorna-szűkület kórbonctanához. *Schall.* (Zeitschr. f. Augenheilk. 1926 szeptember.)

A könnyorresatornával együtt eltávolított 22 könnytömlő közül 20 esetben találta a következő leletet: a lumenelzáródás helyén gyulladatosan elváltozott durva kötőszövetet; e felett laza granulatiós szövet következett, de epithelnek semmi nyoma. A magasabb metszetekben már megjelentek epithelconglomeratumok, majd jóval később a lumen. E helyen az epithelsejteknél és könnytömlő falában megtalálhatók a dakryocystitisre jellemző elváltozások. A legtöbb könnytömlőgyulladás az ornyálkahártyáról terjed a könnytömlő felé és a mikroorganizmusok a könnyorresatorna alsó részében fogják az első gyulladást jelenségeket előidézni, ami

később elzáródáshoz vezet. Ily esetek sondázása céltalan. A sonda hámfeductust s ezáltal nyitott kaput csinál a pangó váladékban tanyázó pneumococcusoknak s így ismét gyulladást okoz. A későbbi hámosodás ismét elzárja a lument. A kötőszövetes elzáródás erőszakos átszűrása sem maradandó, mert hiányzik a hámborítás.

Becker Jenő dr.

A West-féle könnytömlőműtét modificatioja. Mayer. (Zeitschr. f. Augenheilk. 1926 szeptember.)

Mayer módosítása abban áll, hogy a középső orrkagyló elülső végétől az alsó kagyló magasságáig nem egy lefelé csapott négyszögletes nyálkahártya-periost-lebenyt készít, hanem kettőt, egyet hátrahajlít, a másikat előre s így ezek nem eshetnek áldozatul a vésés és tamponálásnak; másodsor a könnytömlőfalat nem távolítja el, hanem lebenyt készít, hátrafelé fixálja s így egy nagy nyálkahártyafelületet kap, amely nem granulálhat.

Becker Jenő dr.

Gyermekorvostan.

A höernyő előnyös befolyásáról a csecsemők bőrbajainak kezelésénél. M. Allina. (Monatschr. f. Kinderheilk. 32. köt., 5. füz.)

Szerző fedett abroncosos védő alá helyezett szén-szálú lámpa (Moll után) direct fényének, illetve melegének meztelenül vagy vékony ruhába csavarva tette ki a csecsemőket. A nedvedző, ekzémás bőrterületeket 10%-os alum. acet. puderral hintette be, a hámló, pikkös részeket tiszta disznózsírral kente be. Jó eredményeket látott constitutionális ekzema, pyodermia, dermatitis exfoliativa, pemphigus neonatorum, ekzema intertriginosum eseteiben. Jó hatását az egyenlő, száraz melegnek tulajdonítja, a bőrelváltozást súlyosbító izzadás jelentkezése nélkül. Az eljárást jó therapiás segédeszköznek tartja a diéta és gyógyszeres kezelés mellett.

Kermeszky dr.

Tapasztalatok az új kanyaróellenes állati serummal. Rudder. (Klin. Wochenschr. 1926, 31. sz.)

Részben a Degkwitz által rendelkezésére bocsájtott serumot, részben a hőchsti gyár serumát (MTS 10 cm³-es ampullákban) használta. Négy járványnál 43 gyermekén végzett megfigyeléseket. Az első járványnál, amikor még nem közölte Degkwitz a serum alkalmazásának új időpontját, az ötödik incubatiós napon hat gyermeket oltottak be. A hat gyermek közül háromnak esetleg volt morbillije (nyolc éven túliak), a többi három gyermek közül (3-4 év között) kettő mentes maradt. Az egyik a 18. incubatiós napon 37,7 C°, a másik a 22. incubatiós napon 38,2 C° hőmérsékletet kap minden egyéb tünet nélkül. A harmadik a 19. incubatiós napon typhusos morbillit kap. A második járványnál hét gyermeket oltottak MTS-al. Három a nyolcadik, négy a hetedik incubatiós napon kapta a serumot. Kanyarót egy sem kapott. A harmadik járványnál 12 morbillit ki nem állott gyermeket oltottak a hetedik és nyolcadik incubatiós napon, közülük három typhusos, nem súlyos morbillit kapott. A negyedik járványnál a nyolcadik és kilencedik incubatiós napon oltott 18 gyermek közül 17 gyermek kapott kanyarót (hat bronchopneumonia, négy exitus). Serum-exanthemát csak egy esetben látott. A harmadik és negyedik járványnál a MTS a megbetegedések számán és a kanyaró súlyosságán egyáltalában nem változtatott, az oltott eseteket a prodromum hosszú volta, az exanthema lassú kifejlődése és a betegség hosszú tartama jellemezte. A MTS alkalmazását a magánygyakorlatban korainak tartja.

Istváncsics dr.

Az enuresis nocturna causalis therapiájáról. Narath. (Klin. Wochenschr. 1926, 31. sz.)

Az enuresis nocturna therapiájában a fősúlyt a hólyag kiürítésének a gyakorlására helyezi, azon megfontolás alapján, hogy a betegség oka azon pályáknak a fejletlensége, amelyek a hólyag központját az agykéreggel összekötik. A kezelést hypnosisban végzi. Összesen 182 öt éven felüli betegnél végezte a kezelést és

76% teljes gyógyulást, 17% javulást látott, 7%-ban eredménytelen volt a therapia. Az esetek között volt több olyan is, akinél spina bifidát és adenoid vegetatiót állapítottak meg.

Istváncsics dr.

Elővigyázatosság a védőserummal. Prof. Degkwitz. (Deutsche med. Wochenschr. 1926, 34. sz.)

Válasz Schlossmann tanárnak a Deutsche med. Wochenschr. ez évi 30. számában megjelent cikkére. Schlossmann egy chemnitz-i eset kapcsán, ahol a fertőzött kanyaróellenes serum a gyermek halálát okozta, a serum előállításánál és alkalmazásánál a legnagyobb elővigyázatosságot ajánlja, figyelmeztet a sterilitás szabályainak a legnagyobb mértékben való betartására. Degkwitz utal azoknak nagy számára, akik kanyaróban és annak complicatióiban halnak meg, azonkívül a kanyaróellenes oltásoknak óriási irodalmára és jogosultnak tartja a serum használatát. Elegendhetlen feltételnek tartja az általa már kifejtett feltételeknek pontos betartását a serum alkalmazásánál.

Istváncsics dr.

Túlérzékenység adalinnal szemben csecsemőnél. Rosenbaum. (Deutsche med. Wochenschr. 1926, 34. sz.)

9230 g-os csecsemőnek nyugtalanság ellen fél adalin-tablettát rendelt (0,25 g). Az anya egy egész tablettát (½ g) adott, a csecsemőnél öt óra múlva igen erős nyugtalanság lépett fel, amely 14 órán át tartott és erős alkohollátságra emlékeztetett. 24 órai mély alvás után következmény nélkül mult el. Nem tartja az adagot túlnagynak, több szerző ajánl 0,25-0,5 g-ot pro dosi, azt hiszi, hogy inkább a csecsemő különleges érzékenységről volt szó.

Istváncsics dr.

A cholera infantum pathogenesiséhez. Bratusch-Marrain. (Arch. f. Kinderheilk. 1926, 78. köt., 246. old.)

Marriot, Bessau, stb. a cholera infantum összes tüneteit a vízvesztésre igyekeznek visszavezetni. E felfogás ellen szól, hogy nagyfokú vízvesztés gyakran lép fel más betegségek kapcsán, vagy előidézhető experimentálisan, anélkül, hogy a cholera infantumra jellegzetes tünetek jelentkeznenek, továbbá, hogy a tünetek (még a bőr redőzhetősége is!) megszűnnek a gyógyulásnak már azon stadiumában, melyben a szervezet vízkészletei még ki nem egészítettettek. Szerző szerint a cholera infantum létrejöttében a vékonybél pathogen csirokkal (virulens coli törzsek?) történő infectiójának jut a döntő szerep. Ezek hatása alatt egyrészt a táplálék kóros erjedésnek indul, másrészt a bélnyálkahártya szenved olyformán, hogy a kóros erjedési termékek számára átjárhatóvá válik. Az így felszívódásra kerülő mérgek okozzák az intoxicatiós tüneteket, köztük a szövetek vízkötőképességének károsodása útján a vízvesztésüket is. E hypothesis megerősítik szerző észlelései is: éhezési székek felléptéig történő éhezéssel a cholera infantum kezelésében feltűnően jó eredményeket ért le. Az éhezési székek fellépte itt a pathogenetikussá válást megszünteti jelzi: az erjedés anyagának, a tápláléknak kiküszöbölését és a hypersecretióval járó bélnyálkahártya-izgalom megszüntét.

Lenart György dr.

Az emlőn táplált csecsemő hasmenése és annak kezelése Moll-féle calciatejjel. Neubauer. (Monatschr. f. Kinderheilk. 1926, 32. köt., 441. old.)

Calciatejet (melynél a tej caseinjét 3-5% calcium lacticummal való kicsapás révén finom-pelyhes állapotba hozza) alkalmazott emlőn táplált csecsemők hasmenésénél és egyaránt jó eredményt kapott, bármily ok váltotta is ki a gyakori székkürítést (elégtelen tejelválasztás okozta inanitio, exsudativ diathesis, túlzott erjedést létrehozó bélfőra és ennek következtében fellépő fokozott peristaltika). A calciatej cukortartalma fokozatosan emelendő 5-7%-ra. Heteken keresztül adható minden baj nélkül; a súlygyarapodás lassúbb ugyan, mint zsír- vagy szénhidratgazdag táplálék nyomán, de a turgor olyan, mint a kizárólag anyatejen tápláltaknál. Az író felett — mellyel a kicsapott casein finom-pelyhes voltában, továbbá a zsírszegénységben rokon — nagy előnye, hogy bármely kis háztartásban könnyen elkészíthető.

Lenart György dr.

Tapasztalatok a Degkwitz-féle új kanyaróellenes serummal. S. Progulski és F. Redlich. (Klin. Wochenschrift 32. sz.)

A szerzők Degkwitz és Wiese közleményével ellentétben azt tapasztalták, hogy a Degkwitz-féle állati serum nem képes a prophylactikusán kezelt gyermekeket a kanyarótól megvédeni, nem enyhíti a betegség lefolyását és nem akadályozza meg a veszedelmes complicatiók fellépését. Az általuk alkalmazott birka-serum a legtöbb esetben nem közömbös serumbetegséget okozott és gyakran hátráltatta a kanyaró tüneteinek kifejlődését, meghosszabbítva a lappangási időszakot, a betegség lefolyását azonban nem enyhítette.

Mihalovics dr.

Gégészet.

A vér chemismusvizsgálata ozaenánál. Fleischmann Ottó. (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. 1926. 14. köt.)

Szerző az ozaena aetiológiájával foglalkozik, különös tekintettel az öröklött megbetegedésekre, mint hypotrichosis, anidrosis és hypodontosis, valamint a csont alkati megbetegedéseire. Vizsgálatai során arra a következtetésre jut, hogy az ozaena inkább tekinthető constitutionalis megbetegedésnek, mint tisztára fertőzésnek, amint azt Hofer és Perez állítják. A vér chemismusvizsgálatai, miket öt táblázatban foglal össze, nézetét teljes mértékben alátámasztják.

Az ásványi anyagok forgalmában normalis értékeket talált. Ellentétben ezzel, a lipidanyagok forgalma ozaenánál, de még egyszerű rhinitis atrophicusnál is különbségeket mutat, amennyiben nevezett megbetegedéseknél cholesteroldeficitet sikerült megállapítani. A lipidphosphorértékek szintén bizonyos eltéréseket mutatnak a normalistól, azonban minden rendszeresség nélkül. Rhinitis hypertrophicus és polypusoknál normalis cholesterolértékeket talált. A szénhidratanyagforgalmat is felvette vizsgálati körébe, azonban itt mindenütt normalis vércukorértékeket kapott.

Vida dr.

A légyszájpad symptomatológiájáról különböző belső bajoknál. Neuda Paul. (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1926. 39. köt., 1. füz., 51-73. old.)

Közismert dolog a légyszájpad sokszor jellemző elváltozása bizonyos belső bajoknál. Így tuberculosissnál annak feltűnő anaemiája, máj- és epeköbajoknál jelentkező sárga elszineződése, még mielőtt egyebütt az ikerusnak jelenségei mutatkoznának.

Ulcus duodeninél hyperaemia található. 26 ilyen eset közül 16-ban az ulcus a megejtett műtét kapcsán konstataálható volt. A hyperaemia a keményszájpad felé élesen el van határolva. Ezen tünet differentiáldiagnostikus szempontból értékelhető ulcus ventriculi, ulcus pept. jejuni és appendicitissal szemben, amelyeknél ilyen tünet soha nem található. A légyszájpad egyéb elváltozásai közül megemlítendő annak zsíropastosis jellege az anyagcsere zavarainál, nevezetesen a pankreas megbetegedéseknél. Említett légyszájpad-elváltozások némely megbetegedésre oly jellemzőek voltak, hogy azok felismerése egyedül elegendő volt a diagnosis felállításához.

Vida dr.

A calculus submaxillarisoról. Fitzwilliams Duncan. (Practitioner 1926. 116. köt.)

Nyálkövek leginkább a submaxillaris mirigy kivezetőcsövében fordulnak elő. Túlnyomórészt phosphorsavas mészből állanak, kevés szénsavas mész, magnesium és 5% organikus anyag található bennük, színük fehér vagy fehéresbarna. A kristályosodási központjuk gyakran beszáradt nyál, nem ritkán azonban bármely idegentest, mely valamilyen úton a kivezetőcsőbe hatol. (Halszájka, szalmaszáldarab, magrészecek, stb.)

Nagyságuk különböző, súlyuk nem ritkán a 10 g-ot is eléri. Diagnosticsuk néha nehézségekbe ütközik. A ductus Warthonianus nem mindig található fel, sondázása nehézségekbe ütközhetik, különösen ha annak

kivezetőcsőve körül kötőszöveti megvastagodások és fekélyek vannak. Ilyenkor sokszor a kép carcinomára gyanús. A nyálkövek felismerésénél jó szolgálatot tesz a bimanualis vizsgálat, néha Röntgen-vizsgálat; műtétjeik előtt használatos novocain-injectióknál nem szabad nagyobb mennyiséget felhasználnunk, miután a szövetek erős megduzzadása a tájékozódást rendkívül megnehezíti. Leginkább célravezető eljárás a kitapintott követ két ujjunk közé fogni és a kivezetőcsőre rá-metszeni. Amint a szikével a kő érezhető, azt lehetőleg az első metszéssel egyben kiemeljük, miután a metszés után bekövetkező vérzés az áttekintést erősen zavarja.

Vida dr.

A hangszálag-polypusok szerkezete és származása. Schreyer Wilhelm. (Beitr. z. Anat. Physiol. der Nase u. d. Halses 1926. 23. köt.)

52 szövettanilag vizsgált eset kapcsán foglalkozik a szerző az egyoldali hangszálag-polypusok szerkezetével, amelyek szerző megállapítása szerint főleg kötőszövetből és véredényekből állanak és az irodalomban mint fibromák, angiomák, haematomák, stb. vannak megjelölve. A polypusok belsejében minden esetben egy nagy „mag” található és egy lapos „subepithelialis” réteg. A kötőszövet és véredények különböző előfordulási aránya szerint a polypusokat négy alosztályba sorolja.

A polypusokat a mindig előforduló „mag” miatt, mely mindig élesen el van határolva a környezet felé, valódi daganatoknak tekinti, és pedig miután a „mag” belsejében főleg véredények találhatóak, angiomáknak, ellentétben más szerzőkkel, kik azt fibromának tekintik. Vonatkozik megállapítása azon polypusokra is, amelyekben a kötőszöveti elem a domináló.

Vida dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Alfred Adler, der Mensch und seine Lehre. Ein Essay von Manes Sperber. München. J. F. Bergmann. 1926. Ára 1-50 M.

Életrajzokat mindig tanulságos olvasni, rendesen egy élet sorsát látjuk meg bennük, föltéve, hogy az író elég objectív tud lenni. Szerzőnk nem ebbe a kategóriába tartozik. Könyve az izléstelen tömjénezésnek, az egyoldalú elfogultságnak eredménye. „Már Adler előtt is voltak nagy emberismerők, nagy lélekűbúvárok, de ő az első és ma is egyedüli megtestesülése ennek az együttességnek: emberismerő és lélekűbúvár.” „Adler napjaink socialis genieje”, ez a kezdet és vég. Tagadja, hogy Adler tanítványa lett volna Freudnak, hisz Adler megelőzte Freudot. Freudtól való elszakadását is hamis színben állítja be. Adler „individuallypsychológiá”-ja oly lángeszű cselekedet, melyet ez a szegény emberiség leginkább szomjúhozott. Nem hiszem, hogy orvos írhatta ezt a könyvet.

Reuter dr.

Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten. II. kötet: Krankheitssymptome (mit Ausnahme der Schmerzempfindungen). Prof. Norbert Ortner. Bécs. Urban és Schwarzenberg, 1926. II. bővített és javított kiadás. 313 oldal. Ára füzve 15, kötve 18 M.

A neves szerző három-, illetve négykötetes munkájának második kötete alig egy év leforgása alatt második kiadásban jelent meg; a mű nagy kelendősege ebben az esetben annak kiválóságát és hézagpótló voltát is mutatja. Az új kiadás 35 oldallal nagyobb s a belső betegségek fontosabb és szembeötlőbb subjectív és objectív tüneteit tárgyalja. Szerző az első kiadást több fontos és értékes újabb fejezettel (kachexia, eszméletlenség, csuklás, meteorismus, stb.) bővítette ki s így az új kiadás 35 fejezetre oszlik. Az egyes fejezetekben behatóan tárgyalja az említett tünetek előfordulását a különböző belső bajokban, kiterjeszkedve több helyen a fontosabb diagnostikai, aetiologiai és differentialis diagnostikai kérdésekre is. A nagy gyakorlati értékű mű gondos áttanulmányozása kétségtelenül nem egy esetben meg fogja könnyíteni az orvos feladatát a betegágyánál, egyes fejezetei pedig nagy segítségére lehetnek egyik-másik bonyolultabb probléma megoldásában, vagy bizonytalan eredetű panasz okának felismerésében.

Pákozdy.

Handbuch der Massage und Heilgymnastik von Dr. Franz Kirchberg. Band II. Mit 23 Abbildungen. Georg Thieme Verlag, Leipzig, 1926. Ára füzve 15 M, kötve 17 M.

Hosszú időnek kellett eltelnie, míg az egykor csak a nép körében használatos s a laikusok által gyakorolt massage és torna (mechanotherapia) elfoglalta az orvostudományban is az őt megillető helyet. A mindig szélesebb alapon végzett tudományos vizsgálatok kiderítették, hogy a mechanotherapiás gyógy-módok útján nemcsak helybelileg, a szövetekre tudunk hatni, hanem általuk az egész szervezet működését is befolyásolni tudjuk. (Lásd Kirchberg könyvének első kötetét, mely a massage és torna hatását behatóan tárgyalja.)

Ha tekintetbe vesszük, hogy a statika és mechanika törvényei az emberi szervek működésében is érvényesülnek (pl. a circulatiós zavarok bizonyos tekintetben mechanikus problémát képeznek), akkor természetesen fogjuk találni, hogy a szervek betegségeinek gyógyításánál a mechanotherapia módjait és eszközeit is igénybe kell venni.

Kirchberg könyvének második kötetében a massage és tornának alkalmazását ismerteti a legkülönbébb betegségeknél.

Egy rövid ismertetés keretében meg kell elégednem azzal, hogy a főbb fejezetek címeit soroljam fel s már ebből is látható, hogy a mechanotherapia mily széles körben képezheti therapeutikus mérlegelés tárgyát, s hogy Kirchberg mily alapos munkát végzett könyve megírásával.

I. A belső szervek (vérkeringési, hasúri, lélekezési zavarok) mechanotherapiája.

II. A húgy- és ivarszervi betegségek mechanotherapiája.

III. Az idegrendszer betegségeinek mechanotherapiája.

IV. A mozgatószervek betegségeinek és sérülései mechanotherapiája. (E fejezetben a törések és ficamodások mechanikus kezelését dr. Koch és dr. W. Seel tárgyalják.)

V. A massage és gymnastika jelentősége a női nemnél. (Prof. Dr. A. Koblanck, Berlin.)

VI. Massage a fülbetegségeknél. (Prof. Dr. Fr. Grossmann, Berlin.)

VII. A felső légutak nyálkahártyájának masszeja. (Dr. Echtermeyer, Berlin.)

A 327 oldalra terjedő könyv megírásánál Kirchberg és munkatársai igyekeztek szem előtt tartani, hogy az anyagot oly módon tárgyalják, hogy annak áttanulmányozása a segédszemélyzetre (masseur) is hasznos legyen.

Véleményem szerint ők ennél sokkal többet adtak, sőt oly sokat, hogy — mint az első kötet ismertetésekor említettem — nem adnám a mi masseurink kezébe, de annál melegebben ajánlom ezt a jól megírt könyvet az általános gyakorlattal foglalkozó orvosok figyelmébe. Az egyes fejezeteket kimerítő irodalmi jegyzék egészíti ki. A könyv kiállítása, a nagyon jól olvasható nyomás a kiadót dicséri.

Prof. Horváth.

Die Lipatrentherapie der Tuberkulosen von Direktor Kurt Klare, leitender Arzt der Prinzregent-Luitpold-Kinderheilstätte Scheidegg. Behringwerk Mitteilungen. 1926.

A marburgi Behringwerke érdekeit szolgáló monographia, amely azonban oly objective van megírva, hogy az elfogulatlan olvasó önálló véleményt is alkothat magának a lipatren A. készítmény értékéről. Klare a lipoid és yatren e kombinációját a vezetése alatt álló gyermekszanatoriumban főképen a sebészi generalizált tuberculosiban szenvedőkön próbálva ki, azt ajánlja, hogy a legkisebb adagokkal óvatosan kezeltesse a gümőkóros betegek, a vörösvérsejtsüllyedés és a kvalitatív vérkép ellenőrzése mellett. Nézete szerint sok esetben sikerülni fog a gyógyfolyamatot elősegíteni és a betegség tartamát megrövidíteni a lipatren alkalmazása által.

Azon körülmény, hogy e szerény eredmények sebészi anyagon értek el, nagy óvatosságra int a gyógyszer értékelésénél, minthogy a sancocrysin kivételével az összes újabb gyógymódok mindenkor a sebészi tuberculosinál bizonyulnak elsősorban hatásosnak, ami, tekintve ennek ismert jobbindulatúságát, természetesen véletlennek tekinthető.

Szerző nagy óvatosságra int a gyermekkori tüdőphthisis kezelése tekintetében, amely „általában nem nyújt kedvező gyógyeredményre kilátást”. Ország.

A Kir. Orvosegyesület november 13-i ülése.

Bemutatás:

Torday Ferenc: *A kanyaróelleni védekezés állati vérsavóval.* A Degkwitz-féle reconvalescens savóval, mely a kanyarónak biztosan bevált elhárítója, a kanyaró járványos elterjedése ellen nem lehet védekezni, mert nagy mennyiségben nem termelhető. A tuberculos átoltása ezen az úton lehetséges. A termelés körüli hibáknak következményei végzetesek lehetnek. A kanyaróelleni általános védekezéshez Degkwitz állati vérsavót készített. A kanyarósok nyálában, köpetében, vérében levő kanyaróvirust tovább tenyészettette és birkákba oltotta. Az így nyert állati vérsavóval végezhető védőoltásoknak főhátránya az, hogy későn, a kanyaró prodromalis időszakában kell oltani. A korai oltások hatástalanok. Az oltásokat sokszor követik súlyos serumbetegségek. Degkwitz kedvező eredményeit további kísérletezők nem erősítették meg. Előadó csatlakozik azon véleményhez, mely szerint a Degkwitz által ezidőszert fogalombahozott állati vérsavó kanyaróelleni védekezéshez alkalmatlan.

Gerlóczy Zsigmond: Kanyaróval fertőzött kórtermekben a Degkwitz-féle állati vérsavóval védőoltást mindössze csak 13 esetben végeztek a székesfővárosi Szent László kórházban. Egy esetben már a prodromalis szak végén adták, Koplik-stadiumban, láz és hurutos symptomák mellett egy ampullával intravenásan, egy ampullával intramuscularisan. Másnap már jelentkezett a kiütés, de a lefolyás enyhe és szövődmény nélkül való volt. Egy másik esetben az incubatio 8. napján 38°C-os láz hurutos tünetek mellett, Koplik nélkül 2½ adagot adtak. Kiütés nem jelentkezett s a tünetek visszafelődtek. Hét esetben az incubatio 7. napján adtak egy adagot. Hat védett maradt, egyen a rendes időben kitört a kanyaró, amely jól folyt le, noha decrepid, rachitises gyermek volt. Legutóbb egy fertőzött csoportban négy esetben adtak az incubatio 8. napján. Három mentes maradt, egyen erős exanthema jelent meg enyhe hurutos tünetekkel, gyors lefolyással. Ez utóbbi a gyógyulás után néhány nap múlva serumexanthemát kapott. E 13 esetet nem tartja elégségesnek arra, hogy a savó értékességét illetően nyilatkozzon, de biztatónak arra, hogy zárt intézetben adott esetben a Degkwitz-féle állati vérsavóval védőoltásokat végezzenek, annyival is inkább, mert a védőoltásban már kétségtelenül jónak talált reconvalescens savó, sajnos, csak kis mennyiségben és nem mindig állhat rendelkezésre.

Bókay Zoltán: Amilyen kiváló eredményeket látunk kórházi járványok továbbterjedésének megakasztásánál a reconvalescens savótól, olyan eredménytelenek voltak a Degkwitz-féle birkaserummal végzett védőkísérletek, noha az előírások várakozási időt betartották. Első kísérletüknél a hat veszélyeztetett gyermek közül az oltás után hat kapta meg a kanyarót rendes incubatiós idő után középerős mértékben és a hat közül négyen igen erős serumexanthemát is láttak. Második kísérletüknél négy veszélyeztetett gyermek közül háromnál fejlődött ki a typosus közep-erős morbilli. Harmadik kísérletüknél hét oltott gyermek közül négyenél (a fiatalabbak) volt morbilli, háromnál elkerülték. E hét gyermek közül kettőnél erős serumexanthema volt. Ezen kísérletek alapján az állati kanyaróellenes védőserumot nem tartják kanyaróval szemben megfelelő védőhatásúnak semmiesetre, sem a reconvalescens serummal egyenértékűnek.

Torday Ferenc (zárszó): Rámutat arra, hogy saját tapasztalatait Bókay Zoltán tapasztalatai megerősítik. Gerlóczy Zsigmonddal szemben viszont fenntartja azt az álláspontját, hogy a Degkwitz-féle védő-savó kanyaróellenes védőoltásra nem alkalmas.

Előadások:

1. **Gerlóczy Géza:** *Kísérleti adatok ép és kóros vérsavóknak bizonyos növényi elemek fejlődését befolyásoló tulajdonságaihoz.* A vitia vulgaris és lupinus alb. magvai alkalmas módon csiráztatva egézségesek és betegek vérsavóival hozattak össze annak elbírálására, hogy a savók a csira hosszúnövekedésére mily befolyást gyakorolnak. Míg egézséges vérsavó hozzá-tétele a csira fejlődését egyáltalán nem befolyásolta, addig bizonyos kórfarmák eseteiből nyert savók többkevesebb — de mindig jelentékeny — gátlással voltak a növekedésre. A jelenség létrejöttében — alkalmas

kísérletek alapján — a savók' cholesterintartalmának tulajdonít fontos szerepet, ami részben közvetlenül, részben bizonyára az optimális physikochemiai szerkezet módosításával gyakorol hatást a esira hosszúnövekedésére. Gyakorlati értékét bizonyos betegségek (főleg tuberculosis) alosztályozása és egyes kórformák lefolyásának ellenőrzése adja meg.

2. Vajda Károly: *Újabb irányok az életbiztosítási orvostan terén.* Mai számunkban (1270. l.) egész terjedelmében megjelent.

Liebermann Tódor felhívja a figyelmet arra, hogy a szakszerűen ellátott otitis media chronica gyógyult formája újabban már nem akadályozza a biztosítást.

A Kir. Orvosegyesület orr- és gégegyógyászati szakosztályának nov. 9-i ülése.

Bemutatók:

1. Lengyel Árpád: *Radiummal kezelt gégecarcinoma esete.* 37 éves férfi, négy hó óta dysphagiában és rekedtségben szenvedett. Luesre volt gyanú és dacára a negatív Wassermannnak, bismolsalvan-injectiókat, majd jódkáliumot kapott. Két hó előtt máshol próbaexcisiót végeztek, carcinoma laryngist állapítottak meg és radicalis műtétet ajánlottak. Ezután került a beteg a bemutatóhoz. A gégelelet a következő volt: A jobb gégefél az epiglottis alsó szélétől kezdve az aryeporeig, a bal gégefél irányában körülbelül fél-háromnegyed centiméternyire emelkedett dudoros szélű daganattal volt kitöltve, amelynek széle előfelé a hangrészen túl terjedt. Hangszál mozgása akadályozva nem volt. Az újabb próbaexcisio ismét carcinomára mutatott. Beteg a totalexstirpációt visszautasította és így radium-Röntgen kombinált kezelést végzett. Négyheti időközben kétszer két oldalt egy erythema-dosis Röntgent és kétszer direct radiumbesugárzást, még pedig 50 mg radiumot apró megszakításokkal egy óra hosszat tartotta a daganat felett. A kezelés utáni napon dysphagia lobos reactio nélkül, ezt követően a negyedik napon a daganat hátsó része ellapult és a hangszál háromnegyedrésszben látható lett. Egy hét múlva a daganatból elől látszott csak $\frac{1}{2}$ em-nyi sanc, mely az aryepiglottikus redőttől a hangrészig húzódott. A második kezelés után csak egy vékony esík maradt vissza a daganatból. Hangja igen javult, 3 kg-ot hízott.

Hochenburger E.: Meryv radiumtartó nyél helyett a radiumot a gégeben selyemszára függeszti, a nyáladzást atropinnal szünteti. Így hosszú ideig lehet a radiumot a gégeben tartani.

Réthy A.: Még nem látott radiummal kezelt gyógyult gégerákot, ez irányban szomorú tapasztalatai vannak.

Dörner D.: Egy esetében az orrgarat jobb felében lévő rákos daganat radiumkezelésre eltűnt, de egy év múlva a baloldalon keletkezett egy nagy daganat, mibe a beteg bele is pusztult. A kórbonctani lelet carcinoma mellett szólt, igaz, ez sem mindig megbízható. Egy carcinomat mutató kórbonctani lelet az orrbemenetből praecipitát-kenőcsre meggyógyult.

Fleischmann M.: Kezelés előtt látta a beteget, a tumor most kisebb, de egy mély kraterszerű fekély látszik, mi azelőtt nem volt.

Safranek J.: Ez az eset távol áll a gyógyulástól. Malignustumoroknál csak radicalis műtét jöhet számba. Radiumtól még gyógyulást nem látott.

Kepes P.: Mikor ő látta az esetet, luesnek imponált, most tipikus rák képét adja.

Lénárt Z.: A radium-Röntgen-kezelést csak inoperabilis esetben tartja megengedhetőnek. Ha a kezelés előtt ez a tumor nagyobb volt is, jelenleg még mindig elfoglalja a jobb álhangszál legnagyobb részét, a középtől lefelé eléri a középvonalat, a szegély a tumor felhánt szélé. Ily fiatal egyéneknél a carcinoma gyors növekedésre és metastasisra hajlamos, ezért a beteg műtétre feltétlen reábeszélendő. A féloldali exstirpacio itt elegendő lehet és így a hang tekintetében való functionalis képesség sem veszne el.

Lengyel Á. (zárszó): Ily esetekben a műtét sem absolut biztos. Beteg inkább öngyilkos akar lenni, mintsem a műtétet megengedje. Dacára az egyoldali folyamatnak, az epiglottis szintén rákos és így csakis a totalexstirpációról lehet ez esetben szó.

2. Angyal F.: *Nyálkahártyapemphigus esete.* 64 éves nőnek 11 hó óta vannak trokpanaszai. Hét hó

előtt rhinitis atrophica mellett a garat hátsó falán és garatíveken szürkésfehér, szabálytalan alakú, borsónagyságú és nagyobb hártás felrakódások, hyperaemiás szegély nélkül. Könnyen eltávolíthatók, alapjuk vérezékeny. Bakteriologiai vizsgálat többször negatív, legutóbb áldiphtheria-bacillusok, mi kétségtelen secundær fertőzés. Wassermann és tuberculosisra irányuló vizsgálat negatív. Vérkép normalis. Léptumor nincs. A folyamat kezelésekkal dacol, majd magától megszűnik és újból jelentkezik. Két hó után a conjunctiván heggel (entropium) gyógyulási folyamat, mely szintén recidivál. Ha a bőrön is vannak elváltozások, a diagnózis nem nehéz, itt csak a nyálkahártyán van a folyamat, ahol a hólyagok ritkán láthatók, sőt hólyagok nélkül is lefolyhat a bántalom.

3. Hochenburger Emil: *Szájpadív-varróeszköz bemutatása.* A hegyénél befűzhető hajlított sebészi tűből áll, mi hosszú nyéllel bír. A varrásnál a horgas esípóval megfogott elülső szájpadív átszúrása után a hátulsó szájpadívet szúrja át, miközben a tű egy ívet ír le. A hátulsó garatív mögött megjelent tüből, melyet előzetesen röviden fűzött be, a selymet a csipesszel kihúzza, a tűt pedig ellenkező irányú mozgással eltávolítja. Előnye a gyors és könnyű varrás és a tüeltörés vagy elejtés veszélyének elkerülése. (Kapható Weszely, Apponyi-tér 1.)

Lénárt Z.: A műszer, mit többször kipróbált, igen jól van konstruálva és jobb, mint hasonló régebbi műszerek.

Wein Z.: E műszer elvben egyezik a Déchamps-féle tüvel, mit ő tompaszög alatt hajlított alakban már évek óta használ.

Dörner D.: Bemutatja két év előtt e célra szerkesztett és jelenleg módosított műszerét.

Hochenburger E. (zárszó): A Déchamps-tű a lényegben tér el az ő műszerétől és az eddigi műszerek hibáival bír.

4. Stamberger J.: *Orrgaratüri idegentest esete.* 18 hónapos gyermek orrgaratüriből eltávolított varrógépersőt mutat be, amelyre a foetor exore hívta fel a figyelmet. Az eltávolítás hajlított fogóval könnyen sikerült.

5. Tóvölgyi E.: *Highmor empyema módosított Denker szerint operált esete.* Bemutató a Highmor facialis falát nem távolítja el, csupán az orr oldalsó csontos falát a crista piriformissal egyetemben, miután a Denker-műtét nagy előnye éppen abban rejlik, hogy a Highmor és orrüreg között eszközölt széles communicatio örökre megmarad. A műtét előtti próbapunctio alkalmával az általa már évek előtt szerkesztett és be is mutatott ú. n. anthroskop trocar segélyével a Highmor belsejét alaposan átvizsgálja, ugyanezt eselekszi közvetlen műtét után is és csak az igen elváltozott nyálkahártya esetén távolítja el a facialis fal egy részét is. A műtét tulajdonképpen egy extranasalis Sturmman-féle operatio, de ez utóbbinál egyszerűbb, kényelmesebb, gyorsabb, miután a csontos oldalfal könnyebben és alaposabban eltávolítható. A facialis üreg nyálkahártyáját kikaparja, az arsebet nem varrja, miután ez így sokkal szebben és zavartalanabban gyógyul. A bemutatott eseten kívül már három ízben operált hasonló módon, kettő ezek közül több mint egy éve gyógyult. A műtét ambulánsan is végezhető.

