

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

T A R T A L O M:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Krepuska Géza: Az otogen pyaemiáról. (143—148. oldal.)
Petényi Géza: Kanyaró e. leni activ immunizálás. (148—149. oldal.)

Benczúr Gyula: A „rheuma“-kérdés kutatásának perspektívái. (150—151. oldal.)

Preininger Tamás: A psoriasis, dermatitis és ekzema vérhydrogenion-concentrációja. (151—153. oldal.)

Filep Aladár és Molnár József: A metrosalpyngographia a sterilitas diagnostikájában. (153—155. oldal.)

Sztolár Ernő: James Ewing-féle veserák. (155—157. old.)

Bochkor Ádám: Spontan bélrepedés. (157—158. oldal.)

Kukán Ferenc: A keratitis parenchymatosa kezelése bismuthtal. (158—161. oldal.)

Klinikai előadás. Salamon Henrik: A gyermek magas és szűk szájpádlásának jelentősége. (161—162. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (25—28. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Szemészet. — Gyermekorvostan. — Elméleti tudományok köréből. (162—163. oldal.)

Könyvismertetés. (165—166. oldal.)

Közkórházi Orvostársulat január 25-i ülése. (166—167. o.)

A Magyar Röntgentársaság jan. 23-i ülése. (167. oldal.)

A Debreceni Orvosegyesület január 26-i ülése. (167—168. oldal.)

Verebély Tibor: Semmelweis-serlegbeszéd. (168—170. o.)

Vegyes hírek. (170—171. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az otogen pyaemiáról.

A Szent Rókus-közkórház fülészeti osztályának beteganyaga alapján.

Ünnepi Semmelweis-előadás. Tartotta a Közkórházi Orvos-Társulat 1928. évi január hó 11-i évváró közgyűlésén **Krepuska Géza dr.** egy. ny. r. tanár.

(Első közlemény.)

Tisztelt Elnökség!

Tisztelt Uraim!

A Közkórházi Orvos-Társulat Elnöksége csekély-séget szólította fel, hogy a mai évváró ülés keretében szokásához híven Semmelweis Ignác Fülöp emlékeztetének megünneplésére előadást tartsak.

Ezen megtisztelő bizalomnak úgy véltem legmáltóbban eleget tenni, hogy szakmám, a fülészet köréből oly megbetegedés tárgyalását választottam, amely származás, fejlődés és körlefolyás tekintetében joggal hozható párhuzamba az úgynevezett „gyermekági lázzal“.

Ezen megbetegedés, amelyet előadásom tárgyánál választottam, a *középfül genyedéséhez társult általános fertőzés*, röviden az „*otogen pyaemia*“ és az ezt előidéző közvetítő lobos folyamatok, mint a vivőeres öblök gyulladás, a *sinusphlebitis* és *thrombophlebitis*, különös tekintettel a Szent Rókus-közkórház fülészeti osztályán észlelt beteganyagra.

Mielőtt tulajdonképeni tárgyamra térnék, szükséges látom a további fejtegetések tisztább megértése okából előjáróban a hallószervnek a koponyaüreghöz és annak tartalmához viszonyított topographiai helyzetét vázolni és egyes elnevezéseket tisztázni és rögzíteni.

Amint tudjuk, a dobüreg és a hallószerv többi részét magában foglaló sziklacsont a koponyaalap középső részét úgy alkotja, hogy a sziklacsont piramisának mellső felszíne a koponyaüreg középső gödrének hátsó falát, a pyramis hátsó felszíne a koponyaüreg hátsó gödrének mellső falát alkotja, úgyhogy a pyramis felső élén végigtapadt agancs-sátor (tentorium cere-

belli) a két koponyagödör között határfalat képez (eredési helyén a sziklacsont felső vivőeres öblét [*sin. petrosus superior*] tartalmazza, amely a sigma alakú öblöbe ömlik és apróbb-nagyobb vivőereivel a kisagy vivőeres rendszerével áll összefüggésben). A sziklacsont piramisának mellső és hátsó felszínét a kemény agyburók borítja, mely a hátsó felszínén szokatlanul feszesen tapad a csontra, itt a belső hallójárat csatornáját béleli ki a belső hallójárat fenekén levő rostalemez, tehát egy csatornát alkot, amelyben a VII. és VIII. ideg fekszik.

Az agyból a vivőeres vér a kemény agyburók lemezei által alkotott csatornákon, az úgynevezett *vivőeres öblökön át (sinus)* áramlik a szív felé. A kemény agyburók fejlődéstanilag is a koponyaesontok belső csontthártyájának tekintendő és mint ilyen, feszesen borítja a koponya következtében az általa képezett vivőeres öblök, eltérően a test többi vivőereitől. tátongó, össze nem lapuló és billentyűkkel nem bíró csatornák, amelyekben a vér a hydrostatikai törvényei szerint a nagyobb nyomás helyétől a kisebb nyomás helyére törekszik.

Ezen berendezés folyamánya az, hogy a vivőeres öblökben a vér áramlási iránya adott körülmények folytán megváltozhatik, illetve ellenirányúvá válhatik, amely körülmény, amint a további fejtegetésekben látni fogjuk, igen nagy szerepet játszik a thrombusképződésnél, de különösen a genyes vagy evesen szét-esett thrombusrészek tovább sodrásának a mechanizmusánál.

A kemény agyburók vivőeres öblei nemcsak az agy és kisagy vivőeres vérét, hanem — a kemény agyburók csontthártyaszerepének megfelelően — a koponyaesontok vivőeres vérét is szállítják centripetálsan, tehát adott esetben a sziklacsont nagy részének a pulposus csont állományának, valamint a sziklacsont üregeit kibélelő nyálkahártya vivőeres recejének a vérét közvetlenül a vivőeres öblökbe juttatja, és amint látni fogjuk, éppen ez oknál a pyaemiás megbetegedéseknél ezen vivőeres rece igen nagy szerepet játszik.

Amíg a test más részeiben a vivőerekben billentyűk találhatók, amelyeknek célja a véráram centripetalis áramlásának szabályozása, addig a kemény agyburkok vivőeres öbleiben ilyen billentyűszerkezet nincsen, kivéve a *bulbus venae jugularis*, amelyben nem annyira billentyű, mint egy redő szűkíti a csatorna üregét, ezáltal csökkenti a véráramlást, és ennek tulajdonítható, hogy nagyobb vérrögök ezen helyen telepedhetnek meg elsősorban.

Fülészeti szempontból minket elsősorban azon vivőeres öblök és erek érdekelnek, amelyek a sziklaesont közvetlen közelében, illetve magában a sziklaesontban vannak.

Ilyen a *haránt vivőeres öböl*, a *sinus transversus*, amely a nyakszirtesont dudorától kiindulólá, ahol az ellenoldali *sinus transversus* a *sinus longitudinalis superior* és a *rectus* által alkotott sinustorkolat van, a nyakszirtesont és a halántékesont pikkelyének belső felületén, a felső tarkóvonal szintjében vízszintesen halad és a csecsnyúlvány hátsó szélének megfelelően a sigmaalakú vivőeres öblbe megy át.

A *sigma alakú öböl* (*sinus sigmoideus*), mely a sziklaesont belső felszínén levő árokban (*sulcus sigmoideus*) fut a *transversus* folytatásaként, egy úgynevezett felső térdel kezdődik, amelyből felülről lefelé hosszabb-rövidebb szakaszon a függőleges szárba megy át, majd az úgynevezett alsó térdnél medialis irányban hajlik, képezvén az úgynevezett vízszintes szárát, amely a *foramen lacerum anticum*nál a koponyaüregből kilépve a dobüreg feneké alá jut, ahol a nagyobb tágulás, az úgynevezett *bulbus venae jugularis* képzése után mint torkolati vivőér (*vena jugularis*), a nyak oldalsó részén haladva, a *venae subclaviába* ömlik.

Gyakorlati szempontból nemcsak az itt említett *sinus transversus* és folytatását képező *sinus sigmoideus* fontos a sziklaesontgyenedések esetén a fertőzés továbbvezetésében, hanem hasonló fontosságúak ezen vivőeres öblbe ömlő kisebb vivőerek.

Így a *sinus petrosus superior* a pyramis felső élén, a kisagysátor tapadási helyén, ennek lemezei között a *sinus cavernosus* hátsó végét köti össze a *sinus sigmoideus* felső térdével. Beléje szájadzik a *vena aquaeductus vestibuli* és a csontos labirinth vivőerei, ezenkívül összeköttetésben állanak a *frissura petroso-squammosán* keresztül a dobüreg vivőereivel és a *vena meningea mediával*.

Sinus petrosus inferior, amely esetenként a *bulbus venae jugularis*, egyes esetekben pedig a *jugularis interna* felső szakaszát köti össze a *sinus cavernosus*-sal, a pyramis hátsó éle és a nyakszirtesont által képzett vályúban fekszik.

Sinus caroticus a carotis sziklaesonti részében a carotist körülvevő bő vivőeres rece, amely a dobüregi és pyramis-csontvelő *venosus* vérét a *sinus cavernosus*-ba juttatja.

Vena mastoidea, mely az *emissarium mastoideum* egyik ága a csecsnyúlvány belsejének vivőeres vérét a *sinus sigmoideus* vízszintes szárához vagy alsó térdéhez vezet és a csecsnyúlvány csontlobjánál a fertőzés továbbvitelében jelentékeny szerepet játszik.

Vena condyloidea anterior és *posterior* a *bulbus venae jugularis* és a *plexus venosus spinalis*, illetve a *plexus vertebralis* között képez összeköttetést és *thrombophlebitis* esetén a mély nyaki, illetve *perivertebralis* koponyaalapi tályogokhoz vezethet.

Még megemlíteném azon tapasztalatot, hogy a koponyaüreg vivőeres öblei, valamint az azokkal összefüggő vivőerek nagysága, összeköttetés tekintetében igen nagy változatosságot képeznek, amely egyéni

aberrációk a sziklaesontmegbetegedés esetén a további szövődmények keletkezésénél igen nagy szerepet játszanak, sőt mondhatom, hogy az egyén sorsát döntik el.

Ilyen a többi között a *sinus sigmoideus* proximális vagy laterális fekvése, mely esetekben a *sinus sigmoideus* a csecsnyúlvány pikkelyes részében vagy a hallójárat falában felületesen fekszik, tehát a dobüreg melléküregeinek megbetegedésénél könnyebben fertőződik, műtételnél pedig nehézséget okoz.

A tágabb *vena mastoidea* könnyebben vezet a *sinus sigmoideus* fertőzéséhez vagy a tágabb *sinus petrosus inferior* a *sinus cavernosus* megbetegedéséhez, mint a *normalis vena*; és a *sinus petrosus superior* elváltozása esetén, ha a *vena meningea mediával* tágabb összeköttetése van, gyakrabban vezethet a halántéklebeny encephalitiséhez és tályogképződéshez, mint ezen összeköttetés nélkül.

Az otogen *sinus phlebitis* és a szervezet általános fertőzése között az összefüggés már a múlt század 30-as és 40-es éveiben egyes esetek kapcsán ismeretes volt.

Lebert 1856-ban foglalkozott ezen kérdéssel behatóbban. Fülészeti szempontból azonban *Zaufal* volt az első, aki 1880-ban ajánlotta az általános fertőzés megakadályozására a *vena jugularis* alakötését, amelyet 1884-ben sikerrel is végzett. *Zaufal*tól függetlenül *Horsley* 1886-ban *sinus phlebitis*-nél a *jugularis* alakötötte.

Nem lehet célja ezen rövid értekezésnek a *sinus phlebitis* és az ellene javasolt műtéti beavatkozások történelmi fejtegetése, azonban mégis felemlítendőek azok, akik ezen bántalom tanulmányozása által észleleteikkel, vizsgálataikkal és tapasztalataikkal hozzájárultak ezen súlyos bántalom leküzdéséhez. Így *Jansen* és *Brieger* 1901-ben nagyobb referatummal, *Heine* 1903-ban megjelent műtéttanával, *Grunert* 1904-ben a *bulbusgyenedések* operatív kezeléséről szóló munkájával.

A kórbonctani téren: *Politzer*, *Körner*, *Haymann*, bakteriologiai szempontból *Alexander*, *Leutert* említendőek fel azon sokak közül, akik az utóbbi években a *sinusphlebitis*, *thrombophlebitis* és az általa okozott általános fertőzés tanulmányozásával érdemeket szereztek, mert ma elmondhatjuk, hogy ezen nem is nagyon régen reménytelen bántalom gyógyulási lehetősége mai tudásunk és művi beavatkozásunk mellett, 1235 esetből vont számítás szerint, 65%-ra emelkedett.

*

Otogen *pyaemia* alatt oly általános, az egész szervezetet érő megbetegedést értünk, amely heveny vagy idült sziklaesont-, illetve dobüreggyenedés kapcsán keletkezik.

Ezen általános megbetegedés vagy azáltal jön létre, hogy a sziklaesontban levő genyes folyamat a szomszédságban levő vivőeres rendszer valamely részére — eleinte látszólag jelentéktelen kis részére — áttérjed és a nagyobb ereket, végül a vivőeres öblöket vonja megbetegedése körébe vagy genyes góc közvetlen behatására a vivőeres öböl valamely része betegszik meg oly módon, hogy eleinte csak a vivőér fala — *sinus phlebitis* —, majd a vivőér tartalmának a kóros elváltozása is hozzátársul — *thrombophlebitis* —, vagy más úton olyképen keletkezik az általános fertőzés, hogy látszólag a vivőeres rendszer megbetegedése nélkül juthatnak fertőző esirok a vérkeringés körébe. Gyakorlatilag tehát azt mondhatjuk, hogy vannak otogen *pyaemiák sinusphlebitis* nélkül is, ámbár az otogen *pyaemiák* keletkezésénél mégis a túlsúlyban szerepel a sziklaesont szomszédságában vagy a benne levő vivőeres rendszerre áttérjedt lobos folyamat.

A vivőérlob a *sinus phlebitis* és a rögösödő vivőérlob a *thrombophlebitis* között csak fokozati különbség van. Minden thrombophlebitis első phasisa a vérér falának gyulladása, a phlebitis tehát a vivőér falának a megbetegedése, mely kívülről befelé halad, hogy végül több tényező közreműködésével a vivőeres öblöt kítőltő és elzáró vérrög — thrombus — keletkezzék.

A dobüreg és melléküregeinek heveny genyes gyulladásainál, amelyeknél különösen a nyálkahártyák vivőeres capillarissai vagy a csontvelő diploetikussal vivőérhálózata útján történik az általános fertőzés, sokszor a nagyobb vivőeres öblök bántalma nélkül septikus tünetekkel egy ritkábban előforduló, de szerfelett súlyos megbetegedést különböztetünk meg, az úgynevezett *fülsepsist*.

A fülsepsis a pyaemiás megbetegedésekkel szemben annyiban tér el, hogy igen gyors lefolyású s legtöbbször halálhoz vezető megbetegedést képez aránylag csekély kórbonctani elváltozásokkal. Tünetei az igen magas fokú állandó láz, némelykor rázóhidegekkel, cerebrális tünetekkel, deliriummal, szívgyengeséggel, igen szapora pulussal, Boncollásnál endocarditis, nephritis, lépdaganat és vérzések a retinában, szívizomban, savós hártályakon észlelhetők.

Hogy ezen kórképet *Kocher* és *Tavel* értelmében toxiaemiának vagy bakteriamiának kell-e felfognunk, ez az esetek legnagyobb részében el nem dönthető. *Kümmel* szerint ezen fülészeti sepsis olyan bakteriamiának tekintendő, amelynél a vivőeres rendszer a bakteriumok számára átjárható lévén, a lobos gócból állandó bakteriuminvasio folytán a szervezetbe állandóan kórnemző csirok jutnak és számtalan helyen apró emboliák keletkeznek, amely nagymennyiségű állandó toxinképződéssel végül is az egész szervezet halálos mérgezéséhez vezet.

Ami a thrombus képződését illeti, úgy a beteganyagban észlelt megfigyelések, valamint állatkísérletek alapján megállapítható, hogy a vérrög képződésének a legfontosabb előfeltétele a vérér falának kóros elváltozása, a véráram sebességének meglassúbbodása és a vérnek bizonyos kémiai megváltozása. A vérér falának elváltozása elsősorban a belső hártály az intima símaságának az elvesztése, amely elváltozás többnyire az endothelisejtek elhalásából tétéleztetik fel és úgynevezett fali thrombusképződésre ad alkalmat. *Haymann* állatkísérletei alapján azonban megállapítható, hogy a fertőzött sinusfalán keresztülhatoló csirok közvetlenül juthatnak a véráramba, anélkül, hogy úgynevezett fali thrombus képződne. Ezen körülmény játszik szerepet nemcsak a sinus falánál, hanem a dobüregi vivőeres rece területén is, amint azt *Brieger* és még régebben *Weigert* hangsúlyozták. Ezen módja az általános fertőzésnek nevezhető bakteriamiának. Úgy a beteganyagban, valamint állatkísérletek alapján, de különösen *Haymann* kísérletei alapján megállapítható, hogy a kívülről, tehát a csont felől megindult sinusfalmegbetegedés, amely annál gyorsabban fejlődik, minél nagyobb nyomás alatt és minél hosszabb ideig érintkeznek a lobos, fertőzött részekkel — különösen perisinuosus tállyal —, az intima sérülését okozza, amely lobos, kémiai és physikai elváltozások alapján fali thrombus képződéséhez vezet. Bár a fali thrombus kivételes esetekben hosszabb ideig lokalizálva maradhat, amidőn a felületükről leszábadult apróbb rögök a véráramba jutva, a fertőzés mineműsége szerint súlyosabb áttételi góccokat okoznak. Mégis gyakrabban a fali thrombus a véráramból képződött fibrinkiesapódás, fehér- és vörösvérsejtek, genysejtek, mikrobiomok

telepei által rétegről-rétegre vastagodva, elzáró thrombussá fejlődik.

A tapasztalat azt mutatja, hogy a thrombus képződése a véráram irányában gyorsabban fejlődik, mint vérárammal szemben. Például a sinus sigmoideus függőleges szárában keletkezett thrombus centripetálisan a bulbus felé növekszik; a teljes elzárólás esetén a véráramlás megszüntével a centrifugális irányban a sinus transversusban is thrombus képződik, mely sokszor a torcularig terjed, sőt az ellenoldali sinus transversusig is folytatódhatik; ez az úgynevezett *retrograd thrombusképződés*.

A sinus sigmoideus és transversus rögösödésével egyidejűleg ezen fősinusban ömlő vivőerek és sinusok rögösödése is kifejlődhetik, így a *sinus petrosus superior*, *sinus petrosus inferior* ennek közvetítésével a *sinus cavernosus*, majd a két vena condyloidea. Bár a sinus petrosus superior önállóan és elsősorban is megbetegedhetik és közvetítheti a folyamatot a sinus sigmoideusra. A labyrinth csontos tokjának lobos bántalmánál, valamint a labyrinth genyes gyulladásainál a vena auditiva interna útján a sinus sigmoideus vagy a bulbus venae jugularis megbetegedése másodlagosan következik be.

A sinusokban fejlődő vérrög, éppen fejlődési módja miatt, legtöbbször fertőzöttnek tekintendő, különösen a beteg vérér falával érintkező rétege a vérrögnek az, ahonnan a fertőző csirok kiáramlásával a thrombus további részletei folytatódólagosan fertőződnek. Mindazonáltal, ezen fertőzöttségnek dacára, a vérrögben nem egyszer szervülést, újonnan keletkező fiatal véreket és canalisatiót észlelhetünk, amely folyamat gyógyfolyamatnak tekintendő és *Brieger*, *Haymann* észlelése szerint teljes gyógyuláshoz vezethet.

Nekem is volt alkalmam ily eseteket észlelni, amelyeknél például idült osteomyelitis miatt végzett műtétnél, vitraehiány mellett, teljesen obliterálódott, kötőszövetű átalakult sinust találtam csecsnýulványheg kíséretében, mint gyermekkorban lezajlott és gyógyult sinusphlebitis kétségtelen jeleit.

Ily esetek azonban ritkák és az egyes megbetegedések megítélésénél ily gyógyulásokra nem szabad számítanunk, mert a vivőeres vérrögök, amelyeket mindig fertőzöttnek kell tekintenünk — a fertőző csirok természete szerint —, rövidebb-hosszabb idő alatt genyes széteséshez, illetve szétmáláshoz vezetnek.

Amíg az úgynevezett bakteriamiánál — amikor ugyanis bakteriumok által permeabilis érfalon át a kórokozó csirok a véráramba kerülhetnek — és izom-, ízületi és vesetályogokat okozhatnak és endocarditis fejlődését indíthatják meg, addig a genyes vagy evenesen szétesett thrombusrészek a tüdő capillarisaiban akadnak meg, képezvén a legtöbbször letális kimenetelű tüdőmetastasisokat és pyopneumothoraxot.

A sinusphlebitis és thrombophlebitis keletkezésének magyarázatára, az operatív és kórbonctani anyagunk tanulmányozása alapján, a következő eredményre jutottunk: A sziklacsont vivőereinek, a fertőzött lobos folyamat belevonásával, legyenek azok a legkisebb pulposus vivőerek és capillarissok, már megkezdődik az egész szervezet általános fertőzésének a veszélye.

A sziklacsont lobos folyamatainak a vivőér-rendszerre történő áttérjedése kétféle módon történhetik:

Az egyik mód az, amidőn a csecsnýulvány genyedeése következtében a sinus sigmoideus fala közvetlenül érintkezésbe jut a genyes váladékkal, amilyen esetek az úgynevezett *perisinus tállyogoknál* gyakoriak vagy amidőn a vitrealis csont elpusztulásával a sarjadzások, a cholesteatomás tömegek közvetlenül érintik a sinus

falát, sőt azt teljesen compromittálhatják és át is marhatják. Ezen úgynevezett „*per contiguitatem*“ való áttérjedés esetén — bár a sinus fala némelykor (például cholesteatománál) bámulatos hosszú ideig képes a fertőzésnek ellenállni — a vivőér fala kívülről befelé történő fertőzés folytán betegszik meg. A megbetegedés első látható makroszkopikus jele a gennyel való érintkezés helyén látható belöveltség, vékony fibrinréteg kiválása, sarjadzó szövet felrakódása, amely piros, bársonyos felrakódás további sarjképződés esetén oly vastag réteg alakjában boríthatja a sinus falát, hogy magának a sinusnak felismerését nem egyszer bizonytalanná teszi. A sinus falának ezen felületes *periphlebitikus* megbetegedésével szemben — amely az egész vonalon reperatív céllal folyik — és amely esetekben a prognózis jó, másodfokon oly módon indulhat meg a sinus megbetegedése, hogy a vivőér falában levő nyirokerek és az apró vivőerek (*vasa vasorum*) bevonásával a vivőér fala betegszik meg és kifejlődik a vivőér lobja, a *sinusphlebitis*.

Ezen megbetegedés kapcsán a nyirokerek és az ér falának vivőerei által már utat találnak a kórnmző csirok a véráramba való bejutásra, de még inkább fokozódik a veszély, amint a vivőér falának belső rétege símaságát veszítve, fali thrombus képződését indítja meg.

A másik, műteteinknél jól észlelhető módja a sinus megbetegedésének a sziklacsont, de különösen a csecsnývány csontjának gyulladása kapcsán az itt vivőeres recét alkotó vena mastoidea végerecskéinek a lobja, *Wittmaak* elnevezése szerint a „*capillaris thrombophlebitis*“. Maga ezen kórbonctani, illetve kórsvövtani elváltozás, amely a csecsnývány üregeit kibélelő submucosus vena capillarisokban indul meg, majd a csont pulpájában folytatódik, *Körner* szerint *osteophlebitis* elnevezés alatt vita tárgyát képezte egy időben, de újabban *Wittmack* szövettani vizsgálatai kétségtelenné tették ezen elnevezés jogosultságát. A capillarisokban megindult folyamat a vastagabb diploetikus venákra, majd a vena mastoidea törzsére is áttérjedve, a vena mastoideának a sinus sigmoideus beömlési nyílásáig jut el és a vena mastoidea thrombusa, mint egy kis cövek, belenyúlik a sinus ürébe, amint ezt idején végzett műtéteknél többször észlelhetjük. Ha időt engedünk; ez esetben a benyúló thrombusrészt körül csakhamar megindul a sigma alakú sinusban is a vérrögképződés, amely az egész üreget kitöltheti.

Ez utóbbi esetben, amint látjuk, a sigma alakú sinus falának megbetegedése nélkül, sőt annak kikerülésével a vena mastoideába benyomuló vérrög indítja meg a sigma alakú öböl thrombophlebitisét.

Ilyen esetekben tényleg, legalább a megbetegedés kezdeti állapotában, műtétnél a sinus falát kívülről látszólag teljesen épnek találjuk, de a klinikai tünetek, valamint a vena mastoidea ágain kékes-fekete színben feltűnő, rögzösödött apró vivőerek figyelmeztetnek arra, hogy maga a sinus sigmoideus is beteg.

A *thrombus további sorsa* függ a fertőzés minőségétől, az anatómiai viszonyoktól, és az egyén úgynevezett ellenállásától. A vérrögképződés tulajdonképpen a szervezetnek védekező működése a szervezet belsejébe benyomuló kóros anyagok kirekesztésére és rögzítésére. Sajnos, hogy a vivőér beteg falával érintkező vérrög fertőzöttnek tekintendő és csak a gyorsan fejlődött nagyobb és a vérrögök frissen képződött végei lehetnek sterilek, feltéve, hogy a fertőző csirok nem keringenek már a vérpályában, amidőn a frissen képződött rög is fertőzött már.

Azon kórokozó csirák, amelyek az otogen pyaemia keletkezésében szerepelnek, leggyakoribbak a streptococcus csoportba tartozó mikroorganizmusok, különösen a *streptococcus mucosus* és a *streptococcus haemolyticus*, továbbá a *staphylococcus pyogenes albus* et *aureus*, a *Fränkel-féle diplococcus*, a *Friedländer-féle pneumococcus*, a *bacillus pyocyaneus*, *proteus vulgaris* és úgy látszik még olyan anaerob fajok, amelyeknek biológiai lényegét még nem ismerjük eléggé.

German Tibor dr. segédem, megbízásomból már évek óta foglalkozik az otogen pyaemia bakteriológiájával. Az 1918-tól 1922-ig terjedő időben otogen pyaemiában megbetegedett 43 eset bakteriológiai vizsgálata alapján, amelyekről 1922-ben a Wiesbadenben tartott német fülörvosok összejövetelén referált, a következő eredményre jutott: 20 esetben a vér vizsgálata negatív bakteriológiai eredményt adott. 23 eset közül streptococcus 10 esetben (43%), Fränkel-féle diplococcus 5 esetben (21%), staphylococcus pyogenes 6 esetben (26%), *Proteus vulgaris* 1 esetben (4%), streptococcus + pneumococcus 1 esetben (4%) volt a vérből kitevésztethető.

1907-től 1920-ig terjedő időre összeállított statisztikák szerint

streptococcus	60 %
staphylococcus	15 %
pneumococcus	7 %
diplococcus	5 %
streptococcus mucosus	3 %
bakt. coli	2 %
bakt. proteus	2 %

volt kimutatható a vérben.

Ezen vizsgálatokból még azt a következtetést is vonhatjuk le, hogy a sziklacsont idült genyedeseinél a széteső sinusthrombus igen vegyes bakteriumflorája dacára, a pyaemiában szenvedő beteg vérből csak az egyes fentemlített bakteriumok tenyészthetők ki, mintegy bizonyítékául annak, hogy az emberi vér és szövetek csak bizonyos fajták fejlődését teszik lehetővé, tehát bizonyos *monobakteriaemiáról* szólhatunk, míg a vérbe jutott vegyes flora többi tagja a vérben elpusztul.

*

Hogy a *sinusphlebitis* kórisméjét megállapíthassuk, foglalkoznunk kell az ezen bántalom jellegző tüneteivel is, amelyeket inkább csak didaktikai szempontból és könnyebb megértés céljából általános és helyi tünetekre célszerű felosztani.

Ez a beosztás inkább csak elméleti és a megbetegedés első phasisára — a tisztán vivőérmegbetegedésre — vonatkozhatik, mert hiszen ezen gyors lefolyású megbetegedéshez csakhamar hozzátársulhatnak részint helyi, részint általános szövödmények, amelyek a kórkepet szerfelett változatossá teszik, heveny dobüreggyulladásnál maga a dobüreggyulladás tünete is lényegesen hozzájárulnak ehhez.

Az általános tünetek:

Höemelkedés. A sinusphlebitis legjellegzetesebb tünete a hőmenet, az úgynevezett pyaemiás láz, melynél gyorsan történő hőemelkedések egész 41 C°-ig, többnyire hidegrázás kíséretében és utána a normalisra vagy subnormalis fokra való esésben, többnyire bőizzadás kíséretében jelentkeznek.

A rázóhideg egynegyed, egy, két óráig tarthat és a bántalom természete szerint 24 óra alatt többször megismétlődhet; bár vannak esetek, melyeknél másod- vagy harmadnap jelentkezhetik a rázóhideg és az ily hőmenet utánozhatja a malariás tertiana typut.

Gyermekeknél sokszor a rázóhideg hiányzik és a pyaemiás folyamat *febris continua* képe alatt folyhat

le, sőt a bakterium fajtájától is függ a rázóhideg intenzitása, sőt hiánya; például staphylococcus pyaemiánál csak ritkán jelentkezik rázóhideg, amint azt osztályon *Germán* vizsgálatai alapján észleltük.

Ezen jellegzetes intermittáló hőmenet rázóhidegek kíséretében kétségtelenül a közvetlen véráramba jutott genyes tömegek által okoztatik. A véráramba közvetlenül bejutott kóros anyag nemcsak pathogen bakteriumok lehetnek, hanem genysejt, szövettörmelék és igen nagy számú vegyes bakteriumflora egyedei és ezen tömegekben levő intenzív szövetmérgek is. Fülgenyedések esetén rázóhideg jelenlétéből tehát mindig azt következtethetjük, hogy a genyes góc közelében levő vivőeres hálózat valamely ága a bántalom körébe vonatott, feltéve, ha kizárható más intercurrents, magas lázakkal járó megbetegedés. Oly esetekben, amikor az úgynevezett bakteriaemiánál csak bakteriumok kerülnek a vérbe és egyes esetekben a szervezetben szétszórtan izom-, inhuvely-, ízületi tályogok keletkeznek, a prognosis még jónak mondható, mert hiszen ezek sebésileg hozzáférhető megbetegedések, szemben azon esetekkel, ahol az endocardium betegszik meg vagy ahol nagyobb thrombustömegek a vivőeres rendszerből a kis vérkörbe jutva, tüdőemboliához, majd tüdőtályoghoz, genyes mellhártyalobhoz (pyopneumothoraxhoz) és halálhoz vezetnek.

Ritkábban találunk metastasisokat az egyes szigerekben, vesékben, lépben, májban.

Azon kórkép, amelyet *Körner* osteophlebitisnek jelöl meg, tulajdonképpen phlebitis. Ezekben az esetekben a capillaris és az ezekből összetevődő kisebb esontvenák lobja propagálja a fertőzést. Ezen megbetegedés lényegileg a sinusphlebitis kezdődő stadiumának tekintendő, többnyire heveny dobüreggyenedésekhez társul, hasonló, bár terjedelméhez képest kisebb hőemelkedéssel és rövidebb ideig tartó fázással, borzongással, rázóhideggel köszönt be. Eseteinkben kifejezett és jellegzetes tartós — a legtöbbször megismétlődő rázóhideget 38%-ban észleltünk — maximalis hőemelkedés 41.8 C° volt.

A *cerebralis tünetek* közül elsősorban a fejfájás említendő, amely némelykor diffuse, azonban többnyire hermikrania alakjában jelentkezik. Nem ritka és jellegzetes tünetnek találtuk a megbetegedett oldalnak megfelelő szemgödri fájást is, amelyet nemcsak sinusphlebitisnél, hanem perisinusos tályognál is észleltünk. Mély kábultság (sopor) a betegség előrehaladott állapotában (ikterussal vagy anélkül) vagy septicus eseteknél észlelhető. Eseteink között (az észlelés elején) 64%-ban volt meg. Észlelt betegeinknél feltűnő erős és tartós fejfájás 29.1%-ban fordult elő. *Hányás* gyermekeknél a kezdeti szakban nem ritkán észlelhető, mint meningealis tünet. Eseteinkben a hányás feltűnő alakban, 5%-ban volt észlelhető. A *fej rögzítettsége*, a *caput obstipum* a legtöbbször észlelhető, sőt ehhez gyakran hozzátársul a kisebb fokú tarkómerevség is, amelyet valószínűleg csak védekező tényezőnek kell tekintenünk (Defens musculaire). Eseteinkben 17.28% volt feltűnő fejrögzítettség. A meningealis és a sinusphlebitisnél észlelt tarkómerevség között a különbséget meg lehet állapítani oly módon, hogy a kissé előfeszített fejtartás mellett membrana tectoria nyomására meningitisnél a fejfájás erősödik, sinusphlebitisnél nem, ellenben a tarkóizomzat azon az oldalon nyomásra érzékeny, amely körülmény nagyon is érthető a fejmozgató izmok azon részének a lobos göchoz való közelsége miatt; eseteinknél 17.2% volt. *Szemüregi pangás* sinusphlebitisnél gyakran észlelhető. *Körner*

összeállítására szerint 172 sinus thrombosis esetében 8%-ban pangás, 11%-ban neuritis optica és kisebb fokú szemfenéki vena elváltozás 12%-ban volt található. Természetes dolog, hogy intracranialis más természetű szövödményeknél — amilyen az agytályog és agancstályog — a szemfenéken talált elváltozások 75%-ban fordultak elő. Eseteinkben 14.57%-ban volt észlelhető szemfenéki elváltozás.

A sinusphlebitis, illetve thrombophlebitis külsőleg látható tünetei aszerint csoportosulnak, hogy a thrombophlebitis a vivőér melyik részében fejlődött, másrészt a melléksinusok közül melyik vonatott a bántalom körébe.

A csecsnyúlvány érzékenysége egyedül nem szólhat a thrombophlebitis mellett, valamint annak hiánya sem zárhatja ki azt. Azonban a csecsnyúlvány külső rétegeinek megbetegedésénél, sinusphlebitis esetén, mindazon tünetek észlelhetők, amelyek csecsnyúlványgyulladásnál elő szoktak fordulni. Tehát nyomási érzékenység, a további szakban a lágy részek vizenyője, periostalis infiltratio, periostalis tályog. Azonban igen korán mutatkozik a sinus sigmoideus, illetve transversus lefutásának megfelelő helyen való kopogtatásra jelentkező érzékenység.

Igen fontos tünet az ú. n. *Griesinger-féle* tünet, amelynek lényege az, hogy az emissarium mastoideum helyének megfelelőleg, tehát a csecsnyúlvány mögött, a sziklacsont pikkelyének megfelelően, igen kis területen nyomásra feltűnő erős fájdalmat lehet kiváltani. Az emissarium mastoideum tulajdonképpen a vena mastoidea egy külső ága, és így érthető, hogy a *Griesinger-féle* tünet a vena mastoidea területen lejátszódó lobos folyamatot tételez fel. Előrehaladott esetekben ezen területnek megfelelően beszűrődés és superiostalis tályog fejlődhetik. A *Griesinger-féle* tünet majdnem mindig perisinusos folyamatra utal, és mint ilyen felhívja a figyelmet, hogy a sinus maga is beteg lehet. A vena emissaria condyloidea lobja a tarkóizomzat beszűrődésével és később tályogképződéssel jár. A *bulbus venae jugularis thrombophlebitisénél* a retromaxillaris táj érzékenysége, nyelési fájdalmak, és a pharynx oldal falának némi duzzanata észlelhető, bár a bulbus körül és a bulbusban lezajló lobos elváltozások kórisméje meglehetősen nehéz és csak műtét által és kizárás révén dönthető el pontosan. A bulbus körüli lobos folyamatoknál sokszor jutnak a bántalom körébe a foramen jugularén át kilépő agyidegek is. Így észlelhető a vagus accessorius és glossopharyngeus bántalma, és az egyes idegek belevonása szerint rekedtség, aphonia, légzés- és nyelési nehézség és a szívlökések számainak csökkenése észlelhető.

A sinus sigmoideusban fejlődő elzáró rögösödés hátrafelé terjedve, elérheti a transversusok összefolyásának helyét és átjuthat az ellenoldali sinus transversusokhoz. Ez az úgynevezett *retrograd thrombusképződés*. Beterjedhet a sinus sagittalis superiorba, amely esetben öntudatzavar, eszméletlenség kíséri. A sinus sigmoideusban ömlő sinus petrosus superior ritkábban betegszik meg. Ilyenkor a tertorium cerebelli vivőereit az agyaccsal összekötő vénákon át a lobos folyamat agyacc körüli vagy agyaccstályogot okozhat. A sinus petrosus inf. thrombophlebitisénél igen gyakran átterjed a folyamat a sinus cavernosusra. A sinus cavernosus gyulladása és rögösödése esetén igen feltűnő tünetek mutatkoznak. Ilyen a vena optalmica rögösödése, amely a vele összekötött vena facialis anterior révén szemhéj- és conjunctivavizenyőt (chemosis), retinalis vérbőséget, látóideg globot, retrobulbaris vizenyőt

okozhat, amelynek eredménye a nagyfokú exophthalmus és ptosis. E mellett a trigeminus első ágának megbetegedése által nagyfokú neuralgiát, az abducens trochlearis és oculomotoris belevonásával a szemizmok teljes hűdését okozhatja.

A sinus sygmoideus és transversus diploicus nagyobb vénákkal összefüggésben, az emissariumok által a koponya külső felszínére is vezethetik a lobos folyamatot, mely esetben a koponyaboltozat külső felszínén, a kilépő emissariumoknak megfelelően, kötőszövetlobot és tályogképződést észlelhetünk.

Ha a rögzösődés centripetalisan a bulbuson át a vena jugularisba jut, a belső torkolati vivőérben a thrombusképződés aránylag gyorsan és nagy kiterjedésben képződik és nem egyszer a vena anonymáig terjedhet. A belső torkolati vivőér rögzösödésével, lefutásának megfelelőleg, a nyakon a musculus sternokleidomastoideus mellső szélének megfelelőleg, duzzanat látható és tapintható, amelyet a rögzösödő vena és körülötte kifejlődött kötőszöveti lob alkotta hengerszerű tömöttebb érzékeny képletet alkot.

Tapasztalataim szerint a vena jugularis körül kifejlődött lobos folyamat, mely némi vizenyős beszűrődés és az edényhüvelyek erősebb összetapadásában nyilvánul, a sinusphlebitis elég korai szakában már kifejlődik akkor, amidőn a belső torkolati vivőér még nem rögzösödött és a vivőér falán még makroszkopice nagyobb elváltozás nincs.

(Folytatjuk.)

A Fehérkereszt-kórház I. belosztályának közleménye
(főorvos: Petényi Géza dr. egyetemi magántanár.)

Kanyaró elleni activ immunizálás.

Írta: Petényi Géza dr., egyetemi magántanár.

Az első közleményünkben elmondottak alapján várható, hogy a kanyaró exanthemás stadiumából származó vér bizonyos mennyiségével lehet abortív kanyarót létrehozni, esetleg manifest klinikai tünetek nélkül immunizálni. Az utolsó években három monographia^{1,2,3} jelent meg, amely foglalkozik ezzel a kérdéssel. Az ide vonatkozó irodalom ezekben össze van állítva, ezért itt nem ismertetem az eddigi kutatásokat részletesen, csak a következő eredményeket említem: exanthemás stadiumból származó vérrel, könnyel, nyállal és orrváladékkal a kanyarót át lehet vinni egy még kanyarón át nem ment egyénre. Az inoculatio módja a fertőző anyagnak az orr- vagy szájba, ill. a megkarcolt bőrre kenése. 1922-ben Hiraishi és Okamoto japán kutatók közlése szerint 0.002 g vérrel sikerül kanyarót létrehozni, még kevesebbel pedig anélkül, hogy magát a betegséget létrehoznák, immunizálni kanyaró ellen. Hiraishi és Okamoto adatait Debré és Joannon, Papp Karolával együtt utánvizsgálták s azt megerősítették. Debré és Joannon szerint egy ilyen immunizáló oltás után több héten át tartó immunitás volt kimutatható.

Saját vizsgálatainkat a japán, s az azt megerősítő francia munkák ismerete nélkül végeztük s innen magyarázható, hogy lényegesen más dosisokkal dolgoztunk. Az exanthemás stadium első 24–36 órájában vett vér 1–3 cm-t átoltva egészséges, kanyarón még át nem ment egyénbe, sikerült enyhe klinikai tünetekkel járó abortív kanyarót létrehozni, ill. az esetek egy részében klinikai tünetek nélkül immunizálni. Ez az „oltási ka-

nyaró“ lényeges pontokban különbözik a természetes fertőzési úton létrejött kanyarótól, amit a következőkben rövidség okából normalis kanyarónak fogunk mondani. A betegség általában könnyű lefolyású, az exanthema rudimentaer volt, megfelelt az „abortív kanyaró“ kórképének. Degkwitz észlelte először, hogyha a kanyaró incubatioja alatt nem teljes védődosis reconvalescens savót injiciálunk, akkor kifejlődik a kanyaró, azonban enyhék a klinikai tünetek, alacsony a láz, az exanthema gyér, többnyire nem confláló izolált pontokból áll, a hurutos tünetek kevésbé kifejezettek vagy alig vannak meg, s az incubatiós idő megnyúlik.

Az oltási kanyaró klinikai képével érdemesnek látszik behatóbban foglalkozni.

1. *A láz.* Szabályszerűségről itt nem lehet szó. Általában alacsonyabb s rövidebb ideig tart, mint normal kanyarónál. Voltak esetek, ahol teljesen hiányzott (naponta kétszer hőmérőzve) s emellett a hurutos stadium megvolt s az exanthema aránylag erős volt.

2. *A hurutos stadium* minden esetben lényegesen enyhébb volt. Jellemzőnek látszik a fokozott secretiónak (orr-könnyváladék) nagymértékű csökkenése vagy teljes hiánya. Volt számos eset, ahol az orr s a szem reggel is teljesen váladékmentes volt. Ezzel szemben kevésbé esökkent volt a hyperaemia; a kötő-szájnyálkahártya még a legenyhébb esetekben is többé-kevésbé belövelt volt. Hasonlókép a legtöbb esetben résztvevő a folyamatban a bronchusok nyálkahártyája is, mert acutan fellépő enyhébb bronchitises tünetek a legtöbbnél kimutathatók voltak. A hurutos tünetek közül legállandóbb volt a nyálkahártyának a belöveltsége, főleg az ajakon, az elülső buccalis részen, a gingiván, továbbá a mandulákon s az elülső garatíveken.

3. *A Koplik-foltok* az esetek legnagyobb részében megvoltak, több olyan esetben is, amikor az exanthema teljesen hiányzott. A Koplik-foltok száma senmiféle arányban nincs a megbetegedés súlyosságával. Volt eset, ahol az exanthema gyér, a beteg közérzete állandóan jó volt s igen bő Koplikeruptio fejlődött ki. Viszont más magasabb lázzal, erősebb kiütéssel járó esetén alig 3–4 folt volt. Az eredményes immunizálás nincs a Koplik-foltok megjelenéséhez kötve, amint normal kanyaró is van Koplik-folt nélkül. Voltak esetek, ahol kifejlődött a hurutos stadium s Koplik-foltok a naponta többszöri gondos vizsgálat mellett sem voltak láthatók, s a gyermekek későbbi infectio ellen immunisak voltak. Az oltási kanyarónál is épp úgy, mint a normal kanyarónál 1–2 nappal az exanthema előtt jönnek a foltok.

4. Az *exanthema* lényeges eltéréseket mutatott; alig volt néhány eset, ahol olyan lett volna, mint egy normalis kanyarónál. A kiütés általában gyér volt. Sokkal kevesebb folt jelent meg, mint amennyit szoktunk látni a normalis kanyarónál. A foltok jóval kisebbek voltak; gombostűfejnyi-borsónyi volt a legtöbb s izoláltan álltak, nem konfluáltak. Ezáltal az exanthema igen hasonlít a rubeola exanthemájához. A foltok halványabbak, mint a rendes kiütésnél; a fültájon, a nyakon, az arcon jelentek meg először. A normalis kanyarónál megszokott szakaszos továbbhaladása a kiütésnek (törzs, végtagok felső, alsó fele) nem volt kifejezett. A végtagokon számos esetben alig volt néhány folt. A kiütés tartama 2–3 nap volt, tehát lényegesen rövidebb, mint normalisan. Kiszámú esetben tartott csak négy napig. Aránylag gyakori volt a „praeexanthema“. Az „igazi“ exanthema előtt 1–2 nappal a törzsön apró gombostűfejnyi s annál kisebb, feltűnően

halvány rózsaszín foltok s göbcsék, részben a miliaria rubra-ra emlékeztetők, fejlődnek ki s $\frac{1}{2}$ –1 nap múlva eltűnnek s aztán jön csak egy vagy két nap múlva a kanyaróexanthema. Pl. Sz. Z. I/19-én oltva 2 cm vérrel. I/25. Száj- és kötőnyálkahártya belővelt. Koryza. A fül alatt, a nyakon s a törzsön elszórtan néhány apró lenesényi halvány rózsaszínű folt. I/26. A kiütés nem látszik. I/27. Koplik. Újból megjelennek éppen észrevehető halvány rózsaszínű gombostüfejnű foltok a nyakon, a tarkón s a mellkason. I/28. Reggel az előző napi kérdéses exanthema még látszik. I/28. Este a láz $37.4^{\circ}\text{C}^{\circ}$ -ról felmegy $38.2^{\circ}\text{C}^{\circ}$ -ra s egy erősebben piros nagyobb foltú exanthema kezdődik a nyakon s az arcon. Másnap reggel ugyanilyen foltok vannak a törzsön, az egész megfelel a praexanthema két szakaszban jött. Összefoglalva, az oltási kanyaró kiütését jellemzi a normalis kanyaróhoz viszonyítva, hogy az exanthema gyéribb, a foltok kisebbek, kevésbé pirosak, izoláltan állnak (nem conflálnak) esetleg göbcsések; az egész időtartama megrövidült s gyakoribb a praexanthema. Az elváltozások olyanok, hogyha valaki nem tudja, hogy kanyaróoltás ment előre s hiányzanak a Koplik-foltok, az exanthemából magából nem tudja a kanyarót diagnosztizálni. Az exanthema megjelenése az immunitás megszerzése szempontjából nem fontos, ezt több esetünk kétségtelenül mutatta.

5. *Az inkubációs idő* a legtöbb esetben megrövidült $10\frac{1}{2}$ –13 nap között ingadozott. Az inkubációs időnek ez a rendkívüli ingadozása annál feltűnőbb, mert éppen a kanyarónál a lappangási idő feltűnően constans. Ennek az okát nem lehet másban keresni, mint hogy a kiindulási anyag, amivel az infectiót létrehozuk, különböző. Későbbi kísérletekben nagyobb gondot kell fordítani, hogy a betegségnek pontosan melyik szakából vesszük az oltáshoz való vért. Úgy látszik, hogy az a meghatározás, hogy „röviddel az exanthema megjelenése után” vagy „24–36 órával az exanthema megjelenése után” nem elég pontos, nem elég szűkreszabott idő; ezen idő alatt vagy a vírus állapotában történik valami qualitativ változás, vagy pedig a száma változik erősen; másképen nem értelmezhetők ezek a túlságosan nagy különbségek a lappangási időben. Az oltási kanyaró lappangási ideje tehát mindig vagy a normalisnak az alsó határán van vagy megrövidült. Annál fontosabb ennek kiemelése, mert a természetes infectio után a reconvalescens savóval elérhető abortív kanyaró lappangási ideje vagy a normalisnak a felső határán van, vagy meghosszabbodott. Nyilvánvaló tehát, hogy kétféle abortív kanyarót, helyesebben *kétféle mechanizmus szerint létrejött abortív kanyarót kell megkülönböztetni*, az egyik az oltási, a másik a reconvalescens savóval elérhető. Kétféle pathologiai folyamattal állunk tehát szemben; a különbségnek a kanyaróincubatio első szakára kell esni. A kanyaróvírus fejlődéséről szóló munkánkban kifejtettük, hogy a kanyaró lappangási idejében két szakaszt kell megkülönböztetni. Az első 6–7 napig tart s jellemzi, hogy számításba jövő antigenhatás még nem éri a szervezetet, a második, amikor azután megindul az allergizáló folyamat; mivel magának az allergiás reakciónak a lappangási ideje meglehetősen állandó, az első szakaszban kell keresni a különbséget; feltehető, hogy a reconvalescens savó valamilyen gátló hatást fejt ki a vírus fejlődésére s ezért megnyúlik az incubatio első szakasza. A jelenség közelebbi elemzése kísérleti úton lehetséges. amiről később számolunk be.