Campion A.: A Highmor-üreg nasalis falát eltávolíthatjuk endonasalis úton is, a Lothrop-Clove, vagy még inkább a Sturmman-műtéttel.

Pollatschek E.: Lehetőleg ő sem csinál szájmetszést, mert nem közömbös, hogy valakinek negyedórától félrehúzzák a szájjugát és összekötik az orrüreget a szájjüreggel.

Lénárt Z.: A Highmor-üreg betegségeinél általában túlsokszor alkalmazzák a legradicalisabb műtéteket. Olyan folyamatoknál, ahol a csont nem beteg és a nyálkahártya nem nagyon degenerált, gyógyulás érhető el a váladékretentio megszüntetésével. Ily esetekben Sturmman-műtétet végez, minek előnye a Denker-műtéttel szemben, hogy nincs természetellenes összeköttetés a száj- és orrüreg között, és az anaesthesiás zóna fellépte is el van kerülve. Lényegileg egyetért a bemutatóval, de nincs szükség radicalis műtétre, ha másképp is meg lehet oldani a dolgot. Ha lehet, ne operáljunk a szájon keresztül, de végezzünk Sturmman-műtétet.

Tóvölgyi E. (zárszó): Bemutató végzett már Sturmman-műtétet is, de az általa módosított Denker jobb. A szájmetszés semmiféle különös kellemetlenséggel

nem jár, és miután szerző a facialisfalat nem bántja, sem periostitis, sem phlegmone nem szokott képződni. A szájfélrehúzás igazán nem tekinthető valami nagy beavatkozásnak. Az anaesthesiás zóna is megszűnik rövidesen.

6. Szekér S.: Orrüregbe nőtt fog, veleszületett szájpaddás- és ajakhasadékos betegnél. 18 éves fiatal-embert gyermekkorában két ízben farkastorok miatt megoperáltak. Jelenleg a jobb orrjáratot teljesen elzárja az elhajlott orrsövény, a bal orrjáratbemenetnél mozgatható csont látható, mely két metszőfognak felel meg. A felső ajak felemelésekor az orrjáratba lehet jutni. A bal tubanyílás nem látható. A csontos szájpadd és az os internaxnak megfelelő esontos rész hiányos fejlődése a Röntgen-felvételen jól észlelhető.

Az Otologiai szakosztály nov. 11-i ülése.

Bemutatás:

1. Fialowsky Béla: Sinus jugularis műtét a vena jugularis centripetalis részének elhalása. (Egész terjedelemben megjelenik.)

2. Krepuska István: Idült fülgyulladás kapcsolatos solitaer agygyümölkör esete (kórbonctani készítmények bemutatása). Agykészítményt mutat be, ahol a halált okozó agygyomást a duráról kiinduló 9 cm hosszú, 3 cm széles, továbbá a bal temporo-sphenoidalis lebenyben helyet foglaló két darab diónyi tuberculum solitarium okozta. Minthogy ez utóbbi két terime-nagyobbodás a beszédközpontját is nyomta, a 15 éves, 9 év óta baloldali fülfolysban szenvedő fiúnál beszéd-zavarok is léptek fel. Bár a klinikai kép otogen agytályog tüneteit utánozta, a műtéti lelet és a további klinikai lefolyás alapján a kórisme felállításánál mégis valamilyen agydaganatra kellett gondolni.

3. Tóbl Pál: Heveny füllobhoz társuló psychotikus állapot. Betegbemutatás. (Egész terjedelmében megjelenik.)

Krepuska Géza: Nemcsak collateralis oedema, hanem egyes bakteriumoknak az agyduccok idegsejtjeire gyakorolt hatása is okozhat az elmondottakhoz hasonló psychotikus állapotot. Tapasztalhatjuk ezt erysipelasnál is.

Fleischmann: Magángyakorlatában észlelt egy heveny genyes középfülgyulladást, mely a dobhártyanyílás gyors összetapadása következtében gyakran vezetett retentióhoz és minden ilyen retentiót psychikus zavarok (ingerlékenység, nyugtalanság, zavartság) kísérték, melyek a perforatio tágitására prompt megszűntek. Ez esetben a psychikus zavarok toxikus hatás következményei voltak. Hasonlók az irodalomban is találhatók. Az előadó esetében a psychikus zavarok a halántéklebeny anatómiai elváltozásaiából (acut enkephalitis) magyarázhatók.

4. Germán Tibor: Retroauricularis dermoid cysta. Betegbemutatás. A ritka localisatiójú daganat egy nyolc év előtt végzett műtét (incisio), sipolyképződés és hozzá esatlakozó lob következtében olyan változásokot szenvedett, hogy a klinikai kép inkább mastoiditishez hasonlított. A daganatban keletkezett tetemes másodlagos elváltozások ellenére jól fel volt ismerhető a dermoid cysta tipikus makro- és mikroszkopias structurája.

Krepuska Géza: Sok betege közül egyetlenegyszer volt alkalma egy praeauricularis, atheromának látszó, azonban hatalmas hajpamatot tartalmazó dermoid cystát operálnia.

Az Apponyi Poliklinika nov. 11-i ülése.

Bemutatás:

Epstein Tibor: Splenektomia után fellépett myeloid leukaemia. 1924-ben thrombopeniás haemorrhagiás diathesis miatt splenektomia. Vérvérvében ekkor 6100 fehérvérsejt, thrombocyták teljes hiánya, elhúzódtott alvadási idő, egyébként normalis adatok. 1926 óta myeloid leukaemia (353.000 fehérvérsejt, myeloblastok myelocyták). Lép és csontvelő közti összefüggés. A splenektomia utáni polyglobuliák analogjaként fogható fel; leukaemia azonban az irodalomban közölve nincs.

Előadások:

1. Molnár Béla: Az ikterus catarrhalisnak nevezett kórképről. Az ikterus catarrhalis fenn nem tartható, mert ezek az esetek kezdettől fogva hepatitiseknek tartandók. Ezen hepatitisnek túlyomó része rövid idő alatt meggyógyul, de vannak esetek, melyek acut atrophikába vagy chronikusan lefolyó cirrrososokba mennek át. Az aetiologia mindig infectio, mely lehet enterogen vagy haematogen. Az újabb therapiás eljárások közül a legszebb perspectivája a dextrose-insulin-kezelésnek van, melynek célja az, hogy a máj glykogenkészlete fokozódjék. Minél gazdagabb a máj glykogenben, annál resistensebbek a májsejtek a különböző ártalmakkal szemben. További vizsgálatokra van szükség, hogy az oly különböző prognosistű esetek különböző csoportokba legyenek beosztathatók.

Kelemen Endre: Az ikterus a májfunciónak csak egy tünete s nem áll arányban a májparenchyma állapotával és így nehéz valamely szerv megbetegedésénél egyetlen tünet alapján diagnostikus és therapiás következtetést levonni. Talán tovább lehetne következtetéseinkben jutni, ha a máj minden irányú funcióját vizsgálnánk és vennénk tekintetbe a prognosist felállításánál.

Engel Károly: Csatlakozik Molnár véleményéhez; az ő nézete szerint is diffusz májsejtmegbetegedésről van szó. Megtalálja e tekintetben az analogiát a Weil-féle betegség és a sárgaláz enyhébb eseteiben, valamint a syphilises ikterusban és az ú. n. salvarsan-ikterusban. Megemlíti az ikterus catarrhalisnak, valamint a syphilises ikterusnak és a salvarsan-ikterusnak a háború vége felé és utána való megszaporodását; ezt is olyan okoknak tulajdonítja, amelyek májsejtlaesiót képesek előidézni.

2. Pesti Lajos: Az ozaenáról. Bár az ozaena prognosisa jó, foglalkoznunk kell vele subjectiv tüneteivel és socialis jelentősége miatt, továbbá, mert a vele járó alsó légúti betegségek, anaemia folytán gyakran kezelnek tuberculosis ellen ozaenasokat. Nőknél gyakori, sokszor familiaris. A baj csak a pubertásban manifestálódik és a climaxban megállapodik, vagy szűnik. Legpragnansabb tünete az orrbűz, melyet a nagymennyiségű pörkös orrváladék terjeszt, a tompa főfájás, gátolt orrlégzés, torokszárazság és súlyos esetekben az arckoponya deformációja (maxilla és orr besüppedése). A pörk az orrváladéknak a rendkívül tág orrüregben való beszáradásából keletkezik s fehérjebomlás útján jön létre a foetor. Objective a pörk eltávolítása után feltűnik az orrüreg tágasága, amit az alsó kagyló atrophiján kívül az oldalfal lateropositioja okoz. A pathologiai elváltozások úgy a csontnak, mint a nyálkahártyának atrophijában, illetve sklerosisában állanak. A bakteriologiai leletek (bacillus mucosus Abel, coecobacillus Perez) éppoly kevésbé tisztázták az aetiologiát, mint a többi gyulladást elmélet. Újabbban veleszületett esontfejlődési, neurotrophikus és constitutionalis zavarokban keresik a megbetegedés okát. A therapia tüneti; a vaccinatio a kifejelett kórkép heges residuumával szemben csak specifikus ingerhatást fejt ki. A panaszokat conservativ kezeléssel (Gottstein-tampon, öblítés, hyperaemizálás) vagy pedig socialis indicatióból végzett orrszűkítő műtétekkel szüntethetjük. Utóbbiak közül előadó az extranasalis Hinsberg-műtétet ajánlja, mellyel jó eredményeket ér el.

Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának november 6-i ülése.

Bemutatás:

Nónay Tibor: Atypikus keratitis parenchymatosák. A pécsi szemklinikán kezelt négy szokatlan formában jelentkező keratitis parenchymatosás esetet ismertet. 1. 30 éves leány. Jobb szemén tuberculotikus iridocyclitis zajlott le. Wassermann-reactio: ++++. Diffus szaruhártyaborúság mellett a centrumban 2-3 körülírt góca a cornea parenchymájában. Nyolc hónap után kiújulás. Az eset makacssága s a klinikai kép szokatlansága valószínűleg a lues és tuberculosis találkozásának, valamint a lezajlott uveitisnek tulajdonítható. 2. 18 éves leány. Mindkét szemén csaknem teljesen symmetrikusan elhelyezkedő, a cornea háromnegyedrészét elfoglaló tömött mély beszűrődés, mely szigetes,

habos szerkezetet mutat. Wassermann-reactio: negativ. Tuberculosis. A folyamat egy év óta áll fenn s azóta lassan, de állandóan körülírt széli beszűrődések útján terjed. Eddigi kezelés: tuberkulin-kúra, antilueses kezelés, iontophoresis, stb. számbavehető eredmény nélkül. 3. Kilenéves leány. Körülírt gyűrűalakú homály a cornea közepén (keratitis annularis Vossius). Maradandó homály nélkül gyógyult. 4. Typusosan kezdődő keratitis parenchymatosa, melynél a cornea a második hónap végén kifehélyesedett. A fekély két hét alatt gyógyult.

Előadás:

Niederecker Gáspár: *A felső végtag töréseiről.* A pécsi sebészeti klinikán két év alatt a törések száma 528. Ezen számból 252, tehát az összes töréseknek csaknem a fele a felső végtagra esik. A törések gyakoriságának ismertetése az egyes végtagrészekben a kor szempontjából. A felső végtag töréseinek ellátása és kezelése előtt minden esetben fontosnak tartja a legpontosabb diagnosis felállítását, mely igen sok esetben csak a két irányban készített Röntgen-felvétel segítségével lehetséges. A diagnosis felállítása után következik azonnal a törés ellátása — dislokált töréseknél minden esetben repositio —, az ellátás után kontrollfelvétel. A felkar töréseinél előadó igen jó eredményeket ért el Dollinger-sinnel és csak néhány esetben kényszerült extenziót alkalmazni. Ellenkezők a tapasztalatai felnőttek mindkét alkarsontjának töréseire nézve, melyek legtöbbször igen súlyos csökönnyös dislocatióval járnak. Ezen töréseknél gypseléssel eredmény el nem érhető, annak alkalmazását műhibának tartja. Itt négy hétre portatív extenziós készüléket alkalmaz, melynek levétele után az alkart néhány hétre még gypssinnel rögzíti. Kéztöcsontok, ujjpercek és kézközépcsontok töréseinél Zuppinger-acéldrótsíneket alkalmaz és radiustörésnél 2–3 hétre volaris gypssin, vagy minden egyes törésnél a törésnek megfelelően individualisan jár el és a beteg mielőbbi munkaképességének helyreállítását tartja szem előtt.

Kassay Dezső: *A vesemedence papillomáiról.* 27 éves férfibetegnek fél év előtt egyszerre véres vizezése támadt, mely a jobb lágyék táján kisugárzó görcsös fájdalmakkal járt. Azóta három ízben volt vérvizezése. A jobb vese alsó pólusát jól tapintjuk, vizeletben fehérje, a geny positiv, üledékben sok polygonalis kerek vagy ovoidis és farkas hámsejtek. Ureter-katheterismusnál a hólyag nyálkahártyája halvány, az ureterek környékén ép, a jobb ureternyílásból homokszemcsék ürülnek. Indigocarmint a jobb vese 55, a bal 13 perc alatt választ ki. A jobb vesében annyi a geny, hogy centrifugálás után az egész vizeletmennyiség felét teszi ki. A bal vesében fehérje, geny nincs. Tuberculosis-bacillosokat több készítmény tüzetes átnézése után nem találtunk. Röntgen-képen (a vesemedence umbrenalis feltöltésével) a jobb vese erősen megnagyobbodott, a vesemedence kisebb, a vesekelyhek medence felé eső része szűk, míg a parenchyma felé eső része mogyoró, kis diónagyságú tárgulatokat alkot. Ezen tárgulatoknak a parenchyma felé eső része kimart, csipkézett. A műtét indicióját a kő miatt fennálló pyonephrosis vagy tumor gyanújával állítottuk fel. Nephrektomiánál (Prof. Bakay) a vesemedence izolálásakor kis almanagyságú tályog nyílik meg. A készítményen a vesemedence felső részét egy bolyhos daganat takarja, mely az ureter csoncja felé élesen végződik. Szövettani vizsgálat szerint (Prof. Entz) a tumor vesemedencéből kiinduló jóindulatú papilloma. A beteg hat hétre a műtét után gyógyultan hagyja el a klinikát, fél év után panaszmentes.

A Debreceni Orvosegyesület nov. 11-i ülése.

Bemutatók:

1. **Horváth Arthur:** *Boeck sarcoid nyelven és hangszálon.* A 30 éves betegen szövettanilag is megállapított Boeck sarcoidot mutat be. A nyelven és a jobb hangszálon fejlett affectiót a bőr bántalmával azonos folyamatnak tartja.

2. **Horváth Arthur:** *Rhinolith esete 15 éves leánynál.* A rhinolith papíresomó körül fejlődött ki typusos tünetekkel. Az idegentest bejutásának ideje bizonytalan.

3. **Hüttl Tivadar:** *Idiopathikus nyelvcsőtágulat.* 17 éves fiú évek óta nehezen nyel, úgyhogy csak folya-

dékot tud bizonyos fejtartás mellett erőlködve nyelni; szondát levezetni nem sikerült. A Röntgen-ernyő alatt négyujjnyi, egyenletes tágulat látható a nyelvcsövön; a cardia felett a pép órákhoz pang. A gyomrot megnyitva, tompán tágította a cardiát és a cardia izomgyűrűjét átvágta. A nyálkahártyát és serosát külön-külön egyesítette. A műtétnél a gyomor nagygörbületével összekapaszkodott lép eltávolítása is szükségessé vált, amennyiben az a gyomor előhúzását megakadályozta. A cardiaszűkületet spasticus-eredetűnek tartja. Emellett bizonyít az utólagos Röntgen-vizsgálatnál a duodenumon talált spasmus is, mely azonban a betegnek tüneteket nem okozott. Műtét óta szilárd ételeket is tud nyelni, 2½ hónap alatt 17 kilót hízott.

4. **Hüttl Tivadar:** *Tumor ponto-cerebellaris.* 37 éves asszonynál három évre visszanyúló, jellemző anamnesis. Baloldalt a kisagyhídsgöglemben ülő daganat, teljes acusticus és vestibularis, részleges facialis bénulást okozott. A műtétet két szakaszban végezte. A hátsó koponyagödröt féloldali osteoplastikus trepanatióval tárta fel. A kisdiónyi daganatot, mely neuro-mának bizonyult és az arachnoidea alatt ült, epekanállal távolította el. A beteg a műtét után javult, azonban nem tartósan, még ma is annyira gyenge, hogy állandóan fekszik. Vérátömlesztések csak múló javulást okoznak.

5. **Schmidt Lajos:** *Glomus caroticum tumor.* 34 éves nőnek daganata hat év alatt fejlődött ökölnyire s kitöltötte a jobb oldalsó nyaki háromszöget, a carotis pulsatiót mutatott és csakis oldalsó irányban volt kevésbé mozgatható, míg verticalis irányban nem mozgott. A pontosan megjelölt keletkezési hely a carotissal pulsálás, valamint fixáltságának ebből eredő módja, végül a nyaki tájék többi, valódi és áldaganatának kizárása lehetővé tették a műtét előtti helyes kórismét. A műtétet két szakaszban végezte, miután a daganat a tengelyét alkotó mélyen beleágyazott érdegekötégről lefejtethető nem volt. Lekötötte először a vena jugularis internát, majd a carotis communis lassú, fokozatos compressióját végezte. Egy héttel később, miután a carotis fokozatos leszorítása semmiféle agyi tünetet nem okozott, a tumort a beleágyazott vagussal, sympathicussal, carotis communissal és vena jugularis internával együtt kiirtotta. Az idegtörzsek resectiója csupán localis jelentőségű, múló ártalmakkal (féloldali hangszalagbénulás, Horner-trias) járt. Egyébként síma gyógyul. A sebészeti irodalomban eddig leközölt 98 carotistumor miatti műtét 30%-os mortalitási és ezenfelül 52%-os morbiditási statisztikájának megjavítását a műtét két szakaszban való elvégzésétől várja. Az első szakaszban ajánlja a vena jugularis interna előzetes lekötése után a carotis fokozatos eltávolítását. Esetében a daganat carcinomának bizonyult s képe a mesenchymalis hámból eredő carcinomákhoz hasonlít.

Előadás:

6. **Fazekas Sándor:** *Az orrmegbetegedések okozta neuritis retrobulbaris kórismézése, különös tekintettel a vakfolt megnagyobbodására.* (Közölni fogjuk.)

GRAGGER RÓBERT DR.

Nem orvos nevét írtuk gyászkeretbe, hanem a magyar kultúra korán kidőlt lelkes harcosát, kinek orvosi tudományunk, orvostudásunk sokat, nagyon sokat köszönhet. A berlini „Collegium Hungaricum“ számos volt és jelenlegi ösztöndíjasa borul őszinte mély gyászba Gragger Róbert váratlan halála fölött, kinek hazafias hivatottsággal telített lelke elgondolása volt, hogy egyetemi magyar tanszéke mellett a nagy német kultúrából meríteni, tanulni vágyó magyaroknak is ott-hont teremtsen és lázas tevékenységével, embereket és helyzeteket gyorsan felismerő és a maga nemes céljaira gyümölcsözőtteni tudó talentumával meg is valósította azt. Két irányban szolgálta egy felvidéki német kitartó és becsületes munkájával forrón szeretett hazáját: egyetemi tanszékén oly melegséggel hirdette nemzeti nyelvünk és irodalmunk szépségeit, népünk művészetét és bensőséges értékeit, nagyszerű és megrázóan tragikus történelmünket, hogy a világ minden tájáról

sereglett tanítványai bálványozták őt s legtöbbje megtanult magyarul. A másik frontja, melyen éppoly lelkesen küzdött, ennek a munkának fordítottja volt: lehetővé tenni, hogy minél több fiatal, törekvő magyar talentum részesülhessen a hatalmas német kultúra nevelést befejező, önképzést koronázó, egész életre megtermékenyítő hatásában.

Kicsinyben kezdte; hiszen — leszámítva irodalmi működését, minek meghívását köszönhette — igen jelentékeny emberke volt a magyar nyelv és irodalom rk. tanára a maga két szerény szobájában. De e közül az egyiket azonnal megtöltötte a maga könyvtárával, a szakfolyóiratokat magyar tárgyú dolgozataival, tanítványai szép fordításaival, úgyhogy csakhamar jelentette, hogy a magyar intézetnek sem könyvtára és gyűjteményei, sem dolgozói ott el nem férnek. *Gragger* észrevették — mert észre kellett venni. És e nagyszerű előretörése és egyéniségének lebilincselő varázsa két oly barátot szerzett neki, kik rajta keresztül kapcsolódtak egymás rokonszenvébe s az ő sugalmazására követtek oly megértő és vállvetett kultúrpolitikát, amiből mindkét népnek, de főleg nekünk, a gyengébb félnek, óriás haszna van. *Becker Károly Henrik* porosz kultuszminiszter és *Klebsberg Kuno gróf*, a mi kultúránk kiváló vezére volt az a két hatalmas barát, kik felismerve ebben a tüneményes talentumú és agitációs fiatal emberben a hivatottságot és tiszta jellemet — politikusként ez mindig legnagyobb érdeme volt — hatalmasan hóna alá nyúltak és vele együtt lelkesedve népek kulturális közeledéséért, legmerészebb álmaikat megvalósították. Ma a *berlini magyar intézet* 16 termes könyvtárával, kép-, metszet-, ipar- és szépművészeti gyűjteményével a berlini egyetem legnagyobb intézete, melyben a ny. r. tanár-főnök mellett már egy lector és egy tanárség is működik, s amely számára még méltóbb elhelyezésre a porosz kormány éppen most engedett át egy egész külön palotát s a kezdetben a *Marienstrasse* egy kis házában szorongó „*Collegium Hungaricum*“ új palotája is befejezéshez közel, mit a porosz kormány hatalmas támogatásával a magyar kultuskormány épített mintegy 60 bentlakó osztón-díjas számára.

Mindkét intézmény szívéhez, lelkéhez volt növe *Gragger Róbert*nek, ki hihetetlen fáradhatatlansággal járta a könyvtárakat, múzeumokat duplicatúmokért, megindította az „*Ungarische Jahrbücher*“-t és kiadványai sorozatát, az „*Ungarische Bibliothek*“-et, magyar balladákat és népköltészetet fordított és fordíttatott le németre s adta ki, közben egy lipcei kodex fedelében ómagyar Máriasisíralmat fedezett fel. És mind e lázas munkája mellett el nem mulasztotta soha, hogy Pestre jöjjön a collegiumába kijelölt ifjak közül személyes benyomásai alapján kiválasztani a tényleg odavalókat, s ezeket azután odakint szinte közösen élt, mindenkit maga mutatott be laboratóriumában, nyíltan és titkon szemmel tartotta, még arra is gondja volt, hogy frakot szerezzen egyiknek-másiknak, ha valami előkelő meghívás miatt szükségesnek találta.

Mi ezeknek a fiúknak nevében írtuk az Orvosi Hetilap hasábjára gyászkeretbe az ő nevét és tesszük le az emlékezés koszorúját hantjára e sorokban. Ez a név méltán sorakozik a mi elhunyt nagyjaink mellé, mert nála senki sem akarta és segítette elő jobban azt, hogy a mi meggyötört, koldússá tett, ártatlanul letörött ifjú orvosnemzedékünk kiválasztottjaiból kitermelődjék majdan az elköltözött nagyokat pótló sereg, akik nem engedik a magyar kultúra évszázados zászlóját lehanyatlatni.

Azért a tüneményes mesterműért, mit ez a betegsége csiráját tudatosan és mégis annyi önfeláldozással magában hordó fiatal lélek rövid 10 év alatt végzett a Hazáért, a magyar kultúráért, s benne az orvosiért is, mély gyásszal szívünkben hajtjuk meg emléke előtt az elismerés zászlóját. Isten őrizze meg azt, amit alkotott s aminek magvát elvetette!

Vámossy.

A washingtoni tuberculosis-kongresszus.

Írta: *Darányi Gyula dr.*

A kongresszusnak jobb helyet Amerikában alig választhattak volna. A newyorki zajos, nyüzsgő utcák után az embert kellemes nyugalom érzése fogja el, amikor ide megérkezik. „Washington, the beautiful“, amint az amerikaiak büszkélkednek vele — legszebb városuknak tartják —, nem igen dícselkedhetik hatalmas felhőkarcolókkal. Csak néhány 10–12 emeletes ház, de annál több villaszerű palota fásított utcákon, ami amerikai városokban ritkaság.

Még a kongresszus tulajdonképeni megkezdése előtt, szeptember 29-én este a külföldi delegátusokat és esaládtagjaikat *Mr. Kellog*, a külügyi államtitkár („Secretary of State“) látta vendégül a Panamerican Union díszes palotájában. A magyarokat egyedül én képviseltem. A kongresszus előkészítését és rendezését a National tubercul. Association, illetve ennek titkára, *Linsly Williams* végezte, aki a newyorki hatalmas Orvosegyesület („Academie of Medicine“) igazgatója. Ez a munka már két év óta folyt nagy segédcselével és igazi amerikai méretekben. Mikor még Pesten voltam, hónapokkal a kongresszus előtt mindenről a legpontosabban értesítettek, jóformán nap-nap után kaptam egy ajánlott levelet, „preliminary program“-ot, a hajóutazásra, az amerikai tartózkodásra való különböző tanácsokat, a szállodák neveit, ahol számomra helyet foglaltak le, stb., stb. Amikor Newyorkba megérkeztem, a szállodában már nagy nyomtatványtömeg várt, melyek közt díszes könyvek, útleírások, stb. voltak. Newyorki irodájukban az egész személyzet, úgy látszik külön utasításra, oly szokatlan lassan és hangsúlyozva beszélt, hogy minden szót meg lehetett érteni.

Az egész kongresszust Washington legelőkelőbb és Amerika jelenleg talán legmodernebb hoteljében, a „Mayflower“-ben, a nagy bálteremben tartották. Ez azért is kényelmes volt, mert a résztvevőket is jobbára ebben a hotelben lehetett elszállásolni, mert a szobák száma jóval 1000-en felül van. Az előadások szeptember 30-án kezdődtek. Nagyon megkönnyítette az előadások figyelemmel kísérését, hogy mindegyiknek kivonatát angol és francia nyelven kis könyv alakjában a kongresszus kezdete előtt mindenki kézhez kapta. Miután a kormány képviselőjében *Mr. Mellon* pénzügyi államtitkár („Secretary of Treasury“), akihez különösképen itten a Public Health ügyek jó részben tartoznak, üdvözölte a kongresszust, *Theobald Smith dr.* (Princeton), az elnök nyitotta meg az üléseket. A külföldi delegátusok hosszadalmas és talán felesleges üdvözlése helyett, ami ilyenkor másutt szokásban van, mindjárt a tárgyra tértek át és *Ronzoni* (Milánó) tartotta meg előadását francia nyelven. A tuberculosisos fertőzés eredetéről számolt be. Utána sok hozzászólás következett. Általában állást foglaltak a már jól ismert tény (*Behring, Pirquet*), a gyermekkori fertőzések túnyomó fontossága mellett, melyet endogen superinfectio vagy pedig reinfectio követ a pubertás idején vagy azután. Praktikus nem mellőzhető a tuberculosisnak activ és latens csoportba osztása. Felnőtteknél *Ronzoni* 20–40 évig 32% latens esetet talált, szemben egyes szerzők 45–55%-ával. Érdekes, hogy *Ronzoni*, de mások is, így *Webb* jelentős lépésnek tekintették a Calmette-féle oltásokat. A legfontosabb védelmi eszköz marad természetesen a gyermekkori prophylaxis. *Th. Smith* nagyon találóan fejezte ki, hogy a preventív rendszabályok célja marad, hogy az ember a születéstől kezdve a lehető legkisebb számú tuberculosis-bacillust legyen csak kénytelen bevenni vagy belélegzeni. *Dunham* arra mutatott rá, hogy a dispensairek egyik igen fontos hivatása a korai diagnosis és a gyermekeknek a bacillus-expositióból való kivétele olyankor, amikor a gyermek a szülők véleménye szerint még egész jól van. Ilyenkor a gyógyítás még jóval könnyebb. *Gerald Webb*, a coloradói tuberculosis-iskola elnöke a különböző gyógyítási törekvésekről számolt be és megállapította, hogy elvben még mindig ugyanaz, még pedig a nyugalom, az abso-

lut nyugalom a legfőbb gyógyszere a tuberculosisnak, ami volt 100 év előtt, amikor *Bayle* először hangsúlyozta, hogy a gümös laryngitis gyógyításánál legfontosabb, hogy az illető ne beszéljen. Az eljárások természetesen nagyban tökéletesedtek azóta a különböző részek, szervek nyugalombahelyezési módjában. Tökéletesedtek a prophylaktikus intézkedések is, úgy hogy lehet, hogy ily módon a tuberculosis hamarabb sikerülni fog ártalmatlanná tenni, még mielőtt a laboratoriumi munkások a vaccinatio vagy gyógyítás valamely hatásos módját megtalálják. A tuberculosis-halandóság igen nagy javulást mutat. Míg 1900-ban az Unióban 100.000 lakosra 2019 volt a tuberculosis-halálozás, addig 1925-ben 818. A kezelt betegek száma természetesen nem mutat csökkenést, mert éppen a prophylaxishoz tartozik a minél korábbi stadiumban való kezelés és jelenleg 70.000 kórházi és szanatoriumi ágy látja el körülbelül 200.000 beteg évi kezelését. Az ágyszám további emelése jó prophylaxis.

Allen Krause (Baltimore) a tuberculomtól a cerverna fejlődéséig, *W. Park* (Newyork) a tejprophylaxisról számolt be, aminek két módja van: az egyik a tehnek tuberkulinozása által a beteg állatok kiküszöbölése, a másik a tej pasteurizációja. Városokban, ahol a pasteurizációt bevezették, a bovin típusú tuberculosis gyakorisága sokkal nagyobb esést mutat, mint a human típusé.

Igen érdekes előadás volt *L. Williamsé*, melyben az amerikai tuberculosis association működését ismertette. Ez a hatalmas intézmény állami segítséget, Rockefeller-támogatást nem vesz igénybe, de fejlődése mégis amerikai arányú. Míg 1907-ben 3000 dollár évi bevétellel kezdte működését, addig 1925-ben 5.000.000 dollár (= 350 milliárd magyar korona) bevétel volt és ennyit fordíthatott a tuberculosis leküzdésére. A pénzszerezés módja tulajdonképp európai, egy dán postamester, *J. Riis* ideája, a karácsonyi bélyegek (christmas seal) árusítása. Az eszmét Svéd- és Norvégország is megvalósította. Az Egyesült-Államokban egész december hónapban nagyban árusítják az egy centes, vöröskereszt jelvényvel ellátott bélyegeket és ragasztják karácsonyi levelekre és küldeményekre. Oly nagy mennyiséget adnak el, hogy a fenti jövedelem túlnyomó része ezen forrásból származik. Talán követendő példa lehetne nálunk is, esetleg újívi bélyegek alakjában!?

A konferencia változatos tudományos előadás-sorozatában *Selter* (Königsberg) a tuberkulin-problémát helyezte kissé merész megvilágításba. A tuberkulin-reakciót nem tartja specifikus antigen-antitest-reakciónak, csak egyszerűen azt fejezi ki, hogy a tuberculoitikus szövetek „erhöhte Entzündungsbereitschaft”-ja van jelen, ami a legkülönbözőbb egyéb bakterium-készítményekkel szemben is fennáll (coli vaccin, diphtheriatoxin, stb.). A tuberkulin-érzékenység és tuberculosis-immunitás közt nincs összefüggés. Emellett sem elölt, sem avirulens tuberculosis-bacillusokkal nem lehetett immunitást létrehozni (*Uhlenhut, Selter*). Hivatkozik *Gerald Webb* kísérleteire, aki sűrű elölt tuberculosis-bacillus emulsióval tengerimalacon tályogot idézett elő. Majd a geny eltávolítása után 100 élő virulens tuberculosis-bacillus elég volt tipikus tuberculosis előidézésére. Nézete szerint vaccina csak akkor hatásos, ha virulens élő tuberculosis-bacillusok lokalizált tuberculosisos szövetet, gócot hoztak létre. E tekintetben 40 szarvasmarha-kísérletről számolt be. Amint a tuberculosisos góc teljesen meggyógyult, az immunitás is megszűnt. Tuberculosis-bacillusok és tuberculosisos szövet együtt hozzák létre az immunitást. Ily értelemben nem hisz a Calmette-féle oltások eredményes voltában és inkább csak aspecifikus resistenciaemelkedésnek tartja a hatást, amit a sok bakteriumfehérje idéz elő. *Dienes* messzemenőek tartotta *Selter* állításait és hangsúlyozta, hogy a tuberkulin-reakciónál a nem specifikus tényező mellett specifikus is van jelen. Ugyanily értelemben beszéltek *Opie* (Philadelphia), *Long* (Chicago). Utóbbi, bár azt elfogadja, hogy nem antigen-antianyag-reakciónak van szó, mert megkötés nincs, de

azért a toxikus hatás a tuberculosisos beteg szöveteire specifikus bizonyos hígításon túl. *Calmette* előadását *Weill-Halle*, aki *Calmette*el együtt dolgozott, olvasta fel. Szerinte az immunitáshoz nem szükséges tuberculosisos szövet, hanem elegendő élő bacillusoknak, ha nem is virulensek, a lymphocytákkal való symbiosisa. Oltásra legjobbak a *B. C. G.* (= Biliat. bacillus Calmette-Guerin), melyet a csecsemővel rögtön születése után etetnek meg. *Cummins*, bár kísérletei még nincsenek lezárva, a Calmette-féle anyaggal tengerimalac conjunctivalis oltásánál kedvező eredménnyel számolt be.

Felette fontos kérdést tárgyalt *Neufeld* (Berlin) előadása a „Tröpfchen”- és a „Staub”-infectio jelentőségéről. Az előadó, valamint a hozzászóló *Welch, Th. Smith, Baldwin*, stb. rehabilitálták a régi Cornet-féle álláspontot és a laboratoriumi kísérletek alapján megállapították, hogy a porinfectio tuberculosisnál nem olyan alárendelt, mint azt a Flügge-elmélet megállapította, sőt jelentősége körülbelül az utóbbival egyenlő. Hangsúlyozták emellett az alimentaris infectio jelentőségét.

Nagy érdeklődést váltott ki *Friedr. Müller* (München) előadása, melyben egy új methodusról számolt be a tuberculosis korai stadiumának felismerésére, melyet *Adolf Buschal*, a német hegedűművésszel dolgozott ki. Eszközt adott meg, mellyel a tüdőhangokat a hallástól függetlenül lehet regisztrálni. Több ízben szó esett a sanocrysin hatásáról, bár külön előadás nem volt. A vélemény nyilvánításában tartózkodók voltak, de azt megállapították, hogy az előfordult mérgezőhatások nem tuberculotoxin, hanem egyszerű fémmérgezésből származnak (*Ronzoni, Rist*, stb.). Annál nagyobbak és kiterjedtebbek a tüdőcollapsus terapiájának eredményei, amiről *Rist* számolt be. Magyar szempontból talán nem érdektelen megemlítenem, hogy abban a szerencsében részesültem, hogy előadást tartottam a savó colloidalis structurájáról, mely activ tuberculosisnál megváltozik úgy a refractio, mint a savó kicsapódási képessége tekintetében. Az előadást vita követte (*Jessen, Baum, Pinner, Darányi*), melyben hangsúlyozták a kérdés fontosságát az activitás tekintetében.