6. *A közérzet* csak a gyermekek egy részénél változott meg. Egy része az egész folyamat alatt változat-

lanul jókedvű volt; egyeseknél csak az étvágy csökkenése következett be, egy része nyugós, rosszkedvű volt a hurutos és kiütéses stadium alatt. — ami azonnal megszűnt az exanthema eltűnése után.

Károsítást egyetlen esetben sem láttunk; complicatiók nem következtek be.

Az oltási kanyaró kiállása után immunitás marad vissza; véglegesen a tartamáról, az eddigi rövid megfigyelési idő mellett, nem lehet mondani. Valószínű, hogy az egész életen át tart. A leghosszabb megfigyelési idő, amivel rendelkezünk, egy év. Három gyermeknél sikerült megfigyelni, hogy igen enyhén lefolyó oltási kanyaró után egy évvel később biztos kanyaróinfectióval szemben immunitás voltak.

Az oltási kanyaróról tehát megállapíthatjuk, hogy enyhe klinikai tünetekkel járó megbetegedés, s immunitáshoz vezet. Párhuzamba állítható a himlőoltás reactiójával, az esetek egy részében a tünetek még enyhébbek. Kérdés, milyenek a gyakorlati alkalmazási lehetőségek, át lehet-e vinni az általános gyakorlatba.

Az elmondottakból következik, hogy a szükséges kontrollvizsgálatok miatt, az eljárás csak klinikák vagy zárt osztályok segítségével végezhető. A kanyarós betegnek, akitől vért veszünk átoltási célra, egyébként egészségesnek kell lenni (klinikai vizsgálat, Wassermann, Pirquet). Zárt osztályokon, ahol megtörtént infectio esetén a többit meg kell védeni, az eljárás jól alkalmazható. Annál fontosabb ez, mert a tapasztalás szerint a prophylaktikus egyébként használatos kanyaróreconvalescens savó nem igen kapható, nálunk nincs még szervezve a reconvalescens savó gyűjtése, mint Németországban s Amerikában. Felnőtt ember vérével is lehet védeni, azonban az ebből szükséges nagyobb mennyiség szerzése, sok gyermek esetében, szintén nem mindig könnyű.

Hozzájárul még, hogy az eljárás kétségtelenül tökéletesíthető. Az említett japán s francia vizsgálatokban sokkal kisebb mennyiségekkel is sikerült immunizálni. Az általános gyakorlatban átvihető, ill. a rendszeres immunizálás bevezetése csak akkor fog sikerülni, ha in vitro lehet a vírust tenyészteni, vagy ha sikerült a vírust a szervezetet kívül hosszabb ideig conserválni. A vaccinavírus, mint ismeretes, conserválható glicerinben. A kanyaróvírusnak in vivo tenyésztése az oltási kanyaró segítségével már ma is lehetséges. Eddigi megfigyeléseink szerint folytatólagos átoltásnál még a harmadik passagenál hatásos vírus nyerhető. Ez a jelenség teljesen analog a himlőoltásnál tett tapasztalatokkal, amikor még emberről-emberre vitték át a nyirkot. A kanyaróvírus egyébként nem olyan kevésbé ellenálló, mint ahogy a könyvek megadják. Kétségtelenül mutatja ezt *Goebel* észlelése, aki egy esetben jégsekélyben 72 órán át tartott vírussal tudott még kanyarót létrehozni.

A vírusnak tenyésztése vagy conserválása technikai kérdés, mely a tenyésztési technikának az utolsó időben bekövetkezett fejlődése következtében valószínűleg eredményes lesz s ilyen módon elérhetővé válik, hogy a kanyarót épp úgy, mint a himlőt kiiktassuk a gyermekbetegségek sorából.

Irodalom: ¹ *Zeiss H.*: Die experimentelle Masernübertragung. *Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk.* 1921. 20. — ² *Groër—Redlich*: Der gegenwärtige Stand der biologischen Masernprophylaxe. *Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk.* 1926. 30. — ³ *Debré—Joannon*: La rougeole. 1926.

A „rheuma“-kérdés kutatásának perspectivái.

Írta: *Benczúr Gyula dr.* egyet. m. tanár,
a Szent Gellért-gyógyfürdő vezető főorvosa.

Midőn a *Nemzetközi Egyesület*, mely a „rheuma“-kérdés elméleti kutatását és a rheumás betegek helyzetét a gyakorlati segítséget tűzte ki célul, Magyarországot is felszólította, hogy vegyen részt e munkában, nálunk megoszlott a vélemény e felszólítással szemben és míg az orvosok egy részének érdeklődését fölkellette a „rheuma“-problema, addig mások, — eddig még a nagy többség — alig érdeklődik ez iránt. De vannak oly orvosok is, kik egyenesen erőltetettnek, fölöslegesnek találják, hogy e kérdéssel, melynél szerintük fontosabb és sürgősebb kérdések várnak megoldásra, foglalkozunk.

Azt hiszem, hogy utóbbiak száma hamarosan csökkenni fog, mihelyt egyrészt a most megindítandó adatgyűjtésből, másrészt a külföldön részben már is rendelkezésre álló adatokból megtudják, mily óriási pusztítást visz véghez ma az emberiség épségében más betegségek mellett a „rheuma“ gyűjtőnév alatt összefoglalt betegségesoport.

Igaz, hogy a rheumás bántalom nem oly gyilkos kór, mint a rák, a tuberculosis és más fertőző bántalmak, melyek néha rövid idő alatt oltanak ki viruló életet, avagy hosszas szenvedést okoznak, melynek csak a halál vet véget. Ezért ha alternatíva elé állítanánk, hogy emezekkel, vagy a rheuma-üggyel foglalkozunk, magam is azt tartanám, hogy az emberiség legiszonyúbb ellenségeivel: a rákkal, tuberculosisal, lues-sel, fertőző kórokkal még fontosabb foglalkozunk. De ily alternatíva elé nem állítottak, hanem ama feladat előtt állunk, hogy a többi kérdéssel egyidejűleg, velük párhuzamosan, az orvosi tudomány eme ágazatával is foglalkozunk. Ennek pedig akadályja nincs, mert vagyunk elegenden, megoszthatjuk magunk között a munkát; amit pedig a társadalom, állam az egészségügyre munkában és anyagiban áldoz, az mindig jól elhelyezett tőke, mert a lakosság egészségét szolgálja, legnagyobb kincsünket ápolja. A társadalom, az állam pedig a mi jólétünk érdekében létezik.

Sokan vannak ugyan, kik belátják, hogy — főleg, ha a külföldön nemzetközi „Rheumaellenes Egyesület“ létesítettek, és ebben minden kulturállam részt vesz, — akkor mi sem maradhatunk el és bele kell kapcsolódnunk nekünk is e munkába. No de akkor is — kérdik ezek — mi tulajdonképen ez a „rheuma“? Hogyan foglalkozunk oly betegség kór- és gyógytanával, amelyről azt sem tudjuk, mit értsünk alatta? Mit értünk a rheuma szó alatt? A myalgia-t vagy az arthritist avagy pláne a zsábákat is? De épp ezen a ponton foghatjuk meg a kérdést. A rheumával elméletileg foglalkozni épp ezért is fontos, mert olyan fejezete az orvostudománynak, amelyben még teljes zürzavar uralkodik, nemcsak az elnevezések terén, — hiszen ezen végre még könnyű volna segíteni — hanem ismereteink terén is.

Goethe valamennyi találó mondása közül egyik legáltalóbb ama híres szava: „Wo die Begriffe fehlen, da stellt das Wort zur rechten Zeit sich ein.“ Ily kellő időben örömmel fogadott szó a „rheuma“, midőn az orvosnak a beteg kérdésére, hogy miért is van fájdalma, esetleg kikerülhetetlenül felelnie kell. Van orvos, ki a rheuma szó alatt tisztán a myalgia-t érti és vannak — Anglia, Franciaország, Hollandia orvosainak többsége, — ki a „rheuma“ név alá, a mozgatórendszer legtöbb bántalmát (kivéve a központi idegrendszeri eredetűt) összefoglalja, tehát az arthritisek

egész légióját, az izom, ín, fascia, bursa betegségeit és a környi idegrendszer lobos és fájdalmas bántalmait. Hogy az esetben, ha a „rheuma“ szó alatt eme utóbbi értelmű tág kört összegezzük, mily fontos a rheumával foglalkoznunk, az azt hiszem nem szorul magyarázatra.

A számos megoldásra váró nyílt kérdés közül egyik ama gyakori összefüggés, amely ízület-, izom-, ín- és környi idegmegbetegedések között fennáll. Ha a rheuma szó csak azért volna jogosult, mert a mozgatórendszer betegségeit foglalja egy név alá, úgy az összefüggés valóban túl laza volna ahhoz, hogy egy közös név használatát jogosulttá tenné. De az összefüggés sokkal szorosabb, ha ma még nem is ismerjük lényegét. Mindnyájan, kik rheumás betegségekkel többet foglalkozunk, tudjuk, hogy vannak betegek, kiknek ízületeik, izomzatuk is fájdalmas, anélkül, hogy megtudni mondani, melyik a primaer, melyik a másodlagos, vagy egyáltalában beszélhetünk-e adott esetben primaer és secunder fájdalmakról. Hasonlóan elmosódott sokszor a határ izom-, ín- és idegfájdalom között és ha a *Goldscheider-Profanter-féle* elmélet álláspontjára állunk, mely szerint a legtöbb myalgia a legfinomabb idegágak fájdalma, úgy valószínűleg a határ még jobban mosódik el. Valószínűnek tartom ezért, hogy a rheumakérdés tudományos kutatása arra az eredményre fog vezetni, hogy megkülönböztetünk oly ízületi bántalmakat, oly idegmegbetegedéseket, talán még izombántalmakat is, melyeket a rheuma szó fogalma alól teljesen kivonunk, viszont oly, akkor már egységesebb értelmű, rheumabetegséget fogunk elismerni, melynek megnyilvánulási helye részben az ízület, vagy annak valamely része, részben az izomzat, részben környi idegek és talán még más testrészek is. Akkor aztán vagy megtartjuk a rheuma szót gyűjtőnév gyanánt, mely szó alá, már tisztázott fogalmak fognak összefoglalhatni, avagy a mozgatórendszer a mostaninál jobban ismert betegségei közül fogunk bizonyos körülírt betegségeket rheumának nevezni, olyat, melynek talán létrejötté, megjelenése, gyógy módja egységes.

De mind ettől még távol állunk. Első feladatunk, hogy a rheuma-diagnosztist ne használjuk egyszerűen nemtudásunk fedezésére, mint ahogy *Van Breemen* helyesen mondja: „Verlegenheitsdiagnosé gyanánt. A rheumakérdés tudományos vizsgálata kétségtelenül maga után fogja vonni a testünk felületén érzett fájdalmaknak pontosabb tanulmányozását is, egy fejezetet, melytől a diagnostika még nagyon sokat várhat. Aki ismeri *Mackensie* érdekes és nagy perspektívát nyitó tanulmányait, hogy a zsigerek betegségei reflex útján mily fájdalomérzéseket váltanak ki testünk ama felületrészén, mely fejlődéstanilag ugyanazon izomérhez tartozik, és amely orvos e kérdéssel maga is kissé foglalkozott, az ebben igazat fog nekem adni. Azt hiszem, hogy a nagy gyakorlatban igen sok ily reflexes fájdalomérzést, melynek oka szervi megbetegedésben rejlik, ma egyszerűen rheumásnak minősítenek, és hiszem, hogy a rheuma tanulmányozásától ily módon a belső szervek diagnostikája is bizonyos haladást várhat.

A sebészet egyes ágai közül, — úgy vélem —, főleg az ízületi sebészet terén várhatunk a rheumatológia által haladást. Nagytapasztalatú sebésztől hallottam, hogy ízületi megbetegedés több esetében, melynél egyszerű rheumát diagnostizáltak volt, oly elváltozást talált, melynek magyarázata az ízület organikus elváltozásában rejlett, és amelyen beavatkozással néha segíteni lehetett.

Hogy a belgyógyászat és sebészet mellett a rokon szakmák, mint az orthopedia, ideggyógyászat, továbbá természetesen a gyermekgyógyászat is érdekelve van a

„rheuma“-kérdés kutatásában és egyes kérdéseink tisztázását várhatja tőle, az természetes.

De az elméleti tudománynál talán még többet várhat a rheumakérdés nemzetközi tanulmányozásától maga a beteg emberiség és ama nemes gyakorlati tudomány, melynek célja a betegeken intézményesen segíteni, a betegséget megelőzni: a social-hygiene. Az egyes orvos képessége és a lehetőségek szerint segít betegén tanácsal és tettel. De csak az államnak, a köznek, a társadalomnak van módjában a beteg lakosság zömének megfelelő elhelyezéséről, kezeléséről, gyógyításáról gondoskodni, hiszen mily kicsiny aránylag ama betegek száma, kik saját erejükből mindent megtehetnek egészségük helyreállítására. Talán módunkban lesz intézkedések által „rheumás“ betegségek keletkezését is csökkenteni, mert az eddigi ismereteink szerint is e tekintetben nem vagyunk teljesen tájékozatlanok. Az államnak, a társadalomnak nemesak nemes kötelessége, hanem egyszersmind érdeke is, hogy ama sok betegén, ki arthritisen, neuralgiában, lumbagóban, myalgiaiban stb., szóval abban, mit ma még a „rheuma“ szó alá összefoglalunk megbetegedett, segítsen; mutatják azt ama ijesztő statisztikai adatok, melyek erre nézve egyes Észak-európai államokban (Anglia, Svédország) továbbá az Amerikai Egyesült Államokban már eddig is e kérdésről rendelkezésre állanak. Nem akarván magam ismételni, e tekintetben, az Orvosi Hetilap 1926. évi 36. számában megjelent, e tárgygal foglalkozó, cikkemre utalok. Csak annyit ismételk belőle, hogy a nevezett államokban, hasonlóképpen Dániában, Hollandiában is, az egyes munkásbiztosítóknál számontartott betegeknek kb. 17–18%-a ily rheumás bántalmakban szenved és a kérdés socialis oldalát nézve, igen sokba kerül az államnak e betegek kezelése, táppénzüik megadása. Anglia például évente átlag 2,000.000 fontot = 54,000.000 pengőt fizet rheumás bántalmakban munkaképtelen betegeknek és az egy év alatt rheuma miatt elveszett munkaidő pénzértékben 3,000.000 font = 81,000.000 pengő.

Ezt valóban csak gazdag ország bírja. Ha meggondoljuk, hogy nálunk, mint általában a délibb országokban a rheumás betegek percentualis száma egészen nagyjában csak fél annyi is mint az északi államokban, ez még mindig csak gyöngye vigasz, és a mi szegényebb országunktól szintén óriási áldozatokat követel.

A Nemzetközi Egyesület nemesak tudományos, de gyakorlati oldalról is kívánja a rheumakérdést tanulmányozni. A kérdés gyakorlatilag olyképp precizírozható: hogyan kezelhetők a tudomány által eddig rheumásnak mondott betegek legjobban és leggyorsabban, hogy munkaképességüket legtökéletesebben és leghamarább visszanyerjék? Nemde nagyfontosságú socialis kérdés! Már most is belátták, főleg Északon, de belátjuk mi is, hogy e téren sokat lehet és kell segíteni. Lehet segíteni azért, mert valljuk be, hogy a legtöbb helyütt az arthritisen beteggel, a myalgias, vagy ischiásos fájdalommal szenvedő beteggel nem járnak el oly gondosan, mint pl. egy pneumoniában, vagy typhusban szenvedővel. Emberileg érthető ez. Hiszen az orvos tudja, hogy e beteg nem hal meg, tehát nem csinál belőle lelkiismeretbeli kérdést, mindent megtett-e, amit a tudomány csak tud, hogy egy-két héttel gyorsabban gyógyuljon, avagy egyszerűen salicylt, borogatást, esetleg melegfürdőt rendel neki. De eltekintve attól, hogy mégis csak minden egyes, nem is halálos, de fájdalmas és munkaidőt rabló betegség ellen is minden esetben kötelességünk a magát reánk bízót nemcsak legjobban, de leggyorsabban is meggyógyítani, már e fenti néhány adat is mutatja és valószínűleg a most Európaszerte és hazánkban is meginduló rheuma-adatgyűjtés még jobban fogja mutatni, hogy a sok egyes esetből mily

óriási szám összegeződik, mit jelent egy-egy államnak pénzben és munkaidővesztésben, hogy a „rheumás“ beteget nem gyógyítjuk mindig optime és prestissime.

E kérdésbe kapcsolódik bele a balneo- és physiotherapia kérdése is. Nem beszélek most arról, ami szintén fontos, jogos és kívánatos nemzetgazdasági szempontból, hogy Isten adta természeti gyógykincsünket, a budapesti hévvizeket és a gyönyörű Hévízi-tavat idegen betegek kezelésére is kellően felhasználjuk, hanem e helyütt csak a saját szegényebb és középsorsú betegek optimalis kezeléséről beszélek. Meg kell tennünk mindent, hogy arthritisen, myalgias, zsábás, azaz rheumás betegek mindazokban a gyógykezelésben rész-ülhessenek, melyek reájuk fontosak, pedig e bántalmak kezelésében a természetes hőforrásos fürdők az egyébkénti hőkezelések, mechanotherapia ma is és alighanem a jövőben is mégis csak a legfontosabb gyógy-eljárást képviselik, mely mellett az olykor egészen hasznavehető protein- és kéninjekciós therapia csak másodrangú segédszerepet játszik. Még a fennemlített északi államok is, melyek alig bírnak természetes hőforrásokkal, szegényebb, külföldre utazni nem tudó betegek számára fürdőkórházakat építenek, hol a rheumás betegek a physiotherapia áldásaiban részesülhetnek, ha már balneotherapiát — hévizek hiányában — nem tudnak nekik ott nyújtani. Mennyivel inkább kötelességünk nekünk, kik még ma is, szegénységünkben, bővelkedünk hévvizekben, hogy rheumás betegek közül a szegényebb sorsúaknak is legalább egy-két hőforrást fürdőkórház alakjában hozzáférhetővé tegyünk. Közkórházainkban igen sok ágy szabadulhatna fel, — tudjuk, hogy mindig kevés még a kórházi ágy — ha az elsősorban balneo- és physiotherapiát igénylő betegeket ily fürdőkórházban összegyűjtjük.

Nem tudom elértem-e cikkemmel célomat, mely csakis az, hogy orvostársaim közül azokat, kik ma még kételkednek benne, hogy érdemes-e a rheumakérdéssel foglalkozni, meggyőzzem, hogy igen is érdemes. Érdemes nemesak azért, mert a Nemzetközi Egyesület mintegy kikerülhetetlen feladatunkká tette, hogy mi is bekapcsolódjunk e tanulmányba, ha nem akarunk a kultúrától távol álló államként szerepelni, de érdemes tudományos érdeklődés kedvéért is, mert a kérdés tanulmányozása által tanulni is fogunk és érdemes humánus, socialis és gazdasági szempontból is.

A bécsi Tudományegyetem I. sz. bőr- és nemikórtani klinikájának (igazgató: Finger E. dr. udvari tanácsos, egy. ny. r. tanár) és orvosi vegytani intézetének (igazgató: Fromm E. dr., egy. ny. r. tanár) közleménye.

A psoriasis, dermatitis és ekzema vér-hydrogenion-concentrációja.

Írta: Preininger Tamás dr.

A szervezet savbásisegyensúlyának fenntartásában, illetőleg a vér actualis reakciójának szabályozásában elsősorban a vér játszik nagy szerepet az ő pufferanyagrendszerével. A szabályozásban azonban részt vesz még a légzőközpont, a vese, a gyomor-bélrendszer, a máj és még több szerv működése is. Igen valószínű, hogy a szervezetnek ezt a munkáját a szövetek is támogatják. A szövetek szerepe a sav- és lúgközömbösítésében egyelőre még kevésbé tisztázott. Ennek oka főleg methodikai-technikai nehézségekben keresendő és ezért az intermediaer savbásisegyensúly kérdésében egyelőre úgyszólván csak a vért követhetjük. Az egyensúly mérésére szolgáló eljárások között az alvaeolaris szénsavnyomás és a vér bicarbonattartalmának

mérésén kívül nem csekély jelentőségű a vér H-ionconcentrációjának meghatározása.

A bőrbetegségek és a vér H-ionconcentratio közti összefüggés — legalább is tudtunkkal — eddig még nem képezte kutatás tárgyát.* Nem látszott tehát érdektelennek ilyen irányban való meghatározásokat végezni már csak azért sem, mert reméltük, hogy ezen az úton bizonyos különbségeket találunk az egyes bőrbetegségek között. Erre a célra a legalkalmasabbnak találtuk a psoriasist és az ekzemat. Mindkét betegség pathogenesisében már régóta nagy fontosságot tulajdonítottak az anyagcserezavaroknak, anélkül azonban, hogy ezt a feltevést — különösen a psoriasisra vonatkozólag — jelentősebb sikerrel alátámaszthattuk volna. Kétségtelen, hogy úgy a psoriasis, mint az ekzema aetiologiájában nagy szerepet játszik a betegségre való készség („Krankheitsbereitschaft“) és igen valószínű, hogy mindkettőnél az anyagcsere chemismusában bizonyos zavarok bírnak jelentőséggel. Kísérleteinkbe belevotuk a dermatitiseseteket is. Tettük pedig ezt azért, hogy az ekzema mellett lássuk azokat a különbségeket, amelyek a gyulladási és nem-gyulladási (psoriasis) bőrfolyamatok között esetleg fennállanak. De tettük ezt is, mert arra is gondoltunk, hogy esetleg választ kaphatunk arra a régi és egyelőre még megoldatlan kérdésre, hogy miért áll meg a bőrgyulladás az egyik esetben dermatitissnél és miért megy át egy másik esetben ekzematába.

Vizsgálatainkat *Holló Weiss*¹⁷ módszerével végeztük. A technikai munkát illetően utalunk szerzők munkáira. Hangsúlyozni kívánjuk azonban, hogy a módszer igen pontos munkát kíván. Így pl. ügyelnünk kell arra, hogy a vér sem a vérvételnél, sem pedig a

hígító folyadékba való fecskendezésnél légbuborékokkal ne keveredjék, mert hibás értékeket kapunk. A vizsgálatot mindig közvetlenül a vérvétel után (1/2—3/4 óra) végeztük, így tehát nem volt szükségünk arra, hogy a hígító folyadékhoz fluornatriumot adjunk. A szénsavmentesítést oxgyennel végeztük.

Betegeinket részben az ambuláns, részben a klinikai fekvő beteganyagból választottuk. Meg kell említenünk, hogy a betegeket erre a célra külön nem éhezettük és kimondottan nem is pihentettük; mindegyiktől délelőtt 10—11 óra között vettük a vért. Tehettük ezt annál is inkább, mert egyrészt *Gigon* vizsgálatai szerint a rendes napi életmód lényegesebb változást nem okoz, másrészt pedig, mert ellenőrző vizsgálatainkat is hasonló körülmények között végeztük egészséges orvosokon és ápolónőkön. Nem tartjuk azonban kizártnak, hogy ez az oka annak, hogy általában (tehát egészségeseken is!) 1—2 %-kal magasabb értékeket kaptunk, mint mások. Összesen 10 egészséges és 100 beteg vérében határoztuk meg az értékeket. Minden meghatározást kétszer végeztünk. Eredményeink a következők:

Egészségesek:

Az esetek száma	pH 18C°
1	7.65
3	7.64
1	7.63
1	7.62
2	7.60
1	7.59
1	7.57

Normálértékeink tehát pH. 7.57 és pH 7.65 között mozognak. Középérték pH 7.61.