Ez a kis beszámoló természetesen nem részletes jelentéstétel. A kongresszus egész anyaga az előadásokkal a „Transactions of the Nat. Tub. association”-ban fog megjelenni, egy része még a „Review of Tuberculosis”, a népszerűbbek pedig a „Journal of Outdoor Life” című lapban. A Washingtonban tartózkodást igyekeztek a lehető legélvezetesebbé tenni kirándulásokkal (*Mount Vernonra, Washington* lakóhelyére, *M. Wilson* vidéki birtokára), sok meghívással és fogadással (a pénzügyi államtitkárnál, *White dr.-nál*), a Tuberculosis Association is adott nagy bankettet. A külföldi delegátusok egy délutáni fogadásra a „Fehérházba”, a köztársasági elnökhöz is hivatalosak voltak. Ez a fogadás volt talán a legkevesebb díszes. Az egész abból állott, hogy libasorban felvonulva, az elnökkel és feleségével, akik két viryázállásban lévő katonákkal álltak, kezét fogtunk. Mindenkit barátságos mosollyal és „How do you do” és „Very glad to see you” szavakkal üdvözöltek. Az egész néhány percig tartó ceremónia végeztével rögtön távoztak.

A nemzetközi kongresszus berekesztése előtt elhatározták, hogy a legközelebbi kongresszust Rómában, 1928 szeptemberben tartják meg.

VEGYES HÍREK

Kérjük hátralékos előfizetőinket, kiknek 41. számunkhoz befizetési lapot mellékelünk, hogy annak felhasználásával az előfizetési díjat beküldeni szíveskedjenek, mert annak elmulasztása lapunknak igen nagy kárt okoz. Előfizetési díj: egész évre 250.000, fél-évre 125.000, negyedévre 65.000 K. Külföldi előfizetési áraink, valamint a Magyar Orvosi Archivum és az Orvostudományi előfizetési ára, ami ugyanezen befizetési lapon küldhető be, a borítékoldalon olvasható.

A budapesti Kir. Orvosegyesület november 20-i ülésének napirendje: Bemutatás: *Mező Béla*: Új irányelvek a mechanikus aspermatismus műtéti gyógyításánál. Előadás: 1. *Blaskovich László*: A szemhéj emelő működésének látszólagos helyreállása szemhéjcsüngés elleni műtét után. 2. *Polgár Ferenc*: A patkóbél diverticulumainak kórisméje.

A Magyar Röntgen-Társaság november hó 22-én tartja XX. tudományos ülését az Orvosegyesület kistermében (VIII., Szentkirályi-utca 21.). Tárgysorozat: Bemutatás: *Koppenstein Ernő*: Mediastinalis tumort és oesophagusdiverticulost utánzó nyelősötágulat. *Polgár Ferenc*: Hernia hiatus oesophagei. Előadás: *Bárony Tivadar* és *Koppenstein Ernő*: Tanulságos cholecystographiás leletek. Vendégeket szívesen látnak.

A Charité Poliklinika orvosi kara folyó hó 24-én este 7 órakor ülést tart a következő tárgysorozattal: Bemutatás: 1. *Haller Ödön* és *Koppenstein Ernő*: Orrgyöki sarkoma. 2. *Herrmann Imre* és *Angyal Ferenc*: Conjunctivalis és garatpempyphus. 3. *Körmöczy Emil*: Villanyesapás érdekes esete. Előadás: *Herrmann Imre*: A könnyesatornaszűkületek és azok gyógyítása. 2. *Kázmér Jenő* és *Polgár Ferenc*: A húgycsőben eszközölt therapiás beavatkozások röntgenológiai ellenőrzése. 3. *Ifj. Bónis Ferenc*: A fogmedersorvadások kór- és gyógytana.

Az Országos Munkásbiztosító Pénztár orvosai november 25-én d. u. 6 órakor tartják a pénztár székházában tudományos ülésüket a következő napirenddel: Bemutatás: 1. *Farkas Sándor*: A veleszületett csípőficamokról. 2. *Oláh Andor*: In vivo bulbaris cerebellaris tüneteket okozott koponyaalapi tumor (sectiós lelet). — Előadás: 1. *Pándy Kálmán*: Beszámoló a dorpati alkoholelles kongresszusról (mult ülésről elmaradt tárgy). 2. *Zoltán Elek*: Beszámoló a párizsi Journé Médicall-ról. 3. *Farkas S.*: A művégtag-kérdés a bal- esetbiztosítás nézőpontjából.

Az iskolaorvosok és egészségtanárok nov. hó 25-én d. u. 6 órakor a közegészségtani intézet tantermében tartják IV. országos értekezletüket a következő napirenddel: 1. Jelentés az iskolaegészségügyi vitaesték multévi sorozatáról és javaslat az előadások kiadására. 2. Előterjesztés az iskolaegészségügyi vitaesték ezidei sorozatáról. 3. Az elnökség előterjesztése Liebermann- emlékünnepelely tárgyában. 4. A syllabus megvitatása a nemi betegségek tárgyalására középiskoláinkban. 5. A harmadik országos tanügyi kongresszus iskolaegészségügyi szakosztályának megalakítása.

Az Orvosképzés 1926. évi ötödik és hatodik rendes füzeté november hó 15-én a következő tartalommal jelent meg: *Báró Korányi Sándor dr.*: A szívbajok pathológiájának és therapiájának néhány problémájáról. *Jancsó Miklós dr.*: Az oltási váltólázról. *Csiky József dr.*: A fejfájásról. *Poór Ferenc dr.*: A bőr gümős kórképeinek vonatkozásai a szervezet immunitásához. *Fekete Sándor dr.*: A méhjátrahajlás tünetei és jelentősége. *Rohrböck Ferenc dr.*: Az insulin hatása a gyermekkori diabetesre. *Geiger Ernő dr.*: A központi reguláció szerepe az anyagcserében. *Markovits Imre dr.*: Az epehólyag Röntgen-vizsgálata. (Cholecystographia.) *Zih Sándor dr.*: A chemotherapiai kutatás alapelvei és mai irányai.

A Fizikai Gyógyászati Gyakorlati Továbbképző Tanfolyama a Budapest székesfővárosi Szent Gellért-gyógyfürdőben december hó 1-től 15-ig hétköznaponként délután 6-tól 8 óráig. A jelentkezés határideje: november hó 25. Beíratási díj: 50.000 korona. A tanfolyamon legfeljebb 20-an vehetnek részt. Előadók: *Benczur Gyula dr.* egyetemi magántanár, a Szent Gellért-gyógyfürdő igazgató-főorvosa és *Dalmady Zoltán dr.* egyetemi magántanár, a Szent Margitsziget-gyógyfürdő igazgató-főorvosa. Előadások és gyakorlatok: „Fizikai gyógy-módok” — tanfolyam a masszálás, gymnastika, géptorna, villamozás, vízgyógyászat, thermotherapia, fény-

kezelés, stb. eljárásainak és fogásainak elsajátítására és begyakorlására. E tanfolyamra jelentkezni lehet az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága irodájában (VIII., Mária-utca 39. szám).

Helvreigazítás. *Fischl dr.* multheti hozzászólásában (O. H. 46. sz., 1256. old.) a terhesség megszakításának jogát nem kiterjeszteni kívánta magánorvosra, miután e joga minden orvosnak megvan, hanem óvást emelt az ellen, hogy e jog csorbítottassék.

A Budapesti Orvosi Kör f. hó 22-én (hétfőn) este 7 órakor az „Országos Kaszinó” félemeleti különtermében (IV., Semmelweis-utca 3. sz.) tartja ülését. Napirend: *Schuster Gyula dr.*: A psychotherapiás módszerek értékéről és azok fejlődéséről.

Ki tud róla, hogy *Lenkei Vilmos*, Almádi elhalt fűrdőorvosának özvegye hol lakik? Fontos közlendőm volna vele. *Vámossy.*

A gyógyszerészeti tudományok nagymesterei. A Magyar Gyógyszerésztudományi Társaság Értesítőjének utolsó száma három világhírű tudós jubileumáról számol be. *Thoms Hermann dr.*, *Beckurts Heinrich dr.*, akik most ünnepelték a pályára lépésük 50 éves jubileumát és *Oesterle Ottó dr.*-ről, akinek 60. születésnapját barátai, tisztelői és a gyógyszerésztudomány nemzetközi képviselői a legutóbbi napokban ünnepelték. *Oesterli Tschirch* mellett dolgozott a berni gyógyszerintézetben, majd a strassburgi egyetemen lett rendes tanár. Erről a katedrájáról a háború utolsó évében leköszönt és visszament szülővárosába, Bernbe, ahol a Dr. Wander gyógyszer- és tápszergyár rt. tudományos vezetését vette át.

Étrendi előírások a gyakorlatban. Írta *Soós Aladár dr.*, élelmiszer-értéktáblázattal és gyakoribb ételreceptekkel. Fűzve 50.000 K-ért, kötve 75.000 K-ért kapható kiadóhivatalunkban.

RATKÓCZI: Belgyógy. Röntgen-diagnostika gyakorlóorvosoknak. Kötve 160.000 korona.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint nov. 7-től nov. 13-ig előfordult:

Hasi hagymáz	31	7	Gyermekágyi láz	2	1
Küteges hagymáz	—	—	Báránymély	82	—
Hólyagos (ál-)himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	14	—
Kanyaró	44	—	Vérhas	8	3
Vörheny	87	2	Járv. agygerincagyhártyalob	1	—
Szamárhurut	14	2	Trachoma	—	—
Roncs.torok-,gégelob	32	5	Veszétség	—	—
Influenza	8	1	Lépfene	1	—
Ázsiai kolera	—	—	Paralysis infant.	—	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóórját 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.

Lapunk mai számához Dr. Egger Leo és Egger J. cég *Emulsio Ol. Jecoris Dr. Egger* című prospektusa van mellékelve.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

K. M. EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST — FŐIGAZGATÓ: DR. CZAKÓ ELEMÉR

LEGTÖKÉLETESÉBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
 OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉRGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTÓ ÉS
 Kórházi főorvos **KOZMETIKAI INTÉZETE**
 IV, Ferenc József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

Dr. PETŐ JÁNOS
VI Vilmos császár-út 31. I. Tel.: T. 99-45.

Gyógytorna, Orvosi massage,
Diathermia, Lúdtalp-kezelés
(Lange-betét).

Dr. SIMONYI BÉLA RÖNTGENINTÉZETE
16orvos, főorvos, fiziológiai hites szakértő
IV, Múzeum-körút 13. Telefon: József 102-88.

Diagnostika, Therapia

Székesfővárosi **SZÉCHENYI-GYÓGYFÜRDŐ** Városliget,
970 méter mélységből előtörő 74 C° kénes rádióaktív
forrás. Medence- és különfürdők, iszapgyógyölések, szén-
savasfürdők, Elektroterápia, Diathermia, Hőlégkezelések
Zander. Javallatok: Idősült csúsz, ízületi izüdmányok,
köszvény, elhízás, idegszabák, különösen ischiás. Szív-
bántalmi betegségek. Ivókúra.

Lipót-
városi **VÍZGYÓGYINTÉZET** **DIATHERMIA**
Quarz stb. Dr. Farkas Márton
V, Báthory-utca 3.

Dr. REICH MIKLÓS-féle BUDAPEST IV, SEMMELWEIS-U. 2.
ZANDER-GYÓGYINTÉZET Tel.: József 4-12. Lift.

Dr. Mandler Ottó gyógyintézete, Kálvin-tér 10. **Elektro-thermo-
hydrotherapia, Zander, inhalatorium.**

PÁLYÁZATOK.

A magyar királyi államvasutak betegségi bizto-
sító intézete Rákosfalva, Rákosszentmihály és Irinyi-
puszta területéből álló új *pályorvosi körzetre* pályá-
zatot hirdet. Felhívjuk a pályázni kívánókat, hogy
20.000 koronás okmánybélyeggel ellátott és a magyar
királyi államvasutak betegségi biztosító intézetéhez
címezett pályázati kérvényeket *folyó évi november hó
30-ig* bezárólag a magyar királyi államvasutak buda-
pesti üzletvezetőségénél, VIII., Kerepesi út 3., földszint
14. szám alatt nyujtsák be. A közelebbi pályázati fel-
tételket az üzletvezetőség említett hivatalos helyiségé-
ben naponta délelőtt 9 órától 2 óráig az érdeklődők be-
szerezhetik.

Budapest, 1926. évi november hó 13-án.
39.182/1926. I. sz. MAV. budapesti üzletvezetőség.

DR. PÁPAY-féle Oltóintézet és Szérumtermelő rt.
Teréz-körút 31. Telefon: 88-00.
Lerakat: HUNNIA gyógyszerár VII, Erzsébet-körút 56.

Opsodermin

Polyvalens staphylococcus-vaccina.

TAESCHNER PERTUSSIN-JA

a legtökéletesebb specificum

asthma, pertussis stb., általában a légutak hurutjainál, kellemes íze miatt a gyermekek
nagyon szívesen veszik.

„Kommandanten Apotheke“ E. Taeschner Berlin, O.

Magyarországi főraktár: „MEDICHEMIA“ gyógyszer-
készítmények gyára részvénytársaság, Budapest,
X, Hölgy-utca 14.

A legkiválóbb magyar orvosok

és a magyar közélet más vezéralakjai, úgyszintén a közel-
mult társadalmi és politikai eseményei kelnek életre
MAKOLDY JÓZSEF rajzolóművész

Amint én láttam

című pompás rajzalbumában, amelyhez a magyar írás-
művészet legkiválóbb mestere

HERCZEG FERENC írta az előszót.

A száznál több műlapot tartalmazó album ára **24 pengő,**
300.000 kor. A szerző aláírásával ellátott, díszes kötésű,
számozott amatőr-kiadásban ára **48 pengő, 600.000 kor.**

Kiadja a **KIRÁLYI MAGYAR EGYETEMI NYOMDA BUDAPEST,**
VIII. ker., Múzeum-körút 6. szám. Gólyavár.

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 POÓR FERENC
GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Berez János:** Az ascites jelentősége a nőgyógyászatban. (1291—1293. oldal.)
Sailer Károly: A veleszületett térdizületi ficamról. (1294—1298. oldal.)
Soós Aladár: A betegélelmzés reformja egyéni alapon. (1298—1300. oldal.)
Gyulai Béla: A Dienst-féle terhességi reactio értékéről. (1300—1301. oldal.)
Matolesy Károly: A Bartholinitis gonorrhoeica sajátvér-körülfeeskendezéssel való gyógyításáról. (1301—1302. o.)
Henszelmann Aladár: Pótlás a „légmellkészítés egyszerű módszere” című közleményhez. (1302. oldal.)
Therapia. Markovits Ferenc: A vitaminok befolyásáról a vérsérum calciumtartalmára, a vörösvérsejtszámra

és a testsúlyra, különös tekintettel az Arnea vitamintápszerre. (1302—1305. oldal.)

Lapszemle. Belorvosstan. — Urologia. — Szülészet és nőgyógyászat. — Fülgyógyászat. (1305—1307. oldal.)

Könyvismertetés. (1307. oldal.)

A Kir. Orvosegyesület nov. 20-i ülése. (1307—1308. oldal.)

Közkórházi Orvostársulat nov. 17-i ülése. (1308—1309. o.)

A Természettudományi Társulat Eleltani szakosztályának nov. 9-i ülése. (1309—1310. oldal.)

A IX. Magyar Elmeorvosi Értekezlet. (1310—1312. old.)

A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának nov. 13-i ülése. (1312. oldal.)

Levél a szerkesztőhöz. (1312—1313. oldal.)

† Terray Pál. (1313—1314. oldal.)

Vegyes hírek. (1314. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. sz. női klinikájának közleménye (igazgató: Tóth István dr. egyet. ny. r. tanár).

Az ascites jelentősége a nőgyógyászatban.

Írta: *Berez János dr.* klinikai adjunktus.

(Első közlemény.)

Habár a férfi és nő hashártyájának szerepe és szerkezete ugyanaz, mégis az anatómiai elrendeződés miatt lényeges különbséget kell tennünk a kettő között. A különbség először az, hogy míg a férfi hasürege hashártyával borított teljesen zárt üreget képez, addig nőnél a hasüreg a kürtön, méhen és hüvelyen át összefügg a külvilággal, másodsor: nőnél a hashártya közvetlenül rajta fekszik a belső nemiszerveken s a petefészek egy körülírt részétől eltekintve, teljesen beborítja azokat. E két fekvési, illetőleg helyzeti tényező rögtön világossá is teszi s megmagyarázza, hogy nőknél miért találunk aránytalanul többször a hashártya különböző betegségeivel.

Az a tényező, hogy a nő hasürege a külvilággal összefügg, megadja a lehetőséget arra, hogy kívülről fertőződjen. Hogy ez nem következik be gyakrabban, annak okát mindenesetre abban találjuk, hogy először a tovajutó csiráknak a hüvelyen, méhen s a kürt kacsakaringós útjain keresztül hosszú utat kell megtenniök, mely út alatt lépten-nyomon a szervezet élettani akadályaival kell megküzdeniök. A méhszájat elzáró nyakcsap, a méhnyak nyálkahártyasecretumának bakteriumölő képessége, a kürt kanyargós útjai, mind olyan tényezők, melyek a kívülről való fertőzést megnehezítik. Ezen úton át tehát — eltekintve a súlyosabb fertőzésektől s az orvosi beavatkozásoktól (jóinjecciónok) — ritkábban betegszik meg a hashártya komolyabban. A hashártya súlyosabb kóros elváltozásait aránytalanul gyakrab-

ban okozzák a nő beteg belső nemzöszervei, melyek helyzetüknél fogva szorosan összefüggnek a hashártyával.

Dacára, hogy a nőorvos nagyon gyakran találkozik a hashártya betegségeivel, a kérdésnek csak a gyulladásokkal való oki összefüggése s következményei vannak részletesen kidolgozva, míg a bakteriumok nélkül keletkezett elváltozások nem találtak kellő méltánylásra. Ilyen mostohagyermek szerepét viselte az ascites jelentősége, mely pedig a műtőorvos előtt mindig nagy fontosságú. Hogy ezen tényező jelentőségét bizonyítsam, Tóth professzor megbízásából évek óta figyelemmel jegyeztük fel nőgyógyászati és szülészeti fejeletjeinkben az előfordult ascitiseket s iparkodtunk ennek magyarázatát is megtalálni. Pontosan átvizsgálva a műtési leírásokat és a klinikai leleteket, 262 esetben találtunk egyrészt már külső vizsgálatnál, másrészt csak a műtét-nél kiderülő ascitist. A felgyülemlett folyadék mennyisége természetesen sok esetben nem volt pontosan meghatározható. Mérsékelt mennyiségű ascitesnél (200—400 cm³) a műtési leírásban is csak annyit találtunk, hogy a has megnyitásánál kis mennyiségű tiszta, zavaros vagy véres ascites ürült. Számokban, ürmeztékben kifejezett folyadékmennyiséget csak 1/2—1 liternél többet kitevő esetekben találtunk, ezért eseteinket ezek szerint is csoportosítottuk, rámutatva arra, hogy kis mennyiségű ascites is gyakran milyen fontos diagnostikai támpontul szolgálhat. Eseteinket könnyebb áttekinthetés végett csoportosítva, külön választottuk a rosszindulatú (81 eset) és a jóindulatú daganatokkal (181 eset) összefüggő ascitist. Az ascites okait kutatva, külön csoportba osztottuk a petefészekkel összefüggő és a méh physiologiás és kóros elváltozásaiival kapcsolatos eseteket. Itt természetesen nem lehetett mindig biztosan elkülöníteni az eredeti okot. Többször előfordult, hogy petefészek-tömlők mellett nagy, nyomás, könnyen mozgatható méhet találtunk, mikor is nem lehetett pontosan eldönteni azt, hogy melyik az ascites okozója. Ilyen helyzetekben nem lévén más segítség, latolgatás után osztottuk be az eseteket egyik vagy másik csoportba. A két

főcsoportba be nem osztható eseteket külön csoportba vettük; ezeknek legnagyobb részét a tuberculosis okozta hasüri folyadékgyülemek képezték.

Petefészek-daganatok mellett előforduló ascites.

A) Jóindulatú petefészekdaganatokkal előforduló ascites

- I. Nem proliferáló, retentiós cysták 7
 II. Proliferáló petefészekdaganatok —

A) Parenchymás képződmények.

a) Jóindulatú hámdaganatok:

1. Kystoma serosum simplex 18
 2. { a) Kystadenoma pseudomucinosum 14
 { b) Kystadenoma serosum 6

b) Ovulogen daganatok:

1. Dermoid cysták 11
 2. Struma ovarii 1

B) Stromatogen daganatok.

Fibroma 10

Összesen: 67

Klinikánkon az említett idő alatt 429 jóindulatú petefészekdaganat fordult elő, ezek között 67-nél találtunk ascitest, ami 15,6%-ot tesz ki. *Lippert* statisztikája szerint a jóindulatú petefészekdaganatok között 27,7%-ban talált ascitest, *A. Mayer* viszont csak 12,1%-ban. A jóindulatú petefészekdaganatoknál fellépő ascites legvalószínűbb oka a daganat okozta mechanikus inger. Ezek a daganatok már nagyságuknál fogva is mint tekintélyes tömlöket képező idegentestek helyezkednek el a hasüregben. Mozgathatóságuknál fogva állandóan izgatják úgy a hasfal, mint a belek hashártyáját, aminek következménye a hasüri folyadék felszaporodása. Nagyságuk részletesen a következőképpen oszlott meg: ökölnyi volt a daganat 19 esetben, csecsemőfejnnyi 27, emberfejnnyi 13, emberfejnél nagyobb 2, két emberfejnnyi 6 esetben. Összesen 67 eset.

Az ascites legtöbbször tiszta, két ízben zavaros s 9 esetben véresen festenyzett volt. Mennyiségére nézve 43 esetben $\frac{1}{2}$ liternél kevesebbet tett ki a folyadék, 18 esetben $\frac{1}{2}$ —5 liter között váltakozott, négy ízben meghaladta az 5 litert, egyszer 8 liter ürt. Egy betegnél 20 ízben végeztek punctiót (az ascites mennyisége nem ismeretes).

Feltűnő összeállításunkban, hogy 11 fibroma ovarii közül 10-nél találtunk ascitest, mely mindig nagyobb mennyiségű volt. Szokatlanul gyakorinak találta ezt *Pfannenstiel* is, míg *A. Mayer* egy esetben sem látott folyadékszaporulatot fibroma ovarii mellett. Az összefüggést ezen esetekben azzal véljük magyarázni, hogy ezek a daganatok 1. tömörebbek lévén, mechanikus dörzsölő hatásuk is nagyobb, 2. esetleges degenerációjuk folytán kémiai inert is képezhetnek, mely a hashártya izgalmához s így a hasüri folyadék megszaporodásához vezet. A mechanikus hatás főleg olyankor érvényesül, mikor a daganat már kocsányossá vált a hosszas vongálás folytán. Hogy milyen nagy mennyiségű ascites képződhet ilyenkor, mutatja *Amann* esete, kinek egy betegét 31-szer csapolták. Műtéténél kiderült, hogy az ascites okozója ovarialis fibroma volt. *Rindfleisch* egy betegénél 25 liter hasüri folyadékot bocsájtott le 1100 g súlyú ovarialis fibroma eltávolítása alkalmával.

Ezen első csoportba tartozó betegek átlagos kora 39 év (legfiatalabb 17, legidősebb 64 éves) s $\frac{1}{3}$ részük (23) sohasem szült. A daganatok legtöbbször többé-kevésbé kocsányosak voltak, kocsánycsavarodást ascites mellett öt esetben észleltünk. Látszólagos ascitest, mely megrepedt cystának állandó secretumából keletkezik, nem láttunk.

B) Rosszindulatú petefészekdaganat mellett előforduló ascites.

I. Rosszindulatú hámdaganatok:

1. Elsődleges petefészekrákok:

- a) Carcinoma adenomatosum 18
 b) Carcinoma solidum 7
 c) Kystadenoma serosum papill. cum deg. carcinomatosa 7
 d) Kystadenoma pseudomucinosum cum deg. carcinomatosa 4

2. Áttételes petefészekrákok:

- Krukenberg-tumor 1

II. Stromatogen rosszindulatú petefészekdaganatok:

- Fibrosarkoma 4

III. Rosszindulatú teratomák 2

17 inoperabilis esetben, hol a klinikai diagnosiban csak annyit állott: tumor ovarialis malignus, nem tudtuk meghatározni a daganat pontos hovatarozását. Összesen tehát 60 rosszindulatú petefészekdaganat mellett találtunk ascitest, mely háromszor zavaros s 12 esetben kifejezetten véres volt (20%). Ha a fenti számot az ezen idő alatt klinikánkra felvett rosszindulatú petefészekdaganatok számához arányítjuk (114), úgy azt látjuk, hogy a rosszindulatúságnak megfelelően 52,6%-ban ascites csatlakozott a daganathoz. Ezen a téren is rendkívül eltérők az eddigi összeállítások eredményei: *Pfannenstiel* 47%-ban, *Ravano* 17%-ban, *Lippert* 38%-ban, *Wedekind* 73%-ban talált ascitest rosszindulatú petefészekdaganat mellett. Ezzel szemben meggyeznek a vélemények abból a szempontból, hogy az áttételes petefészekrákoknál mintegy kétszer olyan gyakran fordul elő ascites, mint az elsődlegeseknél.

Ebbe a csoportba sorozott betegeink átlagos kora 46 év, $\frac{1}{5}$ részük (12) nem szült.

Az ascites mennyiségében igen nagy eltérés van a jó- és rosszindulatú daganatok között. Míg ott 67 esetből 43-szor $\frac{1}{2}$ liternél kevesebb folyadékmennyiséget találtunk, addig itt 60 esetből csak hatszor volt $\frac{1}{2}$ liternél csekélyebb az ascites mennyisége.

Egy liternél kevesebb ascitest bocsájtottunk le 22 esetben, 1—5 liternyi 17, 5—10 liternyi 11, 10—15 liternyi 6 esetben.

Egy betegnél többszöri punctióra 26 liter, másikonál 3 csapolásra 40 liter, harmadikonál 11 csapolásra összesen 80 liter, negyedikonál 12 részletben összesen 89 liter folyadékot bocsájtottunk ki a hasüregből.

Hasonlóképpen különbség mutatkozik a daganatok nagyságában is: tojásnyi volt a daganat 5 esetben, ökölnyi 7 esetben, csecsemőfejnnyi 16 esetben, emberfejnnyi 18 esetben, emberfejnél nagyobb 7 esetben, két emberfejnnyi 4 esetben, bordaívet emelő 3 esetben.

Itt tehát a jóindulatúaknál aránylag jóval nagyobb daganatok szerepelnek. Habár ritkábban, mint jóindulatú tömlőknél, itt is előfordulhat kocsánycsavarodás. Ennek ritka szövődményét írja le *Kubinyi*. Betegénél a kocsánycsavarodást szenvedett rákos petefészekdaganat egy erének leszakadt thrombusa a tüdőbe kerülve, embóliát s így rögtön halált okozott.

Arra vonatkozólag, hogy milyen régóta állanak fenn a panaszok, a legkülönbözőbb időpontokat kaptuk. Voltak betegek, kiknek csak rövid idő óta okozott panaszokat a rosszindulatú daganat. Három beteg alig két hét óta, kilenc asszony mindössze négy hét óta tudott bajáról. Legtöbbször egy negyedév óta fennálló panaszok után keresték fel klinikánkat. Voltak azonban betegek, kik már öt, sőt nyolc év óta tudtak bajukról, de mivel az nem okozott nekik különösebb panaszokat, nem törődtek daganatukkal.

Ezeket a daganatokat számos esetben valószínűleg hosszú ideig mint jóindulatú képleteket hordozták a betegek, míg végre a rákos elfajulás bekövetkezett. A fenti esetek között persze a legtöbb már inoperabilis volt, szám szerint 30, ebből 11-nél próbahasmetszést végeztünk. Kombinált vizsgálattal a 60 közül mozgathatónak találtuk a daganatot 32 esetben; 18-szor már összekapaszkodott környezetével, míg 10 betegnél a nagyfokú ascites mellett nem tudtunk tájékozódni. A daganat gyors növekedését mutatja két inoperabilis, teljesen reménytelen állapotban volt betegünk; egyik felvétele előtt öt hónappal, másik három hónappal szült rendszeren.

A rosszindulatú petefészekdaganatoknál az ascites keletkezése másképp magyarázható, mint a jóindulatúaknál. Kétségtelen, hogy itt is szerepet játszik mozgathatóság esetén a mechanikus dörzsölő hatás, azonban sokkal fontosabb okot képez a rosszindulatúan elfajult, szétesett szövetrészek kémiai, illetve toxikus hatása. A szétesésben lévő szövetrészek termékei előbb a daganatot fedő hashártyát izgatják, majd ha összekapaszkodtak a környezettel, akkor ennek peritonealis borítékait is ingerlik s fokozott folyadékiválasztásra serkentik. Ha pedig a daganat tokját már áttörte, úgy a ráksejtek termékei elárasztva a hasüreget, közvetlenül ingerlik a hasüreget borító egész hashártyát. Természetesen ilyenkor a ráksejtek maguk is szétsodrótak, megtelepedtek mindenütt, ahova eljutottak; így áttételeket képezve, egyrészt saját anyageseretermékeikkel, másrészt izgató hatásukkal növelték a hasüregben már előzőleg a mechanikus inger folytán is felszaporodott folyadékot. Az utóbbi esetekben találtuk legnagyobb mennyiségűnek az ascitest.

A fentiek alapján ide kellene beosztanunk a papillás kystomát is, dacára annak, hogy ez a képlet szövettanilag jóindulatú. Gyakran látjuk (*Pfannenstiel* szerint 13%, *Martin* szerint gyakrabban), hogy a belek peristaltikus mozgása az áttört daganat felületén lévő bolyhokból egyes kisebb, levált darabokat tovasodor; az így távolabbra eljutott szövetdarabok azután megtapadva a hasfali hashártyán vagy beleken, tovább növekednek, elárasztják lassan az egész hashártya-felületet. Ilyen értelemben tehát a papillás kystoma is éppúgy viselkedik, mint a rosszindulatú daganatok.

Klein feltételezi, hogy az ascitesfolyadék a szervezet védekezésének terméke. Feltevését arra a megfigyelésre alapítja, hogy a punctiók után a daganat rendszeren rohamos növekedésnek indul. Az arégi felfogás, mely szerint rákos daganatoknál azért képződnek ascites, mert a ráksejtek a környéki nyirokutakat eltömve, megakadályozzák a nyirok visszafolyását, már rég megdőlt. *Recklinghausen* ugyanis kimutatta, hogy számos esetben, hol a nyirokutak teljesen el voltak dugaszolva ráksejtekkel, ascites nem képződött. *Strassmann* véleménye szerint az ascites főforrása a kis daganatáttételekkel teleszórt cseplesz. Éppen ezért azt tanácsolja, hogy ilyen esetekben próbahasmetszést végezve, távolítsuk el tőből az egész csepleszt. Tapasztalása szerint a műtét után csak ritkán tér vissza az ascites, s ha újból keletkezik, akkor is csak későn.

*

Az ascites okai közül a második nagy csoportot a méhhez összefüggő jó- és rosszindulatú daganatok képezik. A jóindulatú elváltozások közül leggyakrabban a myomához társul az ascites. 982 myomás betegünk közül 75-nél tudtunk kisebb-nagyobb mennyiségű szabad hasüri folyadékot kimutatni (76%). Az irodalomban erre vonatkozó összehasonlítást nem találtam. Ezek

a daganatok is aránylag nagyok, habár nagyságuk nem éri el a petefészekdaganatok terjedelmét.

Ökölnyi volt a daganat 21 esetben, csecsemőfejnyi 31 esetben, emberfejnyi 14 esetben, emberfejnél nagyobb 6 esetben, két emberfejnyi 3 esetben. Összesen 75 eset.

A 75 eset közül 54-szer (72%) subserosus góccok torzították el a méhet. Többször volt a daganatos méh még mozgatható, mint rögzített. A myomák szöveti elhalását, kezdődő szétesését 13 esetben (16%) észleltük. Betegeink átlagos kora 40 év volt, közöttük 24 többször és 20 egyszer szült, 31 nem szült. Az ascitesfolyadék itt sokkal kisebb mennyiségű, mint a petefészekdaganatoknál: 54 esetben $\frac{1}{2}$ liternél kevesebb volt, ami elsősorban a mozgathatóság korlátozottságában találja okát. Egy esetben 6 liternyi savót mertünk ki, a többi $\frac{1}{2}$ –2 liter között váltakozott. A kimert folyadék legtöbbször tiszta volt, mindössze kétszer találtuk zavarosnak s négy ízben véresnek. A myomák miatt keletkezett ascites okát legnagyobb részt mechanikus ingerrel magyarázzuk, habár itt aránylag elég gyakran szerepel a széteső myomgóc elhalt szöveteinek toxikus izgató hatása is. Ugyancsak mechanikus okokra vezetjük vissza azon 12 esetet, hol retroflexio s azon négy esetet, hol metritis mellett találtunk 200 cm³-nél több hasüri savót. 12 retroflexió esetünk közül csak kettőnél volt gyanu ascitesre, a többi mint accidentalis lelet derült ki a műtétnél. Tekintve, hogy ezen idő alatt 456 retroflexiót operáltunk, a százalékos arány 26%-ot tesz itt ki.

A rosszindulatú méhdaganatok között a sarkoma okoz leggyakrabban ascitest. 14 méhsarkoma-esetünkben 10-szer találtunk felszaporodott hasüri savót, melynek mennyisége mindig tekintélyes volt. Mint a myomáknál, úgy itt is a betegek nagy része nem szült. Panaszaik átlagban $\frac{1}{2}$ évre vezethetők vissza. Érdekes, hogy az aránylag leggyakoribb rosszindulatú méhbetegségek közül a méhráknál csak ritkán találkozunk ascitessel, s ha volt is, ez is csekély mennyiséget képezett. A folyamat ugyanis, míg a hashártyát eléri, rendszeren már rég áttételeket képezett a parenchymás szervekben és így mielőtt ascites képződhetett volna, a beteg már rendszeren meghalt. Portioráknál 7, cervix- és corpuscarcinománál pedig 1–1 esetben találtunk fokozott hasüri savót. Míg a sarkomáknál úgy a mechanikus, mint a toxikus hatás szerepel az ascites képződésénél, addig a carcinomáknál inkább ez utóbbi tényező játszik szerepet.

Nehéz ugyanis eldönteni, hogy a rákos méhkiirtásokat rendszeren megelőző paquelinezésnek mennyiben van szerepe az ascites képződésében. Míg a hasüregi műtétnél végzett paquelinezés után a helybeli izgató hatás folytán felléphet ascites, addig a portio paquelinezése annyira távol esik a hashártyától, hogy az esetleges felszaporodott hasüri savó okát inkább a kémiai, illetve toxikus hatásban keressük.

Egy esetben a nagy cseplesz emberfejnél nagyobb rákos daganatánál találtunk nagyobb mennyiségű véres, zavaros savót. A daganatot petefészekből kiindulóknak véltük s csak a has megnyitásánál derült ki eredete; mivel környezetével és a belekkel több helyen összekapaszkodott, már nem volt operálható.

Másik esetben egy 41 éves 11-szer szült nőnél gyermekfejnyi rákos lépdaganat mellett keletkezett hatalmas tömegű ascites. Érdekes, hogy a beteg felvétele előtt hat hónappal rendszeren szült. Műtétnél a hasüri folyadék leboacsajtása után a daganatos lépet kiirtottuk, a beteg per primam gyógyult.

(Folytatjuk.)

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Verebély Tibor dr., egyet. ny. r. tanár.).

A veleszületett térdizületi ficamról.

Írta: Sailer Károly dr. egyetemi tanársegéd.

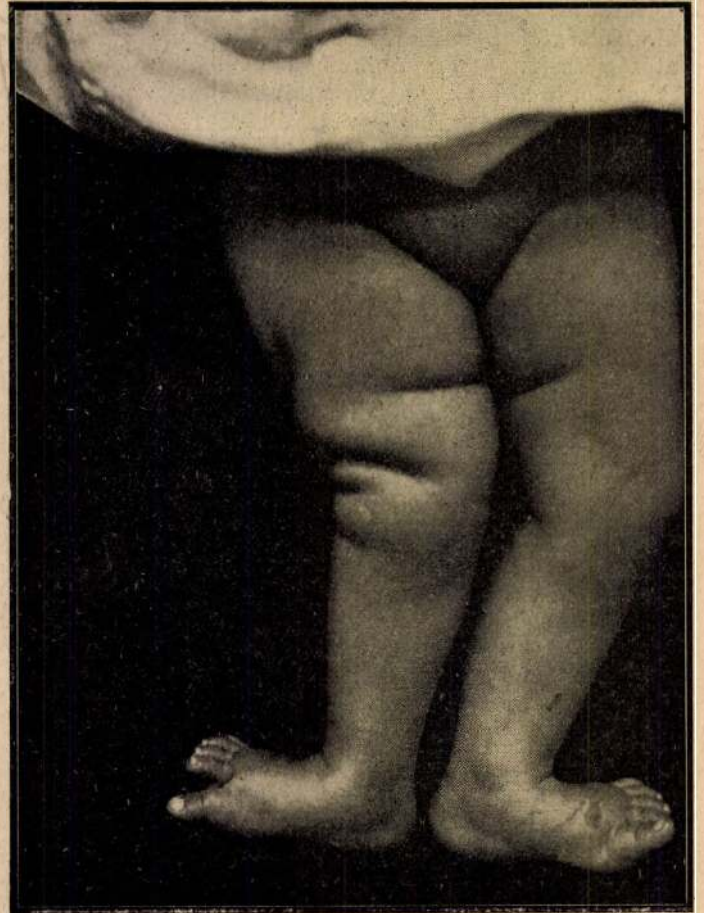
A veleszületett térdizületi ficam a legritkább veleszületett elváltozások közé tartozik. *Drehmann* összefoglaló munkájában 127 esetről számol be, az azóta megjelent közleményekből még 65 esetet sikerült összegyűjtenünk, amelyekhez még egy saját esetünk csatolkozik, úgy, hogy az eddig közölt esetek száma 193. Az egyes esetek klinikai képe azonban egymástól annyira eltérő lehet, hogy az egyes szerzők, saját esetüket véve alapul, még a nomenclatura tekintetében is egymással ellentétes álláspontot foglalnak el, és ugyanazon esetet hol mint veleszületett ficamot, hol pedig mint veleszületett visszahajlott térdet tárgyalják. A fogalmak tisztázása *Drehmann*nak az érdeme, aki elhatárolta a veleszületett ficam kórképét a veleszületett visszahajlott térd kórképétől, hangsúlyozva azt, hogy az utóbbira jellemző a térdizület activ hajlíthatósága, ami a veleszületett ficamnál hiányzik.

A veleszületett térdizületi ficamok nagy többsége elülső ficam (154 eset), jóval ritkább a hátsó ficam (11 eset), még ritkább a belső (3 eset), a külső (2 eset) és a vegyes (3 eset). Önkéntes ficam állott fenn 7 esetben, míg a fennmaradt 9 eset minéműségéről megfelelő adatok hiányában határozott véleményt adni nem lehet. Minthogy az elülső ficam a leggyakoribb és alább közlendő esetünk is ide tartozik, az alábbiakban főleg ezzel az alakkal fogunk foglalkozni.

Esetünk, amely az elülső ficamok közé tartozik, a következő volt:

Kétéves leánygyermeket azzal a panasszal hoznak be szülei, hogy a gyermek jobb alszára születése óta előrehajlik, azt behajlítani nem képes. A különben teljesen fejlett gyermek — aki egyéb rendellenességet nem mutat — jobb alszárát a combbal körülbelül 135 fokú felfelé nyitott szög alatt, hyperextensiós állásban tartja, active behajlítani képtelen. Passive ez a hyperextensiós állás 90 fokig fokozható, amikor is az alszár tengelye a comb tengelyére merőlegesen áll (1., 2. ábra). A hajlítás passive 180 fokig, vagyis a vízszintesig vihető keresztül, azon túl kifejezetten csontos ellenállásba ütközik. Az alszár ezenkívül kifelé van forgatva, akként, hogy a lábfej teljesen vízszintes helyzetet foglal el. A térdizület kifejezett lötyögést mutat, ami különösen kifelé tetemes, amennyiben passive annyira fokozható, hogy az alszár tengelye a comb tengelyével körülbelül 45 fokos szöget képez. Az alig tapintható kis térdkalács rendes helyénél magasabban a combesont bütykei felett helyezkedik el. A mellékelt elülről felvett Röntgen-képen (3. b) ábra) a normalis combesont, sípcsont és szárcapocscsont diaphysisét, továbbá a combesont és sípcsont epiphysisének a csontosodási magját, az oldalképen (3. a) ábra) a combesont diaphysisén és epiphysisének csontosodási magján kívül, az előreficamodott sípcsont epiphysisét és csontosodási magját látjuk. Az elülső hátsó irányból felvett képen tengelyeltérést nem látunk. A felvételek a beteg lábának lehetőleg kinyújtott állásában, vagyis a vízszintes síkban történtek, oldalról és elülről. Esetünkben tehát elülső térdizületi ficamról van szó, amely kifelé rotatívval és a térdizület nagyfokú, különösen kifelé tetemes lötyögésével szövődött, ami legalább is részben a szülők által említett több ízben megkísérelt helyretevési kísérlettel, az ezek által okozott tokszalag vongálásával, esetleg berepesztésével is okozati összefüggésben állhat. A narkosisban megejtett helyretevési kísérlet eredménnyel járt, amennyiben a hyperextensiót fokozva, majd — a combesont condylusát a térdhajlat felől megtámasztva — az alszárra lefelé gyakorolt nyomással hallható roppanással sikerül a sípcsont izületi felszínét a combesont bütykeinek izületi felszínével érintkezésbe hozni. A behajlítás azonban a quadriceps

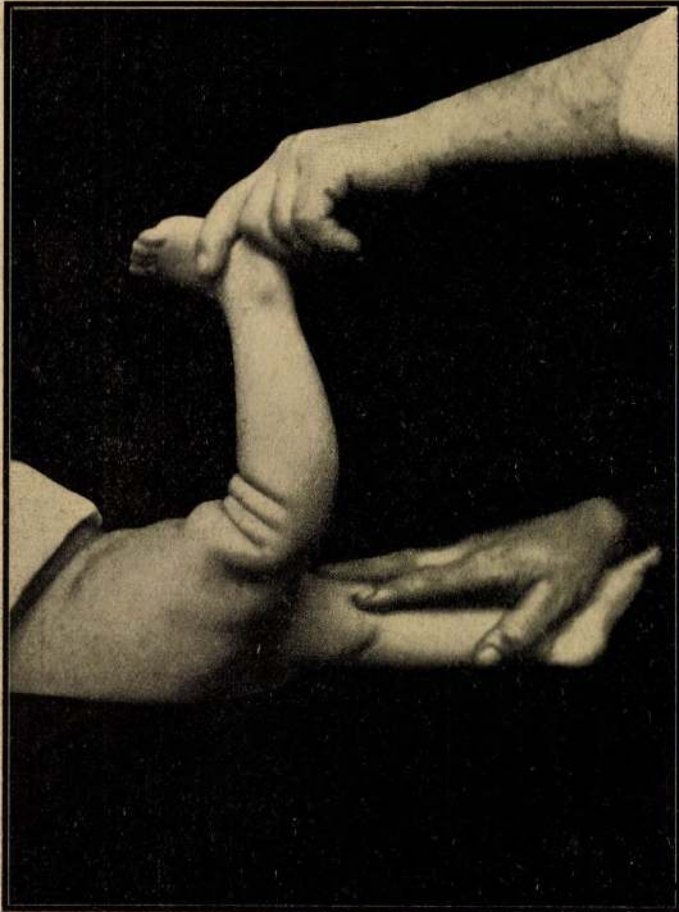
megrövidülése miatt nagy nehézségbe ütközött, de mégis csaknem 90 fokig volt keresztülvihető. Ilyen helyzetben körkörös gipszkötést alkalmaztunk, amelyet négy hét múlva levéve, a hajlítást most már 90 fokon túl is képesek voltunk fokozni. A kezdetben nagyfokú oldallötyögés miatt négyhetenként ellenőrizve, a beteg még négy gipsztokot kapott. Az egy hónap előtt megejtett vizsgálatnál az alszár 180 fokon túl passive sem volt feszíthető (5. ábra), míg a hajlítás active is elérte a 90 fokot (4. ábra). Kisfokú kifelé történő oldallötyögés azonban még fennállott, úgyhogy a térdizületben szabad hajlítást biztosító, de az oldalmozgásokat meggátoló oldalpántos levehető fűzős börtokot ajánlottunk természetesen a sorvadtt izomzat erősítését célzó massage, fürdők és villanyozás elrendelése mellett. A beteg tokkal egészen jól, anélkül kisfokú oldallötyögés miatt kissé bizonytalanabban, terpesztett állásban jár.



1. ábra.

Drehmann érdeme, hogy az elülső veleszületett térdizületi ficamok változatos klinikai tüneteit, amelyeknél az egyes szerzők által való különböző értelmezése az elváltozás lényegének megítélésében sok zavarra vezetett, egységes rendszerbe foglalta, kimutatva azt, hogy bár a veleszületett elülső ficamok klinikai tünetei bizonyos szabályszerűséget mutatnak, ezek a tünetek az életkor szerint változnak, amennyiben mások újszülöttnél, pár hónapos (egy éven aluli) csecsemőnél, vagy idősebb, 2–5 éves gyermeknél. Újszülöttnél legjellemzőbb tünet a nagyfokú hyperextensio, amely a comb és alszár feszítő oldalainak az érintkezéséig fokozódhatik. A beteg térdizületét nem mozgatja, legfeljebb a további túlfeszítés irányában, ezzel szemben az activ hajlítás mindig hiányzik. A térdhajlat felől tapintható a combesont bütykeinek hátsó felszine. A sípcsont izületi felszínével a combesont bütykeinek elülső felszine érintkezik csak, míg a térdkalács a rendesnél magasabban helyezkedik el, gyakran kisebb, mint az egészséges oldalon, egyes esetekben kifelé ficamodott, sőt olykor hiányozhatik is. Az activ és passiv

mozgás a túlfeszítés irányában fájdalomtalan, a hajlítás azonban ellenállásba ütközik, amit egyesek tisztán a quadriceps megrövidülésére vezetnek vissza, bár ez több pontosan észlelt esetben teljesen hiányzott, vagy



2. ábra.

kisfokú volt. Ebben a szakban oldalmozgások nincsenek, amennyiben a térdizület megfeszülő oldalszalagai ezt megakadályozzák. Ezek a megfeszülő oldalszalagok képezhetik azonban a helyretevési kísérletnek a főakadályát is, amennyiben a sípesont izületi felszínét rászorítva a comesont büttykeinek elülső felszínére, igen nagy erő kifejtést tesznek szükségessé, ellenkező esetben ál-helyretevés után a feszülő oldalszalagok az izületi felszínt előbbi kóros helyzetükbe ugratják vissza. Már ennek alapján sem állhat meg *Potel* felfogása, aki a helyretevés sikerét csakis a quadriceps bénult voltától teszi függővé.

A második szakban esökken a túlfeszített állás. A térdizület activ mozgása a túlfeszítés irányában is hiányzik. A térdhajlatban tapinthatók a comesont büttykei, míg elől, különösen megkísérelt hajlítás esetén, a sípesont izületi felszínének elülső szélét tapinthatjuk ki, vagyis ebben a szakban már a sérüléssel eredetű sublaxatióhoz hasonló klinikai kép jön létre, amely oldalmozgásokat is lehetővé tesz.

A harmadik szakot képviselik azok az esetek, amelyekben egy

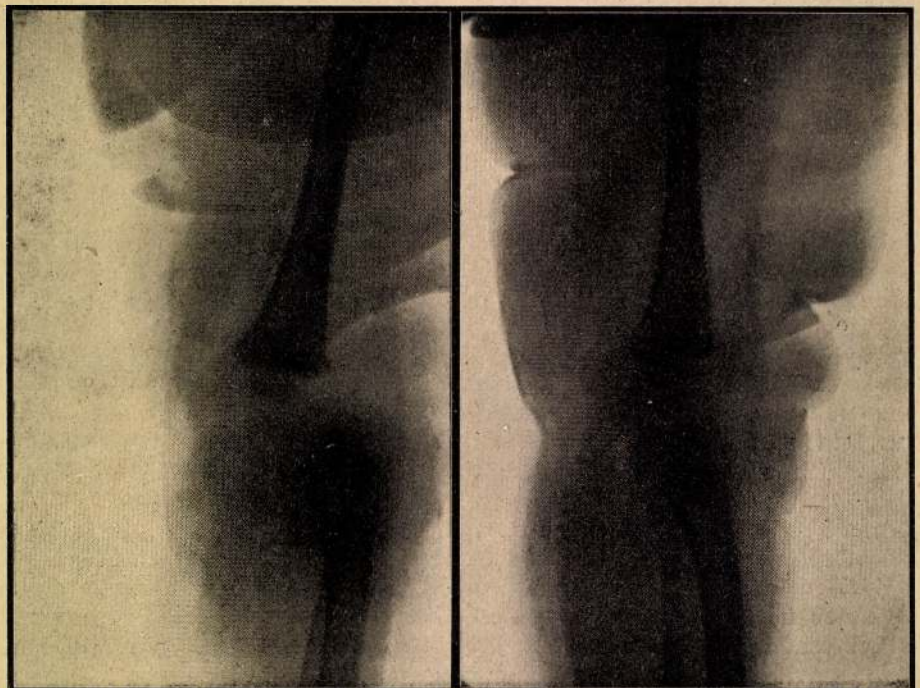
éven felüli gyermekekről van szó, akik már járási kísérletet is végeztek. Az irodalomban öt ilyen esetet találtam, hatodik saját esetünk. Ezekben az esetekben a sérüléssel eredetű idült ficamokhoz hasonló kép fejlődik ki, a sípesont felfelé való eltolódásával, lötyögő izülettel, gyakran igen nagyfokú oldalmozgással.

A szövödmények közül, melyek a ficamhoz társulni szoktak, leggyakoribb a rotatio, és pedig a kifelé történő rotatio (10 eset), míg a befelé történő rotatio ritkább (3 eset). Térdkalácshíányról 10 esetben történik említés, amikor is a ficam mindig egyéb torzképződményekkel is szövődött. 10 esetben a térdkalács csökevényes volt. Rövidülés 6 esetben állott fenn, míg kétoldali dongaláb 3 esetben, ficamoldali dongaláb 2 esetben, calcaneo-valgusállás 3 esetben, valgusállás 2 esetben, csípőizületi ficam 3 esetben, kyphoskoliosis 1 esetben, az összes izületek lötyögése 1 esetben szerepeltek még szövödmény gyanánt.

Külön kell megemlékeznünk az ú. n. önkéntes ficamokról, amelyeket az jellemez, hogy a beteg akaratától függően képes a ficamot létrehozni, majd azt újra visszaugratni, amit az izület rendellenesen tágult szalagrendszere tesz lehetővé.

A kórkép létrejöttét magyarázó kóroktani elméletek tulajdonképpen három csoportba sorolhatók, amennyiben a ficam létrejöttét vagy elsődleges csökevényes fejlődésére, vagy a magzat méhenbelüli megbetegedéseire, vagy végül tisztán eróművi okokra vezetik vissza.

Régebbi szerzők, így különösen *Müller*, felvették, hogy az alsó végtag rendellenes feszítő állása, párosulva a magzatvízszegény méh nyomásával, együttesen hozzák létre a ficamot, és pedig akként, hogy először visszahajlott térd keletkezik, ami később ficamba megy át. Ennek a felfogásnak alapjául az az állítólagos megfigyelés szolgált, hogy veleszületett térdizületi ficam eseteiben rendszeren kevés volt a magzatvíz és a gyermekek felfelé csapott alsó végtagokkal születtek. Ezzel szemben *Potel* hangsúlyozza, hogy a magzatnak ahhoz, hogy alsó végtagjait a rendes hajlított tartásból kinyújtott helyzetbe hozza, igen sok hely kell, ami kevés magzatvíz esetében nem áll rendelkezésére. Szerinte a



a)

3. ábra.

b)

kórkép létrejöttének alapját a feszítő izomzat elsődleges megrövidülése képezi, ami a 3–5. hónapokban centralis zavarok hatása alatt egyes izmokban fellépő spasmusok következménye, ami hosszabb ideig tartó fennállás után az illető izmok megrövidüléséhez vezet. Nagyobb visszhangra talált *Strohmayer* és *Wolff* elmélete, akik szerint az ízületek szalagrendszerének ellazulása a rostos kötőszövetnek elégtelensége, gyengesége folytán magyarázza meg a kórkép létrejöttét. Hogy a fentebb említett ú. n. önkéntes térdficamoknak tényleg ez képezi alapját, az kétségtelen, azonban a többi esetben oly ritkán észlelték a főbb ízületek szalagrendszerének a meglazulását, hogy erre a csekély számú, csak ritkaságképpen előforduló esetre általános érvényű elmé-



4. ábra.

letet építeni nem lehet. *Knauer* a kórkép létrejöttének magyarázatára ébrényi megbetegedést vesz fel, anélkül azonban, hogy csak egy konkrét esetre is tudna hivatkozni. Ugyanilyen kevésbé igazolt a terhes anyát ért erőművi behatás szerepe, melyet egyesek nem zárnak ki, míg mások, így *Schwaller* is, határozottan tagadnak. *Wachter* igen ritka esetekben az elváltozást elsődlegesnek tartja, amit az ezen esetekhez társult kétségtelenül elsődleges eredetű torzképződmények tesznek szerinte valószínűvé. Hogy a veleszületett hajlam is játszhatik szerepet, azt *Magnus* közlése bizonyítja, akiknek három nővérnél volt alkalma veleszületett kétoldali ficamot megfigyelni. Kóroktani szempontból szinte döntő jelentőségű *Wachter* esete, amelyben egy éves gyermeknél 45 fokos kifelé rotációval párosult részleges külső és hátsó ficam állott fenn, az alszár 45 fok alatt volt kifelé csavarodva, ugyancsak még 30 fok alatt volt kifelé csavarva a nagyfokú planovalgusállásban lévő lábfej is. *Wachter* ebből az egész elváltozásból joggal következtet arra, hogy a magzat a méhben kényszer-

helyzetet foglalt el és a végtagra, illetve annak három elváltozást mutató szakaszára állandó erő kellett hogy hasson, amely belülről kifelé irányuló oldalnyomásban, egyszermind kifelé való forgatásban kellett hogy megnyilvánuljon. Esetében a legkifejezettebb elváltozást a lábfej mutatta, az alszár és térd csak másod-, illetve harmadsorban szenvedtek elváltozást, ami annak a bizonyítéka, hogy a hatóerő fő támaszpontja a lábfej volt. *Wachter* szerint az elváltozás létrejöttének magyarázatához nem szükséges az, hogy a hatóerőt a méhfalba helyezzük, elégséges, ha a bizonyos fejlődési időszakban különösen gyorsan fejlődő alsó végtaghoz szorosan hozzáfekvő méhfal növekedéstgátló hatást fejt ki. Az eredetileg mérsékelten nyújtott és adductió állásban lévő alsó végtagcsontok a gyors növekedés következtében mind szűkebbé váló térviszonyok miatt behajolni kényszerülnek, ami a combok maximalis flexiója és adductiójához, az alszárak adductiójához és keresztződésével párosult befelé rotálásához vezet. Esetében, mielőtt az alszár elvégezhetné volna az adductiót és a befelé rotációt, a lábfej a méhfalban ellenállásra talált és ebben, egyrészt a méhfal, másrészt az adductált, befelérotált comb közötti kényszerhelyzetben, csak a fent leírt torzalakban fejlődhetett ki. Lényegében ugyanezen az állásponton, a mechanikus elmélet alapján áll *Drehmann* is. Szerinte az alszár még abban az időpontban, amikor a felső testfél az alsót fejlődésben messze túlhaladja és a kisméretű alsó végtagok szabad mozgástérrel bírnak, nyújtott állapotba kerül, melyet a teljesen ki nem fejlett izomzat mellett hosszabb ideig megtartva, a lábfej a hónaljban vagy az áll alatt rögzített helyzetbe kerül. Ebben a kényszerhelyzetben a rögzített végtagnak további növekedése vezet a ficam klinikai képeinek létrejöttéhez. Elsősorban létrejön a térd túlfeszítése, majd később elcsúsznak egymás felett az ízületi felszínek és létrejön a tulajdonképeni térdficam. Az ú. n. teratogenetikus eltorzulási időpontot csak megközelítőleg vagyunk képesek megállapítani. Kezdeté körülbelül a negyedik hónap és tart a szülésig.

Ami az ízület elváltozásait illeti, a fentiek alapján fel kell vennünk, hogy az ízület egyes részei eredetileg nem mutattak eltérést a rendestől és csak az ízületi felszínek eltolódása okozta egy oldalon az izom és szalagok megrövidülését, másik oldalon pedig meghosszabbodását, a külső bűtyöknek egyoldalú megterhelés következtében fellépett lelapulását. A fentiek alapján könnyen érthető a veleszületett térdizületi ficamok létrejöttének mechanizmusa, amely tehát hasonló a sérüléssel térdizületi ficamok mechanizmusához, csak hosszabb időtartamra elosztva.

A veleszületett térdizületi ficamok kórjósolata jó, és pedig annál jobb, minél hamarabb kerül a beteg orvoshoz. A veleszületett csípőizületi ficammal szemben a térdizületi ficam oly szembeötlő elváltozás, amelyet a környezet azonnal észrevesz és szövődmény nélküli esetekben a legtöbbször sikerül a helyretevés, amivel a gyógyulás biztosítva is van. A szövődményekkel társult esetek kórjósolata rosszabb, különösen áll ez azokra az esetekre, amelyek térdkalács hiánnyal társulnak.

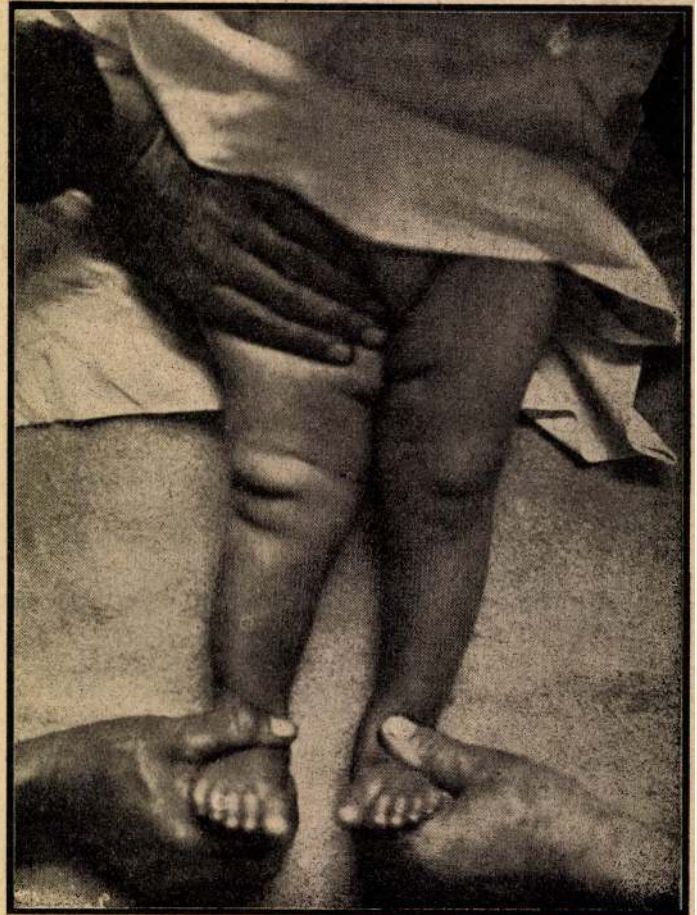
A ficam helyretevése történhetik vértelen és véres úton. A vértelen helyretevésnek fő akadályá egészen fiatal gyermekeknél nem mindig a quadriceps megrövidülése — mint ezt régebben felvették s ami ezekben az esetekben rendszerint jelentéktelen —, hanem a sípesontnak kóros izesülése a combcsont bűtykeinek elülső felszínével. A combcsont rendes ívalakú ízületi felszínét az említett, már a ficam fennállásának ideje alatt létre-

jött felső ízületi felszíntől éles taraj választja el, és a helyretevés csak akkor sikeres, ha a sípcsont ízületi felszínét ezen mintegy áttemelve, a combcsont alsó, rendez ízületi felszínével hozzuk közvetlen érintkezésbe. Itt kell keresnünk azon sikertelen helyretevésnek okát is, amelyeknél a ficam helyretétele után az újra létrejött, vagy a helyretevési kísérlet alatt epiphysiolysis következett be. A helyretevésnek részben akadályul szolgálhatnak még a hajlítói izmok előreficamodott inai is. A helyretevés tehát úgy kell hogy történjék, hogy az alszár hyperextenzióját még tovább fokozzuk, a sípcsontot a fentebb leírt kóros izesüléséből kiemeljük, majd a comb rögzítése mellett az alszárat lefelé nyomjuk, vagyis a sípcsont ízületi felszínét lehozzuk a combcsont bütkeinek ízületi felszínéhez. Az alszárra húzást gyakorolni nem célszerű, mert a musculus biceps és semitendinosus előreficamodott és gomblyukszerűen megfeszült inait ezzel még jobban megfeszítjük, ami a helyretevésnek még inkább akadályul szolgál. A ficam akkor van helyretéve, ha a combcsont bütkei a térdhajlat felől nem tapinthatók, ellenkező esetben a helyretevés még abban az esetben is csak látszólagos, ha az alszár behajlítása még a derékszögön túl is sikerül. Utókezelés gyanánt gipszkötéssel vagy más rögzítő eljárással derékszög alatt rögzítjük a térdizületet, a rögzítés időtartama szövödménymentes esetekben 3–4 hét, ezen idő után levehető rögzítő sineket alkalmazunk. Járóbetegknél mérsékelt flexiós állásban körkörös gipszkötést tehetünk fel, hogy azzal jár hassanak.

Idősebb betegeknek a vértelen helyretevés sokszor nem sikerül, még pedig annál kevésbé, minél régebbi a ficam, mert a sípcsont feje a ficam huzamosabb fennállása alatt magasan helyezkedik el, a quadriceps rövidülése pedig nagyfokú lehet. Ilyen esetekben véres úton kell a ficamot helyretenni. A véres úton történő helyretevésnél a műtéti beavatkozás minéműsége azoktól az elváltozásoktól függ, amelyeknek kiküszöbölése, javítása célunk kell hogy legyen. A véres úton történt helyretevéseknek a közölt száma csekély. *Hamilton* megelégedett a megrövidült hajlítói izmok inain végzett tenotomiával. *Aumüller* igen gyökeres módon resekálta az ízületi felszíneket, aminek következtében $6\frac{1}{2}$ cm-es rövidülés maradt vissza. *Wolff* esetében a quadriceps volt erősen megrövidülve, ezért a levésett tuberositas tibiae magasabban rögzítette. *Owen* viszont hasonló esetben a quadriceps inának kétoldali egyszerű bemetszésével is célt ért. *Roberts* ugyancsak a quadriceps rövidülése miatt a ligamentum patellae lépcsőszerűen vágta át, majd az ízület oldalszalagait is átmetszette. Az ily módon sikerrel járt helyretevés után ismét egyesítette a ligamentum patellae, a térdizület működése azonban a műtét után igen korlátolt volt. *Reimers* esetében a quadriceps nem volt rövidült, de a sípcsont ízületi felszíne volt teljesen lapos, melyet kimélyített. Az eredmény állítólag jó volt. *Bacilieri* közli *Kocher* két esetét. Az egyik esetben az ízületi tokszalag volt igen laza, a hátsó felszín zsákalakú kiboltosulásával, amelyben a combcsont bütkeinek hátsó felszíne foglalt helyet. Ennek a kiboltosulásnak az alszár hajlított helyzetében csomós varratokkal való zárása jó eredményt adott. Második esetben *Kocher* arthrodesyst végzett. *Perthes* a quadriceps erős rövidülését a térdkalács lap szerint való kettéfűrészelésével, az egymás felett eltolt térdkalácslemezek széleinek egyesítésével igyekezett ellensúlyozni, ami azonban csak a quadriceps szélének a bemetszése után sikerült. Miután a lig. cruc. ant. is megnyúlt volt, a relaxatio elkerülése céljából ezt is megrövidítette. *Kofmann* a hiányzó térdkalács pótlására a tub. tibiaeről csonthártyacsontlebenyt vésett le, amelynek alsó szélét a sípcsont

izületi felszíne felső szélének a csonthártyájához varrta. *Hübscher* a megrövidült quadriceps inát meghosszabbítva, a tub. tibiae levésett darabjából készített térdkalácsot.

Amint az esetek rövid ismertetéséből is látjuk, a műtetre került esetek nagy többségében a quadriceps — a ficam hosszabb ideig való fennállása által feltételezett — megrövidülésének műtéti úton való megszüntetése volt a cél, minthogy a megrövidült quadriceps a vértelen úton történő helyretevésnek az útjába elháríthatatlan akadályt gördített. Másodsorban célja lehet a műtétnek az ízületi tokszalag, az ízület oldalszalagainak, a lig. cruciatáknak megnyúlása által fel-



5. ábra.

tételezett ízületi lötyögésnek a megszüntetése, esetleg — mint *Kocher* esetében — az ízületi tokszalag rendelkezés kiboltosulásának megszüntetése, ami a ficam kiújulásának elhárítása szempontjából bír jelentőséggel. A hiányzó térdkalács műtéti úton való pótlása nem bír különösebb jelentőséggel, amennyiben ismeretes, hogy térdkalács nélküli egyének is egészen jól használható térdizülettel rendelkezhetnek. A régebben végzett térdizületi resectiónak és az ízület megmerevítésének ma már létjogosultsága nincsen. A végzendő műtét minéműségét tehát mindig a fennálló bonctani elváltozások minéműsége szabja meg. A műtetre különben is az eseteknek csak kis töredékében van szükség, azon idősebb elhanyagolt esetekben, ahol a ficam hosszú fennállása alatt oly bonctani elváltozások jöttek létre, amelyek a vértelen úton történő helyretevést lehetlenné teszik és csak műtéti úton szüntethetők meg. Az esetek nagy többségében a ficamnak már a születés után azonnal szembeötlő klinikai képe jókor figyelmezteti a szülőket a ficam fennállására, ami által lehetővé

valik annak idejében történi vértelen úton való helyre-
tevése is. Hogy azonban még a ficam hosszabb fenn-
állása után is lehetséges annak vértelen úton való
helyre-
tevése, azt esetünk mutaja, amelyben két éves
gyermeknél is sikerült ez úton célt érniük.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudomány-
egyetemi III. számú belklinika közleménye (igazgató:
báró Korányi Sándor dr. egyetemi ny. r. tanár).

A betegélelmezés reformja egyéni alapon.

Írta: Soós Aladár dr. egyet. magántanár.

(Második közlemény.)

1. Közkórház.*

A közkórházak üzemében a betegélelmezés rend-
szere hosszú évtizedek alatt alig változott. Az újonnan
épülő kórházak átveszik rendszeresen az azon városban
vagy országban szokásos rendszerek egyikét és a táp-
lálkozás tekintetében különböző csoportra osztható
betegeket több kötött menüvel igyekeznek ellátni. A kö-
tött menük felállítása nem egyforma. Egyik helyen
egész-, háromnegyed-, fél- vagy negyedkoszt alapján
dolgoznak, amihez helyenként még egy, ú. n. „dieta“
járul; máshol teljesdieta, középdieta, könnyű-, tej-
dieta, vagy első, második harmadik, negyedik koszt-
forma a rendszer alapja. Az angol kórházakban tíz-
részes: tea-, leves-, bouillon-, tej-, szükdieta, szárnyas-
dieta, féldieta, haldieta, sült-dieta és egész étrend.
A párisi kórházakban 1867 óta a következő étrendeket
adják ki: Regime normal, Regime des convalescents,
Regime des dyspeptiques, Regime lacto végétarien,
Regime lacté integral, Regime de suralimentation,
Regime des diabetiques.

A budapesti közkórházakban a következő az
előírás:

II. A) és II. B) étrend: *Reggelire*: 300 g tej, vagy
tejeskávé, vagy ovomaltin, vagy tea, vagy rántottleves.
Ebédre: II. A): 100 g borjú- vagy csirkebeccsinált és
300 g tejesétel. II. B): 300 g befőtt hús- vagy hamisleves,
100 g sült hús 300 g körítéssel és 300 g tejesétel (de csak
külön orvosi rendelésre, ami azonban nem számít rend-
kívüli adagnak). *Vacsorára*: 300 g tej, vagy tejeskávé,
vagy tejesétel. *Egész napra*: 100 g zsemlye és 400 g
kenyér.

III. étrend: *Reggelire*: 300 g tejeskávé, vagy ovo-
maltin, vagy tea, vagy rántottleves. *Ebédre*: 300 g hús-
vagy hamisleves, 100 g főtt- vagy sült hús 300 g főzelék-
kel vagy párolt gyümölcselel. Húsmentes napokon a
második tál vagy 100 g sült dorsch-hal, 300 g főzelék
vagy salátával, vagy 300 g főzelék és 175 g főtt tészta.
Vacsorára: 300 g főzelék 50 g feltéttel, vagy gulyás,
vagy savanyútüdő, vagy székelygulyás. Rendkívüli
adagnak 300 g főzelék rendelhető. *Egész napra*: 100 g
zsemlye és 400 g kenyér.

IV. étrend: Kizárólag folyékony ételekből áll.

0-ás étrend: Kizárólag orvosi előírásra szolgál-
tatik ki. Kötött menüi: szénhydratmentes, ulcus-kúra
I., II., III. fokozatban, nephritis (sószegényen) I., II.,
III. fokozatban, fűszer- és hagymamentes, ikterus, stb.
Ezen étrendeket tej, tejeskávé, tejesétel, kakao, fekete-
kávé, tea, rum, cukor, üres leves, rántottleves, beccsinált-
leves, kétszersült, citrom, limonádé, tojás, sonka, vaj,
bor, borleves bővítésekkel lehet kiegészíteni.

* A klinikák konyháinak organisatiója a közkór-
házakéval körülbelül egyező s így amit a tárgyalás
folyamán a közkórházak konyháiról mondunk, a klini-
kák közskonyháira is éppúgy vonatkozik.

A budapesti egyetemi klinikák konyhái a követ-
kező három alapétrendet szolgáltatják ki:

I. sz. normal étrend: *Reggelire*: 200 g tej. *Ebédre*:
300 g leves, 300 g főzelék, 140 g hús és kétszer hetenként
tészta. *Uzsonnára*: 200 g tej. *Vacsorára*: főzelék hússal,
vagy főzelék tésztával, vagy főtt tészta hamislevesel.
Egész napra: 250 g barnakenyér.

II. sz. könnyű étrend: *Reggelire*: 200 g tej.
Ebédre: leves, vagdalthús, vagy borjúhús, vagy sovány
sertéshús, vagy hal, vagy két tükörtojás, piskótátészta,
vagy piskótatekeres, vagy édes sütemény. *Uzsonnára*:
200 g tej. *Vacsorára*: beccsinált, vagy tejesétel, vagy
főzelékpurée és főtt tészta. *Egész napra*: 250 g félbarna-
kenyér.

III. sz. húsmentes, só- és folyadék-szegény étrend:
Reggelire: 20 g vaj, vagy két tojás, vagy 50 g sajt.
Ebédre: borsó-, lenese-, bab-, burgonya-, kalarábé-, kel-
káposzta- vagy parajpurée két tükörtojással, piskóta,
piskótatekeres, vagy édes sütemény, vagy tejbedara.
Vacsorára: ugyanaz. *Egész napra*: 250 g félbarna-
kenyér.