A táblázatokból láthatjuk, hogy a legkülönbözőbb

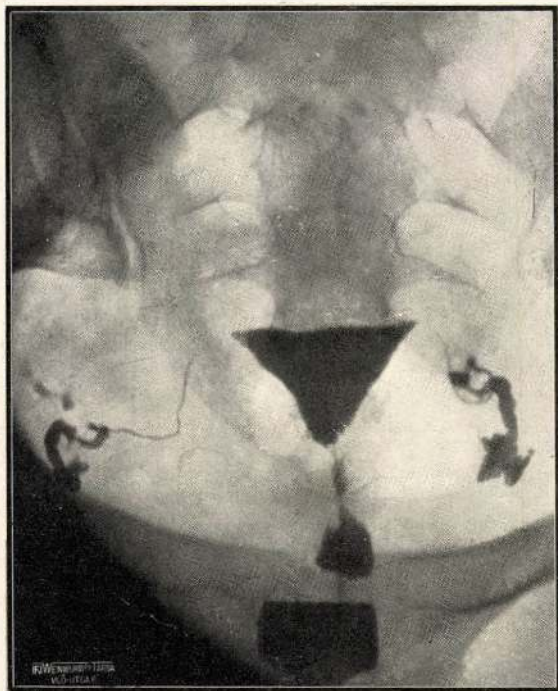
Betegek:

Diagnosis	pH 18 C°																			Össze- sen			
	7,40—7,48	7,49	7,50	7,51	7,52	7,53	7,54	7,55	7,56	7,57	7,58	7,59	7,60	7,61	7,62	7,63	7,64	7,65	7,66		7,67	7,68	
I. Psoriasis.			1		1*					1	2		1	3	3	1		2	1	1	5	3	25
	9									16													
II. Dermatitis.																							
a) D. artificialis, Erythema exsud. multif.		1				1						1		3	3		2					1	12
b) Salvarsan-dermatitis, urticaria							1					1	1										3
c) Röntgen-dermatitis																						1	1
d) Impetigo (Tillbury-Fox)																		2			1		3
e) Combustio																					1		1
Összesen:	9									11										20			
III. Ekzema.																							
<i>Acut és subacut ekzema</i> E. impetiginosum, E. madidans, E. vesiculo-bullosum, E. crusto-squamosum			2		1	1		1			1	3	2				1	1					13
E. sycosiforme, neurodermitis subacuta, E. generalis. subacutum		2	1				1	1	1														7
<i>Chron. ekzema</i> E. seborrhoicum, E. en plaques, E. dyshidroticum, E. intertriginosum, E. ichtthyoticum, E. papulosum, neuroderma				1			1	2	2	2	1		4	4	1		3	4	2		1**		28
E. cruris varicosum	1	1				2	1				1							1					7
Összesen:	37									18										55			

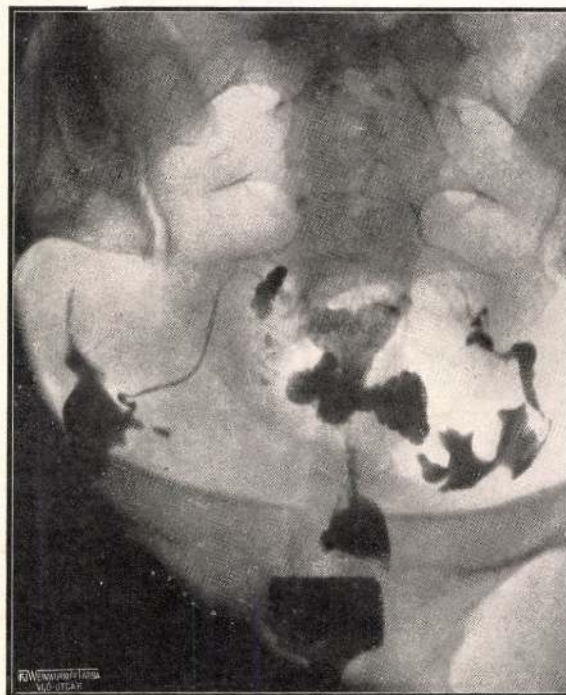
* Az alszáron égés és másodlagos fertőzés következtében pyoderma.
** Ekzema ichtthyoticum.

* *Konrich* és *Scheller* adatai között találunk ugyan három ekzemaesetet, de ők általában olyan magas értékeket tüntetnek fel, amelyeket egy szerzőnél sem találunk (pl. pH 7.98). Nem is jelölik meg, hogy milyen módszerrel végezték meghatározásaikat. —

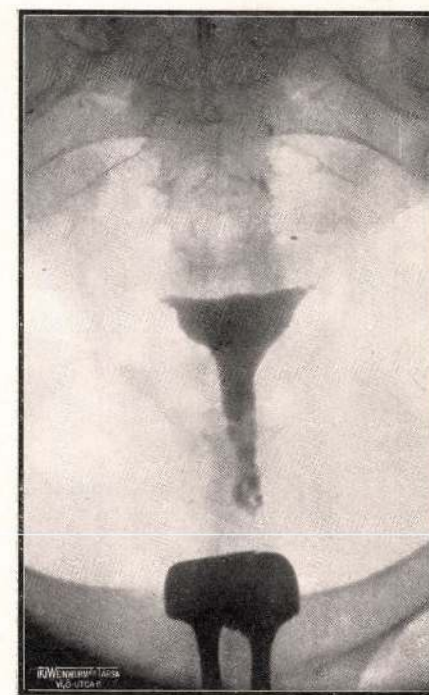
Doble, Jacobsohn és *Joseph* stb. pH-vizsgálatai pedig a vizeletre vonatkoznak. Mi szerzők munkái után azért sem tartottuk ezt az eljárást megfelelőnek, mert a vizelet pH-ja sokkal inkább van alávetve a napi táplálkozás ingadozásainak, mint a vére.



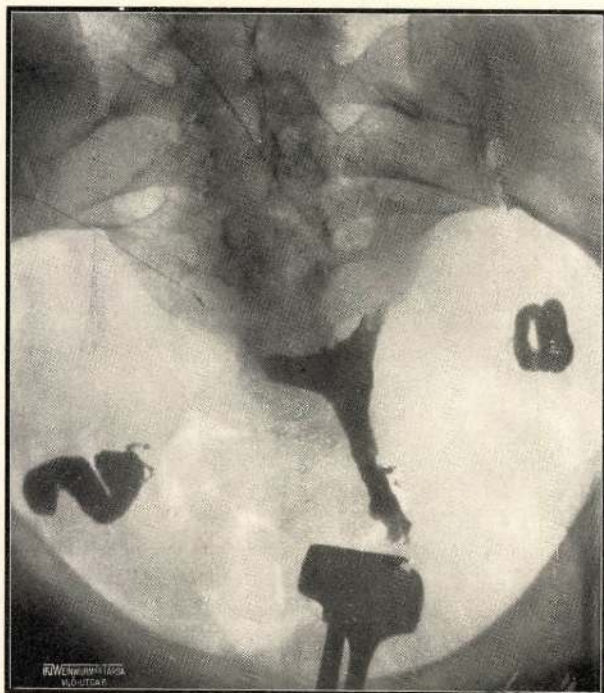
1. ábra. A szabályos háromszög alakú méhüregbe kitöltő contrastanyag intenzív árnyékot ad. A két tuba vékony csík, a szabad hasüregben levő contrastanyag szabálytalan árnyék alakjában látható.



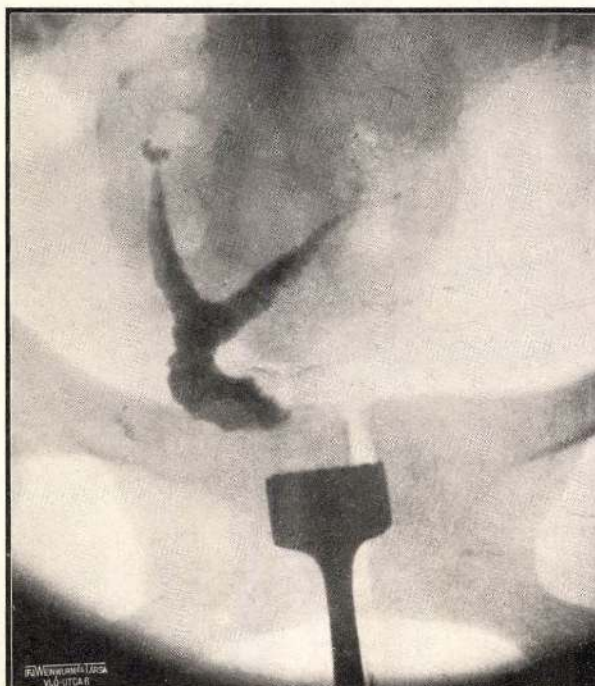
2. ábra. 15 perccel később készült, mint az 1. ábrán látható felvétel. A contrastanyag nagyrésze a hasüregbe jutott. A méhüreg halványabb.



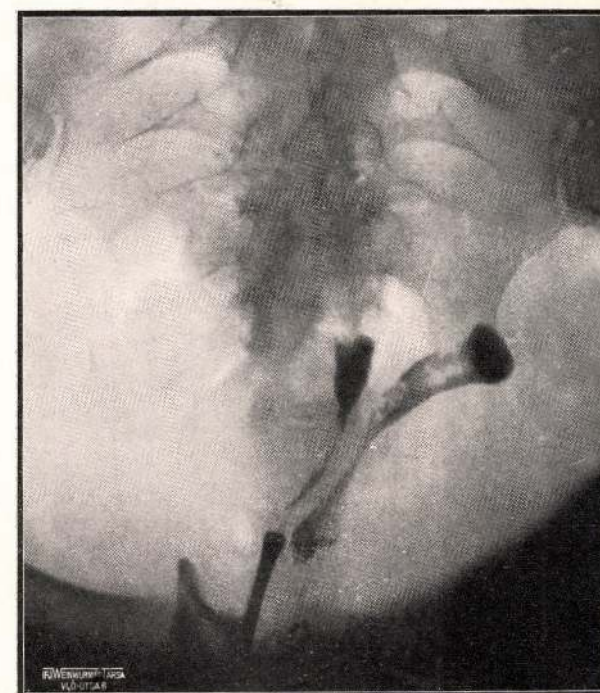
3. ábra. Mindkét tuba uterinalis vége elzáródott, ezért tubatelődés, tubaárnyék nincsen.



4. ábra. A tubák hasüregi vége elzáródott, kitágult, kanyargós. Mérsékelt uterus arcuatus. 10 perc múlva készült felvételen teljesen hasonló helyzet.



5. ábra. Uterus bicornis unicollis. Mindkét tuba uterinalis vége elzáródott.



6. ábra. Kettős méh (kettős hüvellyel). Mindkét tuba uterinalis vége elzáródott.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

100

értékeket kaptuk úgy a psoriasis-, mint a dermatitis- és ekzema csoportban. Mind a három csoportban találtunk acidotikus és alkalotikus értékeket. Tehát *törvényszerűségről nem lehet szó*. Ha azonban figyelmesen áttekintjük a táblázatokat, és normalértékeinknek megfelelően pH 7.61-et veszünk középarányosnak, s azt vizsgáljuk, hány eset adott az alsó határon és azon alul, valamint a felső határon és azon felül mozgó értékeket, úgy mindenesetre nagy különbséget veszünk észre a 3. táblázat között.**

Feltűnő, hogy a psoriasis sokkal több esetben mutat a felső határhoz közeledő, sőt azt túllépő (alkalotikus), mint a középarányostól lefelé eső, acidotikus értékeket. Az arányszám itt 64%:36%, az alkalosis javára. A dermatitiscsoportban az arányszám körülbelül megoszlak; de megfordul az ekzema csoportban, ahol kétségtelenül több az acidotikus, mint az alkalotikus eset (67.3% : 32.7%).

Eseteink számát túlságosan kevésnek tartjuk ahhoz, hogy messzemenő következtetéseket vonjunk, de az egyes értékek eltolódása annyira kifejezett, hogy tisztán véletlenül nem gondolhatunk. Inkább azt hisszük, hogy ha eseteink megválogatásában körültekintőbben jártunk volna el, akkor ez az eltolódás még szembeötlőbb lenne. Így pl. a psoriasis csoportba egy olyan esetet is felvettünk, amelyben az alszáron égés és másodlagos fertőzés következtében pyoderma volt jelen. Ez az eset pH 7.52-öt mutatott; a pyoderma gyógyulásával azonban a pH-értékek 7.64 : 7.66-ra emelkedtek. Az acidosis okát itt valószínűleg a pyodermában (gyulladás!) kell keresnünk. Az ekzema csoportba felvettünk egy ichthyosisesetet is, amely tulajdonképpen nem tartozik a gyulladások közé és — amint látjuk — erősen alkalotikus értéket adott. Az ekzemaesetek helyes megválasztása különben is nehéz, amennyiben ebben a kérdésben különböző szerzők más és más véleményen vannak. Így pl. Rost²⁰ a coecogen és parasitaer eredetű ekzémákat nem az ekzema, hanem a dermatitiscsoportba sorozza. Ilyen értelemben összeállításunkból sok olyan esetet kellene kivennünk, amelyek az ekzema csoportban alkalotikus értékeket mutatnak. Ha ezt megtennők, akkor az eltolódás a savi oldal felé még szembeötlőbb lenne.

Érdekes, hogy a dermatitiscsoportban azok az esetek, amelyek olyan külső ártalmakra vezethetők vissza, amelyek minden szervezetben ugyanazt a fokú gyulladást szokták előidézni, mint feltüntetett eseteinkben (combustio II., Röntgen-dermatitis) feltűnően magas értékeket mutattak. Hasonló eredményt látunk a felületes gyulladással járó impetigo (Tillbury-Fox) esetekben is. (Mind olyan esetek, amelyek nem szoktak ekzémába átmenni!) Az ekzema csoport acut és subacut alakjainál úgyszólván csak acidotikus, chronikus alakjainál azonban nemesak acidotikus, hanem körülbelül egyenlő arányban alkalotikus értékeket is kaptunk. Kivételt csak az alszáron fellépő ekzema chronikum varicosum esetei képeztek, amennyiben 7 esetünk közül 6 acidotikus értékeket adott.

Meg akarjuk még említeni, hogy egynéhány esetben sikerült a gyógykezelés tartama alatt, sőt a gyógyulás után is megfigyelnünk az értékeket. Négy psoriasis eset értéke a gyógyulás után nem változott.

** Hogy a határvonalat 7.61-nél állapítottuk meg, nem lehet önkényes eljárásnak nevezni, mert 1. ellenőrző eseteink is ezt a középarányost adták, 2. pedig azért sem, mert ha a határvonalat úgy a lúgos, mint a savi oldal felé egyenlő arányban 1—2 századrésszel eltoljuk, akkor az esetek száma csökken ugyan, de az arányszám kb. ugyanaz marad.

Ekzémás eseteink közül hármát figyelhettünk meg; mind a három terpentinkezelésben részesült a Bloch-féle sensibilizáló, illetőleg deszenzibilizáló eljárás szerint. Ezeknek pH-ja a vérben az ekzéma gyógyulásával lassan emelkedett.

Bevezető sorainkban felsorolt adatokkal talán részben megmagyarázható, hogy miért látunk a psoriasis csoportban savi és az ekzémás csoportban lúgos értékkel bíró eseteket is. Ennek a kérdésnek alaposabb tanulmányozására szükség volna nemcsak igen nagy anyagon végzett H-ionconcentráció meghatározásra, hanem tekintettel kellene lennünk az alveolaris CO₂-tensiora, a vér bicarbonat-tartalmára és ismernünk kellene azokat a factorokat is, amelyek még nincsenek egészen tisztázva (szabályozás a szövetek részéről). Meg kellene továbbá vizsgálnunk a betegek tüdejét, szívét, gyomor-bélrendszerét, máját és esetleg veseműködési vizsgálatot is végeznünk. Ha ezeket a factorokat mind ismernők, akkor valószínűleg megtalálnók a magyarázatát annak, hogy miért nem jár minden psoriasis alkalosisal és minden ekzema relativ acidosisal.

Igen valószínű, hogy a vér pH-ja a szervezet anyagcsereforgalmától függ. Így gondolhatunk olyan esetekre is, amelyekben az anyagcsereforgalom megváltozása, vagy primaer beállítása következtében a szövetek, illetőleg a sejtek nem képesek az összes savakat és lúgokat közömbösíteni és így a vér savanyúbbá, illetőleg lúgosabbá válik. A vérnek ez az acidosisa, illetőleg alkalosisa talán egyike azoknak a factoroknak, amelyekről a szervezetnek a psoriasisra, illetőleg ekzémára való hajlama („Psoriasisempfindlichkeit, Ekzembereitschaft“) függ.

Irodalom: ¹ Holló-Weiss: Biochem. Zeitschr. 144. köt., 87. old. és Magyar Orvosi Archivum 1924, 288. old.; Biochem. Zeitschr. 145. köt., 10. old.; u. o. 158. köt., 211. old. — ² Rost: Hautkrankheiten. Berlin, Springer, 1926. 266. old. — ³ Bloch: Arch. f. Derm. u. Syph. 145. köt.

A szegedi m. kir. Ferenc József Tudományegyetem nőiklinikájának közleménye (helyettes igazgató: Kuncz Andor dr. egyetemi magántanár).

A metrosalpyngographia a sterilitas diagnostikájában.*

Írták: Filep Aladár dr. klin. tanársegéd és Molnár József dr. klin. tanársegéd, a Röntgenlaboratorium vezetője.

(1 műmelléklet 6 ábrával.)

Egészséges gondolkodású embereknél a házasság élet egyik főcélja a gyermek, mely után való vágyódás mélyen benne gyökeredzik az emberi lélekben. Számos házasság vált boldogtalanná azért, hogy a hön óhajtott utódok iránti törekvés sikertelen maradt. Miután pedig a házasság meddőségéért általában az asszonyt teszik felelőssé, érthető, hogy a meddő házastársak közül elsősorban az asszony és az is elsősorban nőorvoshoz fordul ilyen természetű bajával.

Klinikánk ambulanciáját 1926 január 1-től a mai napig** 3041 asszony kereste fel. Ezek közül sterilitásos panaszra volt vagy sterilitást találtunk a vizsgálat folyamán 215 asszonynál. Ha a jelentkezettek számából levonjuk a vizsgálatkor terhesnek bizonyult 1052 asszonyt, akkor méginkább feltűnővé válik a magtalan, illetőleg nemzésre képtelen asszonyok nagy száma.

* A Szegedi Tudományegyetemi Barátok Szövetsége orvosi szakosztályában 1927 május 28-án tartott előadás után.

** A dolgozat lezárattott 1927 május 15-én.

Adatainkból kiderül, hogy a klinikánk járóbetegrendelésén — említett időközben — megjelent minden *kilencedik* nőbeteg valamilyen okból meddő volt, vagy gyermeknemzésre alkalmatlanná vált.

E néhány számadat is eléggé mutatja, hogy nagy-jelentőségű problémáról van szó, melynek megoldásán minden nagyobb beteganyaggal rendelkező intézetnek, de elsősorban a klinikáknak kell munkálkodniok. Ez a meggondolás vezetett bennünket, mikor elhatároztuk, hogy a sterilitás kérdését vizsgálat tárgyává tesszük és klinikánk beteganyagát e szempontból feldolgozzuk.

Minden céltudatos gyógyító beavatkozásnak előfeltétele a helyes és pontos diagnosis. Ennek a tételnek igazsága talán sehol sem annyira szembeütő, mint éppen a meddőség eseteiben, ahol az okok sokfélesége és rejtett volta néha igen nehéz feladat elé állítja a vizsgálatot. Nem óhajtunk ez alkalommal kitérni részletesen a meddőség minden okára, csak éppen megemlítnünk néhányat a fontosabbak közül. Ilyenek a női nemzőszervek különböző fejlődési rendellenességei, különösen az elég gyakori genitális hypoplasia, a méh kóros helyzetváltozásai, a méh- és petefészekdaganatok és mint legfontosabbak, a *belső genitáliák gyulladása megbetegedései*. Ha a gyulladás a petevezetőket is megbetegíti, annak nagyon gyakran azok teljes elzáródása lesz az eredménye. Az általunk vizsgált 215 meddő asszony közül 60-nál találtuk bimanualis vizsgálattal a petevezetők többé-kevésbé súlyos elváltozását. Kétoldali adnextumor esetén elég nagy valószínűséggel gondolhatunk a petevezetők elzáródására, de hogy ez nincsen mindig így, arra számos tapasztalat van. Máskor meg bimanualis vizsgálatkor a petevezetők nem is tapinthatók, vagy csak alig vastagabbak a rendesenél, mégis mindkét petevezető el lehet záródva. *Kétségtelen tehát, hogy a bimanualis vizsgálat nem ad biztos feleletet arra a kérdésre, hogy a petevezetők átjárható-e vagy sem.* Már pedig ezen tény ismerete nélkül diagnosisunk nem lehet megbízható s ennek következtében gyógyító beavatkozásunk sem lehet célszerű, sőt felesleges műtétekkel veszélyeztetnők a beteg egészségét vagy életét.

Nagy haladást jelentett a tubák átjárhatóságának vizsgálatában az először *Rubin* amerikai nőorvos által ajánlott *tubaátfúvás*. Ez a vizsgálati eljárás azonban nem tudott elterjedni. Nem terjedhetett el azért, mert komplikáltabb felszerelést igényel, a betegnek subjective kellemetlen, de nem is veszélytelen, főleg a bekövetkező *abdominalis shock* hatása miatt. Több közlemény szerzőjének kedvezőtlen tapasztalata után klinikánkon ezen eljárással nem is próbálkoztunk meg.

Ennél már eleve sokkal alkalmasabbnak és megbízhatóbbnak látszott előttünk a méhnek és a petevezetőknél contrastanyaggal való megtöltése és Röntgen-felvétellel való ellenőrzése, amely eljárás *metro- vagy hysterosalpyngographia* néven vált ismertté.

Az első, aki a méhüreget és a petevezetőket contrastanyaggal megtöltve, arról Röntgen-felvételt is készített, *Dartigues* párizsi sebész volt. Később az amerikai *Cary* és a már említett *Rubin* foglalkoztak a kérdéssel. Kísérleteik tökéletlen eredménnyel jártak, mert az általuk akkor használt *collargol* igen halvány árnyékot adott s amellett kellemetlen izgatóhatást is fejtett ki a vele érintkezésbe jutott szövetekre. A *natriumbromiddal* készült felvételek már jobbak voltak, de az eljárás akkor vett igazi lendületet, mikor *lipiodol*t, majd a vele azonos *jodipint* kezdték contrastanyag gyanánt felhasználni. E két utóbbi anyag jódnak olajos vegyülete, mely igen magas százalékban (20—50%) tartalmaz jódot. *Intensív árnyékot ad, igen lassan szívó-*

dik fel s ami a legfontosabb, a szöveteket egyáltalán nem izgatja, jodismust nem okoz. Vizsgálatainknál mi is a *Merck-féle jodipint* használtuk eleinte 20%-os, később 40%-os töménységben.

A méh megtöltésére különböző eszközöket, sőt *P. Schneider* és *Fr. Eisler* manometeres szerkezetet ajánlott. Tapasztalataink alapján azonban nyugodtan mondhatjuk, hogy erre nincsen feltétlenül szükség. Instrumentariumunk igen egyszerű. A portio feltáráshoz szükséges tükrökön kívül 2 golyófogó, 1 méhszonda, 1 Braun-fecskendő (5 cm³-es) és egy egészen apró fogó, széles *Mesoux* volt a felszerelésünk.

Technikánk rövid ismertetése előtt néhány szóval meg kell emlékeznünk az *eljárás ellenjavallatairól*, melyeknek szigorú szemeltartása nélkül súlyos veszélyek fenyegetik a beteget.