A különszobás betegek ugyanazt kapják, mint az
orvosok. A tüdőbetegek ezenkívül tizórait, külön tejet
és bort kapnak.

Ezen étrendtől eltérő mindennemű rendelés az
ú. n. „sárga étlapon“ történik, amelyen az osztály és az
ágyszám megnevezésével a különleges étrendi össze-
állítások rendelhetők.

Ami már most az ételrendelés technikáját illeti,
az általában úgy történik, hogy minden osztályon,
amelynek a létszáma 12–30 között váltakozik, egy idő-
sebb ápolónővér írja össze a szükségleteket, amelyeket
azután egy gyűjtőlapon összegeznek. Ezeket az étlapo-
kat délig állítják ki és a kora délutáni órákban történik
a központi konyhában az összegezés, élelmiszerrendelés
és előkészítés a másnapi élelmezésre. Hogy milyen
napra milyen ételeket készít a konyha, azt rendszeren
egy vagy két hétre előre határozzák meg.

Az ételek egy részét, mint kenyér, vaj, zsemlye,
sajt, tojás, kávé, stb. *adagolással* szolgáltatják ki. Azon
élelmiszereket pedig, amelyek nagyban készülnek és
folyékonyak: nagy gőzüstökben, gőzkatlanokban *főzik*
meg. Itt készülnek a levesek, a puréék, a főzelékek és
a főtt tészták. A húsdarabok *sütését* részint többreke-
szes sütőben, részint pedig nyílt tűzön zsírban végzik.
A sült tésztákat külön tésztasütőkben készítik.

Meghatározott időben, délben és este történik az-
után a *tálalás*, amikor is az egyes osztályokról a ese-
lédek vagy szolgák üres edényekkel megjelennek a
konyha kiadóablakánál és ott az előző napon részükre
felírt ételmennyiségeket átveszik. A központi konyha
helyiségéből már most az étel részint kézben hordva,
részint ételhordókocsikon kerül az épületekbe, ahol szét-
osztják az osztályokra. A tulajdonképeni szétosztást az
osztályokon az ápolónővérek *kisebb tálalókonyhákban*
végzik. Ez a munka főleg az ételek felmelegítésében és
összeállításában áll. A legtöbb helyen az ételeket azután
a tálalókból kerekéken járó szekrényeken vagy állvá-
nyokon fölhalmozva a kórtermekbe tolják be, ahol az
osztályos eselédlny a nővér által osztott ételt minden
beteg asztalkájára helyezi. A különszobákba az ételt
felszolgáló lány külön-külön viszi be.

Az ételkiszolgáltatás ezen rendszerénél két dolog
ötlük szembe:

1. *A beteg az ételválasztásba nem folytathat be*;
hiszen ez függ egyrészt az előre megállapított menüben
helyet foglaló ételneműtől, az orvosi előírástól és főleg
az ételosztó ápolónővér jóakarától.

2. *A konyha kiadóablakától a betegig vezető úton*
az ételkiosztásért senki sem felelős. Az orvossal szem-

ben az ápolónő a felelősséget áthárítja a konyhára, pedig a felelősség abban a pillanatban, amidőn az ételhordószemélyzet az ételt átvette, a konyha részéről megszűnik. A felelős összeköttetés ezen hiányának az eredménye azután az, hogy az orvos úgy, mint a beteg, az ételek mennyiségéért, minőségéért, fajtájáért, elkészítési módjáért, a felíró-, ételhordó- és kiosztószakaszok személyzetén átugorva, mindig a konyhát teszi felelőssé.

A hibák csak egy részét küszöböli ki az a rendszer, amelynél az ételhordók az ételeket nyugta ellenében veszik át, vagy pedig az, amelyeknél az ételeket a konyha által lezárt tartályokban szállítják szét. Mind ez nem változtat a bajok alapokán, azon, hogy az orvos azért, mert a betegek nem kapták meg pontosan azt az étrendet, amelyekre neki szüksége van és amelyet ő neki előírt, senkit felelősségre nem vonhat.

Ha végignézzük egy kórházi konyha félhavi, előre megszerkesztett étlapját, szemünkbe ötlük, hogy milyen csekély változatosságban váltakoznak az ételek, azonkívül az, hogy az étlapon szereplő ételek a polgári koszt köztudomásúan laktató, gyomormegteltítő ételeiből állanak. Az ilyen koszt igen megfelelő egy nagyobb testi munkát végző ember ételmezésére, akinél az éhséget hosszú időre csillapíthatja; de vajjon megfelel-e ez a beteg embereknek, akik éhséget alig éreznek, sőt állandóan étvágytalansággal küzdenek, akiknél az emésztőszervek agressivitása csökkent és akiknek, ágyhoz lévén kötve, egyedül az az élvezet maradt meg, ami az ételfogyasztással jár együtt?

Ha tudjuk azt, hogy a kórház gazdasági hivatala milyen körülmények között gondossággal köti meg szerződéseit, hogy magának az elsőrendű nyersanyagot biztosíthassa, nehezen lehet megérteni, hogy miért olyan csekély élvezeti értékű a közkórházaknak konyháiban előállított étel.

Azonos mennyiségű és minőségű nyersanyagot véve alapul, valamely koszt élvezeti értéke annál nagyobb lesz, minél nagyobb a konyha teljesítőképessége. Már pedig a közkórházi konyha a berendezése és felszerelése alapján a konyháknak nem nagyon magasrendű típusa. Nagytömegű élelmiszerek elkészítésére rendezték be; a nyersanyag finom eldolgozására képtelen, mert ehhez hiányzik a szükséges felszerelése. Nincs olyan vendéglői üzem, főzön az bár akármennyi fogyasztóra is, mely az ételeit gőzüstben készítené el. A gőzüstben készült étel íztelensége annyira köztudomású. De az ételek sütéséhez való felszerelése is a legtöbb helyen primitív és hiányos.

A teljesítőképesség rovására megy tovább az, hogy a közkórházi konyhák személyzete nem áll szakértett emberekből. A konyha vezetői a legtöbb helyen a gazdaasszony vagy nővérek, akik tudásukat háziasszonyi tapasztalatokból merítették, de akiknek lehet a szakácsnői tudásuk elegendő ahhoz, hogy magánháztartások konyháiban kitűnő ízű ételeket állítsanak elő, ezt a tudást azonban a nagy tömeg teljesen megöli.

A gazdasági vezetést közvetlen az ételmezési tiszt végzi. A rengeteg adminisztrációs munkával túlterhelve, inkább hivatalnokemberek ezek, mint olyan konyhának az irányítói, amely sokszáz ember napi 4–5-szöri ételmezését szolgáltatja ki. Állásuk konyhatechnikai és élelmiszerismereti szaktudáshoz kötve nincsen.

A vezetők mellé a munkák technikai elvégzésére kézilányok és szolgálók vannak rendelve. Természetes, hogy ezek csupán a szokásos elkészítési módokat ismerik és azokat szolgálatuk egész ideje alatt mechanikusan végzik. Fizetésük mindenütt olyan csekély, hogy a konyhai személyzet különben sem magasan álló kasztjának a legalsóbb rétegéből kerülnek ki.

Ilyen hiányos konyhatechnikai felkészültség mellett könnyen elképzelhető ezután, hogy hol kell a csekély élvezeti érték okát keresni. Mennyire teljesíthetetlen már most minden olyan követelés, hogy a diatás kezelésre utalt betegek megfelelőbb kosztot kapjanak, vagy még tovább menve, egy bizonyos osztályon fekvő egy bizonyos beteg a közkórházi üzemétől kapja meg az orvos által részére rendelt étrendösszeállítását. A többszáz személyre főző konyhai üzem jelenlegi rendszere mellett lehetetlen individualizálni, illetőleg az individualizálás csak negatív lehet, amennyiben az egyik beteg a neki kiosztott ételt elfogyasztja, a másik pedig otthagya. A tehetősebbek magukon azzal segítenek, hogy az élelmiszerek egy részét saját költségükön behozatják.

A diatikusok minden eddigi reformjavaslata megtört a gazdasági administratio számoszlopain. A közkórházi által egy betegnek juttatott koszt kielégítő voltát vagy elégtelenségét az élelmiszertáblázatokból kiszámított caloriatartalom és kémiai összetétel alapján ítélik meg mindenütt és valamelyik gazdasági hivatal működése annál eredményesebbnek tekinthető, minél olcsóbban tud egy caloriat kiállítani.

Az utóbbi években azonban a táplálkozás tana forradalmat jelentő változásokon ment át, amidőn az élelmiszerek aspecifitását tagadva, az élelmiszereket mint különálló systemákat ítéli meg, amelyeknek élet-tani hatását az elkészítés, a konyhatechnika nagy mértékben befolyásolhatja. Az élvezeti érték fogalmának a bevezetése után a diatetikába a kórházi koszt jóságának megítélését is át kell formálni. Az ételmezésre szánt összegnek csak egy részéért vásárolunk caloriat, tápértéket, a fennmaradó rész az élvezeti érték megszerzésére való. Ha át fogják látni a kórházi gazdasági hivatal fölöttes vezetői azt, hogy az utóbbi összeg nem luxus, hanem a betegek ételmezésében éppen olyan szükséges valami, mint a tápérték, akkor a kórházi koszt megjavítása az individualizálás tekintetében sem fog akadályokba ütközni. Helyesnek kell elismerniük azt a tételt, hogy a koszt olcsóbbítását jelenti az, hogy ha azonos árértékű jobbat, ízletesebbet, nagyobb élvezeti értékűt nyújtanak. A táplálkozásra szánt összeg redukálása minden esetben az élvezeti érték csökkenését fogja jelenteni.

Az bizonyos, hogy minden reform, amely a kórházi koszt megjavítását célozza, költségtöbblettel fog járni. Ha eddig költségtöbbletet fordítottak a kosztra, akkor ez vagy a drágább nyersanyagra, vagy a nagyobb adagokra fordított. Az élvezetesebb koszt előállítására viszont, a kiszolgáltatás mai gazdátlan rendszere mellett, azt jelentette, hogy sokkal több étel tűnt el azokon a mellékutakon, amelyeket ellenőrizni a gazdasági hivatal sohasem tudott. A csekély élvezeti értékű ételnek bizonyos mértékig megvolt az az előnye, hogy még az azt elkészítő és az azzal bánó személyzet sem kívánt belőle nagyobb mennyiséget fogyasztani.

A kórházi koszt feljavítása tehát nem történhetik azon a módon, hogy a nyersanyagra több pénzt költsünk, de az ételkiosztás mai rendszerét megtartjuk. Lényeges javítást csak rendszerváltozással lehet elérni, amely rendszerváltozásnak az a lényege, hogy a konyha üzemét decentralizáljuk. A decentralizációnak a keresztülvitelére igen alkalmasnak látszik a stettini rendszer, amelynél a kórházi osztályok mindegyikén meglévő tálalókat kis miniatűr, főzésre alkalmas konyhákka alakították át. Ezek a konyhák azáltal, hogy megfelelően szereltetnek fel és az élükre egy úgy konyhatechnikailag, mint diatetikailag képzett ápolónő kerül, diatás konyhákka alakulnak át, amelyek mindegyike 20–30 beteget lát el.



Ez az ápolónővér állandó összeköttetésben lehet az osztályán fekvő betegeivel, akiknek az individualis kívánságait és egyéni szükségleteit igen jól ismeri és a rendelkezésére álló lehetőségek szerint egyeztetni össze és elégítheti ki azokat. Ő az *összekötő kapocs* továbbá az orvos és a konyha között, amennyiben a diéta konyhatechnikában jártas lévén, minden kezébe adott anyagot az étrendi utasításnak megfelelően alakíthat át, mérhet le és adhat ki. Anyagait a központi konyhából kétféle formában igényelheti: egyrészt *nyersanyagban*, amelyek némelyikét neki csak adagolnia kell (kenyér, péksütemény, vaj, tojás, sajt, gyümölcs, tej, stb.), másokat pedig elkészített állapotban, mint *félproductumokat* igényli az előre meghatározott étlap alapján, de adagolás nélkül (főtt hús, sült hús, levesek, purék, főzelékek, tészták, stb.).

Ez a diéta ápolónővér felelős tehát a konyhából igényelt készlet mennyiségéért és hova fordításáért, felelős az orvossal szemben utasításainak betartásáért és végül felelősséggel tartozik a beteggel szemben, akiknek kívánságához és állapotához, a lehetőséghez képest, individualizálva alkalmazkodik.

A központi konyha ezen rendszerben főleg a beszerzést látná el és a betegellátásban csupán mint *elosztó szerv* venne részt, amikor is az igényelt anyagokat a tálalók számára részint nyersanyag, részint elkészített félproductum formájában szolgáltatná. A felelőssége tehát a konyha kiadóablakánál véget ér és azt innen kezdve áthárítja a diéta ápolónővérré, aki viszont a felelősséget az orvossal és a beteggel szemben viseli. A közöskonyha üzeme változatlanul megmaradhat és elkészítheti az *orvosok* és a *személyzet kötött menüit*. A tulajdonképeni „betegélemezés” le volna véve a válláról.

A rendszerváltozáshoz ennél fogva kétféle dolog volna szükséges:

1. *Minden betegosztályon a tálalót úgy kellene felszerelni, mint ahogy egy 20–25 személyre főző diéta konyha üzeme megkívánja.* Melegítő, mosogató, sőt több-kevesebb felszerelés, leltári tárgy máris van mindenütt. Igen jól ki lehetne jönni olyan kis gáztűzhelyvel, amelynek egyúttal sütője is van. Tekintve azt, hogy a hosszabb főzést igénylő élelmiszereket már megfőzve kapja, az étrendek összeállítása és kiszolgáltatása igen rövid idő alatt, a la minute történhetik.

2. *Minden ilyen tálaló számára egy diéta nővért kellene beállítani.* Ez idő szerint ezt megszerezni sokkal nehezebb, mint a berendezési tárgyakat. Az ápolónővérek minden irányban igen jól ki vannak képezve, csupán a konyhatechnikai kiképzésük hiányos. Ezen oly módon lehetne segíteni, hogyha tanfolyamokat rendeznének ápolónővérek számára, ahol azok a diéta konyhatechnika elemeivel megismerkednének, tudásukról vizsgát tennének és arról bizonyítványt nyernének. Az osztályos diéta konyhák élére csupán ilyen képzettséggel bíró nővéreket lehetne állítani.

Talán paradoxonnak fog feltűnni az az állítás, hogy a költségtöbblet dacára, amivel ennek a rendszernek a bevezetése legalább az első időben járna, az *élvezeti érték emelése révén a koszt olcsóbbítása* lenne az eredmény. Ha összehasonlítjuk azt az élelmiszer-mennyiséget, amelyet a központi konyha üzeme beszerz és szétoszt, azzal az ételquantummal, amelyet a gondjaira bízott betegek tényleg elfogyasztanak, úgy meglepően nagy lesz a hiány. Ez adja meg a magyarázatát annak, hogy a kórházi személyzet az igen alacsony fizetés mellett is szívesen megmarad állásában, mert hiszen koszt tekintetében ilyen helyen jár a legjobban, azután meg köztudomású az, hogy a közkórházakból származó

moslák tápláléértéke igen nagy és annak megszerzése mindig vetélkedés tárgyát képezte. *A diéta ápolónővérek beállítása azt eredményezné, hogy semmi kárba nem veszne, mert hiszen az élelmiszerekből csupán annyi és olyan formában kerülne feldolgozásra, amennyit a betegek elfogyasztani képesek.* Mivel az ételeit kézraktárból adja ki, ezen individualis adagolásból nemcsak lényeges megtakarítás származnék, hanem az is, hogy a nyersanyag étel formájában is eredeti rendeltetését szolgálná, vagyis *tényleg a betegek* fogyasztanak el. A személyes súrlódások kiküszöbölésével a beteg is jobban érezné azt, hogy az ő étrendjének előállításával különlegesen törődnek, kívánságait megfelelő mértékig honorálják és ezáltal azon panaszok, amelyekkel a kórházi élelmezést általában illetik, nagy mértékben csökkennének.

(Folytatjuk.)

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. nőiklinikájának közleménye (igazgató: † Bársony János dr. egyet. ny. r. tanár).

A Dienst-féle terhességi reactio értékéről.

Írta: Gyulai Béla dr. klinikai tanársegéd.

Régi törekvése a szülészetnek a terhességet korán, még a palpatorikus elváltozások megjelenése előtt diagnosztizálni. A terhesség fennállásának ilyen korai megállapítása egyrészt pathológiás esetek szempontjából bír jelentőséggel, másrészt tudományos értékű. Ezért nemcsak a szorosán vett szülészet, hanem az orvostudomány összes ágai is állandó figyelemmel kísérik a terhesség korai megismerésére vonatkozó vizsgálatokat. De bár meglehetősen nagyszámú ilyen methodussal rendelkezünk (lásd lejjebb!), abszolút bizonyos eredményt egyik sem ad. Úgyhogy még ma is teljes egészében érvényes *van Swieten*s klasszikus mondása: „Nunquam magis periclitatur fama medici, quam agitur de graviditate determinanda resp. diagnoscenda.”

A terhesség korai megállapítására vonatkozó vizsgálati eljárások biológiai, illetve biochemiai elveken alapulnak. *Halban-Seitz*: Biologie und Pathologie des Weibes című kézikönyvben *Kehrer* öt csoportra osztja e reactiókat:

1. Az anyai vérben placenta bolyhoknak (*Schmorl, Lubarsch, Weichart, I. Veit*, stb.) és a placenta fehéjjet elbontó védő fermenteknek vagy más reactiv anyagoknak a kimutatása (*Abderhalden, Weichart, Kottmann*).

2. Placentával végzett cutanreactiók.

3. Az anyai vérserumnak a terhességre jellemző reactiói: praecipitin-, antitrypsin-, lipid-, cobraméreg-, meiostagmin-, antithrombin-reactiók.

4. Vizeletváltozás: acetonuria.

5. A cukor anyagcsere zavarái: alimentaris, phloridzin, adrenalin glykosuria.

Tulajdonképen áttekinthetőbbnek látszik a két csoportra való beosztás. Az I. csoportba kerülne a magzati eredetű anyagokra vonatkozó vizsgálatok (I. *Kehrer* I. csop.). A II.-ba tartoznának a terhesség beálltával az anyai szervezetben végbemenő elváltozásoknak a kimutatása (I. *Kehrer* 2–5. csop.). Ez utóbbi sorozható az antithrombin-próba is.

Dienst 1922-ben ismertette eljárását a Deutscher Gynaekologenkongress innsbrucki ülésén. Eljárása elég egyszerű, úgyhogy alkalmasnak látszott a nagy gyakorlat számára is. Ez vezetett bennünket ezen eljárás kipróbálására.

Dienst eredetileg két eljárás párhuzamos beállítását ajánlotta: a biuret- és a ninhydrin-próbákat, az

utóbbinak később egy módosított methodusát is. Mint-hogy az eddigi közlések (*Gänssle-Vogel*) és a saját tapasztalataink alapján is — szemben *Dienst*tel — lényegében különböző eredményt a három methodus közt nem láttunk, csak az eredeti ninhydrin-methodikával dolgoztam: 10 cm³ vízvezetési vízhez egy kémcsőben 1.75 cm³ savót és a ninhydrinnek 1%-os vizes oldatából 0.2 cm³-t adva hozzá, óvatosan összekeverjük. Pontosan egy percig forraljuk az első vízgőzbuborékok felszállásától számítva. Ha a reactio positiv, tehát terhesség esetében, kifejezett ibolyáskék elszíneződés áll be.

1. sz. táblázat.

Összesen vizsgált 310 savóból	Pozitiv	%	Negativ	%
178 gravidnál	166	93.25	12	6.74
132 nem terhesnél vagy férfinál	86	65.15	46	34.85

Mi összesen 310 savót vizsgáltunk (l. I. sz. táblázat). 178 bizonyosan terhes savóját, melyek közül 166 volt positiv: 93.25% és 12-nél negativ: 6.74%. A 132 nem terhesnél 86 volt positiv: 65.15% és 46 negativ: 34.85%.

Már így teljes képet nyerhetünk a reactio értékéről. S az eredmény érthetőnek is fog látszani, ha tisztába jövünk az eljárás lényegével. Előbb azonban egy részletes táblázatban is szeretném ismertetni vizsgálati eredményeimet. Mindenekelőtt fontos megjegyezni, hogy a savónak tisztának kell lenni, mentesnek vértől és haemolysistól. Fontos ezenkívül, hogy a vér lehetőleg frissen vett legyen. Legjobbnak találtam, ha kétórás állás után centrifugálva történik a savó lepipetázása. A savó hígítására a vízvezetési vizet, *Vogellel* egyetértve, nem tartjuk alkalmasnak. T. i. a savi, illetve alkalikus közeg az érzékeny ninhydrin-reactiót befolyásolja. Már pedig a vízvezetési víz alkalicitása különböző városoknál (*Vogel*). Ezért mi hígításra destillált vizet használtunk, aminek jogos voltáról számos esetben meggyőződünk: az elszíneződés sokkal intenzívebb volt, mint mikor vízvezetési vízzel történt a hígítás. Ez a körülmény vezette *Vogelt* egy általa módosított Ninhydrin-kicsapási reactióra (l. Zentralbl. für Gyn. 1926, 24. számot). Az elszíneződés általában szinte kivétel nélkül a 45–50. másodpercben állott be egy halványpirosas árnyalatú elszíneződéssel. *Vogel* az 5–7. másodpercnél találta. Az általunk észlelt időpontban csak akkor, ha egy csepp serumot használt. Viszont az elszíneződés intenzitása a mi eseteinkben is 1/2 cm³ serum használatakor volt a legkifejezettebb, amint ezt *Vogel* is említi. Az elszíneződés a forralás után lényegesen nem fokozódott 1–2 perc elteltével, bár szemben *Vogellel*, 24 órás állás után nem egyszer határozott fokozódást láttunk.

2. sz. táblázat.

Vizsgált savók	T e r h e s		Nem terhes nő	Rákos nő	Egészséges férfi	Syphilitikus férfi és nő
	I. II. és III.-X. hóig					
Száma	28	150	30	22	30	50
Ninhydrin-positiv	23	143	9	19	10	48
	82.14%	95.34%	30%	86.36%	33.33%	96%
Ninhydrin-negativ	5	7	27	3	20	2
	17.86%	4.66%	70%	13.64%	66.66%	4%

Lássuk most eredményeinket részletezve. Későbbi kontroll után bizonyosan gravidnak bizonyult 28 I–II. hónapos terhes közül positiv volt: 23 = 82.14%, negativ: 5 = 17.86%. A III–X. hónap közt terhesek közül positiv: 143 = 95.34%. Körülbelül ez volt *Timofeev*

eredménye is, amiért is a reactiót értékes kisegítő eljárásnak fogadja el a korai terhesség megállapításában. Ha azonban figyelembe vesszük, hogy egészséges nem terhes női savó 30%-ban, sőt egészséges férfiaké pedig 33%-ban szintén positivak voltak, akkor a reactiót *specifikusnak el nem fogadhatjuk*. Hasonló véleményen van *Gänssle-Vogel* és *László* is. Az ezen felül vizsgált 50 syphilitikus esetünk közül 48 (96%), a 22 rákos nő közül pedig 19 (86%) volt positiv. *Gänssle* 20 bizonyosan gravidjánál csak 15 volt positiv és 20 nem terhes közül csak 10 volt negativ. *László* 58 esetében terhesek 88%-ban, nem terhesek 25%-ban adtak positiv reactiót. *Vogel* 70 savó vizsgálatánál nem talált különbséget grávida és nem grávida reactiója között. *Timofeev* 28 gravidánál négyizben kapott negativ eredményt.

Ennek az igen különböző eredménynek az oka pedig, mint már jeleztük, a ninhydrin-reactio lényegéből adódik. A ninhydrin-reactiót tudniillik minden fehérje adja, tehát a serumok adrenalin- és aminosav-tartalma is (*Gänssle*). Viszont *Zangemeister-Zondeck* és éppen *Dienst* vizsgálataiból tudjuk, hogy a terhesség alatt a vérserum összfehérjetartalma csökken, tehát az antithrombin is. Már pedig *Dienst* azon megfontolásból ajánlja reactióját, hogy a thrombinhoz kötött antithrombin alkali hatására felszabadulva adja az elszíneződést, másrészt az antithrombin a terhesség alatt megszaporodnak.

Vizsgálataim alapján a *Dienst*-féle ninhydrin-reactio tehát a terhességre specifikusnak nem mondható.

Irodalom: *Dienst*: Arch. f. Gyn. CXVII. köt. — *Dienst*: Arch. f. Gyn. 1918. — *Gänssle*: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. LXVI. köt. — *László*: Ref. O. H. 1926, 25. sz. — *Timofeev*: Zentralbl. f. Gyn. 1926, 38. sz. — *Vogel*: Zentralbl. f. Gyn. 1926, 9. sz. — *Vogel*: Zentralbl. f. Gyn. 1926, 24. sz. — *Zangemeister*: Zeitschr. f. Geb. 1902–1903. — *Zondeck*: Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1922.

A kecskeméti városi kórház szüléset-nőgyógyászati osztályának közleménye (igazgató: Cserey-Pechány Albin dr.).

A bartholinitis gonorrhoea sajátvér-körülfeckendezéssel való gyógyításáról.

Írta: *Matolesy Károly dr.* kórházi főorvos.

A Zentralblatt für Gynaekologie ez évi 2-ik számában Prof. *Hübner* a Bartholini-féle mirigy gonorrhoeás gyulladásának a beteg vérenek körülfeckendezésével való gyógyítását írja le, s ezen eljárásról azt állítja, hogy 100%-os gyógyulást biztosít betegek számára. Ez olyan eredmény, mely kevés gyógyomról mondható el az egész orvostudományban.

A bartholinitis kezelésével az újabb irodalom elég mostohán bánik, bár a női nemiszervek gonorrhoeás megbetegedéseiről hetenkint jelenik meg egynehány cikk.

A tankönyvek legnagyobb része ágyynyugalmat, borogatást ajánl, elgenyedés esetén incisiót, chronikus esetekben a mirigy kiirtását. Ajánlják még 1–2%-os protargol-oldatnak tompavégű kanülön át való installatióját is.

Sieber (Zentralbl. für Gynaek. 1924, 39. sz.) megkísérelte a Röntgen-therapiát. Ez azonban, leírása alapján, hosszadalmas és nem egészen célravezető eljárásnak látszik.

A beteg saját vérenek körülfeckendezése ezzel szemben semminemű nehézséggel nem jár, igen egyszerű gyógy mód, melyet minden orvos akár a beteg lakásán is elvégezhet.

Hübner első közleményében tíz esetről számol be. Tudtommal rajta kívül még senki nem közölte ezen gyógymóddal való tapasztalatait, ezért tartom érdemesnek rá a figyelmet felhívni, s eddig elért eredményeiről referálni.

Az eljárást ez év januárjában próbáltam ki először. Azóta félév alatt nyolc esetben végeztük a sajátvér-körülfeeszkendezést, az eredmény minden esetben teljes volt. A technikai kivitel a lehető legegyszerűbb.

Borotválás, jódozás után rögzítjük a mirigyét, a beteg karvenájából egy 10 cm³-es steril fecskendővel 5–6 cm³ vért veszünk, s ennek a vérmennyiségnek a felét a Bartholini-mirigy kivezető nyílása felett ½ cm-rel, másik felét a kivezető nyílás alatt ½ cm-rel a bőr alá fecskendezzük. A vérhez lehet citratot is adni, de nem okvetlenül szükséges. A befecskendezést sem hidegrázás, sem nagyobb hőemelkedés nem kíséri, egy-két esetben lépett fel subfebrilis hőmérsék.

Rendesen az első befecskendezés után nyom nélkül eltűnik a pirosság, duzzadás és fájdalmasság, minden egyéb helyi kezelés nélkül. Ha ez nem következne be, úgy három nap múlva megismételjük a befecskendezést. A második, legritkább esetben a harmadik injectióra a bartholinitis meggyógyul, a váladék pedig gonococcusmentes lesz.

A mi nyolc esetünkben az eredmény teljes volt: ezek közül öt az első injectióra, kettő kétszeri körülfeeszkendezésre gyógyult meg és csak egy betegünknek kellett harmadszor megismételnünk a körülfeeszkendezést. Érdekes, hogy éppen ennél a betegünknek — az illető acut gonorrhoeában szenvedő 19 éves leány volt — az első két injectio a menstruatio idejében történt. Talán ez nem véletlen, hanem az okot a genitálianak a menstruatio alatt fennálló fokozottabb vérrellátásában kereshetjük. Ugyanerre az okra vezeti vissza *Hübner* a renyhébb reagálást gravidáknál. Ő három gravidánál végezte ezt a kezelést, ezek közül kettőnél meg kellett ismételnünk az injectiót. Az én eseteim közül egy grávida volt, a terhesség harmadik hónapjában, azonban az egyszeri injectióra teljesen meggyógyult. Mindenesetre további észleletek szükségesek annak megállapítására, vajjon a havibaj ideje alatt nem ellenjavalt-e a therapia megkezdése?

Eseteink közül egy betegnél volt a folyamat kétoldali, amikor természetesen egyszerre végeztük mindkét oldalon az injectiókat. Két esetben a prostituáltak osztályán végeztem a kezelést teljes eredménnyel. Különösen itt tartanám igen célravezetőnek az eljárást, mivel *Hübner* szerint ez a therapia nemcsak gyógyulást hoz, hanem rövidebb-hosszabb időre immunissá is teszi a mirigyét a gonococcusal szemben. Ez az immunitás legalább 4–5 hétig áll fenn, amely idő alatt a cervix és urethra gonorrhoeájának kigyógyításában nagy lépést tehetünk előre.

Nyolc betegünk közül egy sem tért vissza recidívával, sem azoknál a betegeinknél, akiknél a gonorrhoea kezelését még heteken át tovább folytattuk, nem észleltünk a Bartholini mirigyen semmi kóros jelet.

Eddigi tapasztalataim tehát teljes mértékben igazolják *Hübner* professzornak 100%-os gyógyulási reményét. Az esetek kis száma miatt természetesen végleges véleményem nem mondható, de az eljárást egyszerűsége, fájdalomtalanlansága, veszélytelensége és olcsósága miatt nyugodtan merem ajánlani. Felhozni ellene *Sieber* stuttgarti gynaekologus is csak annyit tudott, hogy a betegek egy része félelemből nem fog majd beleegyezni ebbe a therapiába, más részénél pedig a kar venáinak fejletlensége fog technikai akadályt okozni. Ki kell jelenítenem, hogy betegeinknél sem az egyik, sem a másik eset egyszer sem következett be.

Pótlás a „légmellkészítés egyszerű módszere” című közleményhez.

(O. H. 46. sz.)

Félreértések elkerülése céljából közlöm, hogy a levegő befúvásához használt egyetlen eszköz egy 100–200 cm³-es fémdugattyús sebfeeszkendő. A dugattyú visszatérésének egészen könnyű, olykor automatikus voltából is következtetjük, hogy szabad pleurarésben vagyunk. Feeszkendezni csak ebben az esetben szabad. Ha másutt jár a tű hegye, a dugattyú még erőszakkal is alig mozog; erőltetve, visszalöketik. Különösen könnyű a dugattyú visszatérése szabad pleurarésben a tüdő teljes összeeséséig. Ezen időpontig viszont a dugattyú visszahúzása sikerül nehezebben, úgyhogy a dugattyú járásából a pleurarésbeli nyomási értékekre is tudunk következtetni.

Henselmann Aladár.

THERAPIA

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem II. számú belklinikájának közleménye (igazgató: báró Kétly László dr., egyet. ny. r. tanár).

A vitaminok befolyásáról a vérsérüm calciumtartalmára, a vörösvérsejtszámra és a testsúlyra, különös tekintettel az Arnea vitamintápszerre.

Írta: *Markovits Ferenc dr.* klinikai gyakornok.

A szervezet felépítéséhez és fenntartásához fehérjéken, zsirokon és szénhidratokon kívül sókra és egyéb anyagokra, ú. n. vitaminokra van szükség. Ezek a vitaminok, mint az állatkísérletek is igazolják, két szempontból játszanak szerepet: befolyást gyakorolnak a növekedésre és az anyagcserére. Az emberi szervezetre főleg az „A”, „B”, „C” és „D” vitaminoknak van jelentőségük. Ha a szervezet egyoldalú táplálkozás folytán egyik vagy másik vitamint nélkülözni kénytelen, különböző betegségek, az ú. n. *avitaminosisok* jelentkezhetnek. Vitaminhiányra vezetnek vissza a rachitist, a scorbuto, a Barlow-kórt, az osteomaláciát, egyes neuropathiás állapotokat, az exsudatív diathesist, a liszt- és tejártalmat és még sok más, nálunk eléggé ismeretlen betegséget (pl. a keratomaláciát, beriberit, spruet, pellagrát). Ezek mind vitaminhiánytól származnak s vitamintartalmú táplálékok adagolására meggyógyulnak.

Az „A” vitamin főként zsirokban fordul elő. Csukamájolaj, tej, vaj, tojás, sajt és növényi zsirok tartalmazzák. Fő jelentősége a gyermek-, illetve a csecsemőkori van, hol a csontrendszer növekedését segíti elő. *Poulsso*n állatkísérletekben azt tapasztalta, hogy „A” vitamin megvonásával a növekedés megáll, keratomalacia fejlődik és infectiókkal szemben az ellenállóképeség csökken.

A „B” vitamin főleg kalászos növények csirájában, búzában, rozsbán, árpában, zabban, komlóban és a kukoricában található nagy mennyiségben. De előfordul kisebb mennyiségben a friss húsookban, sőt aránylag bőven a zöldfőzelékekben és az élesztőben is. Hiánya, mint azt szárnyasállatoknak hántolt rizzsel történt táplálásánál láthatjuk, polyneuritist okoz, mely bő „B” vitamintartalmú rizskorpa etetésére meggyógyul. A háborús inség következtében fellépő oedemák okát is a „B” vitamin hiányára vezették vissza.

A „C” vitamin nyers növényi anyagok, zöldség-neműek, gyümölcsök, citrom, narancs, datolya, banán, stb. állandó alkotórésze. Hiánya scorbuto és Barlow-kórt okoz.

A „D” vitamin a „B”-vel együtt főként zöldfőze-

lékekben található. Szerepe az ásványi anyagcsere szempontjából nagy jelentőségű.

A vitaminok közül legkönnyebben a „C” és „D” vitamin veszíti el hatását. Nemesak hő, kiszáradás, hanem a konzerválás és a hosszú ideig való eltartás is lényegesen csökkentheti, sőt meg is szüntetheti hatékonyságát. Kevés eredménnyel jártak azok a kísérletek, hogy a vitamintápszereket gabonacsírákból és zöldséglekékből, hevítés nélkül, eredeti aktivitásukban állítsák elő. Ezt a „C” és „D” vitaminok fentemlített érzékenysége könnyen megmagyarázza.

Az Arnea vitamintápszert, mely a vitaminok közül az „A” „B” és „D” factort tartalmazza, előállításában közben nem éri káros hőhatás, nem konzerválják és a kiszáradástól megvédik. Ezért az eddigi vitamintápszerek közül aránylag a legértékesebbnek mondható. Az Arnea gabonacsíraliszt és spenópor keverékéből áll. Vegyi összetételét figyelembe véve, azt látjuk, hogy bőven tartalmaz fehérjét, zsírt és szénhidrátot és emellett ásványi anyagokat is, főként calcium-, vas- és phosphorvegyületeket. Szénhidrátok közül a saccharose dominál (Weiser dr. vizsgálatai). Csokoládétábláskák (napi háromszor 1 tábla), dragée (napi háromszor 5 darab) vagy por (napi háromszor 1 kávéskanál) alakjában alkalmazzák, tejben, kávéban elkeverve vagy anélkül elszopogatva. Élvezetes íze van.