Tilos a metrosalpyngographia:

1. *Minden heveny vagy subacut gyulladással járó állapotnál.*

2. *Roszzindulatú méh- vagy petevezetődaganat,*

3. *terhesség esetén.*

De nem végeztünk metrosalpyngographiát akkor sem, ha idült gyulladással állapott mellett a *cervicalis váladékban genyesejteket, coccusokat, de különösen gonococcusokat találtunk.*

Gyulladások esetén a kórokozónak, rosszzindulatú daganat esetén pedig daganatsejteknek a hashártyára való jutását és hashártyagyulladás, illetőleg implantációs daganatáttelemek képződésének lehetőségét akartuk ezáltal elkerülni. Terhesség esetén tilos minden méhüri beavatkozás a vetélés megindulásának lehetősége miatt, bár számos tapasztalat azt mutatja, hogy a metrosalpyngographia aránylag ritkán szakította meg a terhességet. *Mi azonban feltétlenül elvetendőnek tartunk terhesség alatt minden hasonló beavatkozást.*

Említett tiltó szabályok szigorú betartásának tulajdonítjuk azt, hogy vizsgált betegeinknél régi gyulladás fellebbanását, heveny gyulladás keletkezését vagy terhesség megszakadását sohasem észleltük.

Az alábbiakban ismertetjük vizsgálati technikánkat, mely gyors, egyszerű és főleg legesszé teszi minden komplikált és drága eszköz használatát. A beteget kömetzőhelyzetben, lábtartókkal felemelt és térdben meghajlított lábakkal helyezük el a *Gauss*-asztal végén. A méh hüvelyi részét tükrökkel beállítjuk, a hüvelyt *magnol* oldattal jól kitöröljük, a portiót kétoldalt golyófogóval megfogva, óvatosan lehúzzuk, a méhürt pedig tájékozódás céljából megszondázzuk. Ezután az aprófogó, széles *Mesoux*val megfogjuk a portiót, anélkül, hogy szárait összeszorítanók. A *Braun*-fecskendő canüljét óvatosan bevezetjük a méhüregbe a fundusig, majd kissé visszahúzza, igen lassan, enyhe nyomás alatt 4—10 cm³, kissé megmelegített 40%-os jodipint fecskendezünk be. A canült kihúzza, a *Mesoux* szárait azonnal összeszorítjuk s ezzel a külső méhszájat elzárjuk úgy, hogy egy csepp jodipin sem folyhat vissza.

(A külső méhszáj illetően elzárását fontosnak tartjuk azért, hogy a contrastanyag vissza ne folyhassék, ami a Röntgen-kép élességének és a helyes tájékozódás rovására menne. Vannak, akik a külső méhszáj elzárását szükségtelennek tartják (*Dyoff* stb.). Eljárásuk hátránya azonban, hogy a beteget kényelmetlen *Trendelenburg* helyzetben kell hosszabb időn át fektetni, a contrastanyagot csak cseppenként lehet bevinni a méhürbe, ami hosszú időt vesz igénybe s végül még sincsen biztosítva feltétlenül a contrastanyag bentmaradása. Néhány méhösszehúzó kiküszöbölheti a méhüregből a fáradságosan bevitt contrastanyagot.)

A két golyófogó és a tükrök eltávolítása után a portiót a rajta levő *Mesoux* segítségével visszatoljuk

helyére, úgyhogy az elkövetkezendő felvételek alkalmával a méh eredeti helyzetében van már. Az első felvételt a töltés után 5—10 perccel, a másodikat és ha szükséges volt, a következőket további 15—20 perc múlva készítettük. Két vagy több felvételt eszközöltünk minden esetben, részben azért, hogy a contrastanyag helyzetét különböző időpontokban vizsgálhassuk, másrészt azért, hogy a tubák átjárhatóságának megítélésében bitosabban legyünk.

Már mostan meg kell említenünk, hogy a felvételek alatt komolyabb kellemetlenséget egyik betegünk-nél sem észleltünk. Néhány esetben egészen műlőtermészeti görcsös alhasi fájdalomról tettek említést, amit a méhösszehúzódások váltottak ki. Mindössze egyszer történt meg, hogy a beteg hányingert kapott és keveset hányt is. Rosszulléte azonban néhány perc alatt teljesen megszűnt. Meg kell jegyeznünk, hogy betegünk nagyfokú neurastheniában szenvedő, igen ideges és érzékeny nő volt. Mindkét tubája elzáródott lévén, jodipin nem juthatott a hasüregbe és így a hányást sem lehet a contrastanyagnak a peritoneumra gyakorolt esetleges izgató hatásával magyarázni. Inkább arra gondolunk, hogy az igen érzékeny nőbeteg-nél a méh lehúzásával járó hashártyavongálás váltotta ki a kellemetlen tüneteket. Ez annál is inkább valószínű, mert azokban az eseteinkben, ahol a contrastanyag kijutott a szabad hasürbe, soha izgalmi tüneteket nem okozott.

A következőkben néhány Röntgen-felvételt mutatunk be a reájuk vonatkozó legfontosabb klinikai adatok ismertetésével.

1. (Lásd műmelléklet 1—2, számú ábrát.) *A. Gy.-né*, 29 éves, 7 év óta meddő asszony. Havibaja rendes. Gyermekeket szeretne. *St. Pr.*: Rendes méh anteflexio-vers.-ban jobb oldalt lenőtt érzékeny ovarium, bal oldalt zölddiónyi adnex conglomeratum. *1. ábra*: A méhüreg szabályos háromszög alakú. Jól láthatók a fonálvékony tubák s ezek végén szabálytalan alakú contrastanyag a szabad hasürben. A cervicalis csatorna felső fele igen szűk. *2. ábrán*, mely az első felvétel után 15 perccel készült, a méhüregt nagyrészt kiürülve találjuk. A contrastanyag legnagyobb része a szabad hasürben található.

Ebben az esetben tehát mindkét tuba átjárhatónak bizonyult. Az asszony férjének ondóját megvizsgálva, abban spermiumokat egyáltalán nem találtunk. A sterilitás oka tehát a férfin van, melyet a háború alatt elszenvedett gonorrhoeája és mellékheregyulladás magyaráz. Az asszonyt megnyugtatta, hogy lényeges baja nincs, a férfit felvilágosítottuk helyzetéről.

2. *S. B.-né*, 27 éves, 0 partus + 1 abortus. Panaszja: görcsös havibaj. Évekkel előbb kéthónapos abortus, mely után sokáig beteg volt. Azóta nem jutott teherbe. Gyermekeket szeretne. *St. Pr.*: Kissé nagyobb méh hegyes-szögű anteflexióban, kissé retrovertálva. Mindkét oldalt alig tömegesebb adnexumok. Röntgen-felvételen (3. ábra) mindkét tuba uterinalis végét elzártnak találtuk. Miután az asszony bármilyen műtét árán is vissza akarta szerezni fogamzóképeségét, *Kuncz* magántanár hasmetszést végzett nála és az abdominalis végükön is elzáródott tubák kiirtása után a jobboldali petefészket bevarrta a jobb tubasarokba. Ilyenformán még maradt valamelyes lehetősége a conceptióra. A beteg gyógyultan távozott a klinikáról.

3. *Vitéz K. A.-né*, 29 éves. Havibaja mindig görcsös. Nyolc éve asszony, másállapotban sohasem volt. 1926-ban végzett méhkaparás és *discissio* után sem jutott teherbe. Gyermekeket szeretne. *St. Pr.*: Rendszerénl kissé nagyobb méh, harmadfokú retroflexio-versióban. *A méh környezetében sehol semmi kórosat tapintani nem lehet. Adnexumok nem tapinthatók!*

Röntgen-felvétel: (4. ábra.) Kissé ívelt méh jobbra dőlve. Mindkét tuba abdominalis vége kitagult, elzáródott. 10 perc múlva teljesen azonos képet kaptunk. Az asszonynak *salpingostomatoplasticát* ajánlottunk, azonban hasmetszésnek nem akarta magát alávetni.

4. *D. I.-né*, 43 éves, 16 év óta asszony, másállapotban sohasem volt. Gyermekeket szeretne. 15 éves kora óta

bő vérzéssel járó havibaja van. *St. Pr.*: Középtág hüvely, előretekintő infantilis portio; kicsiny méh harmadfokú retroflexio-versióban fixálva. Adnexumok nem tapinthatók. *A feszes, hájas hasfal miatt pontosabban tájékozódni nem lehet!*

Röntgen-felvétel: (5. ábra.) Uterus bicoris, uncollis a középvonaltól balra. Tubák uterinalis vége elzáródott. Tekintettel az asszony életkorára és a fejlődési rendellenességre, a fogamzás nem kívánatos. Ezt az asszony tudomására is hoztuk.

5. *N. I.-né*, 29 éves. Panaszja: Rendetlen vérzés, hat év óta asszony. Kétszer volt terhes, azonban terhessége mindkét esetben megszakadt a második hónap végén. Gyermekeket szeretne. *St. Pr.*: Kétfős hüvely. A baloldali hüvely szűzhártyája még érintetlen, harántirányú keskeny pántalakja van. Coitusok a jobboldali hüvelyben történtek. Két portio és két méhtest tapintható mérsékelt retroversióban. A jobboldali méhtestet kissé nagyobbnak érezzük. *Adnexumokat külön tapintani nem lehet.*

Röntgen-felvételen (6. ábra) jól látható az egymástól elhajló két méhszár, valamint világos csik alakjában a cervixet kétfelé osztó sövény. Tubák uterinalis vége elzáródott, tubatélődés egyáltalán nincsen.

A rosszul fejlett méh — mint az abortusok is bizonyítják — nem alkalmas terhesség kiviselésére. Ezért minden nagyobb műtétet ellenjavaltnak tartunk, sőt a bekövetkező szövödmények miatt mellőztünk minden beavatkozást, ami a teherbejutást elősegíthetné.

A leírtak alapján tapasztalatainkat a következőkben foglalhatjuk röviden össze:

1. A metrosalpyngographiában olyan vizsgáló-eljárást ismertünk meg, mely kiválóan alkalmas a tubák átjárhatóságának vizsgálatára, amely körülmény a sterilitások esetek tisztázásának egyik főfeltétele. De nagy hasznát vehetjük a méh különböző fejlődési rendellenességeinek, méhdaganatoknak, a petevezető elváltozásainak felismerésében is.

2. A metrosalpyngographiát az elővigyázatossági rendszabályok és az ellenjavallatok figyelembevételével mellet nem tartjuk veszélyes eljárásnak, hanem diagnosztikai lehetőségeink értékes gyarapodásának.

Irodalom: *Rubin*: Surgery, Gynecology and obst. 1915, 435. old. — *Rubin and Bendick*: The Journal of the Amer. Med. Ass. 1926, 87. köt. — *Rubin and Bendick*: The Amer. Journ. of Roentgen and radium therapy. 1926, XVI. köt., 3. sz. — *Dyroff*: Zentralbl. f. Gyn. 1926, 27. sz. — *Henkel*: Zentralbl. f. Gyn. 1926, 34. sz. — *Nahmmacher*: Zentralbl. f. Gyn. 1926, 35. sz. — *P. Schneider* u. *Fr. Eisler*: Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen, 1927, XXXV. köt., 5. füz.

A szegedi magyar kir. Ferenc József Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Vidakovits Kamill dr. egyetemi ny. r. tanár).

James Ewing-féle veserák.

Írta: *Sztolár Ernő dr.* egyetemi tanársegéd.

James Ewing-typusu veserák esetünkről kívánok röviden beszámolni s teszem ezt azért, mert egyrészt a hazai irodalomban ily közleményt nem találtam, másrészt, mert az esetet arra ritkasága érdemessé teszi. Közleményem csupán theoretikus értékű.

Körbonctanilag: a destrualólag növekedő, heterolog, epithelialis daganatok közé tartozik.

Makroszkopiallag oly jellegzetes tulajdonságot nem mutat, melynek alapján a többi carcinomás tumortól elkülöníthető volna.

A histologiai vizsgálatnál: az igen gyér kötőszöveti strómbában néhol szűkebb, másutt tágabb csőátmetszeteket látunk, melyeknek a falát alkotó sejtek nagyok, feltűnően világosak, szinte üres sejttestűek. A magjuk kerek, általában laza, chromatin szövésű. Az egyes csőátmetszetek általában nagyobbak a húgycsatornácskáknál. Némelyik üregecske lumenét a leírt

daganatsejtek teljesen kitöltik, vagy, ami még gyakoribb, *felszaporodásuk kisebb-nagyobb gyűrődések, szemölcszerű képletek kialakulására vezetett*. A daganatsejteknek csövek képzésére való hajlandósága mellett, látóterenkint szerte a daganatsejtek tömör sejtburjánzása is megfigyelhető. A daganat kötőszöveti váza bőven el van látva, néhol erősen tágult vérekekkel (prof. Balogh).

A klinikai tünetek közül: a haematuriát korai klinikai tünetnek lehet tekinteni, bár az esetek jelentékeny számában hiányzik.

Devroye számol be 57 éves asszonybetegénél hasonló esetről, melynél a mozgatható tumor és egy idő óta fennálló fájdalom mellett haematuria sohasem volt.

Mikor pedig megvan, akkor nem szabad az értéket túlbecsülni, mert *Peters W.* 64 éves asszonybetegénél, ki három hó óta fennálló vesevérzéssel került osztályukra s kinél vesetumor kórisméjét vették fel, a műtéti lelet nem igazolta feltevésüket, ennek dacára extirpálták a vesét, azonban a hystologiai lelet sem mutatott kórosat, a beteg vérvizelése azonban megszűnt.

A haematuriát tehát csak egyéb tünetekkel együtt lehet értékesíteni.

Pleschner adatai szerint a vesetumoroknál a haematuria gyakran marad ki, addig, amíg a vesemedencébe nem tör át, addig, amíg daganatszétesés, edényszakadás nem lép fel. Viszont a tovahaladó, infiltráló carcinoma a veseállományt teljesen elpusztíthatja, anélkül, hogy közben a vese alakja megváltozna (nagyobbodna vagy kisebbedne). A vizelet is normalis marad, vérzés sem lép fel. Azonban a megváltozott keringési és nyomási viszonyok hatására az áttörés előtt is létrejöhet haematuria, úgyszintén a tumorról nem érintkező szakasz gyulladására esetén is.

A vérzés jellege, hogy hosszabb-rövidebb ideig tartó fennállás után hetekig-hónapokig kimaradhat, majd minden külső ok nélkül újabb profus vérzés indul meg, mely nyugalomra nem szűnik. Egyesek csak pár óráig, vagy egy-két napig véreznek, míg másoknál hetekig, hónapokig tart. A vizeletben gyakran formált véralvadék található.

Izrael adatai szerint az inoperabilis vesecarcinoma nőknél gyakoribb, mint férfiaknál, ami annak tudható be, hogy a nőknél egyrészt a haematuriát rendetlen vérzésnek nézik el, másrészt a nők petyhüdt hasfalát a növekedő tumor kevésbé terheli meg, mint a férfiakét.

A tapintható tumor gyakran csak egyetlen tünet. A késői eseteknél csaknem minden esetben kimutatható. Az edénydús tumorokon pulsatio is tapintható. Olykor a tumoron a colon is tapintható.

A vesecarcinoma leggyakrabban a vena renalisba és a vena cavába tör be, máskor az ureterbe s ritkán a mellékvesébe és a retroperitonealis nyirokmirigyekbe (amikor is pangásos varicoelet okoz).

Rosenburg Albert 65 éves vesecarcinomás férfi-betegénél a combon levő sympatektomia utáni heges bőrben metastasist talált.

Kretschmer két vesekővel szövődött carcinomáról számol be, mely esetekben a műtét előtt a carcinoma nem volt megállapítható.

Imbert esetei 35%-ánál észlelt a tumor által kiváltott lumbáltáji fájdalmat, mely nem állandó jellegű és az erősségét a nyugalom vagy testmozgás lényegesen nem befolyásolja.

A fájdalom lehet spontan kiváltott, a vesetokra ható hirtelen nyomás által, lehet a daganatnak az idegelemekre való hatása által kiváltott. A betegség kezdetén a fájdalom neuralgiaszerű. Egyes esetekben a fájdalom az egészséges oldal felé sugárzik ki.

Míg a haematuriát korai tünetnek lehet tekinteni, addig a classikus tünetcsoport rendszerint a késői eseteknél van meg, azonban egyéb vesemegbetegedéseknél is jelen lehet.

A kórisme felállítását az ureterkatheteren át vett vizeletüledék vizsgálata segítheti elő leghatásosabban. A daganatsejtek kimutatása kórismei értékű.

A korai eseteknél a Röntgen-vizsgálat nem értékesíthető, mert rendszeren negatív eredményt ad.

Minden esetben legértékesebb kórismei érték volna a hystologiai vizsgálat. Az esetek egy részében (késői) tumor kachexia lép föl s ennek a nagysága a tumor tovahaladásától függ.

Láz: rendszerint a gyulladáson szövődött esetekhez társul s súlyos prognostikus jelentőségű.

A prognosis és a maradandó műtéti eredmény annál jobb, minél korábbi stadiumban operálunk.

Az elkülönítő kórismében a hasi és mellkasi szervek jönnek tekintetbe. Kachexia, oedema, szívgyengeség és műtéti javallat lehetőségét csökkentik. A másik vese rossz működése esetén ellenjavallt a műtét és ez alól csak a súlyos vesevérzés képez kivételt, ahol vitalis műtéti javallat esete áll fenn. *Rochet* és *Trevenot* egy ily esete anuriában halt meg a műtét utáni hetedik napon.

Műtét a primaer tumor és az esetleges metastasis eltávolításából áll. A műtéti lehetőség a tumornak a szomszédos szervekhez való viszonyától függ. A tumor nagysága nem ellenjavallja a műtétet. Az extraperitonealis behatolás mindenkor előnyösebb, mint az intraperitonealis. *Krönlein* szerint a mellékvese és a környéki mirigyek eltávolítása a mortalitást igen növeli, de a maradandó műtéti eredményt nem javítja.

Aránylag gyakoriak a műtét közbeni melléksérülések: pleura, peritoneum, vena cava, bélsérülés. A műtét után pedig az úgynevezett késői ártalmak pl. a vér-edényeitől és beidegzésétől megfosztott bélszakasz elhalása, thrombosis, stb.

A műtétet lehetőleg local anaesthesiában végezzük, mert narcosis után aránylag gyakori a súlyos szívgyengeség és a műtét utáni tüdőlob. Ritkább halál ok: az embolia által előidézett műtét alatt vagy után s az utóvérzés és a következményes szívgyengeség.

K. I.-né, 43 éves nő előadja, hogy felév óta fokozatosan lesóványodik olyannyira, hogy 20 kg-ot fogyott. Egy hó óta ágyék és gyomortáji fájdalmat érez s étvágytalan. Három hét előtt hasában daganatot vett észre. Vizeleti panaszai nincsenek. Naponta 4-5-ször vizez. Vizelete tiszta, sem zavaros, sem véres nem volt; állás után nem vett észre benne üledéket. Mensese mindig rendes volt. Láza nem volt.

Jelen állapot: Lesóványodott, vérszegény. A bőr halvány barnán színezett. A jobb hasfél a bordaívtól lefelé a köldök és a crista ilei között elődomborodó, ennek megfelelően a jól betapintható, puha hasfalán át férfiököl nagyságú, síma felszínű, rugalmas tapintatú tumor érezhető, mely ballotalható, nyomásra nem fájdalmas s a légzőmozgásokat követi. Fölötte tompult kopogtatási hang. A máj és léptompulat normalis. Hőmérsék: 36.8 C°. Erverés: 78, szabályos.

Vizeletvizsgálat: Sötét szalmasárga színű, savi kémhatású, fehérvérsejt 1018, kevés fehérje, geny, cukor: 0. Az üledékben látóterenként egy-két laphámsejt, egy-két fehér- és vörösvérsejt, egy-egy vesehámsejt és uratkristályok, cylinder nincs.

Ziel-Nielsen szerint festve savállót nem találunk. Az ureter catheterismus negatív volt. Fehérvérsejtszám: 6000.

Műtétnél (prof. *Vidakovits*) kiderült, hogy a ballotalható tumor hypernepromás vese és az ezzel összefüggő, a veseképleteket (art.-t, venát, uretert) körülzáró ökolnyai nagyságú tumor, mely hátrafelé és főleg a mesenterium gyöke felé folytatódik. Nephrektomiát végeztünk. A tumor inoperabilis volt.

A kórszövettani vizsgálat James Ewing-féle világos sejtű vesecarcinómát derített ki.

A beteg a műtéttől számított 10-ik napon Röntgenbesugárzást kapott s két hét múlva per priman gyógyult műtéti heggel távozott klinikánkról.

Esetünk azért is érdekes, mert klinikai tüneteket nem okozott a vese részéről és a fájdalom is csak akkor lépett föl, mikor a tumor már ökölnyi nagyságú volt.

Ezen aránylag hosszú tünetmentesség tette lehetővé, hogy a beteg inoperabilis tumorról került klinikánkra.

Kretschmer is azon megállapításra jut anyagának áttekintése után, hogy a vesetumorok legnagyobb része inoperabilis állapotban kerül intézetükbe.

Esetünknel a jellegzetes tünetesoport közül akkor is hiányzott a vérzés, ami sem a cystoskopiai vizsgálatnál, sem az ureter katheterismus alkalmával nem volt kimutatható.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-Tudományegyetem törvényszéki orvostani intézetének közleménye (igazgató: Kenyeres Balázs dr. egyetemi ny. r. tanár).

Spontan bélrepedés.

Írta: *Bochkor Adám dr.*, egyetemi adjunctus.

Aránylag csekély a hirtelen halálesetek között azoknak az eseteknek a száma, amelyekben a hasüregi szervek megbetegedése szolgáltatja a halálokot. A törvényszéki orvostani intézet boncolási anyagában a boncolásra kerülő hirtelen halálesetek csoportjában a vérkeringési szervek megbetegedései az egész csoportnak mintegy négyötödrészét teszik ki. A fennmaradó töredékben a halál a többi szervek megbetegedésével áll kapcsolatban. A bélrendszeri megbetegedések természetüknél fogva aránylag ritkán fenyegetik a megbetegedettek életét hirtelen halál bekövetkezésével. Még leginkább gyomor-, bélfekélyek átfürödése szokott bekövetkezni váratlanul rosszullet mellett, amely néhány nap alatt halált okoz. Rendszerint ezekben az esetekben a gyógykezelő orvos megállapítja a hashártyagyulladás, de annak okát természetesen elég gyakran csak a boncolás találja meg. Ez történt a közlemény tárgyául szolgáló esetben is. A vidéken lakó *O. K.* négyéves leánygyermek, aki anyja állítása szerint soha beteg nem volt és soha nem sérült meg, este rendesen megvacsorázott, az éjszakát nyugodtan töltötte, de a reggeli órákban heves hasgörcsökre ébredt, mire az anyja orvost hivatott, aki vakbélgyulladásból eredő hashártyagyulladást állapított meg s utasította az anyát, hogy gyermekét műtét céljából azonnal a fővárosba hozza. Műtetre azonban már nem kerülhetett a sor, mert a gyermek közvetlenül a megérkezésük előtt a vonaton meghalt. A rendőri boncolás igazolta ugyan a hashártyagyulladás kórisméjének helyességét, de kiderült, hogy a hashártyagyulladás oka nem a feltételezett vakbélgyulladás, hanem vékonybélrepedés volt. A repedés a vékonybélnek a flexura duodeno-jejunalistól 1 m-re fekvő, férfükölnyi, félig emésztett, nagyjából sárgarépa darabokból álló ételmaradékkal feszülésig telt, széles alapú, zsákszerű tömlőt alkotó táogatán foglalt helyet, amely a bal csípőtányér felett a vékony bélcsok között szabadon helyezkedett el; sem összenövés, sem sérvtömlő a táogat környezetében nem voltak találhatóak. A táogat kerülete legnagyobb domborulatán 13 cm, szájadékának átmérője pedig 10 cm volt. Közlebbi vizsgálatnál kiderült, hogy a bélfodor tapadásával szemközt a táogat savóshártyáján az izomfalnak legyezőszerűen szétvált rostjai tűnnek át és ennek megfelelően a táogat fala fokozatosan elvékonyodik. A

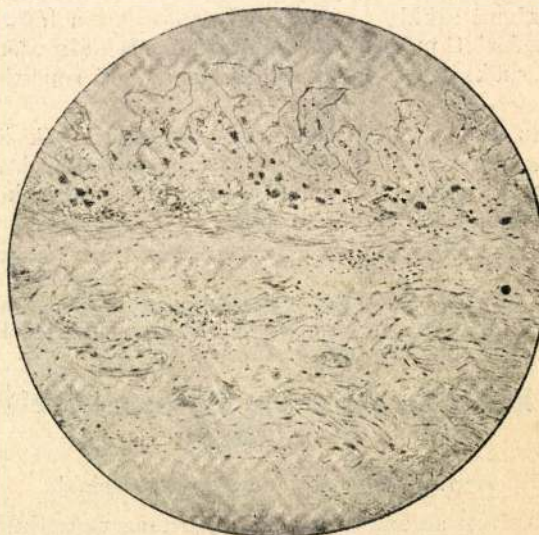
domborulat közepén egy koronásnyi egyenetlen, elvékonyodott szélű anyaghiány mutatkozott. A nyálkahártya a táogat kezdetén még redőzött, többi részén azonban a redők eltűntek és a nyálkahártya elvékonyodott. (1. ábra.)*

A táogat falából készült szövettani metszetek



1. ábra.

arról tanuskodnak, hogy a falzat elvékonyodása egyrészt a nyálkahártya sorvadásából, másrészt az izomrétegnek olyan átalakulásából magyarázható, amely előbb a hosszanti, majd a körkörös izomréteget tüntette el, aminek következménye gyanánt a táogatnak a szakadás közelében levő részeiben az izomréteg teljesen hiányzott, illetőleg elszórtan csupán egyes nyalábokban volt feltalálható. Magának a nyálkahártyának izomzata azonban az utóbbi helyeken sem hiányzott, sőt inkább megerősödöttnek látszott. A fentebbi változások mellett lobra utaló, plasmasejteket is tartalmazó gönbsejtes besezűrődések mutatkoztak a submucosában és a subserosában. (2. ábra.)