Vizsgálataink alkalmával az Arnea „D” vitamin-componentéinek a serumcalciumtükörré gyakorolt hatását figyeltük meg.

Ismeretes, hogy a vérben a calcium részben mint calciumhydrocarbonat és calciumhydrophosphat és az ezek bomlásából keletkező ionok, részben pedig nem diffusibilis, colloidalis calciumfehérjevegyület alakjában van jelen (Róna, Takahashi). A vörösvérsejtek calciumtartalma elhanyagolhatóan kicsiny és változó-kony (Bunge, Abderhalden, Gürker). A calcium-ionok nivelésére emelésére — a H-ion-concentratio állandó lévén — csak a HCO₃-ion concentrációjának emelésével gyakorolhatunk befolyást. Ez Róna és Takahashi
$$Ca^{++} = \frac{H}{HCO_3}$$
 egyenletével jól demonstrálható. A fokozott alkalibevitel azonban, mellyel a vér HCO₃-concentrációját emelni igyekezünk, hamar kiegyenlítődik. Ezért az intravenásan adott calciumsók 15–30 pere, a belsőleg adott pedig 2–5 óra múlva kiválasztódik.

A calcium deponációjára, mint azt Bickel vizsgálatai a „D” vitamint tartalmazó rozscsírával mutatták, hatásosan tudunk közreműködni. Bickel ezen kísérletei alkalmával positiv calciummérleget tudott elérni.

A calcium jelentősége a szervezet háztartásában igen nagy. Ismeretes az ion-antagonizmus és egyensúly a calcium, magnesium, kalium és a natrium között, a centralis és vegetativ idegrendszerrel a calcium-ion nagy fontossága, a szervek, szövetek életműködéséhez szükséges állandó optimalis ion-concentratio.

A serum calciumtartalma a csecsemőkorban legmagasabb, a korról fokozatosan csökken, 20 és 45 év között körülbelül állandó (Jansen). Kramer-Tysdall eljárása szerint 9·2–10·8 mg-% között mozog. Legalacsonyabb értékeket észlelhetünk tetaniánál. Normalis alatt marad nephritiseknél, tuberculotikusoknál főként a harmadik stadiumban és az exsudativ tuberculosisnál, Basedow-kóránál. Ugyancsak alacsonyabb a calciumérték a graviditás utolsó hónapjaiban és néha a lactatio idején is. A vegetativ idegrendszer izgalmi állapotainál hol normalis, hol magasabb, majd alacsonyabb serumcalciumértékeket találhatunk. Általában a sympathicus idegrendszer izgalma a serum calciumtartalmának csökkenésével párhuzamos.

Gyakorlati szempontból a calciumtherapiának nagy jelentősége van vérzéscsillapításnál. Intravenásan, hypertoniás concentrációban alkalmazva, hatását kettős szempontból fejti ki: egyrészt, mint hypertoniás oldat, a szövetekből a thrombokinasét kimossa, másrészt a prothrombint thrombinná activálja. Belső adagolása hosszabb időn át, a szervezet calciumszegénysége, illetve vesztesége esetén, indikált. Természetesen belsőleg hosszabb időn át kell calciumot adnunk, hogy calciumhatást érthessünk el (Jansen).

Einis a tuberculotikusoknál már a kezdeti stadiumban is rendelte, bár kifejezett calciumszegénység, demineralisatio csak a harmadik stadiumban szokott bekövetkezni. Észleleteit megerősíti Verdino is, ki súlyos tuberculotikusoknál a demineralisatio ellen fokozott calciumbevitelt szintén ajánlatosnak tart. Garofeano, Blum és Leo tuberculotikus izzadmányoknál, konyhasómentes táplálkozás mellett, calciumsókra lázcsökkenést és az izzadmány felszívódásának megindulását tapasztalták; a calciumsók megvonása visszaesést okozott. Luithlen és Leuchtenberger a calciumsók hatását ion-hatásnak tulajdonítják, mely egyrészt a véralvadás fokozódásában, másrészt a véregek falának permeabilitáscsökkenésében, illetve az izmok, idegek, főként pedig a sympathicus-idegrendszer tonusának lejjebbállításában nyilvánul meg. (Legtöbb tuberculotikus beteg sympathicotoniás.) Ugyancsak Hartnich, Bormann, Gertrauch belsőleg alkalmazását ajánlják tuberculotikusoknál. A köpet megkevesbedik, a csengő szöreszörejek eltűnnek és a láz leesik. Hosszú, legalább 3–4 hónapon át tartó belső adagolás után meggritkul a haemoptoe, sőt teljesen el is maradhat.

Fentebb említettük, hogy nagy szerep jut a calciumnak a vegetativ idegrendszer, főként a sympathicus fokozott ingerlékenységének csökkentésében (Zondek). Ezért alkalmazható jó eredménnyel essentialis hypertonia, asthma bronchiale, spasmophilia eseteiben. Asthma bronchiale kezdeti stadiumában ajánlja Curschmann is a Charcot-féle kristályok kimutathatósága esetén. Römer spasmophiliánál calcium és csukamájolaj együttes használata után a görcsök elmáradását és az elektromos ingerlékenység csökkenését észlelte. Tetaniánál, szénaláznál kifejtett hatásosságát szintén az autonom idegrendszerre gyakorolt befolyásával magyarázzák. Utóbbinál, továbbá ekzemánál, urticariánál, pruriginál elért gyógyulásokat a calcium lobellenes hatása is támogatja.

Csökkenti az érfal átjárhatóságát, csillapítja a kórosan fokozott bélperistaltikát. Ez magyarázza meg hasmenéses állapotokra gyakorolt jó hatását.

Nem célunk e helyen az összes alkalmazási módokat részletesen ismertetni. Láthatjuk, hogy a calciumtükör emelése sok megbetegedésnél jár jelentékeny haszonnal. Ezért érdemel megbecsülést minden olyan eljárás, mely a vércalciumtartalom maradandó megszerzését célozza.

28 esetben vizsgáltuk meg a serum calciumtartalmát, állandó, meghatározott összetételű étrend, majd egyheti belső calciumadagolás, illetőleg calcium és arnea együttes adagolása után. Az arneát a fentebb megjelölt módon szedettük. Ugyancsak számításba vettük a táplálkozással bevitt calciumsók mennyiségét is. Naponta 15 g calciumlaetát és carbonát-keveréket adtunk. Gondot fordítottunk arra is, hogy a vér hydrocarbonat-ion-concentrációját fokozzuk.

A serum calcium meghatározó eljárások közül a Kramer-Tisdall-féle módszerrel dolgoztunk. Fehérjekiesapás után ammoniumoxalat oldattal a calciumot kiesaptuk, 2%-os ammonioldattal a csapadékot mos-

tuk és kénsavas közegben, 50 C°-os vízfürdőn KMnO₄-al titráltuk. Vizsgálatainkat éhgyomorral végeztük. Vizsgálataink eredményét az alanti táblázat mutatja:

1. sz. táblázat.

Sorszám	Diagnos is	Serum calcium mgr %		
		kísérlet előtt	calcium adagolás után	calcium + arnea adagolás után
1	Tuberculosis pulmonum	9'0	9'2	9'8
2	Ulcus ventriculi	8'9	10'1	10'8
3	Tabes dorsalis	9'0	9'0	9'0
4	Polyarthrit is rheumatica	9'4	9'4	9'8
5	Purpura rheumatica	7'8	8'4	15'5
6	Arteriosklerosis	9'2	9'2	10'6
7	Pleuritis exsudativa	7'9	8'4	8'9
8	Neurasthenia	9'1	9'4	9'7
9	Cholecystitis	9'3	9'3	9'3
10	Nephritis chronica	7'7	9'0	9'1
11	Tuberculosis pulmonum	8'4	8'4	8'6
12	Vitium	9'7	9'7	9'7
13	Ulcus duodeni	9'5	9'5	10'6
14	Morbus Basedowi	8'4	9'0	9'6
15	Tuberculosis pulmonum	9'2	9'3	9'3
16	Polyarthrit is rheumatica	9'0	9'1	9'1
17	Anaemia perniciosa	8'9	8'9	8'9
18	Anaemia	10'0	10'2	10'9
19	Nephrosklerosis	8'8	9'2	9'2
20	Cat. apic. pulm.	9'0	9'3	10'6
21	Periarteritis nodosa	8'3	8'9	13'3
22	Tuberculosis pulmonum	7'9	9'0	9'0
23	Morbus Little	9'2	9'2	9'2
24	Purpura rheumatica	7'9	9'9	14'2
25	Tuberculosis pulmonum	8'6	9'3	10'5
26	Tuberculosis pulmonum	9'5	9'5	9'8
27	Asthenia universalis	9'5	9'5	9'6
28	Vitium	9'4	9'4	9'4

Tapasztalataink arra engedtek következtetni, hogy azokban az esetekben, melyekben a calcium szintje jóval a normalis érték alatt van, már a calciumsók adagolására is emelkedés észlelhető. Calcium elhagyása után a calciumtűkór ismét a kiindulási értékeket mutatja. Calcium és arnea együttes adagolására a calciumtűkört rendszerint sikerült hosszabb időn át magasabb nívón tartani.

Legfeltűnőbb volt az eredmény két purpura rheumatica és egy periarteritis nodosa esetében. Mindhárom esetben a serum calciumérték csak az arnea szedésének megkezdése után mutatott kifejezett emelkedést és ez három hét múlva is megmaradt. Mindkét purpuránál thrombopeniát találtunk. A calciumot ezen két esetben intravenásan is adagoltuk és figyelemmel kísértük a purpurákra való hatását. Tapasztalhattuk, hogy fekérsre és injectio után a purpurák eltűntek, azonban járáskor ismét megjelentek. Arnea és calcium együttes rendelése után a purpurás foltok fokozatosan elhalványultak, majd végleg eltűntek és járás alkalmával sem jelentek meg. A purpurák gyógyulásával párhuzamosan haladt a thrombocitaszám emelkedése is. A periarteritis nodosa jód és arnea alkalmazása után gyógyult.

Nyolc tüdőtuberculosisnál 5 esetben a láz csökkenését, az izzadás megszüntését és a testsúly emelkedését láttuk. Ki kell emelnünk, hogy mind az 5 esetben a calciumtűkór kisebb-nagyobb emelkedéséről számolhattunk be. A betegek arsent nem kaptak, tüneti kezelésben részesültek. A nyolc beteg közül kettőnek volt gyakran ismétlődő vérvöröszése is, ami a kombinált kezelés után az egyiknél nem, a másiknál pedig csak egy ízben jelentkezett. A vérvöröszés ideje alatt, mint azt már *Rosenstein* és *Schmidtke* is leírták, magasabb calciumértékeket találtunk. Utána a calciumérték ismét a rendesre tért vissza.

Arteriosklerosis és nephrosklerosis eseteiben a vérnyomás csekély csökkenését láthatjuk.

Érdekes volt megfigyelni az arneatápszer hatását a vérképző szervekre is. Könnyen érthetővé válik előttünk ezen hatás, ha az arnea összetételét megvizsgáljuk. Igen előnyösen mindazon anyagokat tartalmazza, melyekre a legyengült szervezetnek fokozott szüksége van. Az ásványi anyagok közül megtaláljuk alkatrészei között a vasat is, aránylag elég jelentős mennyiségben. Ezért az arnea (por) 3 heti használata után a vörösvérsejtszámra, a haemoglobinszázalékra és a testsúlyra gyakorolt hatását tettük vizsgálat tárgyává. Alkalmazását az idegrendszer kimerülési és gyengeségi állapotai és legtöbb esetben az ezeknél talált anaemia tette szükségessé.

Azon esetekben, melyekben az arsen több ízbeni megismétlése sem tudta a vörösvérsejtszámot és a hae-

2. sz. táblázat.

Sor-szám	Kísérlet előtt		3 heti arnea-szedés után		
	Hgb. %	vörösvérsejtszám	Hgb. %	vörösvérsejtszám	testsúly +
1	70	3,510.000	80	3,980.000	1'80
2	65	3,160.000	71	3,550.000	0'80
3	66	3,290.000	84	4,230.000	2'80
4	74	3,720.000	76	3,730.000	2'0
5	80	3,980.000	90	4,500.000	1'60
6	68	2,990.000	68	2,990.000	1'50
7	57	2,830.000	64	3,240.000	3'0
8	61	3,100.000	67	3,400.000	1'10
9	62	3,110.000	88	4,360.000	0'40
10	76	3,800.000	86	4,330.000	1'70

moglobinszázalékot emelni, megpróbáltuk az arnea adagolását. Ezeknél az arnea szedése után határozott vörösvérsejtszám- és haemoglobinemelkedést figyelhettünk meg. Sőt oly esetekben is, melyekben az arsen hatásosnak bizonyult, az arnea kombinált alkalmazása jótékonyan befolyásolta az arsen hatását és gyorsította a gyógyulást. Ez esetekben az arneát egyedül használva, kielégítő hatást nem tapasztaltunk. Fenti észleléseinket megerősíti *Boruttau* és *Bürger* is, kik porított gabonacsíra és spenótpor keverékével anaemiás állapotokat jól befolyásoltak. Jól bizonyítják *Collazo* állatkísérletei a vitaminoknak az anyagcserére való befolyását. Kíéhezettett állatok vitamindús táplálék mellett az eredeti testsúlyukat hamarabb nyerték vissza.

Ezek alapján az anyagcserére és vérképzésre gyakorolt hatása miatt ajánlhatjuk mindenféle gümőkóros megbetegedésnél. Hatását erősen fokozhatjuk calcium egyidejű belső adagolásával. Elősegíti ebben az arnea magas caloriatartalma, könnyű felszívódása, kellemes íze, a benne lévő vagy még külön alkalmazható vasnak a „D” vitaminok hatására bekövetkező retentiója, calcium deponatio útján pedig az összes tuberculositikus panaszok nagyfokú csökkenése. Anaemiás állapotoknál azon esetekben is, melyek arsen iránt nem érzékenyek, ajánlatos megkísérelni.

Nervosus, astheniás és a vegetatív idegrendszer izgalmi állapotából keletkezett panaszok jól szűntek a rendszeres kúra után. Testsúlygyarapodást kisebb-nagyobb mértékben minden esetben elértünk.

Graviditáznál, lactationál, hol nagy a calciumszükséglet, calciummal való együttes rendelése értékesnek mondható.

Haemorrhagiás thrombopeniával járó diathesiseknél ajánlatos volna minden esetben megkísérelni.

Mint vitamintápszer avitaminosisnál, illetőleg

vitaminszegénység esetén, megbízható hatásánál fogva jogosan rendelhető.

Azoknál az állapotoknál, hol a természetes táplálás nem vihető keresztül (vérző gyomor, ulcus stb.), a lábadozás gyors előmozdítása céljából, végbélből történő jó felszívódása miatt esőrében is adható.

Irodalom: *Abderhalden:* Archiv ges. physiolog. 1922, 197. köt. — *Benedict:* Orvosképzés, 1923, 1. füz. — *Bickel:* D. m. Woch. 1922, 29. sz. — *Klin. Woch.* 1922, 4. sz. — *H. Boruttan—J. Bürger:* Münch. med. Woch. 1922, 51. sz. — *C. H. Collazo:* D. m. Woch. 1923, 4. sz. — *Einis:* Wirchows Archiv. f. path. Anat. u. Physiolog. 256. köt. — *Funk:* Die Vitamine, 1924. — Zeitschr. f. physiolog. Chemie 1922, 88. füz. — *Garofeano:* Archiv. med. belges 1922, 7. sz. — *Hartwich—Bormann—Gert-rauch:* Zeitschr. f. Tuberculose 1922, 37. köt. — *Jansen:* Zeitschr. f. phys. Chemie, 101. köt. — *D. Archiv. f. klin. Med.* 125. köt. — *Kramer—Tisdall:* Journ. of biol. chem. 1921, 47. köt. — *Leicher:* Archiv. f. klin. Med. 1923, 141. köt. — *Maas—Zondek:* Das Hungeroedem, 1920. — *Leuchtenberger:* Beitr. z. klin. d. Tuberculose 1922, 50. köt. — *Poulsso:* Norsk. magaz. f. laegdensk. 1923, 1. füz. — *Róna—Takahashi:* Biochem. Zeitschr. 1911, 31. köt. — *Usener:* Klin. Woch. 1922, 52. sz. — *Zondek:* D. m. Woch. 1921, 50. sz. — *Klin. Woch.* 1923, 9. sz. — *Biochem. Zeitschr.* 1922, 132. köt.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az epe belső dezinficiálásának lehetőségéről.
Rabe F. (Med. Klinik 1926, 37. sz.)

A gyógyszerek nagy száma tanúskodik amellett, hogy a gyakorlóorvosnak milyen szüksége van arra, hogy az epe fertőtleníthető lehessen. Ezt a célt azonban még nem sikerült elérni. Új irányokat sem lehetett az utóbbi években ezen a téren találni. Mivel egy sejtmemreg sem halmozódik fel electiv módon az epében, az epeutakba vivő szernek az epesavakat használják fel. Azokhoz az anyagokhoz, melyek az epesavakhoz kapcsolódva az epeutakba vihetők, a salycilsav, aetherikus olajok és urotropin mellett újabbban még a tryptaflavin társult. Az még azonban bizonyításra szorul, hogy használható-e a többinél. *Specht* sok műtetre került epeköves betegen próbálta ki a fentemlített szereket és tagadja hogy említésreméltó fertőtlenítő hatásuk volna; az egyébként nagyon kívánatos belsőleg való fertőtlenítéssel szemben nagyon kételkedő.

Szerző állatkísérleteket végzett kutyákon, melyeknek epevezetőjét lekötötte és epehólyagsipolyt készített. Az epe valószínűleg a seb nyálogatása következtében állandóan colibakteriumot tartalmazott, ezért külön nem fertőzte. A salycilsavak és aetherikus olajok adása után az epében értékesíthető csiratartalomkevesedés nem állott be. A salycilsavak és származékaik fokozzák az epefolyást és hígítják az epét, mint az ismeretes, de a bakteriumok száma csak a higitásnak megfelelően csökkent. Szerző olyan készítményt próbált előállítani, melyben az epesavakat formaldehiddel és hangyasavval hozta össze. Ennek hatására az epeelválasztás erős fokozódása mellett a csiratartalom lényegesen, egészen ötvenedére is lecsökkent, csiramentessé azonban nem vált. Készítményét betegeken is kipróbálta, de nem felelt meg a hozzá fűzött várakozásnak. Szerével *Specht* is kísérletezett.

A gyógyszerek csiraölő hatásának physikalischemiai feltételei az epében sokkal kedvezőtlenebbek, mint a vizeletben. Az évtizedes vizsgálatok sem derítették teljes fényt arra, hogy miért csökken a vizelet bakteriumtartalma urotropin bevétele után. A bakteriumok elpusztításának mechanizmusa mindinkább komplikáltabbnak látszik. Legújabbban *Schirokauer* tagadja, hogy a vizelet fertőtlenítésében az urotropinnál a formaldehydnek szerepe volna. Az epeahajtószerek azáltal hatnak fertőtlenítőleg, hogy hígítják az epét. A csiratartalom csökkenését az epe mennyiségének szá-

porodása nélkül a szerző egy desinficiáló szer adása után sem tapasztalta. Legfontosabb az ú. n. choloretikus és cholokinetikus hatás együttműködése, amelyet a diéta kezelés, ágynyugalom és meleg alkalmazása képvisel, melyet az ásványvizek valószínűleg támogatnak. Gyógyszerek is segítenek ebben az irányban. Fontos az epeelválasztó és kiürítő hatás ügyes összekapcsolása. A jövő fogja eldönteni, hogy ez a gyógyszerhatás felülmúlja-e a régi physikalisch-dietaetás kezelést. Egyelőre a gyógyításban a főszerepet az erősen hatékony tiszta epesavak játsszák, mellettük a hypophysinnek az epeutakra kifejtett működését lehet értékesíteni. Minél jobb lesz az ezekkel a szerekekkel elért eredmény, annál kevésbé lesz szükség az elválasztott epéhez még fertőtlenítő anyagokat juttatni. *Zolnai dr.*

Baleset és gümőkór. *Tschmarke.* (Mediz. Klinik. 1926, 35. sz.)

A régebbi felfogás az volt, hogy a sebészi gümőkór esetei nagyrésztben traumás eredetűek. Ezt vallotta *Volkman* és *Thiem*. Ezzel szemben az újabb szerzők, mint *Brunn*, *Liniger*, *Dorison*, *Massini* és még sokan csak kis szerepet tulajdonítanak az erőművi behatásoknak a gümőkór keletkezésében. Sokan vizsgálták a lövési sérülések szerepét a tüdőgümőkór fellépésénél, vannak, akik néhány százalékban erre vezetnek vissza, illetve a progressiót vele magyarázzák. Többen vannak, akik viszont nem találtak számbavehető összefüggést közötte. *Zollinger* igen sok esetben tapasztalta, hogy a bordatörések a gümőkórosoknál gyógyulnak, anélkül, hogy a tüdőfolyamatot kedvezőtlenül befolyásolnák. Eltokolt gümős göcöt annak traumás zuzódása miliaris folyamat okává teheti. Ilyen megfigyelései vannak *Liniger*nek és *Flesch-Thebesius*nak, hasonló tapasztalatai vannak a szerzőnek is. Az állatkísérletek azonban mást mutatnak. Gümőkórral inficiált állatnál a trauma helyén nem sikerült gümős elváltozást provokálni. Azt a felfogást, hogy az erőművi behatások a gümöbaciillus számára locus minoris resistentiae képeznek, az utóbb említett szerzők vizsgálatai megdöntötték.

Szerző saját tapasztalatait és az irodalomból levonható következtetéseket az alábbiakban foglalja össze: A balesetnek bizonyítottan és a gümösen megbetegedett szervet sértőnek kell lennie. A sérülésnek jelentékenynek kell lennie, mellyel a beteg mindjárt orvoshoz fordul. A sérültnek valahol a szervezetében gümős göccel kell bírnia. Tüdőben vagy azon kívül lévő folyamatot a trauma rosszabbíthatja. Elsődleges tüdőgümőkórt a mellkasnak vagy a tüdőnek a sérülése nem okozhat. Balesettel összefüggésbe hozható és metastasisnak felfogható extrapulmonalis gümőkór rendkívül ritka és csak különös körülmények között fogadható el. Miliaris gümőkór valamely gümős göcnak traumája révén előfordulhat. A baleset és a gümőkór manifestálódása között legalább 4–6 hétnek kell eltelnie és hat hónapon belül kell lennie, kivételt csak a szem- és a miliaris gümőkór képez. A lefolyásnak összefüggőnek kell lennie. Beoltási tuberculosis baleset révén elismerhető. Baleseti gümőkórnál való véleményadás esetében az előzmények, a beteg, a tanuk bemondásának mérlegelése és a klinikai, pathologiai és kísérleti tapasztalatok egybevetése szükséges. *Zolnai dr.*

Urologia.

A húgyutak lithion-carmin által előidézett vitalis nyálkahártyaibibitójáról. *W. Suchov.* (Zeitschr. für Urolog. Chir. 1926, 19. köt., 5–6. füz.)

Házinyulakon végzett kísérleteinek tapasztalataiból a következőket szüri le: A colloidalis lithion-carmin intravenosus bevitelénél annak jelentékeny felgyülemzése következik be a húgyutak nyálkahártyájában, melynek főleg kötőszöveti része adsorbeálja a festékanyagot. Érdekes és valószínűleg ezzel összefüggő jelenség nagy mennyiségű carmintartalmú hystiocyta megjelenése a hólyagnyálkahártyában a későbbi stadiumban. Ezt a megfigyelést újabb időben *Teploff* is igazolta, aki a festékanyag beadása után a húgyutak hystiocytái-

ban már igen korán carminszelemeket talált. A húgyutak és főleg a hólyag nyálkahártyája e szerint képes a vérbe adott colloidalis festékanyag nagy mennyiségét visszatartani; a festékanyag eleinte diffuse imbibálódik a nyálkahártya alapanyagában, később azután lerakódik a kötőszöveti sejtekben.

A húgyutak nyálkahártyájának ez a tulajdonsága nem a festékanyagnak a húgyutak lumenéből való resorptióján, hanem az intra venam adott festéknek a véráram útján való lerakódásán alapszik.

Teploff megfigyelései szerint a festékanyagnak a húgyutak nyálkahártyájában való felgyülemzése a bevétel után több órán át tart s azután fokozatosan eltűnik innen.

Az említett tények két szempontból érdemelnek figyelmet:

a) Azon lehetőség mellett szólnak, hogy a húgyutak, pl. a vesemedence megbetegedése infectio következtében nemcsak a lumen felől, hanem a véráram útján is bekövetkezhetik. A végzett kísérletekből az következik, hogy a húgyutak nyálkahártyája igen hajlamos bizonyos anyagok részecskéinek felhalmozására, míg egy colloidalis festékanyag részecskéinek behatolása a lumen felől normalis viszonyok közt sem következik be.

b) A kísérletek eredményei lehetségesnek tüntetik fel, hogy gyógyszereknek a véráramba való vitele által terapeutikusan hathassunk a húgyutak nyálkahártyájára. Jelentőséggel bír az a körülmény is, hogy a colloidalis anyagok nagy tömegekben koncentrálnak a húgyutak nyálkahártyájában, de hamarosan el is tűnnek onnan.

Ezeknek az adatoknak az urológiai praxis szempontjából is van jelentőségük.

Ehn dr.

Újabb tapasztalatok accessorikus veseedények pathológiás jelentősége körül. *R. Audler.* (Zeitschr. für Urol. Chir. 1926, 19. köt., 5–6. füz.)

A tübingeni egyetemi sebészeti klinikán 13 év alatt 13 hydronephrosis-est került műtetre, melyeknél accessorikus veseedények fordultak elő. Az ezeken végzett tanulmányait a következőkben összegezi:

Accessorikus vesearteriáknak gyakori előfordulása azoknak fejlődéstani keletkezésével magyarázható. Az alsó vesepólushoz húzódo accessorikus veseedények pangást idézhetnek elő a vesemedencében, de ezeknek az edényeknek egyszerű jelenléte nem lehet egyértelmű hydronephrosis keletkezésével. Az accessorikus veseedényeket nem szabad szigorúan véve a hydronephrosis primaer és egyedüli okának tekinteni, az edényköteg csak bizonyos feltételek mellett lesz lefolyási akadály.

A vesemedence vagy a juxtapelvin ureterszakas kétféleképpen jöhet érintkezésbe az accessorikus edénnyel, úgy, hogy az utóbbi által ezen szervek lumenének compressiója következik be: 1. a vese dislocatioja által és 2. a vesemedence vagy az ureter tágulása által, dinamikus okból dislokált vagy normalisan fekvő vese mellett.

A vesemedence nagyobb dilatatioja esetén az accessorikus edényköteg gyakran sarkantyúképződést idéz elő az ureter beszájadásánál, mely azután további lefolyási akadályt képez. A diagnosis lehetőleg az initialis stadiumban történjék.

A therapia korai műtétnél az edényköteg átmetéséből és nephropexiából áll. Sarkantyúképződés esetén nem elégséges az accessorikus edény átmetése. A sarkantyút ilyenkor plastikus operatio útján kell eltávolítani, ha valamilyen okból nem lehetséges, inkább a nephrektomiát kell választani, feltéve, hogy a másik vese jól működik. A folyamat kétoldalisága, vagy a másik vesének más okból való csökkent functioja a conservativ műtéti megoldás absolut indicatioját képezi. Amásik vese ép functioja mellett a hydronephrotikus zsák infectioja contraindicálja a conservativ műtéti eljárást.

Accessorikus veseedények okozta pyelumbeli pangás korai diagnosisától függ a gyógykezelés sikere; ha a kórismét csak valószínűséggel is állíthatjuk fel, indikált a gyanús vese feltárása.

Ehn dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A kis gynaekologia multja és kilátása. *A. Mayer.* (Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. 1926, 14. sz.)

A nőgyógyászat operativ iránya a therapiát a mai színvonalra emelve, azt a sebészettől teljesen elválasztotta. Jogosan beszélünk a kis, mindennapi nőgyógyászattal szemben nagy, vagy operativ gynaekológiáról. Bár a helyi érzéstelenítés tökéletessége, a leköltésnélküli vérzéscsillapítás, a szövetantiseptis, az öltésnélküli szövategyesítés még mind a jövő problémái, az operativ gynaekologia manapság mégis oly színvonalon van, hogy egyesek nem is érzik a további tökéletesítés szükségességét. Az operativ gynaekológiával történő tüzetesebb foglalkozás következtében a kis nőgyógyászat némileg háttérbe szorult. A műtök beteganyaga a nagy gynaekológiából kerülve ki, a mindennapos nőgyógyászat egyes kérdéseit elhanyagolva, téves felfogások, céltalan, felesleges gyógyeljárások alkalmazásának kialakulására nyújtottak módot.

A szerző a kis gynaekologia körében tapasztalt helytelenségeket több pontban sorolja fel.

Nem helyes, hogy a nőgyógyászati diagnostikában a tüneteket kizárólagosan egy szervre vonatkoztatjuk, nem helyes azon általános felfogás sem, hogy a subjectiv panaszok a betegség helyét meg is jelölik. Már *Hegar* a kis gynaekologia körébe tartozó panaszok egy részét ágyékgerinctüneteknek nevezte el. A helyzet félreismerésével a folyás méhhurrot, derékfájdalmak méhelhajlást, alhasi fájdalmak petefészekgyulladását jelentenek, aminek következménye állandó öblítés, edzés, étetés, tamponálás, massage, stb. A beteg állapota nem javul, az orvos némileg elveszti előbbi tekintélyét és fennálló panaszok a betegben a genitális alkat tökéletlenségének gondolatát idézik fel. A kis gynaekológiában túlságos tért nyert a kés alkalmazása: discissio, scarificatio, portio amputatio és a számos retroflexiót javító eljárás. A legmostohábban a retroflexio kérdésével állunk. Már a gyakorlóorvos nőgyógyászati betegség tudatát idézi fel, ha lényegeset nem talál és retroflexióra figyelmezteti a beteget, ha ilyenkor operál, még betegébb teszi, mint hogyha az asszony csak uterusból állana. A mechanikusan felállított indicatio bizonyosságául szolgálnak azon esetek, ahol műtét dacára, továbbra is megmaradnak a panaszok. Aki ilyenkor azt mondja a betegnek, hogy anatómiailag minden rendben van, a panaszokra nincsen ok, az az orvosi magaslatról a mechanikus nivójára süllyed. A betegeknek másik csoportja a műtétek egész sorát állotta ki és talán végső esetben méhkiirtásra került a sor és csak ezek után derült ki, hogy genitálisan nem is voltak annyira betegek, így hát csalódva és reménytelenül a psychiaternél keresnek gyógyulást. Helyesebb volna retroflexio mobilist nem operálni, ha olykor a műtét ajánlásának elmaradásával talán némi hibát követnénk is el, mégis kevesebbet ártanánk, mint a sokféle ellenértéknélküli műtéti eljárások túlzott alkalmazásával. A szerző felhívja a figyelmet a pontos indicatio felállításának döntő jelentőségére. A therapiás sikertelenséget részben abban találja meg, hogy sok városi kórházban nincsen a nőgyógyászat a sebészettől elválasztva és az itt működő sebészgynaekológusok sokszor a műtéttel nem szolgálgják a betegek javát. A műtét sikertelenségének további oka a testi és lelki alkat elhanyagolása. A testi alkatnál tekintetbe kell venni az infantilismust, hypoplasiát, astheniát, enteroposist, obstipatiót, belsősecretiót. A panaszok súlya tekintetében másképp viselkedik egy férjes asszony, mint egy leány, másképp a családi harmoniában élő, mint az a beteg, ahol a családi összhang nincs meg. Mértékadó a socialis helyzet is, a kenyérkereső nő, amíg pályáján előre akar haladni genitális zavaroktól akadályozva, azokat reánézve terhesnek érzi és biológiai értelmetlenségnek minősíti, de ha asszonnyá lesz, úgy apróbb genitális zavarai is a jövőjébe vágó kérdésévé válnak. A gynaekologiai látszatbetegségek oka lehet a félműveltség, a túlzott tömegfelvilágosodottság, vagy az infectiótól való

kóros félelem. Kutatnunk kell a psychés alkat után is. A tudatos vagy tudatlan sexualis tartalmú képzelődések, a ki nem elégtelenség, vagy az azután való vágy például a fluor okára kihatással lehet. Nem hanyagolható el genitális okok következtében előállott psychés conflictus sem, ahol a primitív sexualis ösztön az anyaság ösztönével, vagy az életösztön és a társadalmi morál kerül összeütközésbe. Aki az előrebocsájtottakat nem veszi tekintetbe, vagy nem foglalkozik eléggé egy beteggel, az csak más elhajlást lát és a beteg lelkivilágának kérdései előtt állott meg. Mennél inkább foglalkozunk ezen kérdésekkel, annál inkább tudjuk az egyén pathológiás egyéniségét feltárva, megérteni őt és annál többet tudunk használni. A beteg bár uterussal jön hozzánk, de az életből jön és az életet hozza magával, amit ő onnan hoz, az neki legalább is olyan fontos, mint az uterus. A kis gynaekológiának is vannak hálás, tudományos problémái. A kis gynaekológiában kevés az okszerű gondolkodás, sok a diagnosistólküli kezelés, sok a therapiás schematismus, a pathológiás tévedés. Túlzott anyagi felfogás, hiányos diagnostikus éleslátás, kritika nélküli orvoslás a kis gynaekologia therapiás eredménytelenségéhez vezet.

Schinger Sándor dr.

Fülgyógyászat.

A hallójárat aktinomykosisának anatómiája és lefolyása. *Döderlein*. (Beiträge zur Anat. etc. des Ohres. 22. köt., 5–6. füz.)

Szerző észlelt egy esetet, amelynél öt éves fiúnak körülbelül egy éves időközökben folyt a jobb füle. Majd hirtelen göresöket kapott és eszméletlenné vált, e miatt a klinikára szállított. Meningitisre utaló tünetek miatt azonnali műtétet végzett. Az antrum sarkakkal kitöltött, sinusból punctio révén folyékony vért kapott, agypunctio révén geny nem volt található. Dura normalis, csak a processus zygomaticus tájékán kissé vastagodott. Lumbal punctum zavaros. A beteg még aznap exitált és a sectio genyes pachymeningitist állapított meg, azonban arra vonatkozólag, hogy milyen úton fertőződött az agy, felvilágosítással szolgálni nem tudott. A histologiai lelet szerint a csontban apró kis genyócok voltak, amelyek szervült sarjszövetekkel voltak körülvéve. A festetlen készítményeknél feltűnt, hogy az egésznek sárgás színe van, ami lipoidokban való gazdagságra engedett következtetni. Tuberculosisra vagy luesra támpontot találni nem lehetett; ellenben a genyócok közepén sugár alakjában elhelyezett gombatelepek mutatkoztak, amelyek pontosabb vizsgálatokkal aktinomykosisnak bizonyultak. Klinikai szempontból fontosnak tartja a szerző ezen esetben a láztalan lefolyást.

Fialowski Béla dr.

Luetikusok mastoiditiseiről. *Truffert*. (Le Monde Médical, 1926, okt. 1.)