2. ábra.

A táogat eredetére vonatkozó és magyarázatot kívánó kérdésre nehéz volt válaszolni. Az a körülmény, hogy a holttest vizsgálata alkalmával sem sérvre utaló, sem egyéb kóros elváltozások (szűkület, csavaro-

* Az ábrák *Bernolák Béla* gyakornok rajzai után készültek, amelyekért ezúton is hálás köszönetemet fejezem ki.

dás, szalagos lenövések, stb., feltalálhatók nem voltak, másrészt a hasat ért külerőművi behatásra az előzmények alapján gondolni nem lehetett, a Meckel-féle diverticulum néven ismert fejlődési rendellenesség lehetőségét állították előtérbe, annál is inkább, mert az említett rendellenesség nem tartozik a ritkaságok közé és az irodalmi adatok is megemlékeznek diverticulumból eredő tágulat alapján létrejött bélrepedésekről. Mégis ezt a közelfekvő lehetőséget a szóbanforgó esetben ki kellett zárni, egyrészt, mert a tágulat a vékonybélnek nem azon a helyén mutatkozott, amelyen a Meckel-féle diverticulum jelentkezni szokott (felnőttön átlag a vakbélből 1 m-nyi távolságban), másrészt mert alakja is némileg ellene szól a fejlődési rendellenességnek, bár az utóbbi, miután diverticulum tágulata folytán is létrejöhet hasonló alakbeli eltérés, egymagában talán kevésbé lehetett alkalmas a fejlődési rendellenesség kétségbe vonására. Mindezekért sérvből való eredés vált valószínűvé (amit *Verebélj*, *Kenyeres*, *Minich* tanár urak is legvalószínűbbnek tartottak) s ezt a felvételt az elhalt gyermek anyjának újból való kihallgatása tényleg meg is erősítette. Kikérdezése kapcsán ugyanis sikerült megtudni, hogy a gyermek köldöksérvvel jött a világra, amelyet azonban nagyobb figyelemre nem méltattak, mert a gyermeknek soha bajt nem okozott. Az orvos körülbelül egy évig kezelte a sérvet ragtapaszcsíkokkal, amire az nyom nélkül meg is gyógyult.

Ezekből az előzményi adatokból arra lehet következtetni, hogy a vékonybélnek az a része, amelyen a boncolás alkalmával a tágulatot találtuk, lehetett az a rész, amely a köldöksérvet alkotta, a tágulás pedig úgy jöhetett létre, hogy a vékonyfalú, tehát kevésbé ellenállóképes csecsemőbélnek említett része bizonyos ideig — mindenesetre csak rövidebb időről lehet szó — ki lehetett szorulva, talán éppen a nem helyesen alkalmazott ragtapaszcsíkokkal való leszorítás következtében, ami azután a tágulat kifejlődésére adhatott alkalmat. A kezdetben bizonyára kisebb tágulat lassankint bélsárgapángás folytán mindinkább nagyobbodott s ehhez valószínűleg a bélfalnak vérkeringési zavarok által előidézett hiányos táplálása is hozzájárulhatott, úgyhogy csak valami alkalmi okra — adott esetben a tágulatban félig emésztett már jelzett ételmaradék felhalmozódására — volt szükség, hogy a halálos kimenetelű repedés létrejöjjön.

Az eset a maga nemében egyedülállónak látszik, amennyiben a rendelkezésre álló világirodalom hasonlókat nem említ, s így már ebből a szempontból is közlését kívánatosnak kellett tartanom.

A pécsi m. kir. Erzsébet Tudományegyetem szemklinikájának közleménye (igazgató: ifj. Imre József dr. egy. ny. r. tanár).

A keratitis parenchymatosa kezelése bismuthal.

Írta: *Kukán Ferenc dr.*, tanársegéd.

1922-ben az angol vaksági bizottság megállapította, hogy 1036 vak gyermek közül 12,9% keratitis parenchymatosa következtében veszítette el a látását, *Bickerton* 173 vak felnőtt között 11-et, *Fells* 84 vak felnőtt között 6-ot, *Bishop Harman* 601 különböző korú vak közül 28-at talált ilyet. Más szerzők szerint az összes vakok 1%-a keratitis parenchymat. következtében veszítette el látását. Ha arra gondolunk, hogy a vakok intézetén kívül a keratitis parenchymatosásoknak a legjobb kimutatások szerint is kb. 15%-a gyógyult 5/50-nél rosszabb látással, megértjük a legújabb közlemények pessimismusát a sal-

varsannal s a salv.-Hg. kombinált kezeléssel szemben, melyhez a lues terapiájába való bevonulásakor oly sok reményt fűztek. Ma már a kellő idő elmultával lehetővé vált a szükséges áttekintés és megállapítható, hogy a salvarsan-aera csak kevésse vitte előre a keratitis parenchymatosa e lues congenita gyógyításának az ügyét, ugyanis a nagy kimutatások újabb eredményei alig jobbak a salvarsan előtti idők eredményeinél. A Röntgenel, a fényel, s legújában a malariával való kezelési törekvések mellett az utóbbi években a figyelem a bismuth felé kezd irányulni. A szem lueses megbetegedésénél (iritis, iridocyclitis, neuro-chorio-retinitis, neuritis, bénulások, szemhéjgummáknál) a szerzők csaknem egybehangzó véleménye szerint a bismuth rendkívül jó hatású. Atrophia nervi opticeire vonatkozóan azonban már éles véleménykülönbségek vannak, így pl. *Jirman* szigorúan ellenjavaltnak mondja, *Cattaneo* viszont kezdődő atr. n. opt.-nél kifejezett javulást észlelt látótér bővüléssel (színek számára is). *Truffi* szerint jó hatású a centralis idegrendszer betegségeiben és tabesben. *Rentz* és mások nem tapasztaltak kedvezőtlen eredményt hasonló esetekben.

A kerat. parench.-ról is eltérőek a vélemények. Mielőtt a szerzők tapasztalatait összehasonlítanám, rámutatok először a bismuthkészítmények nagy számára. *Truffi* 66-ot sorol fel, de tudomásom szerint a számuk már 100-on jóval felül van. Valószínű, hogy ezek gyógyító értékében lényeges különbségek lehetnek. 2. A ritkán, például ötnaponként vagy ennél is nagyobb időközökben, vagy túlságosan kis mennyiségben való adagolás esetén elégséges bismuth nem gyűlhet össze a szervezetben. A kombinált kúránál pedig a tiszta bismuthhatás nem ítéhető meg. 3. Kedvezőtlen véleményt válthat ki a bismuthkezelés lueses kerat. parench.-nak tuberculotikus eredetű kerat. parench.-val, esetleg iridocyclitissel való együttes fellépése esetén. E két leggyakoribb betegség együttes előfordulásának lehetősége okvetlenül figyelembe veendő. (*Albrich*.)

A bismuthkezeléssel *Rentz* 12 kerat. parench.-ás esetében nem látott kedvező eredményt. *Jirman* szerint a folyamatot egyáltalán nem, vagy alig befolyásolta (2 eset!), *Margerin* súlyosabb eseteknél, ahol mindkét szem beteg volt, nem látott kedvező hatást. *Kasass* (6 eset), *Veidovskij* és *Kuborn* sem kaptak jobb eredményt, mint az eddigi gyógyszerekkel.

A szerzők másik csoportjának megfigyelései már biztatóbb képet nyújtanak. *Kleefeld* szerint a betegség kezdetén alkalmazott bismuth a megmaradó szaruhártyahomályok veszélyét elhárítja, a betegség gyorsabban és könnyebben folyik le, a szer képes arra, hogy megakadályozza a folyamatnak a másik szembe való terjedését. Az ereződés előtti úgynevezett általános oedema stadiumában való alkalmazásakor az anatómiai értelemben vett teljes feltisztulás is lehetséges (erek nélkül!). *Cattaneo* hatásosabb gyógyszernek tartja, mint a Hg. és salvarsant. *Denti* előzőleg Hg.-salv.-nal eredménytelenül kezelt két esete 7 bismuthinjekcióra gyorsan javult. Összesen 8 esetben jó eredményt ért el. *Manulescu* és *Petala*, *Glavan* jó és teljes eredményt észlelt. A kedvező eredmény gyakran már a második-harmadik injekció után mutatkozott. *Marin Amat* is jó eredményről számol be. *Margerin* könnyebb eseteknél jó eredményt látott, a második szem megóvható volt, vagy könnyebb lefolyású volt a gyulladás, ahol mégis fellépett.

Mindkét csoport szerint kedvezőtlen mellékhatások, eltekintve a ritkán fellépő kisfokú veseizgalomtól s a bismuthszegélytől, nem voltak tapasztalhatók. *Veidovskij* egy esetében a vizeletből a fehérje a kúra folytatása dacára megfelelő diéta mellett eltűnt. Mások szerint

is a vese csekélyebb bántalmazottságánál óvatosan alkalmazható. Csak súlyos vesebajokban, súlyos máj- és szívbajokban, valamint nem lueses anaemiák esetén ellenjavalt. Nagyon a bismuth mellett szólnak általános szempontból *Tüdős* és *Kiss* vizsgálatai. Megállapítják, hogy a bismuth (bismosalvant sec, Richter alkalmaztak) kis adagokban adva a vérképző szervekre nagyobb, kifejezettebb és főleg tartósabb hatást fejt ki, mint az arsen és vas. Néhány cgramm bismuth injiciálása után olyan vörösvérsejtszám- és haemoglobinemelkedést, étvágyfokozódást és testsúlygyarapodást észleltek, amit más eddig alkalmazott terapiával nem sikerült elérniük. Úgy magyarázzák ezt, hogy ha a bismuthfelhalmozódás a szervezetben kisebbfokú, az a szervekben kisebb hyperaemiát fog létrehozni és fenntartani. A fokozottabb tápláltság fokozott működés lesz a következménye. Tehát a bismuth megindít egy előnyös folyamatot, melynek végeredményben a szervezet javulására, gyarapodására kell vezetni.

Klinikánkon 1925 májusában kezdtük a kerat. parench. bismuth kezelését a budapesti *Richter*-gyár „bismosalvan“ készítményével (1 cm³-ben 0.10 g hatóanyag, a jodchinin-bismuth olajos suspensiója). Ugyanezen gyár „neobismosalvan“-ját is alkalmaztuk (1 cm³-ben 0.10 g hatóanyag jodchininbismuth-lecithin olajos suspensiója). Eleinte ötnaponként 1 cm³-t adtunk, tizenkétszer egy kúrában, majd áttértünk a másodnaponkénti 2 cm³-re szintén tizenkétszer, de az első két injekció ilyenkor is 1–1.5 cm³ volt, gondos szájjápolás és hetenként egyszeri vizeletvizsgálat mellett. Neobismosalvanból 0.5–1 cm³-t adtunk kétnaponként, Gyengébb csecsemőknél a felnőtt adagjának negyedrésze, fejlettebbeknél és kis gyermekeknél fele, erősebb gyermekeknél a teljes adag is adható (*Tüdős*). Amikor a pupilla atropinra már kitágult, vagy — lenövések esetén — pár napig minden megtörtént a kitágítására: helyi kezeléssel 5%-os jodolkenőcsöt adunk felváltva naponta egyszer, de legtöbbször kétszer a cornea anyagcseréjének fokozására. Azokban az esetekben, ahol ezen localis kezelés elmaradt vagy ritkább volt, a valamivel rosszabb visuseredmények azok jóhatását látszanak igazolni. Egy bismuthkúra befejezése után a betegek kettő kivételével elhagyhatták klinikánkat. Otthonra a helyi kezelést oly módon szabályozzuk, hogy az egyik hétre dionint, a másik hétre jodolkenőcsöt rendelünk felváltva (a dionin megszokásának elkerülése végett) naponta 1–2-szer négy hétig. Majd 10–14 napi szünetet közbeiktatva így tovább 2–3 hónapig.

Az első 4 esetünkben elért rendkívül kedvező eredmény után a bismosalvanba helyezett bizalmunkat nem csökkentette 1–2 súlyos esetben tapasztalt azon jelenség, hogy bár a 3. és 4. injectio után az erősebben beteg szemén a progressio megállt, sőt némi javulás is volt észlelhető, a feltisztulás az első kúra befejezéséig nem akart megindulni, vagy igen renyhén történt és az sem, hogy a kezelés kezdetekor a másik szemén még csak induló folyamat a kezelés közben rosszabbodott. A következmények nekünk adtak igazat. Nyugodtan folytattuk tovább a kezelést, kivéve egy esetben (táblázat 19. esete), amikor két kúra közben arsetonin és subconjunctivalis NaCl-injectiókat adtunk eredménytelenül s végül is a II. és III. bismosalvan-kúra hozta meg a kedvező eredményt, pedig a bal cornea egyeneműen — csaknem porcellánszerűen — beszűródött volt s applanatio corneae fenyegetett. Ez a kitartás fontos, hogy egy gyógyszerrel végleges véleményt mondhasunk. Megtörtént volna ugyanis — amint valószínűleg többekkel megtörtént, — hogyha ilyen, talán a már leírt körülmények miatt, látszólag refractaer esetekben kezd-

1. táblázat.

Sorszám	Név, év	Bismosalvan? naponként? cm ³	7 idő múlva javul		Bejövetelelvisus	Kúra utáni visus	Megjegyzés	
			betegség kezdetétől	kezelés				
1	N. F. 6. o. u.	2 naponként 1/2 cm ³	4 hét	8 nap	fénykerülés	2 kúra 6/15 6/15	Igen súlyos eset. A 7. inj. után v: 5 m. u. o. 1 m. u. o.	
2	Sz. I. 3. o. u.	5 naponként 1 cm ³	3 hét	2 hét	fénykerülés	2 kúra 6/6 6/9	2.5 év múlva	
3	F. E. 8. o. u.	5 naponként 1 cm ³	8 hét	2 hét	6/15 1 m. u. o.		Corneák gyorsan tisztulnak. Ellenőrzésre nem jelentkezett	
4	T. I. 9. o. u.	2 naponként 1.5 cm ³	4 hét	2 hét	6/30 6/6	1 kúra 6/6 6/6	B. szemén a kezelés 12. napján kezdődik a folyamat	
5	P. M. 8. o. d.	2 naponként 1.5 cm ³	4 hét	1 hét	fénykerülés		Nagyon jól reagál. Gyors tisztulás. Ellenőrzésre nem jelentkezett	
6	Cs. I. 7. o. sin.	2 naponként 1.5 cm ³	2 hét	1.5 hét	6/45, majd 1 m. u. o.	1/2 kúra 6/6	—	
7	Cs. I. 7. o. d.	2 naponként 2 cm ³	8 hónap	9 nap	1.5 m. u. o.	1.5 kúra 6/6	Az első szemnél csak 6 injectiót kapott	
8	D. I. 9. o. u.	2 naponként 0.5-1 cm ³	a kezelést a klinikán kívül kapta		6/18 6/12	2 kúra 6/6 6/6	Ez recidiva 25 Hg., 10 Salv. inj.-ből álló kúra után 3 hónappal	
9	M. J. 8. o. u.	2 naponként 1.5 cm ³	4 hét	1 hét	fénykerülés	1 kúra 6/18 6/12	Keratoconj. phlyctenosisával súlyos folyamat	
10	G. A. 6. o. u.	2 naponként 2 cm ³	2 hét	1 hét	fénykerülés	1 kúra 6/6 6/7	—	
11	H. L. 19. o. d.	2 naponként 2 cm ³				6/36	1 kúra 6/6	A kezelést a klinikán kívül kapta
12	E. B. 12. o. u.	2 naponként 2 cm ³	4 hét	1 hét	0.5 m. u. o.	2 kúra 6/6 6/6	Nagyon súlyos folyamat	
13	V. M. 16. o. u.	2 naponként 2 cm ³	2.5 hét	1 hét	30 cm u. o.	1 kúra 6/6 6/9	Nagyon súlyos folyamat	
14	R. M. 16. o. sin.	2 naponként 2 cm ³	2 hét	1.5 hét	k. m. l.	1 kúra 6/15	Nagyon súlyos folyamat	
15	R. M. 16. o. d.	2 naponként 2 cm ³	2.5 hét	2 hét	3 m. u. o.		A l. kúra utáni 3. hét végén kezdődik a 2. szemén. Gyorsan jav.	
16	P. M. 14. o. u.	2 naponként 2 cm ³	2.5 hét	1.5 hét	k. m. l.	1 kúra 6/15 6/45	Régi macula corneae o. sin. Súlyos gyűrű, majd korong alakú	
17	H. I. 27. o. u.	2 naponként 2 cm ³	2.5 hét	1.5 hét	k. m. l.	2 kúra 6/15 6/6	B. szem. a bejövetelekor indult a folyamat. J. sz. nagyon súlyos	
18	Sz. I. 43. o. u.	2 naponként 2 cm ³	6 hét	4 hét	6/30 30 cm u. o.	1 kúra 6/12 6/9	Régi macula corneae o. d.	
19	V. A. 28. o. u.	és később 30 eg Neobism.	7 hét	3 hét	1.5 m. u. o. k. m. l.	3 kúra 6/12 6/60	Rendkívül súlyos folyamat a bal szemén	
20	T. E. 9. o. d.	és később 30 eg Neobism.	4 hét	2.5 hét	fénykerülés	1.5 kúra 6/24	Annularis, később tömött korong	
21	B. E. 6. o. u.	30 eg Neobismosalv. 2 naponként	5 hét	2 hét	fénykerülés	1 kúra 6/7 6/9	—	
22	H. J. 23. o. sin.	2 naponként 2 cm ³	6 hét	2 hét	6/45	1 kúra 6/12	Most fejezte be az 1. kúrát. Annularis alak Ereződés nincs	
23	H. M. 8. o. sin.	2 naponként 2 cm ³	2 hét	1 hét	2 m. u. o.	1/2 kúra 6/15	Most kapja az 1. kúrát. A későbbi statisztikába nem vettem be	
24	W. Gy.	2 naponként 2 cm ³	2 hét	1 hét		6/7 6/12	Most kapja a 2. kúrát. Jobb szemén a folyamat megállt	

Rövidítések: pl. 2 m. u. o. = 2 méterről ujfolvasás; k. m. l. = kézmozgást lát. A 3. 5. és 15. esetet, minthogy ellenőrző vizsgálaton nem jelentek meg, a későbbi összefoglalásból kihagytam.

jük el a bismuthal való kísérletezést, türelmünket veszve nem várjuk meg, hogy az első, esetleg a későbbi kúrával létesített bismuth-depót kifejtse hatását és hibás véleményt alkotunk a bismuth-therapia értékéről. Az 1. sz. táblázat a bismosalvannal kezelt kerat. parench. eseteinket ismerteti.

A 18. eset kivételével (ezt lásd később) a Wassermann és Sachs Georgi-reactio minden esetben erősen positiv volt. A 13. esetet kissé részletesebben ismertetem szokatlansága miatt. Bejövetele előtt 1 hónappal bal szemét tompa sérülés érte, melynek következtében kerat. parench. indul meg. Jobb szeme 10 nap óta homályosodik. Jelen állapot: fénykerülés, conjunctivalis belöveltség nincs. Halvány cilium, inj. mindkét szemben. Corneák felülete rendkívül egyenetlen, mélyebb rétegekben csaknem az egész területükre kiterjedő tömött szürke beszűrődés, mély ereződéssel. Réslámpa-lelet: a felszín tele van hámrepedéssel, apróbb-nagyobb hámhiánnyal; zegzugos szélű pikkelyes rajzolat. Sokhelyütt a hám bullösusan felemelkedett, vagy a repedések széle felborzolt. Fluorescein kaliummal a beszűrődés feletti terület sűrű szabálytalan szélű foltokban és csíkokban festődik. A corneák hypesthaesiásak, jodol és dionin-kenőcs csipő hatását alig érzi, vattaszálaknak a corneán való ide-oda húzását nyitott szemmel nyugodtan tűri. Bismosalv-kezelésre rapid tisztulás, melynek végén a jobb szem szaruhártyája síma, fénylő, tükröző; a bal cornea alsó-külső felében finom boru. Réslámpával is csak a középtájon megszűnő sűrű mély ereződés látható.

A lueses kerat. parench.-nak másodlagos tuberculosis mély keratitissal és iridocyclitissal való együttes előfordulásának egy kétségtelen esetét a táblázatomból kihagytam.* Sch. M. 31 éves nő. Több testvére congen. lueses. Wassermann, S. G.-reactio +++. 15 év előtt kerat. parench. a bal szemben, most a jobb szemben. Bismosalv-kezelés dacára elhúzódó feltisztulás. Később chronikus iridocycl. fejlődik ki, sok lenővéssel és szalonnás praecipitatummal, melyek részben a csarnokzugból nőnek ki és amelyekhez újabb mély, de most már körülírt szaruhártyahomályok társulnak. Időnkint hőemelkedései vannak, tuberkulinnal szemben igen érzékeny. Az egyes injectiók után 8-9 órával gyakran észlelünk heves, ciliaris belöveltséget. A kúrát csak óvatosan folytathatjuk. A cornea állapota mellett legalább 6/18-6/24 visus volna várható, de a lencsében és az üvegtestben lévő izzadmány ezt 15/60-ra rontja mindkét szemén. 15. eset. A szaruhártyagyulladás igen renyhe. A felhős, diffus borússágon kívül egy helyen egy körülírt felületesebb, tömött folt támad, ahol később kis fekély fejlődik ki. Két bismosalv.-kúra nem jár a már megszokott eredménnyel. A belgyógyászati lelet: inact. tüdőcsúcshurut. A harmadik bismosalv.-kúrát tuberkulin-kúrával kombináljuk és a cornea meglepően feltisztul. 18. eset. Öt egészséges gyermek, W., S. G.-reactio egyszer gyengén positiv, egyszer negativ. B. corneán súlyos megszokott parenchymás gyulladás; az iris alig látszik, subfebrilis. Belgyógy. lelet: catarrhus apicis. Tuberkulinra általános reactio nincs, de a beszűrés helyén kistenyérnyi pír keletkezik és a szem valamivel vörösebb lesz.

Nem lueses (W., S. G.-reactio provocatio után is negativ) tuberculotikus és ismeretlen aetiologiájú kerat. parench.-nál is alkalmaztuk a bismosalvant. A tapasztalt

átmeneti javulások oka bizonytalan s legfeljebb a bismuthnak a szervezetre gyakorolt általános jó hatásával magyarázható. A következő esetben azonban gyors és tartós javulás következett be: H. M. 62 éves nő. A Wassermann-, S. G.-reactio, a tuberkulin-próba és a belgyógyászati vizsgálat negativ volt. A VI. bismosalvan-injectio után a bejövetele 6/60 visus 6/15-re javult s a szem halvány lett. Recidiva nem lépett fel. Mély ereződés nem volt.

Összefoglalás.

1. A corneafolyamat határozottan jobbra fordult a bismosalvan-kezelés kezdetétől számított második hét végén, egy eset kivételével, amikor a harmadik hét végén kezdődött a javulás, minden esetben.

2. Az esetek legnagyobb részénél az első kúra után rövidesen, a többinél a 2., illetőleg a 3. kúra befejezése után minden esetben jó eredményt kaptunk.

3. Visuseredményeink kitűnőek. Ennyi esetből természetesen végleges következtetés nem vonható. mégis, minthogy ezek a klinikánk kétévi lueses kerat. parench. anyagát képviselik: ezt százalékokban is kifejezem: 34 kerat. parenchymás szem.

Visus: 6/6	.....	38.23%
6/7	.....	8.82%
6/9	.....	11.76%
6/12	.....	14.70%
6/15	.....	14.70%
6/18	.....	2.94%
<hr/>		
6/6 — 6/24	.....	91.15%
6/24 — 6/60	.....	5.88%
6/60	.....	2.94%
6/60-nál rosszabb	..	—

Ezen eredmények még jobbaknak tűnnek fel akkor, ha tekintetbe vesszük, hogy a 16. és 18. esetben a visuseredményt a régi macula corneae rontja és hogy az eseteknek legalább a felénél az eredmény még nem tekinthető végleges visus-eredménynek s hogy ezeknél tapasztalataink és minden valószínűség szerint a visus javulni fog. Tapasztaltuk, hogy a betegek egy része részint kellő intelligentia híján, vagy a súlyos gazdasági viszonyok miatt, vagy esetleg megelégedve az az eddigi eredménnyel, a második kúrára, de még ellenőrző vizsgálatra sem jelentkezett.

4. Nem akadályozza meg a betegségnek a másik szemben való fellépését, de ott a folyamatot enyhe lefolyásúvá teszi. A kezdődő folyamatok teljes kifejlődését esetleg megakadályozza.

5. A mély ereződés kifejlődését nem gátolja. Két esetünkben, ahol réslámpával sem volt parenchymás ereződés felfedezhető, ez a körülmény nem hozható összefüggésbe a bismuthkezeléssel. Mindkét beteg később jelentkezett kezelésre (4 héten túl) s így minden valószínűség szerint az ereződés hiánya kezelés nélkül is továbbra is fennállott volna. Kleefeldnek azon felfogását tehát, hogy a bismuth-kezelés az ereződést megakadályozhatja s így — anatómiailag is — teljes feltisztulás is lehetséges és ez a bismuth javára írható, tapasztalataink alapján nem erősíthetjük meg.

6. A betegek általános állapotára kedvezően hatott. Jól túrték. Az injectio területe csak ritkán érzékeny. kistokú hyperaemiával. Ki nem fekélyesedő bismuthszegély lép fel a gingiván az esetek nagyobb részében.

7. Fehérje a vizeletben két esetben jelent meg s egy, illetőleg hat napig volt jelen. Rövid szünet után a kúra zavartalanul folytatható volt.

8. Erősen positiv Wassermann- és Sachs-Georgi-reactio esetén is gondolnunk kell a tuberculosisal való együttes előfordulás lehetőségére. Eltekintve attól, hogy a klinikai kép (körülírtabb foltos beszűrődések, szalonn-

* Ezt és a 17., 18. eseteket, ahol az együttes előfordulás nagyon valószínű, a klinikánk adjunctusának, Albrich egy. magántanárának „A gümő- és bujakóros megbetegedés együttes előfordulásának szemészeti vonatkozásai” c. közleménye alapján ismertetem. Orvosi Hetilap, 1927.

nás nagy praecipitatumok, melyek sokszor mint tömött gomolyok a csarnokzúgából látszanak kinőni) felhívhatja a figyelmet a tuberculosisfolyamat jelenlétére, mégsem mulasztható el a beteg általános belgyógyászati-, Röntgen-vizsgálata, rendszeres hőmérőzés, Pirquet- és tuberkulin-próba elvégzése. És még az esetleg nemleges belgyógyászati lelet esetén is a refractaernek látszó esetekben a bismuth-tuberkulin kombinált kezelésmégekísérlendő.

9. A tuberculosissal kombinált eseteknél is a cornea-folyamatot minden esetben kedvezően befolyásolta.

10. Minthogy az 1925. év májusáig a Hg-salvarisan kombinált kúrával gyógyított eseteinkben viselkedésünk lényegesen rosszabbak: a bismuth terápiás értékét — keratitis parenchymatosa ellen — feltétlenül nagyobbak kell tartanunk a higanyénál s így kombinált kezeléssel is a neosalv. erélyes bismosalvan-kúra jöhet csak szóba.

11. Helyileg a dionin-jodolkenőcsös kezelés igen megfelelő.

12. Huszonhat hónap alatt recidivát nem észleltünk. Az bizonyos, hogy a még eléggé ki nem próbált Röntgen- és malariakezelés a bismuthkezelés elé helyezhető. A subconjunctivalis hydrarg. cyanatum-injectio, melyet *Bjelajeff* használt először, s amely kezeléssel *Kurz Jaromir* közöl nagyon jó eredményeket, mint anyagcserefokozó-kezelés csak kisegítő szerepet tölthet be általános antilueseskezelés mellett akárcsak a jodolés dionin-kenőcs, vagy a subconjunctiv. NaCl-injectio.

Végeredményben az a meggyőződésünk, hogy a keratitis parenchyma ellen a bismuth általunk használt vegyülete (bismosalvan) az edigieknél hatásosabb gyógyszer.

Irodalom: *Cattaneo:* Zentralblatt für Augenheilk. 15. köt., 48. old. — *Denti:* Zentralblatt für Augenheilk. 13. köt., 67. old.; 11. köt., 408. old. — *Glavan:* Zentralblatt für Augenheilk., 16. köt., 83. old. — *Jirman:* Zentralblatt für Augenheilk. 16. köt., 857. — *Kasass:* Zentralblatt für Augenheilk. 18. köt., 86. — *Kleefeld:* Zentralbl. für Aug. 15. köt., 382. old.; 12. köt., 225. old. — *Kuborn:* Zeitschrift für Augenheilk. 62. köt., 168. old. — *Kurz Jaromir:* Zentralbl. für Aug. 17. köt., 277. old. — *Manulescu, Petala:* Zentralbl. für Aug. 14. köt., 878. old. — *Margerin:* Zentralblatt für Aug. 13., 345. old. — *Marin Amat:* Zentralblatt für Augenheilk. 12. köt., 388. old. — *Rentz:* Klin. Monatsbl. für Augenheilk. 75. köt., 179. old. — *Vejdovskij:* Zentralbl. f. Aug. 14. köt., 77. old. — *Truffi:* Zentralbl. für Aug. 15. köt., 120. old. — *Tüdős és Kiss:* Orvosi Hetilap. 1927. 6. sz.

KLINIKAI ELŐADÁS

A gyermek magas és szűk szájpádlásának jelentősége.

Írta: *Salamon Henrik dr.*, egy. magántanár.

A gyermek szabálytalan fogsorainak gyógyításával foglalkozó szakorvosnak figyelmét igen gyakran egy sajátságos kórkép köti le, amely azonban a szűkebb szakorvosi érdeklődésen túl, szélesebbkörű orvosi jelentőséggel is bír, mert gyermekgyógyászati, laryngo-otologiai, ideggyógyászati, iskolaorvosi (paedagogiai) és egyéb vonatkozásai vannak. Ez a *magas és szűk szájpádlás* kórképe, mely gyűjtőnév azonban nem meríti ki a teljes klinikai képet, hanem ennek csak egyik na gyon szembeszökő tünetét jelzi, mintegy pars pro toto. Teljes kifejléttség mellett a tünetcsoport kiterjed a szájpádlásra, a fogsorokra, az orrüregre, a garatra, a légzés mechanizmusára, a fülre, a mellkasra, a szellemi fejlettségre és ilyenkor olyan feltűnő bélyeget sűt a gyermekre, hogy jellemzésére a pathologia külön nevet használ: *adenoid habitus*.

A tünetcsoport elemzése a bántalom körébe vont tájak és szervek szerint lényegileg a következő adatokból tevődik össze:

1. A *szájpádlás* magasabb és szűkebb a rendesnél, amely tünetnek értékeléséhez tudnunk kell, hogy a 8—12 éves gyermek szájpádlásának normalis magassága (mérve az első állandó molarisok rágófelületén át fektetett síktól a szájpádlás legmagasabb pontjáig) általában 22,5 mm, szélessége pedig (mérve ugyanezen molarisok rágófelületének közepétől) 47,5 mm.

2. A *fogmedernyűlvány* merőlegesen lép ki a felső állcsont testéből, úgyhogy kétoldalt egymással párhuzamos lefutású, ellentétben a rendes viszonytal, amikor kifelé rézsűtosan széttér.

3. A *fogsorok* alaki elváltozása főleg a felsőn mutatkozik, tudniillik oldalt összenyomott, elől pedig kiugró. Az alsó fogsor találkozási viszonya sem rendes: az alsó a felsőhöz képest distalisán eltolódott, tehát az alsó elülső fogak nem találnak, miként kellene, a felsőknek belső felületére, hanem ezeknek cervicalis tájékára, sőt igen gyakran a szájpádlás húsába harapnak. A kép szembeszökően *prognathia* jellegével bír.

4. Az *orr* fekeke a rendesnél keskenyebb, az orrcimpák satnyák, az orrbejárat szűk, a sővény gyakran elgörbült, a kagylók pedig a szokottnál ehhez közelebb érnek.

5. A *garatürben* túltengő adenoid vegetatiók találhatók, melyek kisebb-nagyobb mértékben elzárják a choanakat. A tuba Eustachii garatnyílása meg van szűkülve.

6. A *légzés mechanizmus* annyiban szenved lényeges változást, hogy a gyermek — tüdeje nem kapván elegendő levegőt a szűk és hátul adenoidoktól eltorlaszolt orron keresztül — kénytelen rövidebb-hosszabb ideig a nyitva tartott száján keresztül lélekezni. Emiatt egyrészt a tüdő károsodik, mert nélkülözi az orrtól kellően előmelegített, átmedvesített és megsűrt levegőt: másrészt a garat azért, mert nyálkahártyája a kiszáradástól hurutos lesz.

7. E helytelen levegőkeringés végeredményben felületes légzési mozgásokra vezet, ami hátrányos a *mellkas* kifejlődésére, sőt ezen túl a tüdőbeli oxydatiós folyamatok helyes lefolyására (anaemiás tünetek).

8. A fejletlen orrban gyakran észlelhető a *szaglási képesség* fogyatékosága, sőt rajta túlterjedőleg collateralis utakon és befolyásokon keresztül — ha jóval ritkábban is — a *hallás* is tompulhat.

9. A physiologikus időn túl élő, hyperthropikus adenoidok, továbbá az orrlégzés fogyatékosága miatt nyitva tartott száj a gyermek arcának némi bamba kifejezést kölcsönöznek, sőt néha valóban észlelhető a *szellemi képességek* (figyelés, eszmetársítás) vissza maradása.

Látjuk tehát, hogy a kóros jelenségek összességükben mélyen belenyúlnak a fiatal gyermek szervezetébe. Részleges kibontakozásuknál pedig könnyen megesik, hogy nemcsak a házi orvosnak figyelmét kerülik el, hanem az érdekelt szakorvosokét is. Ez a körülmény, illetőleg fontosságuknak nem kellőképeni méltánylása nemcsak megnyújthatja a kezelési időt, hanem esetleg elérhetetlenné teheti a tökéletes gyógyásikert.

A kórképpel természetesen összefüggenek bizonyos elméleti kérdések, például: az adenoidok idézik-e elő a magas és szűk szájpádlást, a keskeny előugró fogsort, avagy megfordítva történik-e; a szájpádlás azért látszik-e magasnak, mert az őt alkotó vízszintes nyúlványai a felső állcsontnak rendellenesen fölfelé boltosulnak, vagy pedig ezek rendes boltozatúak, ellenben a meghosszabbodott fogmedernyűlvány ébreszti fel bennünk optikai csalódás révén a szájpádlás magassá-

gának képét; az orrüreg fejlettlensége az a primaer tény-e, amely secundaer módon okozza a szájpaplás szűkülését, vagy megfordítva-e? — ezek a kérdések nincsenek még egyértelműleg tisztázva, noha az irodalomban régóta szerepelnek, de szerencsére az *orvosi gyakorlat* szempontjából nem is nagyon fontosak.

Amiért a kórképet a maga teljes klinikai értelmezésében az olvasók elé idéztük, ez főképen azért történt, hogy felhívjuk reá egyrészt az általános gyakorlatú, azaz a házi orvos figyelmét, hogy adott esetben, ha a gondjaira bízott gyermeknél találkozunk a fentebb vázolt kórjelek egyikével-másikkal: ne felejtse el a szájpaplást, illetőleg a fogsorokat is megnézni. Másrészt azért, hogy a szakorvosok gondoljanak ilyen esetben arra, hogy csupán szaktudásuk alkalmazásával talán nem lesznek mindenkor képesek a gyermeket tökéletesen meggyógyítani. Így például a szájlégzést nem tudja mindenkor, külön-külön sem a laryngologus (az adenoidok kiirtásával), sem a fogorvos (a fogsorok szabályozásával) egészen megszüntetni, hanem csak közös gyógymunkával. Némely fajtája az anaemiának dacol mindenféle gyógyszeres és klinikus kezeléssel, mert makacs fennállásához hozzá járul az esetleg észre nem vett, vagy kellőleg nem méltányolt szájlégzés. Az iskolában figyelmetlen, renyhe szorgalmú, lassan értő gyermek észlelésénél gondoljon az iskolaorvos arra is, hátha éppen az adenoid vegetatiók, illetőleg a szabálytalan fogsor előidézője a szellemi gyengeségnek és így tovább.

Kétségen kívül az egész kórképnek egyik legszembetűnőbb, legállandóbb és legkönnyebben megállapítható tünete a *magas és szűk szájpaplás*. Ennek a megállapításánál, illetőleg az 1. pontban közölt normális szájpaplás-méretnek alkalmazásánál, nem szabad azonban megfeledkeznünk egy fontos *anthropologiai tényről*. Nevezetesen arról, hogy az említett adatok a rendes szélességű, úgynevezett *chamaeprosop* arcra vonatkoznak, vagyis ha ilyen jellegű arcnál a szájpaplás a normalisnál magasabb és szűkebb, akkor ez pathologikus tünet, melyhez a vázolt mindenféle szövődmények szegődhetnek.

Ellenben ha a gyermek hosszúarcú — *leptoprosop* —, akkor a szájpaplása normalisan is magasabb és szűkebb a mi fajunknál többségben lévő szélesarcúak szájpaplásánál, tehát az ebben az esetben nem pathologikus, hanem *ethnikai* jelenség és ennélfogva nem is szorul kezelésre.

A kérdés *orvosgyakorlati* eldöntéséhez, hogy vajon az adott esetben valamelyik magas és szűk szájpaplás pathologikus vagy ethnikai sajátosság-e, ehhez nem szükséges anthropologiai arcindexméréseket végezni. Az orvos pusztá szemmértékkel, minden további mérés nélkül is megállapíthatja, hogy a gyermek chamae- vagy leptoprosop-e?

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

A vörheny aetiologiája. *Mandelbaum*. (M. m. W. 1927, 45. sz.)

Tíz évre visszanyúló folytatólagos bakteriologiai vizsgálatai alapján szerző több más kutatóval megegyezően scarlatinában megbetegedett egyének 4%-ánál a valódi diphtheriabacillusokhoz morfológiailag teljesen hasonló pálcikákat talált. Ezen betegekből kitenyésztett „diphtheria“-törzseket tovább vizsgálva, egy sajátosságos tulajdonságukat fedezte fel, melynek alapján a valódi diphtheriabacillustól elkülöníthetők: Nyáron át legelőn élő tehének savójából készült lemezen,

melyek egy sárga színű, valószínűleg a karotin-csoport-hoz tartozó, lipoidoldó festékanyagot tartalmaznak, a valódi diphtheriabacillusok és a scarlatinások toroklepedékéből nyert pálcikák szintenyészete sárga színű, valószínűleg a karotin-csoport-hoz tartozó, lipoidoldó festékanyagot tartalmaznak, a valódi diphtheriabacillusok és a scarlatinások toroklepedékéből nyert pálcikák szintenyészete sárga színű, míg a nem pathogen pseudo-diphtheriabacillusoké fehér színű telepeket alkot. Ha ezt a kétféle sárga színű pathogen coloniát 3—4 napig thermostatban, szobahőmérsékleten, vagy jégsezekrényben állni hagyta és azután függőceppben vizsgálta őket, a scarlatinásokból tenyésztett kulturákból készített függőceppben nagy, fényes, réteges rajzolatú, piszkóta- vagy korongalakú myelinképleteket és néha mellettük még cholesterinkristályokat is talált, míg a valódi diphtheriaculturákból készült függőceppben ezek a myelinképletek sohasem voltak kimutathatók. Miután ezen két egymáshoz morfológiailag oly közelálló mikroorganizmus differenciálása így lehetővé vált, szerzőben felébredt a gyanu, hogy ezeknek a „diphtheria“-bacillusoknak a jelenléte scarlatinások váladékában nem véletlen jelenség. Ismételtelen feltűnt, hogy zárt osztályokon, melyekben úgyszólván spontan léptek fel scarlatinás megbetegedések, más betegeknek diphtheriaszerű toroklepedéke, anginája vagy véres rhinitise volt. A toroklepedékéből vagy orrváladékából az előbb említett tulajdonságokkal bíró bacillusokat tenyésztett ki. Szerző ezen bacillusokat már akkor a scarlatina specifikus kórokozójának tartotta és évekre terjedő megfigyelései alapján ezt a feltevést most beigazoltak látja. Az általa *bakterium scarlatinae*nak elnevezett specifikus kórokozó bacillusokkal történő fertőződésben a következő törvényszerűséget állapította meg: Azoknál a betegeknél, akik klinikailag véres rhinitisben vagy anginában szenvedtek, a scarlatinabacillusokat minden esetben ki tudta mutatni. Ezek az egyének, jöhetnek maguk a scarlatina classikus kórképét nem mutatták, a többire nézve a legnagyobb mértékben fertőzőeknek bizonyultak. Viszont azoknál a betegeknél, akik az előbbiektől megfertőzve a scarlatina classikus jeleivel bírtak, a legtöbb esetben (90%) a scarlatinabacillus nem volt kimutatható, még abban az esetben sem, ha a betegek kísérleti úton szándékosan fertőztettek meg a *bakterium scarlatinae*val. Ezt a jelenséget szerző a következőképpen magyarázza: Az előbbi esetekben a scarlatinabacillusokkal történt infectio a szervezetben oly viszonyokat teremt, melyek a streptococcusok elszaporodását a szervezetben ugyan megkönnyítik, de ezek megsaporodásuk dacára mint saprophyták viselkednek, nem jön létre kölesönhatás köztük és a szervezet között, talán azért, mert nem eléggé virulensek vagy azért, mert az illető éppen streptococcus-fertőzéssel szemben resistens: a scarlatinabacillusokkal történt fertőződés következménye ilyenkor egy véres rhinitis, angina vagy diphtheriaszerű toroklepedék. Ha azonban az utóbbi esetekben, előrement scarlatinabacillusfertőzés után a szervezet secundaer módon fertőződik streptococcusokkal, akkor kifejlődik a scarlatina classikus kórképe. A scarlatina exanthemát a streptococustoxin idézi elő, tehát az exanthema megjelenése mintegy indicatora a secundaer streptococcus-infectionnak. A szervezetnek a secundaer fertőzéssel szembeni reakciója a természetes védőerőt annyira fokozza, hogy az érzékeny scarlatinabacillus apathogénalakká változik, vagy teljesen elpusztul, s így bakteriologiailag nem mutatható már ki. A streptococcus ezek szerint nem kórokozója a scarlatinának, mivel azonban a streptococcus haemolyticus mint társfertőzés idézi elő toxinjaival a skarlát-exanthemát, hatásos a Dick-féle védőoltás, jöhetnek szerző szerint nem tekinthető specifikus terapiának.

Dvorák dr.

A typhus abdominalis bőrbeajtás útján. *P. A. Alisson és N. I. Moroskin*. (Zentralbl. f. Bakt. I. orig. 103. köt., 6/8. füz.)

Typhusbacillus agartenyésztéről lemosás útján készített suspensiót 3—5 hétre thermostatba téve s időnkint összerázva, majd 0.25% carbol hozzáátétele után

ugyanannyi idegi szobahőmérsékleten hagyva, a bakteriumos üledék fölött levő folyadék tisztáját leöntötték. Ez a diagnózis céljára felhasznált alapanyag. Az alapanyag tízszeresére hígítva az ojtóanyag, melyből 0.1 cm³ fecskendezendő intracutan. Ellenőrző ojtásra ugyanezt a hígítást használták, de autoklavban hevítés (fok? időtartam? Ref.) után. Positiv eredmény: kis infiltratio, pirosodás az ojtás helyén.

A betegség 1–2. hetében állítólag igen jó eredményeket értek el vele, később azonban a Widal-reactio nagyobb százalékban adott positiv eredményt.

Horváth D.

Sebészet.

Pruritus ani operatív kezelése. *Vorschütz*, Hamburg. (Zentralbl. für Chir. 1927, 45. sz.)

Két esetében, melyek úgy gyógyszeres-, mint Röntgen-kezeléssel szemben hosszú ideig dacoltak, operative avatkozott be, jó eredménnyel. Abból indulva ki, hogy a viszketési inger az érző pályákon vezetődik, megszakítja a vezetést egy a fasciáig haladó körkörös beürítéssel. A sebészleak aláaknázása után azokat varrattal egyesíti, oly módon, hogy a megfelelő részeket 1 cm-rel eltolja, hogy az átvágott idegek újraegyesülését megakadályozza.

Egy symptomás (aranyér) és egy essentialis (nervosus alapon fennálló) pruritus esetről számol be, melyeket fenti módon operálva, rövid idő alatt tünetmentesek lettek s tartósan azok is maradtak.

Magyary Gerő dr.

Adatok az epehólyag physiologiás anatómiájához. (Arch. für klin. Chir. 147. köt., 3. füz., 490. old.)

Újabbban többfelől nyilvánult az irodalomban az a vélemény (p. *Haberland*), hogy az epehólyag izomzata annak activ contractiójához nem elégséges és hogy az epehólyag telődését és ürülését tulajdonképpen a hasüregben a rekeszmozgásokkal kapcsolatosan fellépő nyomásváltozások hozzák teljesen passive létre. Ezzel a nézettel száll szembe a szerkesztő akkor, mikor rehabilitálni igyekszik azt a régebbi álláspontot, mely szerint az epehólyag izomzata rendelkezik azzal az eréllyel, amely az activ ürüléshez szükséges. *Haberland* azon tapasztalatát, hogy a hasmetszésnél szabaddá tett epehólyagon hypophysininjectióra nem figyelhető meg a belek élénk mozgásával szemben semmi contractio sem, az epehólyag más innervációjára vezet vissza. Az epehólyag izomzata tudniillik csupán a belek nyálkahártyaizomzatának, a l. muscularis mucosaenak felel meg s így idegfonata valószínűleg nem a pl. myentericus-sal, hanem a pl. submucosussal analog. A továbbiakban pedig azt igyekszik bebizonyítani, hogy a hasúri nyomásviszonyok az epehólyag tartalmának kieserélődésére nem gyakorolhatják a nekik tulajdonított fontos befolyást és végeredményben pálcát tör azon újabb szerzők által (*Lütken, Löhrer, Boyden*) is alátámasztott felfogás mellett, amely szerint az epehólyag physiologiás körülmények között saját izomzatának activ összehúzódása következtében ürül ki. *Valter.*

A vesetuberculosis kórtanárói és gyógykezeléséről. *E. Löwenstein.* (Wiener klin. Wochenschr. 1927, 43. sz.)