Szerző eseteket közöl arra vonatkozólag, hogy bizonyos otogen genyesedéseknél a lues nagy szerepet játszik. Felemlít egy esetet egy 56 éves egyénről retroauricularis fistulával, akinél előzőleg mastoiditis miatt trepanatio végeztek és a fistula semmi körülmények között nem hegedt be. Miután a Wassermann-reactio pozitívnak bizonyult, antiluetikus kúra alá vette a beteget, minekfolytán a fistula gyorsan begyógyult. Ettől az időtől kezdve érdeklődést tanúsított egyes nehezen gyógyuló genyesedések iránt, melyeknél minden esetben Wassermann-vizsgálatot végeztek és ha a reactio pozitív volt, akkor a rögtön megindított antiluetikus kúrára az otogen genyesedések rövid időn belül megszűntek. Egy gyermeknél heveny mastoiditis miatt tipikus csecsenyűványfelvését végzett és a műtét helye normalis idő alatt begyógyult, azonban két hét múlva a műtét hege gyulladásba jött, fluctuálni kezdett, mire újabb műtétre határozta el magát. Meglehetősen nagy mennyiségű genyet boesátott ki, azonban az ezáltal keletkezett fistula begyógyulása késett. Tekintettel arra, hogy a gyermek herédoluesra gyanus volt, antiluetikus kúrát indított meg nála, mire a fistula is gyorsan begyógyult. Szerző azon következtetésre jut, hogy a csecsenyűvány, valamint az állkapocs környékén a gyulla-

dásos sebek luesnél hosszadalmasan elhúzódnak, fistulák képződnek és a tulajdonképeni sebészi gyógyítás nem vezet végleges gyógyulásra, hanem csak egy antiluetikus kúra kapcsán. Egyébként nincs szó arról, hogy ez a gyógyeljárás feleslegessé tenné a sebészi beavatkozást. (A budapesti fülgyógyászati klinikán a fent említett már évtizedek óta ismert tények és luesnél kétségtelenül feltűnő javulást tapasztalunk fülgenyedések kapcsán az antiluetikus kúra révén. *Ref.*) *Fialowski dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Der Querulantenwahn. Ein Beitrag zur sozialen Psychiatrie von *Prof. Raecke*. München. J. F. Bergmann. 1926. Ára 4:50 M.

Monographiaszerű összefoglalása mindannak, amit a kóros pörlekedésről tudunk. Újat a szakember nem talál benne, kivéve a kórrajzokat. Leírja a fölfogásnak azt az átalakulását, melyen a kóros pörlekedés a paranoia fogalmával együtt átment, leírja a rátermettséget, keletkezését, lefolyását, majd a pörlekedő téveszmékről értekeznek. Végül a therapiáról (?) és a törvénytörési megítéléséről szól. Egészen azt látjuk, hogy sokféle elmebajban vannak quaeruláló epizódok, ezeket el kell választani a hosszantartó quaerulálásoktól, de ezt eddig is tudtuk. *Reuter dr.*

Therapie der Kinderkrankheiten. *Rud. Fischl*. Zweite, umgearbeitete Auflage. Fischer. Berlin. 1926.

A német könyvkiadás fokról-fokra lendül s kezdi elérni a háborús évek előtti arányokat. Csak nemrég ismertettük e lapok hasábjain *F. Lust* karlsruhei tanár *Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten* című jeles munkájának IV. kiadását s ma előttünk fekszik a prágai német egyetem érdemdús professzora 1908-ban megjelent munkájának második, teljesen átdolgozott kiadása. A két mű majdnem egyidejű megjelenése, azonos tartalmánál fogva, önkénytelenül arra indítja az olvasót, hogy kritikai összehasonlítást tegyen s ezen összehasonlítás nem válik *Fischl* könyvének hátrányára. Míg *Lust* könyvében hangyszorgalommal gyűjtötte össze a világirodalmi adatokat s így a szakember számára is nélkülözhetetlen, addig *Fischl* munkája minden oldalán a tapasztalatokban gazdag professzor egyéni nézetét tükrözi vissza s hű képét adja a klinikáján dívó meghonosult therapiás eljárásoknak s ha egyes fejezeteknél az érdekes szerző nézetét nem is osztjuk teljesen (lásd a lues cong. fejezetben a kombinált salvarsan-higany-kezelésre vonatkozó kritikai megjegyzését, a pylorus stenosis tárgyalásánál a pylorotomiára vonatkozó szavait, s a croupnál az operatív beavatkozásra vonatkozó sorait, stb.), ez a mű értékét nem kisebbíti. A munka mindenesetre jó segítőtárs lesz a gyakorlóorvosnak, mert ment minden túlzástól s a gyógyító eljárások a nagy tapasztalatú szerző józan kritikai retortáján szűrődtek át. A munka első kiadását szerző a francia *Marfan* tanárnak ajánlotta. A jelen második kiadást szeretett hitvesének dedikálja. A munka kiállítására kifogástalan és dícsérettel az előkelő kiadócéget. *Bókay János.*

A Kir. Orvosegyesület november 20-i ülése.

Barcsay Kálmán elnök bejelenti, hogy *Müller Kálmán* báró az egyesületnek saját aláírású fényképét hagyományozta; továbbá, hogy *Terray Pál* c. rk. tanár elhunyt. Az egyesület felállással fejezi ki részvétét.

Bemutatás:

Mező Béla: *Új irányelvek a mechanikus aspermatismus műtéti gyógykezelésénél*. Hogy érdemes-e a vasoochydostemiát elvégezni, a here punctioja biztos tájékozódást nyújt, mivel punctióval mindig sikerül ondószálakat kimutatnunk. Állatkísérletekkel beigazósított, hogy a *Rasumowsky*-műtéttel készült anastomosison ondószálak átjutnak a húgyvesébe. Bemutatás az ondószinórt félig átvágja, lumenébe tompavégű *Record*-tűt illeszt s azon keresztül az ondószinór átjárhatóságáról győződik meg. Ha az ondószinór csak a lágycsatorna magasságában járható át, akkor az ondószinór a vena saphenából vett viszérdarabbal pótolható. Abban az esetben, ha az ondószinór a lágycsatornában sem járható át, akkor a sphincter ani mellett tompán készített alagúton át vezetett viszeret alul a herével, felül pedig az ondóhólyaggal varrja össze, vagy

a herét közvetlenül az ondóhólyaggal hozza összekötésbe. Ha az egyik ondóhólyag sem volna átjárható, a herével egyesített viszér felső részét a húgycső hártvárszébe ültetné.

Illyés Géza: 20 év óta sokszor volt alkalma Rasumowsky-féle műtétet végezni olyan esetekben, hol gümös mellékherebetegség miatt mindkét oldalt annak eltávolítását kellett végezni, mely után a vas deferens csomkját beültette a herébe. Eredményt egyszer sem látott. Összekötés csak egy kis herecsatornárral jöhet létre, s ez a legjobb esetben is csak nagyon kevés ondószálcát produkál. A herepunctatumból kapott ondószálcája mozdulatlan, mert a mellékhere secretum bír olyan tulajdonsággal, hogy az ondószálcákat mozgásra bírja. A vas deferens körkörös és hosszirányú síma izomrostjai is szerepet játszanak az ondószálcák előbbrevitelében. A vas deferens bajoson pótolható. Jó volna, ha bemutató hozzászóló aggodalmait eredményesen operált eset bemutatásával oszlathá el.

Mező Béla zárszárvában hangsúlyozza, hogy állatkísérletekben és emberen végzett műtétek után a vaso-orchydo anastomosis átjárható lehet.

Előadások:

1. Blaskovics László: *A szemhéjemelő működésének látszólagos helyreállítása szemhéjcsüngés elleni műtét után.* A szemhéjcsüngésnek teljes bénuláson alapuló alakja és a szemhéjemelő hiányos fejlődése esetén eddig kilátástalannak látszott, hogy a rendeshez hasonló levatorműködés jöhetne létre. Ezért a szemhéjemelőnek megrövidítését akkor tartották csak helyénvalónak, ha annak még volt némi működése. Teljes bénulás vagy hiányos fejlődés esetén helyettesítő módszerek jöttek csak szóba. A szemhéjemelőnek a homlokizomra való áthárítása a szemhéjat a frontális síkban húzza felfelé, ennél fogva a szemhéjszárt a szemgolyótól eltávolítja. A felső egyenes sok tekintetben együttműködik a levatorral, ezért *Motais* gondolata, hogy erre az izomra bizzuk a szemhéj emelését, sok követőre talált. Amde ez sem oldja meg a kérdést, mert a felső egyenesnek a felső szemhéjba húzott székja nem működhetik önállóan és mert alváskor a levator és felső egyenes ellentétesen működik, minek következtében e műtét után gyakoriak a szaru fedetlenségéből származó bajok. Előadó úgy oldotta meg a kérdést, hogy minden esetben a levatorra bizza a szemhéj emelését. Ezt azzal éri el, hogy műtétével a szemhéjemelőt tökéletesebben teszi hozzáférhetővé, mint az eddigi eljárások. Továbbá azzal, hogy megfelelő darabot a pillavázból is kivág. Ez a hatást azért fokozza, mert a feszülés az izomban nagyobb lesz és mert a megkeskenyített pillaváz könnyebben hajlik fölfelé. Az így operált esetekben a szemhéj működése a rendeshez teljesen hasonló. A szemcsukását a körizom végzi el, ezzel megfeszíti a megrövidített szemhéjemelőt, a beidegzés megszüntével pedig a levatorban létesített feszülés nyitja ki a szemet. Ez akkor is létrejön, ha a szemhéjemelőt hiányos fejlődése folytán kötőszövetes hártya pótolja csak, mert az előadó módszerével ebben is lehet megfelelő feszülést létrehozni. Ismertetvén a régi módszerekkel 37 esetben és a sajátjával 110-ben elért eredményt, az előadó több betegre mutat be a helyreállított szemhéjműködés igazolására. Ez teljes bénulás esetén természetesen álműködés lehet csak, de meglepően utánozza a rendes szemrésnyitást, legfeljebb azt lehetett némely esetben észrevenni, hogy a szemhéj emelése lassabban következik be, mint rendes körülmények között. Egy esetben a szemhéj mozgása nyitáskor kétszakaszos volt. Visszaesés a műtét után nem volt észlelhető, sőt a műtétet követő időszakban, más műtétmódotól eltérően, az eredmény még fokozódott is, ami a megkeskenyített pillaváz fölfelégörbülésének fokozódásával magyarázható.

2. Polgár Ferenc: *A patkóbél diverticulumaiknak kórisémje.* A duodenum valódi diverticulumaik congenitalisoknak fogják fel, ezeket diverticulumot utánzó egyéb tasakképződésektől el lehet és kell különíteni. 1. Genuin és 2. pseudodiverticulumokat különböztet meg, utóbbiakat pankreasrák, a leggyakrabban nyombél-fekély hozza létre, amelynél a fekélyes szűkülettől oráisan pulziós kidomborodások, ú. n. ulcusdiverticulumok (helyesebben ulcusrecessusok) keletkeznek. A bulbus duod. major oldalából kiindulva, a duodenum patkójában ülhetnek éppúgy, mint a genuin diverticulumok, azonban a fekélyes szűkület és a bulbussal való összefüggés kimutatása megóv a tévedéstől, minthogy utóból genuin diverticulum sohasem indul ki. A Charité-

poliklinika Röntgen-laboratóriumában végzett vizsgálatainknál genuin diverticulum 15 esetét észlelték, melyek közül csak egy ült a patkóbél felső szarán az áthajlásnál, a többi a lelógó és alsó szárból, valamint a flexura duodenojejunalisból indult ki. 4 esetben 2–2 diverticulum volt található, 6 a Vater-papilla körül helyezkedett el („diverticules perivateriens“). A diverticulum sajkaalakú tasakokat mutat, melyben a tartalom a rossz tonus következtében sarlóalakban, vízszintes felső határral helyezkedik el, minthogy a falzat izomrostokat nem tartalmaz. Előfordulása idősebb egyéneknél gyakoribb, többnyire 40-en felül, csak egy beteg volt 30 évesnél fiatalabb. Ez a körülmény, valamint a tasakok évek során fokozódó növekedése a congenitalis eredet ellen szól és szükségessé teszi a dispositio mellett valamely járulékos ok felvételét. A nyombélben és a környező szervekben lejártszódo megbetegedések, melyek intraduodenalis nyomásfokozódáshoz vezetnek, ily okok és ezeket kell keresni genuin diverticulosis lelete esetén. A klinikai tünetek nem jellegzetesek, a Röntgen-vizsgálatnál kerek vagy sarlóalakú baryumfoltot látni közvetlen a duodenum mellett, többnyire annak patkójában. Emellett a passage szabad, stenosis nincsen, a diverticulumot kocsányszerű nyak köti össze a vékonybél üregével, a tasak fala síma és hiányoznak a Kerkring-féle redők. Az esetek ¼-ében a gyomor és duodenum kiürülése után izolált maradék látható a diverticulumokban, aminek kimutatása klinikailag igen fontos. A flexura duodenojejunalis diverticulumaik penetráló kiscgörbületi fekély Röntgen-képét utánozhatják. Jóllehet a genuin diverticulum az esetek nagyobb számában jelentőség nélküli melléklet, nem ritkán okoz szövődeményeket és ezek kapcsán panaszokat. Pangás a diverticulumban és ennek körülírt érzékenysége diverticulitis mellett szólnak, a jobbtovaterjedése duodenitist, a Vater-papilla duzzadása ezzel együtt cholangitist és pankreatitist okozhat. Egy esetben a diverticulumon kívül nyombélfekélyt, egy másikban két genuin diverticulum mellett egy kiscgörbületi gyomor- és egy duodenalis fekélyt tudtak a Röntgen-vizsgálatnál kimutatni. (Demonstrálja esetei Röntgenfelvételeit.)

Közkórházi Orvostársulat nov. 17-i ülése.

Koffler Adolf elnök meghatott szavakban emlékezik meg *bárá Müller Kálmán* haláláról, aki mint a balparti kórházak igazgatója s a társaságnak igazgatótanácsai és később tiszteletbeli tagja, annak irányítására befolyást gyakorolt és az ifjú orvosi generatio nevelőmunkájában tevékeny részt vett. Emlékét a társaság jegyzőkönyvileg örökíti meg.

Bemutatók:

1. Korbuly Emil: *Banti-féle splenomegalia esete 13 éves gyermeknél.* Bemutat egy három éve beteg gyermeket, kinél lépmegnagyobbodást, ascitist, májzsugorodást, ikerust, anaemiát, a kvalitatív vérképben leukopeniát, monocytosist talált. Kizárás útján a Banti-féle betegség III. stadiumába sorozza.

Erdély Gyula: Ha a kérdés sebészeti jelentőségét akarjuk összeállítani, akkor a következő pontokra jutunk: Gyökeres gyógyulás érhető el az első szakban (*Eppinger, Banti 4–14 éves esetei*). Ha a műtét olyankor történik, mikor már a máj is beteg, úgy annak értéke csupán palliatív (kínzó fájdalom, ikerus). Szóval indokolt a splenektomia a Banti-kór mindhárom szakában, feltéve, ha a leromlás nem nagyon előrehaladt.

2. Gáspár István: *Secundaer szivdaganat okozta billentyűelégtelenség.* Tyúktójánál nagyobb, másodlagos orsósejtű sarkomát mutat be, amely úgy keletkezett, hogy a bokatáji sarkoma tüdőáttétje ½ cm-rel a jobb gyűjtőerek beszárjadása alatt áttörte a bal pitvar falát s a bal pitvarban burjánozva, belecsüngött a bal gyűjtőeres szájadékon át a bal kamrába. A daganat — noha csak secundaer módon keletkezett — a halál bekezdését mégis siettette azért, hogy tyúktójánál nagyobbra nőtt és a kéthegyű billentyű elégtelenségét idézte elő.

3. Réthi Aurél: *Kétoldali posticus-bénulás műtétel corrigált esete.* A kétoldali posticus-bénulásnál a hangszalagok a középvonalban fixáltak s így a levegő nehezen jut át a szűk résen, másrészt már kis hurut esetén fulladás állhat be. Sok módszert ajánlottak, de eredményhez nem vezettek. Csak egy esetben sikerült *Weingärtnernek* a gége submucosus eventeratiójával a

betegét levegőhöz juttatni, a hang teljes elvesztése fejében. Bemutató eljárásával, mely a kannaporcizület megnyitása útján a zsugorodott hangrésszükhók kiirtásában áll, az operált hangszalag maximalis oldalállásban fixált, a nem operált hangszalag nyugalomban, a középvonalban foglal helyet, phonatio alkalmával a zsugorodott hangrésszükhók további összehúzásának következtében a középvonalon átsapva az operált hangszalaghoz közeledik. Jelen esetben a 24 éves férfibetegnél a kétoldali posticus-bénulás nyole év előtt történt struma-műtét következtében lépett fel. Fél évvel utóbb idegvarrat eredménytelen volt. Műtét október 1-én, nyolcadik nap canulet eltávolítottuk. Műtét után 14. napra a seb teljesen záródott. Jelenleg a beteg teljesen jól kap levegőt s hangja teljes kiépítése céljából phonetikai kezelésben részesül, amelynek eredményeként a nem operált hangszalag jelentékenyen közeledik az operálthoz.

Előadás:

Stamberger Imre: *A tonsilla-kérdésről, 700 eset kapcsán.* 1919 december 1-től 1926 június 1-ig végzett 700 tonsillektomia tapasztalatairól számol be. Localis okból az esetek 55%-ában, egyéb szervekbeli szövődmények miatt az esetek 45%-ában végeztek műtétet. Az esetek 66%-a gyógyult. A műtét elvégzésénél félig éles, félig tompa kihámozási technikát végzik és nagy súlyt fektetnek pontos sebészeti elvek alapján történő vérzésesillapításra. 77 esetükben sem haláleset, sem súlyosabb műtét utáni complicatio nem fordult elő s mindezek alapján minden más mandulaműtéttel szemben a tonsillektomiát ajánlják.

Kováts József: 1921–22. években tapasztalta, hogy az endocarditisek és polyarthritisekkel kapcsolatban megelőző tonsillitis volt kimutatható. Ez ismert dolog ugyan, de meglepő volt az említett években előfordult számos eset. 1924–26-ban inkább nagyszámú pleuritissel találkozott, melyeknél az előzményekben tonsillitis kimutatható. Jelenleg is nephropathiás, sőt egy súlyos kétoldali pneumoniás beteg fekszik az osztályán, ahol néhány nappal előtte lezajlott tonsillitisek szerepelnek. A chronikus tonsillitisekkel, mint a fertőzés kapujával, chronikus belgyógyászati megbetegedéseknél, mint chronikus arthritisek, endo- vagy myocarditisek, toxikus veselaesiók, minduntalan találkozunk, s tagadhatatlan, hogy az eltávolított tonsillák után visszafelődnek, meggyógyulnak. A polypragmasia ellen óvást emel, a műtét csak komoly indicatio alapján végzendő, dacára a kitűnő műtét eredményeknek, illetve az állítólag teljesen veszélytelen beavatkozásnak. Leghelyesebb az indicatio közös megállapítása a specialista gégeész és a belgyógyász között.

Neubauer Adolf: Különbőség teendő tonsillektomia és tonsillotomia között. Obturatióval gyermekeknél eleendő a tonsillotomia, mely veszélytelen, míg a másik eljárás nem mondható teljesen veszélytelennek a vérzés és az infectio lehetősége miatt. Csak akkor végezzünk tonsillektomiát, ha gyanunk van a tonsilla és a tok között tályogra, továbbá különböző megbetegedéseknél, melyek összefüggésben vannak a tonsillával. Újabban *Rubin* a diathermiát ajánlja tonsillotomia céljából, mint veszélytelen eljárást a vérzés és infectio szempontjából. Ismételt hangszúlyozza az indicatio felállítását.

Réthy Aurél: Minden, még a legkisebb műtét is rejthet magában veszélyt. Ha azonban a műtét indicatio fennáll, a tonsillektomia elvégzendő, sőt éppen gyermekeknél sohasem látott kellemetlen complicatiókat. Vérzés veszélye fennállhat, de ennek megszüntetése sebészileg mindig baj nélkül megoldható.

Campián Aladár: Csaknem 2000 tons. exstirpatio eredménye alapján mondhatja, hogy a műtét kellő technikával és a legpontosabb vérzésesillapítással végezve abszolút veszélytelen. Kiemeli, hogy az indicatio felállításában a kor nem határoz, a műtétet többízben végezte két éves gyermekeknél is. Felemlíti, hogy kimutatható belgyógyászati elváltozás nélkül fennállhatnak hőemelkedések és magas lázak, amelyeket chronikus tonsillitis okozott és műtét után a lázak megszűntek. Hogy tonsillektomia után peritonsillaris abscessus keletkezik, nem lehet helytálló, az ilyen esetekben a tonsillák nem exstirpáltattak.

Neubauer Adolf: Ahol az indicatio fennáll, ő maga is végez kis gyermekeknél is tonsillektomiát.

Safranek János: A műtét technika szakkérdés. Az előadó nagy általánosságban vázolta az indicatiókat, amikor a tonsilla eltávolítása szükséges.

A Természettudományi Társulat Élettani szakosztályának november 9-i ülése.

Egy tudománybarát ösztöndíjasai mult évi munkásságukról a következőkben számoltak be:

1. Geiger Ernő: *Vizsgálatok a cukoranyagcsere köréből.* Splanchnicotomizált nyulaknál atropin injiciálása után göresökkel járó hypoglykaemiák jelentkeznek. A göresök szőlőcukorral vagy adrenalinallal percek alatt megszüntethetők. A hypoglykaemizáló hatás zabal táplált állatokon ritkán, zöld, illetve répaszénán tartott nyulakon azonban minden esetben érvényesül. A zöld táplálék, a máj cukorképző működésének megzavarása folytán, az állatokat hypoglykaemizáló hatásokkal szemben sensibilizálja. Ennek folytán zöld táplálékot tartott, splanchnicotomizált állatoknál körülbelül kétnapos éhezés után spontán jelentkezik göresökkel járó súlyos hypoglykaemia. Ez a hatás normalis állatoknál nem lép fel, mivel a mellékvesék a zöld táplálék okozta anyagcserezavart, a splanchnikusok útján futó centralis ingerek hatása folytán, kompenzálják.

Atropin normalis kutyáknál és nyulaknál, centralis hatásánál fogva, piquurehez hasonló hyperglykaemiához vezet. Splanchnicotomia után az atropinhatás másik komponense érvényesül, mely a májműködés zavara folytán hypoglykaemiát vált ki. Mindezek a kísérletek azt mutatják, hogy a központi szabályozó be rendezések a cukoranyagcsereben nagy szerepet játszanak.

A hypoglykaemiás állatoknál észlelt tünetek mindenben megfelelnek az insulinmérgezés folytán fellépő ú. n. „hypoglykaemiás tünetcsoportnak“. A vizsgálatok azonban azt mutatják, hogy a tünetek kifejlődése nem a hypoglykaemiával, hanem a cukoranyagcsere zavarával áll okozati összefüggésben és ennek folytán helyesebb „dysglykometaboliás“ tünetekről, illetve göresökről beszélni. A hypoglykaemiás állatoknál a chemiai hőregulatio zavara folytán nagyfokú hypothermiák jelentkeznek. A nitrogénkiürítés a hypoglykaemiás napokon 100–200%-kal fokozódik. Ezek a kísérletek is igazolják azt a feltevést, hogy a cukoranyagcsere az intermediaer anyagcsereben centralis uralkodó szerep jut.

2. Reiner László (Pécs): I. a) *Az elektrodialysis elmélete és egy egyszerű apparátus leírása* címen előadta, hogy ellenkezően az eddigi felfogásokkal (*Freundlich, Ruppel* és munkatársaik) azt találta, hogy az elektrodialysisnél bekövetkező pH-változások a használt membránok töltésétől nagy mértékben függetlenek és nem töltött membránok használatánál is felléphetnek. A „savanyosodási tendencia“ a feszültséggel arányos és így a feszültség változtatásával tetszés szerint csökkenhet. Az elektrodialysis végén a pH meg egyezik a dialyzált fehérje isoelektromos pontjával. Leírt egy apparátust, melyben a membránokat két colloidumzák alkotja. A colloidumnak mint membránnak sok előnye van, pl. adsorbeálja a dialyzált fehérjét és így annak töltését veszi fel; könnyen sterilizálható.

b) *A globulin egységességének a kérdése.* A savóból *Hartley* és *Gardiner* szerint való extrahálás után is előállítható egy vízben oldhatatlan anyag, az ú. n. euglobulin. Ez azonban nem meghatározott fehérje, hanem ugyanazoknak az egyelőre tisztán élő nem állítható fehérjéknek a keveréke, mint az ú. n. pseudoglobulin.

c) *Lipoidok és globulin szerepe a Wassermann-reactióban.* Eredetileg Wassermann + savók tökéletes lipoidmentesítés után is Wassermann-positívok maradnak. Az extrahált savók positivitása alig kisebb, mint a nativakké. Az extrahált savókból előállított elektrodialytikus csapadék tartalmazza a Wassermann-antianyag legnagyobb részét, de ez kimutatható az ú. n. pseudoglobulinban is.

d) *Felületi feszültségváltozások szabad szemmel nem látható praecipitációs reakciókban.* A praecipitációs reactio független a savó lipoidtartalmától. Extrahált savók extrahált antigennel kettős gyűrűs reactiót is mutatnak. Az extrahált savókból elektrodialysissal előállított csapadék nem ad praecipitációs reactiót. Úgy látszik a csapadékképződés, éppúgy, mint a complementkötés (1:3) nagy mértékben függ a savó „structurájától“ is. Felületi feszültségmérésekkel az antianyag az ú. n. euglobulin-fraetióban kimutatható.

II. *Fehérjék befolyása az ionok aktivitására.* A fehérjét tartalmazó oldatokban az ion aktivitása

más, mint fehérjementes oldatokban. Ezt a titrációs görbék kiszámításánál tekintetbe kell vennünk. Ha a sav- és lúgkötőképesség meghatározásánál helyes aktivitási coefficientet használunk, akkor, egybehangozva régebbi kísérletekkel, azt találjuk, hogy a tojásfehérje a H-ion-concentratio változásával lépcsőzetesen dissocíál.

3. **Röth András:** a) *Az endophthalmitis chemotherapyjáról.* Az endophthalmitis septica ellen legész-szerűbb gyógymódnak az intravenásan alkalmazott chemotherapy látszik. Az így kipróbált szerek száma kevés, ezeket is rendszertelenül, megfelelő kísérletek nélkül alkalmazták, pedig valószínű, hogy kórokozók szerint más-más antisepticumot kell adni. Házinyulak üvegtestébe ismert virulentiájú és mennyiségű bakteriumot vitt, majd 48, illetve 24 óra után kezdte adni a befeeszkendéseket: trypaflavint, rivanolt, urotropint, resoreint. A gyógyítás — nyole napig naponként egy-egy befeeszkendés — végén nagy különbséget talált úgy klinikailag, mint szövettanilag a gyógyított és kontrollnyulak között.

b) *A trachoma aetiologiájáról.* A trachomás kötőhártya hámsejtjeiben található chlamydozoon tenyész-téte tűzte ki célul. A *Noguchi* és *Cohen* által tenyész-tett kétféle mikroorganizmus közül a nagyobbik, a kez-deti testecskének megfelelő típust 30 esetében csaknem mindig megkapta, de kiderült, hogy ez a *Noguchi*-féle táptalajban különös elfajulást szenvedett staphylo-coccus. Az elemi szemeséknak megfelelő kisebbik típust hatszor sikerült kitenyésztenie, de egy pneumococcus-törzs is egészen ilyen növekedést mutatott. Mégis be-bizonyosodott, hogy úgy a kezdeti testecskék, mint az elemi szemesék alakjuk szerint mikroorganizmusok lehetnek, mert hozzájuk teljesen hasonló mikroorganiz-musok tenyésztek ismert coccusokból a *Noguchi*-féle táptalajban. Abban a kérdésben, hogy bizonyos alkat hajlamosít-e trachomára, bár a status lymphaticus ilyen szerepe többek ezirányú megfigyelése alapján valószínűnek látszik, mégis döntő bizonyítékot csak pontos nagyszámú megfigyelés, a trachomások és nem-trachomások alkat szerint való eloszlásának ismerete alapján vár.

4. **Skrop Ferenc:** *Elektrochemiai vonatkozások az immunitásban.* a) Elektropfestékekkel kezelt bakteriumoknak a nap ultraviolet sugarainak hatása alatt a festékekkel nem kezelt bakteriumokhoz hasonló antige-n hatása van, nincsenek különbségek a kezelt állatok savó-jának agglutinációs titere között, míg a festékekkel kezelt és sötétben tartott bakteriumok a festék elektronega-tivitásának megfelelőleg kisebb-nagyobb agglutinációs titert adnak, amiből arra lehetne következtetni, hogy a festékek a szervezet sejtjeinek és nem a bakteriumok elektromos töltésének megváltoztatásával hatnak.

b) Ha ugyanolyan fajú virulens és nemvirulens bakteriumtörzsek vándorlasi sebességét vizsgáljuk elektrophoresissal, akkor jelentős különbségeket találunk a két törzs között, nevezetesen a virulens törzsből sokkal nagyobb számú bakterium vándorol a pozitív pólusra aránylag rövid idő alatt, mint a nemvirulens törzsből, amiből az következnék, hogy a virulens törzs-ben nagyszámú erősebb negatív töltésű egyed van és kevesebb gyengébb töltésű, ellentétben a nemvirulens törzssel, melyben a gyengébb negativitásúak vannak túlsúlyban. (A dolgozatok a Magyar Orvosi Archivum jövő évi I. füzetében jelennek meg.)

A IX. Magyar Elmeorvosi Értekezlet

f. évi november 6—9-ig folyt le élénk érdeklődés mellett. November 6-án délután az egyetemi elme- és ideg-kórtani klinikán tartatott meg a „*Moravcsik-émlék-ünnepély*“, melyen az orvoskari tanártestület, az igaz-ságügyi orvosi tanács, valamint számos más hatóság és intézmény képviselői jelentek meg. Az ünnepélyt *Oláh Gusztáv* h. államtitkár elnöki megnyitója vezette be, utána *Schaffer Károly* klasszikus szépségű emlé-kbeszéde következett, melyben nagy elődjének tudomá-nyos jelentőségét és a magyar tudományos pszichiatría fejlődésére gyakorolt nagy befolyását méltatta.

A tudományos ülések az Orvosegyesület Sempel-weis-termében tartattak. A megnyitóülésen *Oláh Gusztáv* elnök az értekezlet programjának gazdagságát hangsúlyozta, mely hű tükrökepe a pszichiatría hala-dásának. Majd *Scholtz Kornél* államtitkár a kongresszushoz intézett üdvözlőbeszédében a magyar elme-betegügy megoldására váró kérdéseit vázolta. *Décsi*

Károly főtitkár részletes beszámoló jelentése után meg-kezdődött a tudományos eszmecsere.

Az első ülést az **elmebetegek magánjogi védelmé-nek** kérdései foglalták le, elsősorban *Szladits Károly* egyet. jogtanár referatuma az elmebetegek relatív cselekvőképességéről szerződések és végrendeletek tekintetében. Fejtegetéseinek lényege az elmebetegek cselekvőképességének, illetve cselekvőképtelenségének relatív volta, melyet a készülő polgári törvényköny-vünk tervezésénél tekintetbe kell venni.

Nádas Bertalan ügyvéd: „Törvényjavaslat az elmebetegek védelmére polgári törvénykönyvünk terve-zetéhez“ című előadásával kapcsolatban javaslatot ter-jesztett be, mely az elmekórtan, oktan, diagnosis, pro-gnosis és prophylaxis alapján építi fel a betegek védel-mét, kapcsolatosan a fiatalokúak félreismert klasz-szikus (római jogból vett) védelmével a kizsákmányo-lás és károsodás ellen.

A második ülésen a vita főként a **paralysis infec-tiosus therapiája** körül forgott.

Benedek László és *Kulcsár Ferenc* (Debrecen) „A paralysis progressiva febris recurrens-sal való keze-léséről“ számoltak be, 110 oltott eset kapcsán. Az ember-passaget lumbalis vagy cysternalis liquornak intra-venás, illetve endolumbalis és endocysternalis befees-kendezésével eszközölték. Már az első roham negyedik napján vett víztiszta lumbalis liquorral lehetett positiv oltási eredményt elérni. Az oltási recurrensnél egyik salvarsan-praeeparatummal sem tudták megszakítani a rohamokat. Az oltások után pupillazavarokat, neuritis optica-t és iritist, valamint herpes zostert észleltek, há-rom esetben pedig recurrens exanthemat. 110 oltott eset közül elsőfokú remissiót 121%-ban, másodfokú remi-siót 148%-ban, harmadfokút 229%-ban, exitust 15%-ban észleltek; a többi eset változatlan maradt.

Benedek László és *Kiss József* (Debrecen) 110 re-currens-sel kezelt paralytikus beteg közül elhalt hét be-teg agyvelejének kórszöveti feldolgozásánál nem találtak adatot a folyamatnak fajlagosan benignussá válására vonatkozóan. Egy esetben, melynél egy év telt el a recurrens-kezelés befejezése után és ennél fogva idő volt a szövettani remissio kifejlődésére, a szöveti kép a reparatív folyamatok túlsúlyát mutatta.

Somogyi István, *Büchler Pál* és *Lehoczky Tibor* a Schaffer-klinikán végzett kísérleteik alapján a mala-ria-kezelés értékéről tartanak előadást. 100 malariával, 100 tejinjectióval, 100 specifikusan kezelt és 100 kezelés-ben nem részesült paralytikus-eset eredményeit hason-lítják össze. Legrosszabbak az eredmények a nem kezelt esetekben, alig valamivel jobbak a specifikus kezelés-nél, szembenítően jobbak a malaria- és a tejinjectió-s kezelések után, mely utóbbi kettő értéke csaknem egyenlő. Egyik esetben sem lehet a paralytist meggyó-gyítani, de mintegy 40%-ban a gyógyítás teljes vagy nem teljes remissiót eredményezett. A liquor patholo-giás reakciói közül a gyulladásovak kezelés után inkább hajlamosak quantitativ csökkenésre, mint a nem gyul-ladásovak. A globulin-reakciók csak mintegy 10%-ban válnak negatívvá. Igen resistens a liquor Wassermann-reakciója. A colloid görbék változásai nem congruensek a remissióval. Szövettanilag olykor kifejezettebb, más-kor elmosódottabb gyulladáscsökkenés észlelhető; a malaria-kezelés nem a kórfolyamat egészére, hanem csak a mesodermalis componensére fejt ki csökkentő hatását és ebben a tejinjectiókkal egyenlő hatásúnak bizonyult.

Thurzó Jenő és *Nagy Mihály* (Debrecen) az infec-tiosus kezelés hatásmódjának magyarázatáról értekez-tek. A paralysis klinikai, serologiai és kórszöveti képe-nek az infectiousus kezelések folytán való átalaku-lásai arra mutatnak, hogy az egész előrehaladó, destruc-tív jellegű betegségnek egy inkább jóindulatú agylucessé való átalakulási hajlandósága áll fenn.

A **neurologiai** themák közül *Sarbo Artúr* refera-tuma: „A központi idegrendszer mozgásberendezéséről, tekintettel az extrapyramisus rendszerre“ keltett osz-taklan nagy érdeklődést. A magyar és külföldi irodalom ismertetése kapcsán az extrapyramisus rendszer ros-tozattanát, élet- és kórtanát a tudomány mai állás-pontja szerint, nagyrészt saját úttörő munkálatai alap-ján tárgyalta. Előadó az egész irodalomban első volt, aki kiemelte a nucleus ruber fontos szerepét az álló-helyzet egyensúlyozásában. Ismerteti az extrapyramisus rendszert alkotó egyes idegsejt csoportok különleges sze-repét, ráutal az affectivitás szoros kapcsolatára, ennek az ösztönszerű cselekedetekben viselt fontos szerepére. Áttér az idetartozó mozgási rendellenességek részletes

tárgyalására, külön foglalkozva a szellemi élet és az extrapyramidium kapcsolataival.

Ez utóbbiakról részletesebben beszélt *Hajdu Lilly* a gyermekkori postenkephalitikus psychés elváltozásokról tartott előadásában. Kiemeli, hogy ezek az elváltozások a gyermek- és serdülőkorban fordulnak elő, felnőtteknél nem. A betegség pathopsychológiai analysisére vonatkozólag az „Enthemmungstheoriát” fogadja el és azt találja, hogy a gátlások közül elsősorban az alvást szabályozók tűnnek el, másodsorban a psychomotoros regulációk, ezután a morális és socialis gátlások. Az intellektualitás általában nem szenved zavart; demenciát előadók két esetben talált. A Parkinsonismus veszélye évek múlva is fenyeget.

A megvitatott kérdések egy másik csoportját a **liquor-reactiók** képezték, melyekről több előadás hangzott el.

Benedek és Thurzó (Debrecen) a liquor egy új oxidációs reakciójáról számoltak be, mely a liquor fehérjének egyes chemiai reakciók idejére kifejlett gyorsított hatásán alapszik és ez alapon diagnostikailag is értékesíthető, teljesen új elveken alapuló, egyszerű vizsgálati módszert dolgoztak ki.

Somogyi és Kulcsár a nagykállói intézetben az oxidációs reakciót 100 esetben kipróbálták és azt találták, hogy ez a Nonne-Appelt-reactiót érzékenységekben felülmúlja.

Széky Antal (Debrecen) a Kiss-féle arany-sol-reactio és a Kiss-féle praecipitációs reakcióról végzett vizsgálatairól számolt be. Az arany-sol-reactio, új elméleti megközelítésből indulva ki, bizonyos tekintetben rávilágít a liquor fehérjének finomabb elváltozásaira is. A görbék megítélésénél zavarólag hat az a körülmény, hogy a normalis liquorok is kiesést adnak. A reakcióval schizophreniánál és maniánál is mutatható ki liquor-elváltozás. A Kiss-féle praecipitációs reactio kivitele egyszerű és nagyobb laboratóriumi felszerelést nem igényel, a Sachs-Georgi- és Meinicke-reactióknál érzékenyebbnek látszik.

A **constitutióra és az öröklékenységi viszonyokra** vonatkozó előadások közül

Csörsz Károly (Debrecen) „Az astheniás alkat kérdéséhez” című előadásában beszámolt betegeken és egészségeseken végzett kiterjedt genealogiai kutatásairól a Stiller-féle alkat tüneteire vonatkozólag. A ren-palpabile tünetére vonatkozó vizsgálatai szerint ezen anomalia öröklött voltához kétség nem férhet és abban egy irányított sornak extrém variánsát látja, mely sornak az iránya a női nemre jellemző. Férfiaknál való előfordulásának ugyanolyan diagnostikai jelentősége van, mint egy másodlagos női nemű bélyeg megjelenésének.

Katona Tibor az epilepsiás constitutióról szólva, kiemeli, hogy úgy az exogen, mint az endogen eredetű epilepsiánál szükséges egy belső tényező; a veleszületett epilepsiás constitutio. Typikus, csupán az epilepsiára jellemző testalkat nincs, azonban az esetek 46%-ban az ú. n. dysplasticus habitus feltalálható.

Zsakó István (Dicsőszentmárton): „Hogyan lehetne értékesíteni nekünk, magyaroknak az öröklési kutatások eredményeit” című előadásában a magyar faj degenerációjának leküzdésére az elmebetegek kiterjedt internálását, az alkoholizmus elleni harcot, az ifjúság és közönség nevelését és az öröklés tanulmányozására specialis intézet felállítását ajánlja.

Ezen előadás átmenetet képezett az öröklés kérdéséről a **prophylaxis és egyéb social-psychiatriai kérdésekhez**, mely utóbbiakról több előadás hangzott el.

Ráth A. Zoltán: „Az endogen elmebetegségek megelőzésének módjáról” című előadásában az endogen-betegségek átöröklési menetének tisztázása céljából az intézetekből elbocsájtott biztosan endogen-betegeket és azok utódait hivatalosan ellenőrizni óhajtja és az így begyűlt tudományos anyag egyöntetű feldolgozására egy állami örökléskutató intézet felállítását tartja szükségesnek. Ha már elegendő tudományosan feldolgozott anyag lesz együtt (több generatio mulva), a megelőzésre törvényjavaslat dolgoztatnék ki.

Keresztes Gyula: „Az elmebetegségek praeventiójának módja és lehetősége” címen tart előadást. A közönség felvilágosítását, tanácsadóhelyek felállítását, az elmebajosok nyilvántartását tartja szükségesnek.

Naményi Lajos: „Social-psychiatriai határkérdések” címen tartott érdekes előadást.

Goldberger Márk a 20 éven aluliak öngyilkosságáról szólva, ismerteti Budapest 50 éves statisztikáját az öngyilkosságokról. A 20 éven aluliak öngyilkosságának

okai közül kiragadja a fiatalok fokozott suggestibilitását, a hiányos családi érzést, a tekintélytisztelet hiányát, a korai sexualis érettséget, a mai kor depressió hangulatát, a gazdasági leromlást, az újságcikkek hatását az ifjúságra. A prophylaxis céljából az optimizmus, a vallásosság, erkölcsi érzés, tekintélytisztelet, céltudat növelését és az öngyilkosságokról szóló újsághírek mellőzését ajánlja.

Bányai Zoltán: „Tömeghysteria és öngyilkossági járvány” címen tart előadást. A háború, a forradalmak és a gazdasági válságok révén keletkezett primitív collectív lélek fokozott suggestibilitásából magyarázza a hysteriás járványok kifejlődését, amelyek egyike az öngyilkosságok tömeges megjelenése. Az alkat által kiválasztott öngyilkosokkal szemben majdnem tehetetlen a társadalom, a külső körülményekkel összefüggő, szerzett okokból keletkezett öngyilkosságok a rossz viszonyok megjavításával orvosolhatók. Az anyagi helyzet javulásán kívül a nevelés eszközeinek is nagy szerepe lehet ezen a téren.

A *Sarbó* referatuma mellett az értekezleten még csak egy **neurologiai** themát hallottunk.

Thurzó Jenő (Debrecen): A spasticus-reflexek diagnostikai jelentőségéről beszélve, a reflexek értékelésének főbb szempontjait vázolja, majd főként a Babinsky-tünetről és más spasticus-reflexjelenségekről, valamint egy új reflexről: az előadó által néhány esetben észlelt „lábujjak adductiós reflexé”-ről értekezik.

Az **alkohol-kérdést** két előadás tárgyalta.

Donáth Gyula: „Az amerikai prohibitio hatásáról az alkoholizmusra” címen tartott előadást. Az alkohol-termelés és kimérés korlátozása folytán 1915–1918-ig fokozatosan csökkent az alkoholos elmebetegek száma, nemcsak hazánkban, hanem Németországban, Ausztriában és egyebütt is, majd innen kezdve ismét fokozatosan emelkedett. Az Egyesült-Államokban a prohibitio óta a betegek számának, valamint az általános halandóságnak csökkenése folytontartó s nagyfokú, a jólét és családi élet fellendült, a nemzeti vagyon bámulatosan gyarapodott, a bűnözés pedig csökkent.

Selig Árpád: Az utolsó évtized alkoholos elmebetegeinek statisztikai kimutatásait ismerteti.

Az **elmebetegügy körébe vágó előadások** ugyan csak nagy érdeklődést keltettek.

Oláh Gusztáv: Egy megalkotandó elmebetegügyi törvény elmeorvosi alapelveiről tartott előadásában a prophylaxis rendszerét tárgyalja. A zárt jellegű elme-gyógyintézetek helyett „elme- és ideggyógyintézetek” létesítendőek, nyílt „idegostályal”, ahol bárki saját akaratából befogadható. Az oly elmebetegek részére, kiknek közveszélyessége nem a megbetegedéstől, hanem velük születtett antisocialis hajlamukból folyik, külön biztonsági elme-kórházak, illetve jobbanmondva „munkatelepek” megteremtését tartja szükségesnek, miután az ilyen betegek külön tartása a többi elmebetegek emelését képezi. A notórius iszákosokat szintén ily munkatelepre akarja utaltatni és szükségesnek tartja számukra kellő munkaalkalmak megteremtését, melyek jövedelméből eltarthatják családjukat. Külön megfontolást kíván az olyan ápolók megfenyítésére, akik brutalisan bánnak a betegekkel, miután az erre vonatkozó eddigi rendelkezéseket nem tartja elegetőnek.

Fabinyi Rudolf: „Elmebeteg-mozgalmak Magyarországon 1915 óta” címmel statisztikai adatok alapján Csonka-Magyarország összes intézeteinek 1915–1925. évi betegforgalmát dolgozta fel. A háború derekától fogva a betegfelvételek száma 1921-ig csökkent, azontúl megint nő, de nem oly arányban, hogy abból fokozott morbiditásra lehetne következtetni. A paralysis férfiaknál némi (2%) csökkenést, nőknél ugyanannyi emelkedést mutat. Az alkoholizmus a háború, de még inkább a forradalmak idejében csökkent, azontúl emelkedőben van. A schizophrenia jóval gyakoribb lett; a manias-depressió elmezavarnál pedig az a feltűnő, hogy a háború elején főleg nők, a háborút követő zavaros időkben pedig férfiak kerültek gyakrabban felvételre.

Herz Oszkár (Székesfehérvár): „A könyv és az élet psychiatriája” címmel a gyakorlatból merített példák-bizonyítja, hogy az elmeorvosszaktóknak hosszú elme-gyógyintézeti praxisból eredő tapasztalattal kell bírnia, hogy feladatának jól megfeleljen.

Mandél Ignác (Balassagyarmat): „A családi ápolásról” szólva, a balassagyarmati családi ápolási telep fejlődésének menetét és az ott követett eljárást a betegek gondozása és gyógyítása körül ismerteti.

A **psychologia és pathopsychologia** köréből ugyan-csak több előadás hangzott el.

Hönisfeld Jenő (Miskolc): „Vázlatok az affectivitas tüneteinak értékesítéséhez” címmel példákat vázol arra vonatkozóan, hogy az affectivitasnak kóroktani és tünettanilag döntő szerepe van és az affectivitas tárgyi megnyilatkozásainak beható tanulmányozását ajánlja.

Éltes Mátyás gyógypaed. igazgató az értelmileg fogyatékos gyermekeknél végzett megismételt intelligencia-vizsgálatairól számol be.

Kollarits Jenő: „Álombeszédtanulmányok és azok elmeorvostani jelentősége” című dolgozatában azt fejtegeti, hogy álom közben az agyvelő beszédmozgató kérgé működésben van, de kellő vezetés nélkül. Kísérletei a leghatározottabban ellentmondanak Freud tanításának, mely az álom képeinek fokozott fontosságot tulajdonít, holott éppen az a vezető egyéniség, amelyre Freud az álomból következtetést akar vonni, az alvás alatt korlátozott vagy hiányzik.

A psychologia ifjabb hajtása: a **psychoanalysis**, ezúttal először jutott szóhoz az értekezleten és heves vitára adott alkalmat. Az idevonatkozó előadások:

Hollós István: „Psychiatria és psychoanalysis” címmel a testi és lelki vizsgálati irányok történelmi méltatása után rátért arra, hogy a psychoanalysis annyira magában egyesíti a két kutatási irány lényegét, hogy hivatott lesz ezeket egy új szellemben gyümölcsözően egyesíteni. Az organikus kutatónak psychoanalytikusan is kell tudnia gondolkodni, a psychoanalysisnek be kell vonulnia a gyógyító elmeorvos működési körébe, mert e nélkül még csak megérteni sem tudja betegét.

Eisler M. József a téveszmés önvádások lélektanáról tart előadást, egy önvádásos beteg analysismenetének leírása kapasan. Ez esetben a téveszme a szerephez jutott affectusok irányváltozása s átszemélyesítése folytán jött létre, ami egyben a külvilág felőli visszavonulást jelentette. A lelki zavar átmeneti jellegű volt, előadó a visszafejlődés lélektani útjait ismertette.

Hermann Imre: „Minőségi különbségek a gondolkodásban és az intelligentiában” címen ad elő. Vannak gondolkodás-structurák, melyeknek minőségileg különböző intelligentiáformák felelnek meg. Ezek a psychoanalysis útján ismerhetők fel, egyrészt a primitív gondolkodási mechanizmusok (eltolódás, sűrítés, stb.) felkutatásával, másrészt két gondolkodási elvnek: az élvezeti és a valóságelvnek a hangsúlyozásával. Az intelligencia-vizsgálatoknak ezekre a minőségi gondolkodás-különbségekre tekintettel kell lenniük.

Az értekezlet tudományos ülései három napon át délelőtti és délutáni csaknem szakadatlanul tartottak és az elhangzott előadások hű képét adták az érdeklődés homlokterében álló tudományos kérdéseknek. Az elnöki lendületes zárszavai után az értekezlet november 9-én, késő este ért véget.

Décsi Károly.

A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának november 13-i ülése.

Bemutató:

1. **Vitéz Berde Károly**: *Cornua cutanea in lupo* és *lupuscarcinoma* két esetét mutatja be. A szegedi bőrgyógyászati klinika lupusos anyagán körülbelül 3%-ban talált lupuscarcinomát. A radicalis sebészi eltávolítás-tól látott — legalább időlegesen — viszonylagos jó eredményt.

2. **Molnár József**: *Röntgen-abortus esete*. 24 éves asszonynál háromhónapos terhes méh mellett két-ökölnyi adnexum eredetű abscessus. Röntgen-besugárzásra a 26. napra síma, complicatiomentes vetélés. Egy év múlva utánvizsgálva, az asszony jól érzi magát, a tumor eltűnt, menses rendes.

3. **Balla Izidor**: *Pseudohermaphroditismus femininus externus* esetét mutatja be egy négyéves gyermeknél. Külső genitáliák helyett csak az erősen megnagyobbodott, penissel hasonlóságot mutató clitoris van meg és valamivel alatta a tágult húgycsőnyílás. Helyesebb elnevezés az ilyen esetekre a *sexus anceps*, kétes nemű. Hangsúlyozza a rendellenes fejlődésű női nemi szervek ismeretének fontosságát a szülészeti gyakorlat szempontjából.

Előadás:

Méhes Gyula: *Gyógyszerek hatása a máj véreire*. *Lampe dr.*-ral közösen végzett kísérleti eredmé-

nyekről számol be; a digitalis glykosidáknak az emlősök májára való hatásáról:

1. Srophantin és a digitalis glykosidák a máj véreire szűkítőleg hatnak.

2. A hatás nem rögtön, hanem egy bizonyos lapangási szak után áll be.

3. A hatás nem függ az oldat töménységétől, hanem a sejtek által felvett glykosidák abszolút mennyiségétől.

4. A sejtek a glykosidákat magukba felveszik, onnan nehezen moshatók ki; a hatás tehát tartós és cumulatio lehetséges.

November 20-i ülése.

Bemutató:

Troján Emil: *A csepleszesavarodásról*. A világirodalomban eddig közölt, a szabad hasüregben észlelt 18 csepleszesavarodáshoz egy újabb esettel szolgál. 24 éves férfit heveny féregnyúlványlob tüneteivel szállítottak be a sebészeti klinikára. Műtétnél 22 cm hosszú, 7 cm széles, 360 fokban megcsavarodott csepleszrészt távolítottak el. A cseplesz csúcsa a falli hashártyához volt tapadva. A betegnek két év előtt mogorónyi lágyéksérve volt, ami azonban két év óta nem jött elő.

Előadás:

Filep Aladár: *A szülészeti belső vizsgálatok ki-küszöböléséről* tartott előadásában rámutatott a szülés alatt végzett hüvelyvizsgálatok nagy jelentőségére a gyermekágyi mortalitás és morbiditás szempontjából. Rámutatott arra az érdekes tényre is, hogy a klinikán végzett ezirányú vizsgálatokból kiderült, hogy a klinikán kívül, bábák és orvosok által végzett belső vizsgálatok után szinte háromszorannyi asszony lett lázas a gyermekágyban, mint azok közül, kiket csak a klinikán vizsgáltak. A szülészeti belső vizsgálat minimalisra való szorítását ezek alapján szükségesnek tartja. Külső vizsgálatnál az eseteknek kb. 95%-ban kielégítően lehet tájékozódni a szülés állásáról. A fentmaradó kevésszámú esetben (igen feszes vagy hájas hasfal, hydramnion, a méh állandó tonusos összehúzódása stb.) sem szükséges rögtön hüvelyen át vizsgálni a vajudót, mert a *rectalis vizsgálat* is kielégítő módon tájékozódni lehet az esetek nagy részében. Száznál több vizsgálata alapján ismerteti e téren szerzett tapasztalatait. Oda következtet, hogy bár a rectalis vizsgálat korántsem nyújt olyan pontos és biztos tájékozódást, mint a hüvelyvizsgálat, miután azonban az sem a vizsgálóra, sem a vizsgálóra semmi veszedelemmel nem jár, végzése indokolt. A fentebb említett (igen hájas, feszes hasfal stb.) eseteken kívül indokolt a rectalis vizsgálat akkor, ha bő genyes folyása van a vajudónak, a vulván furunculus, vagy valamely fekélyes folyamat van. Gyakorló orvos, ha előzőleg genyes beteget kezelt és kénytelen uána szülést észlelni, végezzen rectalis vizsgálatot, ha külső vizsgálatnál tájékozódni nem tud. Ha azonban az anya vagy a magzat életét közvetlen veszély fenyegeti, nincs helye a rectalis vizsgálatnál való kísérletezésnek.

Kiss Menyhért és **Kovács József** (kézirát nem érkezett be).

Filep Aladár (zárszó): Miután a bábák belsőleg vizsgálni úgy sem tudnak, viszont a szülőknek életét és egészségét ezirányú manipulációkkal csak veszélyeztetik, azok a belső vizsgálatról teljesen eltiltandók. Ha a baba külső vizsgálatnál tájékozódni nem tud, hívjon rögtön orvost.

Levél a szerkesztőhöz.

T. Szerkesztő Úr! **Korányi Sándor** báró professzor úr a Pécsen tartott tuberculosis-kongresszus bankettjén mondott emlékezetes beszédében rámutatott arra az örömdetes tényre, hogy a magyar orvosi szakirodalom exportja milyen dicséretes mértékben emelkedett az utóbbi évek folyamán. Az egyes tudományterületek teljes irodalmát tükröző *Berichte* és *Zentralblattok* névsorai-ban eddig nem látott mértékben szaporodnak az ismerős nevek, a címek mögött pedig a magyar egyetemek és kórházak.

E sorok írója iparkodó munkása az elméleti orvostudomány egyik ágazatának és e névsorokat olvasva, mindig dobogó szívvel érzi, hogy kellő támogatással nagy, talán nemzetünkre történelmi kihatású föllendü-

lés is következhetik be ezen a téren. Örömébe azonban gyakran kis üröm is vegyül. Ez pedig az, hogy a szerzők gyakran csorbítják nevük magyar jellegét, úgy-hogy sokszor magunk se tudjuk azt felismerni. Valami angol vagy amerikai pedig nyugodt lélekkel németnek tarthatja a német lap cikkeinek szerzőjét, Alexander, Desider, Emerich, Johann, stb. előneve szerint ítélve. A vezetéknevét az úgy is vegyes és azon radicalisan segíteni nem igen lehet. (? Sz.) Azt sem kifogásolhatjuk, ha — praktikusán — csak első betűjét írja valaki keresztnevének. *De ne tegyük németebbé* neveinket azzal, hogy idegen előnevek mögé függesztjük családnevünket. Ha valakit — teszem — Dressler Bélának hívnak, úgy a „Béla Dressler“ nevű szerzőt nem fogják németnek tartani azok, akiket a tudomány alkotóinak nemzetisége — ha futólagosan is — érdekel. „Adalbert Dressler“-t azonban neve után mindenki habozás nélkül németnek hiheti, és pedig teljes joggal. Sokszor a magyar vezetéknevét sem akadályozhatja meg ezt a hatást. „Valentin Feher“ úrról senki idegen nem fogja diagnosztizálni, hogy magyar és valójában Fehér Bálint a neve. Hozzátartozik a dologhoz az ékezetek oly gyanúsán sűrű lekopása — elő- és utónevekről egyaránt —, holott tudjuk, hogy a német nyomdák mily pedantériával ügyelnek a nevek helyes írásmódjára és a legfantasztikusabb dán és svéd ékezetformákat is elkészítetik, csak hogy ne sértsék a név eredeti jellegét. Ha van magyaros nevünk, írjuk németül is úgy, ahogy itthon magyarkodunk vele.

A városokat ma már magyar nevükön írja minden becsületes ember, e tekintetben tehát nem lehet panasz. De — teljes szerénységgel — fölöslegesnek tartom az *egyetem nevének lefordítását*. A pécsi egyetem „Erzsébet“ Tudományegyetem és nem „Elisabeth“, minthogy magyar királyné csak „Erzsébet“ lehet. „Peter Pazmany“ helyett is Pázmány Pétert írják, de különösen idegenül hangzik a „Stefan Tisza-Universitát“ elnevezés. Szeretném látni azt az amerikai, aki német közleményében a „John Hopkins“ egyetemet „Johann Hopkins“-nak fordítaná! Hiába, ezen a téren szédületes a mi alázatosságunk és a tudományos szakirodalom ezen tünetei csak szelid részjelenségei annak az általános szervilitásnak, mellyel az idegen nemzetiek szokásai elől hátrálunk a magunkéval. A magyar ember unikum például abban, hogy ha németül beszél, saját fővárosának, Budapestnek a nevét is németesen „Budapest“-nek ejti. Más népeknél az udvariasság felső határát csak az jelenti, hogy az *idegen* város nevét ejtik ki jól az illető idegen nyelven. De hol az az amerikai, aki „Nev-jork“-nak mondja majd magyarul New-York nevét?

Milyen jó volna, ha e csúf szokásaink teljesen eltűnnének! Pedig nem kellene hozzá sok: egy kevés jóakarát, a kicsit mindig világpolgár érzésű orvos egészséges localpatriotismusa csupán!

Elégedjünk meg azzal, hogy magyarok vagyunk és ha van valami eredmény, ami nemzetünk súlyát emelni hivatott, ne leplezzük, hogy magyartól származik. A tudomány az emberiség közösségének tulajdona, de ahogy a jó munkáért az egyént is illeti elismerés, éppúgy a nemzetet is, amely őt létrehozta.

Pécs, 1926. évi november hó 6-án.

Tisztelő híve:

Jendrassik Loránd.

Levéliro fiatal barátom kezét örömmel szorítom meg az orvostársadalom színe előtt, mert bizalommal tölt el, hogy vannak a fiatalok között is olyanok, kik a tudomány lelkes művelése mellett azt is érzik, hogy magyarok; sőt kötelességükül ismerik, hogy ezt a mi könnyen elalvó nemzeti érzésünket másokban ébresztgessék. Mind aláírom azt, amit mond, még az egyetemekre nézve is és vétkes hanyagságnak tartom, hogy mi e csekélységeknek látszó nagy dolgokkal nem törődünk. Csak egy kérdés fölött nem értem, hogy megalkuvással siklik el: s ez a *családnév idegensége* (vezetéknéve nincs a magyarnak, csak vezetéklóva; sem elő-

neve, hanem keresztneve). Azaz hogy értem; s éppen *Jendrassik Loránd* esete, kitől bajosan volna megkívánható, hogy híres családnevét megváltoztassa mit maga is disszel övezett már fel, fog bizonyítani a mellett, amit mondani akarok.

Szerintem minden jó magyar érzésű embernek le kell küzdenie azt az idegenkedést, ami őt részint családi hagyományból, részint álbüszkeségből nevének magyarosításától visszatartja. Értem ez alatt a szerény, polgári nevek választását, nem pedig történelmi nagy nevekkal, vagy egy-egy actualis közéleti névvel való hivalkodni akarást, mit örökös kárunkra, de az új név viselőire örök nevetségül régen megengedtek. Ha pedig már ezt minden jó magyartól, legalább is fiatalabb korában elvárom: még inkább várom attól és szeretnék mindent elkövetni hogy megtegye, akiben ébredni kezd valami tehetségféle és nincs kizárva, hogy nagyra nő. Mert ha valaki idegen nevével elkezdte magát közismertté tenni, az már egyre nehezebben fogja rászánni magát, hogy egy névváltoztatással legalább külsőleg, a nagy világ előtt szakítson addigi múltjával, érdemeivel. És a naggyá nőtt idegen név már fogja nem csak azt, aki növesztette, hanem a fiait is, a rokonait is: s ez a sok utód-érték mind-mind elveszett a magyar nemzet számára; ez a *Jendrassik Loránd* esete is (tegyen legalább egy ékezetet a nevére). Mert hogy az erős nemzeti érzésű német vagy szláv előtt mennyire nem tudjuk magunk számára egy *Semmelweis*, egy *Tanagl*, egy *Krompecher* értékét *magyar érdemek* kivészekedni, azt mindenki tudja, aki velük ily dolgok felett vitatkozott és érezte, hogy ha udvarias fölényel hallgatnak is, magukban mást gondolnak. Azt, hogy ez ázsiai nép kultúráját még mindig csak a beléje oltott idegen hajtások segítségével tud termelni. Ez faji alapon végelemzésben részben igaz is lehet, de a nemzet szempontjából nem az és óriási veszteség. Ha tehát valaki ehhez a nemzethez tartozóan érzi magát, és nem akar annak sem kicsiny, sem nagyra nőtt mivoltában ily veszteséget okozni, annak — ha viselt nevének már is súlyos volta nem akadályozza — nem szabad oly kicsinyes ellenvetések miatt meghátrálnia a névmagyarosítástól, mint „*hogy mit szól hozzá az apám?*“ vagy „*nem tartanak-e hiúnak, törtetőnek, idegen tollakkal ékeskedni akarónak?*“ És ha ezt a kis szerkesztői megjegyzést csak annyi siker is koronázza, hogy egy-két orvostársam megmagyarosítaná családnevét, magammal elégedetten tenném le a tollat.

Vámossy.

TERRAY PÁL

Ismét magyar tudóst kísértünk utolsó útjára, kevésszavú, hallgatag magyart, aki sohasem igyekezett azon, hogy értékeit odavigye a világ nagy vásárába; komoly és kemény magyart, aki előkelő lelkehez méltatlannak tartotta volna vásári tolongásba keveredni. Magyar elődeinek hagyománya: kötelességek vállalása, vállalt kötelességek teljesítése zaj és feltűnés nélkül, egyedül saját lelke megalégedését keresve — a nobile officium — determinálta egész életét, mint annyi előkelő magyar tudóst, akik tanultak, tudtak, tanítottak s azután a halál szomorú intésére feltűnés nélkül állottak félre arról az útról, melyet becsületük és géniuszuk fényével világítottak meg egy életen át.

A *Korányi Frigyes* klinikáján kezdte pályáját; már tanársegéd volt, mikor e sorok írója, mint hallgató, megismerte s a laboratóriumot vezette, mikor ugyanarra a klinikára mint gyakornok belépett. Nagy tudása, munkabírása, komolysága éveit számánál idősebbnek mutatta azok előtt is, akik alig voltak nálánál fiatalabbak s a kórteremben, laboratóriumban szinte féltisztelettel vették körül, mikor munkájukat szigorú arccal felülvizsgálta. Betegvizitjei, kurzusai, a professzor helyett tartott előadásai a hallgatóság körében

már ekkor híresek voltak, s mikor hosszú szolgálat után a docenturával megvált a klinikától, magával vitte úgy a hallgatók és a klinikai személyzet becsülését, mint nagynevű professzorának bizalmát és barátságát, ami *Korányi Frigyes* egész életében változatlanul meg is maradt.

A belgyógyászati laboratoriumi munka az ő klinikai működése idején még gyermekkorát élte, de bármily hatalmas méretűvé vált azóta, *Terray* ennek a gyors fejlődésnek mindig ura maradt. Nagy irodalmi munkássága, az anyagcsere kérdéseire vonatkozó tanulmányai közismertté tették nevét a tudományos világban.

Korányi Frigyes, mint a régi nagy klinikusok, kiknek a mai kémiai és fizikai eszközök nem állottak rendelkezésükre, mestere volt a betegmegfigyelésnek, s vezetése és útmutatása mellett a *Terray* megfigyelőtehetsége is a legszebb fejlődésnek indult. Ez a képesség sokkal közelebb hozza az orvost a beteghez, aki ösztönszerűleg érzi, hogy ő maga, a beteg — és nem csak a betegség — a megfigyelés, a gyógyítás tárgya. Ez a képessége tette kedvelté a gyógyulást keresők között, bár a fényes praxisú orvosok közé sohasem tartozott. Komolysága, egyszerű keresetlensége, hűsége inkább azok gondolkozásának felelt meg, akik képesek e tulajdonságok értékét megérteni vagy megérezni.

Poliklinikai működése fényt és dicsőséget szerzett ennek az intézménynek, itt fejlődött ki orvosi tehetsége a maga teljességében. Ettől az intézettől — ahol a rendkívüli tanári címet is kapta — nem is vált meg akkor sem, mikor az egyik belgyógyászati tanszék megüresedése alkalmával biztos kilátást nyújtottak neki a professzori kinevezésre. Egészségi állapotának labilitásával hátrította el magát a legnagyobb kitüntetés, ami pályáján érhetne; igaz, hogy idegeit egy életen át tartó megfeszített munka súlyosan megviselte, de szigorú önkritikája bizonyára túlozva ítélte meg helyzetét, mikor azt vélte, hogy a klinika vezetésével járó fokozott munkát nem bírná abban a tempóban, amelyben ő azt fiatalabb éveiben önmagától elvárta volna.

Maradt tehát ott, ahol volt, lemondva dicsőségről, nagy pozícióról, anyagi előnyökről — de hűen önmagához. Később a poliklinika igazgatói állására sem vállalkozott s dolgozott tovább csendben a tudomány, a betegek s ezek mellett az orvosi rend érdekében, mert szívesen vett részt orvostársadalmi működésben is, s az Orvosszövetség és a Magyar Orvosok Nemzeti Egyesülete munkás és lelkes tagját veszítette benne.

Későn, a háború alatt házasodott, mikor túl volt halmozva háborús munkával, kétségek közt nemzete sorsa fölött a harcok ingadozásai közepette. A szeretetteljes asszonyi gond segítette át az idegrendszerét még inkább megviselő éveken, az összeomlás és a kommunizmus súlyos időszakán. Bizonyára ennek köszönhető, hogy az idők jobbrafordultával szívesen kereste fel ismét barátai társaságát, ahol különben való komolyságát kedves vidámság, az igaz magyar humor, az „Arany János derüje” váltotta fel.

Baráti köre nem volt nagy; aki talán a legközelebb állott hozzá, a legrégebb: *Makara Lajos* hamar vált meg attól a baráti körtől, melyben nagy aratást végzett már a halál. Akik megmaradtunk a régiak közül, akik hozzánk csatlakoztak a fiatalabbak közül, akik lekötözöttjei voltak betegei közül — együttvéve sem sokan — mikor visszatértünk friss hantjaitól a novemberi ködös délután sötétjébe boruló városba, a magyar tudós sorsáról beszélgettünk.

R. Zs.

VEGYES HÍREK

Kérjük hátralekos előfizetőinket, kiknek 41. számunkhoz befizetési lapot mellékelünk, hogy annak felhasználásával az előfizetési díjat beküldeni szíveskedjenek, mert annak elmulasztása lapunknak igen nagy kárt okoz. Előfizetési díj: egész évre 250.000, fél-évre 125.000, negyedévre 65.000 K. Külföldi előfizetési áraink, valamint a Magyar Orvosi Archivum és az Orvosképzés előfizetési ára, ami ugyanezen befizetési lapon küldhető be, a borítékoldalon olvasható.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület november 27-i ülésének napirendje: *Bemutatás: 1. Dózsa Jenő: a) Vese-medence-papilloma 4 esete. b) Nagy serosus vesecysták. 2. Richter Hugó: Tüneti migraen műtéttel gyógyult esete. 3. Liebermann Leó: Megjegyzések a congenital-lueses keratitis parenchymatosa terapiájához. Előadás: 1. Duzár József: Adrenalin-tetania (filmelőadás). 2. A Magyar Orvosi Filmarchívum első száma: Asplasia sterna. (Prof. Bókay János esete.)*

A Közkórházi Orvostársulat december 1-én ülést tart a következő tárgysorozattal: *1. Stamberger Imre: Rostatómkeleg kitakarításával gyógyult retrobulbaris phlegmone esete. 2. Levius Lajos: Tuba lipoma. 3. Erdély Gyula: a) Szokatlan megjelenésű agytályog. b) Hernia duodenalis acreta. Előadások. 4. Mezei Károly: Újabb irányelvek a kozmetikában. 5. Biró Sándor: A húgycsökankó mai kezeléséről.*

Grósz Emil dr. egy. tanár a Tisza István Társaság körében tartott „Az egyetemek multja, jelene és jövője” címen igen érdekes és feszült figyelemmel hallgatott előadást, mit kivonatossan közlünk, mert egész terjedelmében a „Budapesti Szemlé”-ben fog megjelenni.

A lipesei és berlini egyetemet 500, illetve 100 éves fennállásuk alkalmával az egész világ egyetemei és az egész német társadalom ünnepelték. Ennek az a magyarázata, hogy az egyház és állam mellett a harmadik nagyhatalom a tudomány.

Magyarországon az egyetemek iránt nincs nagy érdeklődés, azokat a lakosság nem is ismeri. Előadásában megismerteti az egyetemek multját, betekintést nyújt azok belső életébe s megvilágítja a jövő feladatait. E célból a párizsi, az oxfordi és a berlini egyetemet mint típusokat ismerteti.

A párizsi egyetemet a XII. században alapították, 300 éves virágzását 300 éves hanyatlás követte s a forradalom azon indokolással törölte el, hogy a köztársaságnak nincs szüksége tudósokra. *Napoleon* Univerzité Imperiálja a szakiskolai rendszert létesítette s csak a harmadik köztársaság állította helyre az egyetemi rendszert, melynek hatása alatt a párizsi egyetem hallgatóinak száma 22.000-re emelkedett. A cité universitaireben a francia és külföldi hallgatók collegiumainak egész sora keletkezik. Ide szánta gróf *Klebelsberg Kuno a Collegium Hungaricumot*.

A XII. században alapított oxfordi egyetem az általános műveltség és a sportra fekteti a fősúlyt. Jellemvonása, hogy az ösztöndíjasok a legelőkelőbb s leggazdagabb tanulókkal egyenlő műveltségre tesznek szert s egyenlő elbánásban részesülnek.

A német egyetemi típust az 1810-ben alapított berlini egyetem képviseli. *Humboldt* a tudomány uralmát biztosította s a berlini egyetem a tudományos kutatást és az oktatást egyesíti magában.

Ezután a *Pázmány Péter* által alapított s *Mária Terézia* által újjáalkotott budapesti egyetem fejlődésével foglalkozik, megismerteti az 1848: XIX. t.-cikket az egyetemről, a Thun-féle még ma is érvényben lévő osztrák szervezeti szabályzatot, s az egyetem hatalmas fejlődését a kiegyezés óta.

Végül az egyetem jövő feladataival foglalkozik, ezek: a tudomány művelése és az oktatás mellett a tudomány terjesztése. A különvált műegyetem is azóta fejlődött hatalmas méretekben, amióta a szakképzést a tudomány művelésével erősítette. A tudományos jellegű állatorvosi főiskolának a közgazdasági fakultással való egyesítését kívánatosnak tartja. A kutatóintézeteknek az egyetemekkel kapcsolatban kell maradniok, ezeket az egyetem nem nélkülözheti, viszont a kutatóintézetek az egyetem tápláló ereje nélkül elsorvadnának. Az egyetemnek, hogy feladatát betöltse, autonómiára van szüksége. Ugyancsak szükséges, hogy az egyetemek kölcsönösen támogassák egymást. Az egyetemnek nagy hatása van a társadalomra; asszimiláló erejét a társadalmi béke érdekében kell érvényesítenie. A nemzeti erő ápolásában és fejlesztésében *Tisza István* szellemében az állam leghűségesebb támogatója, segítője.