A vesetuberculosis korai felismerése igen fontos, miért is figyelembe kell vennünk oly jelenségeket, melyeket eddig nem méltattak eléggé. A vesetuberculosis keletkezése tuberculosis bacillusoknak a vérben való keringését feltételezi. Ezen bacillaemiának legfontosabb tünete a bőrön jelentkező tuberculidek, továbbá a szemfenéken észlelhető elváltozások. Ilyenkor a vizeletet tuberculosisbacillusokra kell megvizsgálni. Tuberculosisbacillusoknak a vizeletből való kimutatására az általa már évekkel ezelőtt kidolgozott s kitűnően bevált tenyésztési eljárást ajánlja. A nem operálható vesetuberculosis kezelésénél előtt tuberculosisbacillusok befecskendezése által létesített specifikus tályogoknak az activ folyamatra való gyógyító hatását fejti ki és ezen eljárást melegen ajánlja. *Schmidt Albin dr.*

A himivessző tuberculosisáról. *E. Christeller.* (Med. Klin. 1927, 40. sz.)

A himivessző tuberculosis igen ritka betegség. A himivesszőnek tuberculotikus fertőződése három úton jöhet létre: 1. kívülről, például körülmetélés, közönség, fertőzött fehérnemű, stb. útján; 2. urogenitalis tuberculosisnál lehágyva vagy a vizelet vagy a nyirokutak útján; 3. haematogen úton. Ez utóbbi fertőződés a legkritikább. Eddig csak három esetet közöltek, hol a himivessző tuberculosis kimutathatóan haematogen úton jött létre. Szerző észlelt egy esetet, melyet himivessző carcinoma kórismével operáltak. A szövettani vizsgálat tuberculotikus mutatót. A tuberculotikus elváltozásoknak az art. dorsalis penis által ellátott területen az érrendszer körül való elrendeződése a fertőzésnek haematogen úton való létrejöttét mellett bizonyít. *Schmidt Albin dr.*

Rák és sérülés a balesetvéleményezésben. *I. Seifert.* (D. Zeitschr. für Chir. 205. köt., 3/6. füz.)

Kiterjedt vita tárgya, és az irodalmi közlemények egész sora igyekszik tisztázni azt a kérdést, van-e összefüggés valamely elszennvedett trauma és a látszólag nyomában kifejlődött carcinoma között. Ezirányú munkálatok óriási halmaza azonban a legkisebb mértékben sem tudott ebben a bonyolult kérdésben eredményt elérni. Pedig fontos volna az egyöntetű felfogás kialakítása, mert napirenden vannak azok a biztosításból származó perek, melyekben a szakértő mondja ki a döntő szót, okozta-e a sérülés a carcinomát. *Thiem* felfogása szerint a sérüléssel azon daganat hozható vonatkozásba, mely 1. a sérülés helyén keletkezett, 2. melynek fellépési és a sérülés időpontja között bizonyos meghatározott időköz van és 3. a már meglevő daganat sérülésokozta rosszabbodásának rövidebb idő alatt kell bekövetkeznie. *Thiem* tehát adott körülmények között elismeri annak lehetőségét, hogy trauma carcinomát okozhat. Ennek a felfogásnak megdöntésére először az ismertebb rákkeletkezési elméleteket ismerteti és azon eredményre jut, hogy egyszeri sérülés sohasem okozott rákot. Bizonyítja ezt egyebek között a rengeteg műtéti és háborús sérülés, melyek nyomán rákot fejlődni még nem észleltek. Kétségbevonja azt a lehetőséget is, hogy a már meglevő rákot érő trauma gyorsítaná a daganat növekedését, amit *Lubarsch* kísérletileg is igazolt. Minden esetben külön kell mérlegelni a lehetőségeket és ilyenkor *Sauerbruch* szerint a kellő klinikai tapasztalattal és kórbonctani képzettséggel rendelkező orvos józan esze kell, hogy a döntő szót kimondja. Ez pedig, mindent egybevetve, oda fog irányulni, hogy egyszeri sérülés rákot nem okozhat és a meglevő rákot csak a legkritikább esetben serkenti fokozott növekedésre. *Herresbacher.*

Szemészet.

A glaukomás betegek actualis vérreactiójának kérdéséhez. *Schmerl.* (Arch. f. Augenheilk. 1928. jan.)

Meesmann a csarnokvíz lúgosságát magasabb értékűnek találta glaukomás betegeknél, mint rendszeren, amit szerinte a vér nagyobb alkalicitása okoz. Néhány ellenőrző és cáfoló vizsgálat mellé sorakozik e közlés, *Schmerl* sem talált eltérést; ezek szerint a vér reactiója és a glaukoma nincs egymással függésben. *Horay dr.*

A primaer glaukoma modern kezelése. *W. Löhlein,* Jena. (Zeitschrift f. ärztliche Fortbildung.) A szerző, a gyakorló orvos kezében, a primaer glaukoma kezelésére egyedül a pilocarpint tartja alkalmasnak. Ezzel szemben a suparenin rendelését, hatásának kevésbé ismert volta miatt, csak szemorvos által tartja megengedhetőnek. A pilocarpin alkalmazására irányítást nyercünk, ha a beteg szem tensióját, gyógyszerelés nélkül, 2 napon át, 5 különböző időpontban megmérjük. A maximum rendszeren a kora reggeli órákra esik. Ha a következő 2 napon 3-szoros pilocarpin adagolással ez emelkedést meg tudjuk akadályozni, akkor műtét nem szükséges. A látótér szűkülése, a visus csökkenése, valamint a beteg indolentiája esetén vagy ha tensiót pilocarpinnal normalisra csökkenteni nem tudjuk, műtét válik szükségessé. Lehetőleg cyclodialysist végez, mert

bár ez nem mindig állandó hatású, mégis a trepanatióval szemben az az előnye, hogy nem bír az örökös infectio veszéllyel. Trepanatiót csak végső esetben s legfeljebb az egyik szemem végez. Ha a tensióemelkedés a műtét után is megmarad, szükséges a pilocarpin állandó alkalmazása. Acut roham esetén iridektomia indikált.

Luzsa dr.

A hajszálerek endothelzavarai glaukoma simplex-nél. *Schmidt.* Bonn. (Arch. f. Augenheilk. 1928. jan.)

A glaukómának a szervezethez való viszonyában már régóta jelentőséget tulajdonítanak többek között az arteriás vérnyomásnak és újabban főleg *Imre, Hertel, Csapody* vizsgálatai óta a belsősecretio zavarainak. *Charlin* a vérérdényrendszer bántalmaiban kereste a glaukoma okát. E kérdések egészen tisztázva nincsenek, azért olvassunk újólag hasonló vizsgálatokról. A *bonni* klinika is jelenleg a glaukómás betegeknek a szervezet és egyes szervek működését vizsgálja. E közlés írója a hajszálerek tulajdonságait vizsgálta, mert azt hiszi, hogy glaukómánál főleg a capillarissok betegek. A hajszálerek működését az ivópróba segítségével vizsgálja: 1000 g víz megivása után szakaszonként meghatározza a vér haemoglobin tartalmát kolorimetriás eljárással. A 16 ily módon megvizsgált egészséges szervezetű beteg közül csak egynél talált normalis diuresist és szabályos változásokat a vérhígításban, ami általános endothelzavarra utal. Talán ezen endothelzavarok kifejezője a szem részéről a glaukoma.

Horay dr.

Hályogműtétek utáni hyphaemák. (Cousin, Arch. d'Opht. (1927 szept.))

A párizsi Hotel Dieu-ban az utóbbi 2 évben 357 nőn és 223 férfin végeztek hályogműtétet; az előbbieket közül 38, az utóbbiak közül 13-nál lépett fel postoperatív vérzés. Leggyakrabban a 3–7. napon következett ez be, ami annak tulajdonítható, hogy a betegek eleinte nyugodtabbak, mint mikor már gyógyultnak érzik magukat; ezért gyakoribb a sokkal emotívabb nőknél is a ruptura, mint az aránylag nyugodtabb férfiaknál. Az iridektomiával vagy kerek pupillás műtétek utóvérzési arányszáma között nincs különbség, mert a vérzés a corneoscleralis seb rupturájának következménye. A prognózis csak akkor rossz, ha a vér az üvegtestbe hatol be, de ez ellen védelmet nyújt, ha a hátsó tok a helyén marad; tehát a tokos extractiónál ezen veszélyre is gondoljunk!

Kretz Tibor dr.

Lumbal punctio befolyása a retina véreirenek vérnyomására syphilitis betegekben. *Abramovics és Mienicki.* (Arch. d'opht. 1927, szept.)

Baillart bebizonyította, hogy az agybeli nyomás-emelkedés a retina ereinek a hypertoniáját okozza. Szerzők most azt tanulmányozták, hogy a lumbal punctiót követő nyomásesökkenés miképp mutatkozik a retina véreireiben. 19 eset közül 10-ben a vérnyomás 5 percen belül 2–11 g-mal csökkent, 4 esetben 10 perc, 1 esetben pedig csak 30 perc múlva. 1 esetben a beteg elájult, ekkor a nyomásesökkenés természetesen tetemes volt, viszont 3 esetben a tonus emelkedett, ami talán a lumbal punctiót követő agyhyperaemia miatt állott elő. A szem tensiója csak 3 esetben csökkent.

Kretz Tibor dr.

Gyermekorvostan.

Az angol kór cholesterintherapiájáról. *Vollmer.* (Zeitschrift für Kinderheilk. 44. köt., 1–2. füz.)

A szerzőnek nem sikerült besugárzott cholesterin percutan alkalmazásával antirachitikus hatást elérni. Kitérő eredményeket ért el azonban a besugárzott cholesterinnel, amikor kétszersült alakjában adagolta. Sem a sütés, sem a hosszabb ideig raktáron tartás a cholesterin aktivitását nem befolyásolta. Teljes gyógyuláshoz az angol kór könnyű és középsúlyos alakjainál 20–25 g, súlyos esetekben 40–50 g besugárzott cholesterin volt szükséges. Érdekes az a megfigyelése, hogy az ily módon kezelt csecsemők ellenállása a különböző fertőzésekkel szemben csökkent, amiért is a cholesterin-kezeléstől óv.

Steiner Béla dr.

A tracheotomia késői következményeiről. *L. Maase.* (Deutsche med. Wochenschr. 1927, 11. sz.)

A szerző nagyobb anyagon vizsgálva a tracheotomia késői következményeit, azon megállapításra jut, hogy ezen gyermekek legnagyobb része chronikus bronchitisben szenved; igen gyakori a pleuritis adhaesiva, a pulmonalis és extrapulmonalis tuberculosis. Pathogenetikusan ez úgy értelmezhető, hogy a canule hordása alatt a gyermek felületesebben lélezkzik és a szájon át való légzés szűrőszerepe is elmaradva, könnyebb a fertőződés. A képződött heg is chronikus izgalmat okoz és a heg helyén nem fejlődik többé normalis csilló szőrös hám, amelynek pedig szintén fontos szerepe van.

Poppenné dr.

A csecsemőkori peritonitistről. *Mayer Schopf.* (Zeitschrift für Kinderheilk. 44. köt., 1–2. füz.)

A csecsemőkori peritonitisek kórjelzése nagyobb nehézséggel jár, mint az idősebb korban. Ennek oka, hogy az abdominalis jelek aránylag későn észlelhetők. A legfeltűnőbb jelenség a hirtelen jelentkező elesettség, melyet a collapsus megelőz, vagy követ. A has feszülése és puffadtsága egyes esetekben a halál előtt csak néhány órával volt észlelhető. A hányás és a székletek minősége nem elkülönítő kórisme jel. A táplálékfelvétel sokszor halálíg igen jó. A fertőzés rendszeren az orr-torokürből történik a vér- vagy nyirokpályán keresztül. A peritonitisek gyakrabban észlelhetők koraszülött csecsemőknél.

Steiner Béla dr.

A kanyaró utáni enkephalitisről egy esettel kapcsolatban. *F. De Mare.* (La Pediatria 1927, 21. füz.)

Mint a kanyaró legkritikább szövődményét írja le. Az összes, általa összegyűjtött irodalmi adatok szerint 9 hasonló esetről tud.

Az általa észlelt eset egy 4 éves fiú volt, akinél a néhány nap óta tartó lázas (40 C°) kanyarós kiütés után, néhány másodpercig tartó typosos tonikus-clonikus györesök léptek fel, pár nap múlva az exanthema halványodással egyidejűen múló, pár napig tartó lázcsökkenés, mely után újból magas láz, gyakori convulsiók, soporosus állapot, a fej periodosus oldalmozgásai, általános levertség, félig lezárt szemek, teljes beszédhiány észlelhetők. Fokozott térdreflexek, kiabálásra reagál, végtagjaival önkénytelen mozgásokat végez, mydriasis, renyhén reagáló pupillák. Teljesen tiszta lumbal punctatum, negatív vizsgálati eredmény. Többesbőri lumbal punctio és proteintherapiára a sensorium tisztult; egyhónapi kezelés után kezd újra beszélni s héthónapi betegség után teljesen gyógyultan távozott. A post morbillosus enkephalitis prognosisa általában jó.

Kocsis István dr.

Különböző táplálási módok hatása patkányok vékonybelének motilitására és ingerlékenységére. *Cattel.* (Jahrb. für Kinderheilk. 1927, 116. k., 177. old.)

Különböző táplálási rendszereknek (fehérje-, zsír-, lipid-, szénhidrát-dús táplálék, egyes vitaminok megvonása, mások adagolása) a bélműködésre való hatását vizsgálta. Túlélő patkánybélrészleteken végzett gyógyszeres vizsgálatok a motilitásnak és ingerlékenységnek a táplálék minőségétől függő nagyfokú változását mutatják. A vizsgálatokat chemiai analysisek egészítik ki, melyek referálásra nem alkalmasak és az eredetiben olvasandók el.

Lenart György dr.

Kisgyermek koponyamérésének technikájához. *Lebedew.* (Jahrb. für Kinderheilk. 1927, 116. k., 231. old.)

Konstitúciós vizsgálatoknál a homlok magasságának és domborulatának mértékéül csecsemőknél a következő két pont távolságát ajánlja: alsó pontként a median-sagittalis síknak a felső orbitalis széleket összekötő vonallal alkotott metszéspontját, felső végpontként a fontanella magna átlóinak metszéspontját, azaz középpontját. A *Lederer* ajánlotta mértékkel szembevaló előnye az, hogy annak alsó végpontja (az ophryon, azaz a szemöldökök felső szélét érintő vonalnak és a median-sagittalis síknak metszéspontja) nemcsak élénk mimikánál, de nyugalmi helyzetben is hónapról-hónapra

változik, felső végpontja (a nagy kutaes elülső csúspontja) pedig exacte nehezen határozható meg, mert nehéz megmondani, hogy meddig szóljunk varratról és honnan fontanelláról. *Lenart György dr.*

Elméleti tudományok köréből.

Faji különbségek ephedrin, cocain és euphthalmin mydriatikus hatásában. *K. K. Chen. és E. I. Poth.* (Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1927, 25, 150.)

A kaukázusiaknál 10% ephedrin-oldat localisan alkalmazva, mydriasis okoz. Ezen mydriatikus hatást nagy mértékben elősegíti 0.1%-os homatropinhydrobromid vagy 1% euphthalminhydrochlorid hozzákeverése. Ezen oldatok használata, mint mydriatikumok, azért is célszerűek, mert alig okoznak accomodatiós bénulást. Kellemetlen mellék tüneteket nem okoznak. Csak iritis és uveitisnél nem tágtítják a pupillát. Úgy ephedrin, mint cocain, euphthalmin és pseudo-ephedrin kinaiaknál és négeréknél sokkal bizonytalanabb mydriatikumok, mint kaukázusiaknál. Pekingben *Howard* és *Lee* hasonlóképpen azt találták, hogy ephedrin hatásosabb oly egyéneknél, kiknek irise világos színű. *Stasiak dr.*

Hexamethylentetramin hatása a neosalvarsannal oltott állatokra. *A. Machado.* (Compt. R. S. B. 1927, 97, 1775.)

Házinyúlón a neosalvarsan maximalis tolerált dosisa 0.20 eg pro kg (intravenásan adagolva). Ha a neosalvarsannal egyidejűleg urotropint is alkalmazunk, az állat intravenásan 0.40 eg neosalvarsant tolerál. Szerző gondolt arra, hogy ezen védőhatás talán oly módon jön létre, hogy az urotropin a neosalvarsan gyorsabb kiürítését hozza létre. Ezzel kapcsolatban azonban a neosalvarsan therapiás hatása is gyengülne. Ennek eldöntésére a következő kísérletet végezte: két sorozatban 8 drb. 600–700 g-os tyúkot spirochaeta gallinarummal fertőzött. Utána három nappal az egyik sorozat 4–4 állatjának 5, illetve 10 mg neosalvarsant, a másik sorozat 4–4 állatjának 5 mg neosalv. + 10 eg urotropint, illetve 10 mg neosalv. + 10 eg urotropint adott intravenásan. Húsz órával az injectio után a 10 mg neosalv.-nal oltott állatok vérében parasita egyáltalán nem volt kimutatható, az 5 mg neosalv.-nal oltottakban igen kevés számú parasita volt még található. Ezen lelet egyforma volt az urotropinnal és anélkül oltott állatokban. Szerző azt hiszi, hogy a salvarsan-therapiában lehetne az urotropin ezen védőhatását alkalmazni, főként akkor, midőn nagy adag arsenkészítmény injectiójáról van szó. *Stasiak dr.*

Néhány arsenobensol-készítmény hatása édesvízű halakra (*Gasterosteus aculeatus*). *P. Boyer.* (Compt. R. S. B. 1927, 97, 1671.)

Szerző arsenobensol-készítmények (neosalvarsan és sulfosalvarsannak megfelelő összetételűek) toxikus dosisát édesvízű halfajtán próbálja meghatározni. Hengerpoharakba 100 cm³ bidestillált vizet tölt Ph-ját 6.4-re állítja be; előző alapos rázásal gondoskodik a víz megfelelő levegőzéséről. Ezen hengerpoharakba feloldja a vizsgálandó dosist és mindegyikbe egy-egy halat tesz be. A kifejlődött tünetek mindig typosus és egyöntetű lefolyásúak voltak: az állat igen élénk, majd convulsiv úszómozgásokat végez, gyakran a víz felszíne fölé veti magát, izgatott légzés lép föl, majd lecsendesedik, mozgulatlan oldalra fordul, mind ritkábban megismétlődő convulsiv mozgásokkal; végül a légzés megáll és halál következik be. Novarsenobensolnál például 1:100 conc. mellett a halál 10–13 perc alatt, 1:1000-nél 16–17 perc alatt következik be, 1:2000-nél 3 óra után még él, a halál másnap vagy egyáltalán nem áll be. Sulfarsannál 4:100 conc. mellett 12–13 perc, 2:100-nál 20–30 perc, 1:100-nál 30–60 perc alatt áll be a halál. Mint ahogy az már az egereken végzett toxicitás-próbákból is ismeretes, a sulfarsan jóval kevésbé toxikus, mint a novarsenobensol. Bár a leirt módszerrel egész pontosan a toxikus dosist nem lehet megállapítani, a szerző tájékoztató előkísérleteknél igen alkalmasnak találja olcsósága és egyszerűsége miatt. *Stasiak dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Die Bluttransfusion. *Kubányi E. Bakay Lajos* prof. előszavával, 127 oldalon, 30 szövegközti ábrával. Kiadja: Urban és Schwarzenberg. 1928.

Szerzőnek a vérátömlesztésről szóló, 1926-ban írt kitűnő monographiája, melyet annak idején e hetilap hasábjain már érdeme szerint méltattunk, most német nyelven is megjelent. Kubányi a transfusio kérdésének nálunk legalaposabb ismerője, ki számos eredeti, főleg a vércsoportvizsgálatokra vonatkozó munkájával maga is lényegesen hozzájárult a vérátömlesztés tanának kiépítéséhez. Ez alkalommal csak ismételtük azt a régebben tett megállapításunkat, hogy könyve a transfusiókérdés mai állásának minden vonatkozásában világos és hű képét adja, a tekintélyes anyag helyes csoportosításával, könnyed és világos fogalmazásával a legbonyolultabb kérdéseket is könnyen érthetővé teszi olyanok számára is, akik e téren még önálló tapasztalatokkal nem rendelkeznek. A német kiadás a korábban megjelent magyarhoz képest annyiban még haladást is jelent, hogy részben kibővült az utolsó évben végzett kutatások ismertetésével, részben áttekinthetőbbé vált az egyes fejezetek célszerű megrövidítése és a felesleges irodalmi adatok kiküszöbölése által. Nagyon jók azok a rövid összefoglalások, melyek az egyes fejezetek végén azok tartalmát rövid és concentrált fogalmazásban ismertetik. A külső kiállításában is mintaszerű, kitűnő nyomású, jó németiséggel írt munka méltán sorakozik a hasonló tárgyú nagyobb külföldi szakmunkák mellé. *Milkó.*

Röntgenatlas der Lungentuberculose des Erwachsenen von *H. Alexander* u. *A. Beekmann.* 108 kép. 195 oldal. Tuberkulose-Bibliothek No. 29. J. A. Barth. Leipzig. 1927.

Hogy a tüdőtuberculosis vizsgálatánál a Röntgen-vizsgálatnak fontos, gyakran döntő szerepe van, ma már nemcsak az orvosi, de a laikus köztudatba is átment. A sokat nyújtó Röntgen-leletnek azonban csak akkor van igazi értéke, ha azt a tapasztalt röntgenológus a klinikus vizsgálatának figyelembevételével, avval együtt dolgozva adja meg. A röntgenológusnak és a klinikusnak e feltétlenül szükséges együttműködése csak akkor gyümölcsöző, ha a röntgenológus a klinikai, a klinikus pedig a röntgenológiai tudását állandóan gyarapítja, mélyíti. *Alexander* és *Beekmann* könyve ezt a célt óhajtja szolgálni. Míg az egyik oldalon a kitűnően reprodukált Röntgen-képet mutatja annak leletével, a másik oldalon az eset rövid, de tömör s klinikai nivójú körtörténetét adja, amennyire lehet, a körfolyással és a későbbi ellenőrző vizsgálatokkal és képpel. A könyv tulajdonképpen casuistica-gyűjtemény, mely az agrai sanatorium gazdag anyagából azon eseteket válogatja össze és tárgyalja rendszeresen, melyekből a tüdőtuberculosis, annak legkezdetibb szakától a legsúlyosabb szövődményekig követni tudjuk. A Ranke-Ghon-Aschoff-Nicol felosztását tartván szem előtt, sorban bemutatja és tárgyalja a kezdeti szakot, a primaer complexet, a hilus közelében és a középső tüdőmezőkben fejlődő, valamint az izolált csücsütuberculosis. A chronikus miliaris tuberculosis képei nagyrészt olyanok, melyeket mi submiliaris névvel szoktunk jelölni. A kiújulásra hajló harmadlagos folyamatok után számos tanulságos képből mutatja, hogy nagy kiterjedésű, friss tuberculosisok mennyire visszafeljódhatnak. A szétesésre hajló izolált phthisist kezdetétől az óriás-cavernákig követi s ezzel kapcsolatban a cavernák és a letokolt légmell közötti differentialediagnosira is kitér. A zsugorodó folyamatoknál s azok következményeinél felhívja a figyelmet saját megfigyelésükre, hogy a zsugorodó folyamatoknál a középpárnyék mellett gyakran látható és mediastinalis daganatra emlékeztető árnyék úgy keletkezik, hogy a tüdő felső része a zsugorodás folyamán nemcsak összehúzódik, de a közép felé csavarodik is, baloldalt az óramutató irányával egy irányban, jobboldalt avval ellenkezően. A művi beavatkozásoknál (mesterséges légmell, phrenicotomia, Baer-féle paraffinplomba, thoracoplastika) felsorolja az elég szűkreszabott javallatokat is, melyeket a legmellre vonatkozóan azonban újabb maguk is már kibővítettek. — A könyv második része (60–77. eset) a differentialediagnostikával foglalkozik. Különösen tanulságosak a bronchiektasiás esetek, melyeknek jórésze sokáig és sokhelyütt mint tuberculosis szerepelt. Az aneurysma, a Hodgkin-daganat, a szegycsont alatti golyva, a mediastinalis mellhártya-

izzadmány s a rekesz alatti tályog e szempontból kisebb jelentőségűek s egy-egy esettel szerepelnek. — A könyv egészében nagyon jól megfelel feladatának, a kitűnő képek az ismét legmagasabbra jutott német technikát és kiadói áldozatkészséget dicsérik. Klinikus, röntgenológus és gyakorlóorvos egyaránt örömmel fogadják e könyvet.

Ratkóczi.

Grundzüge der Röntgendiagnostik innerer Erkrankungen. Von dr. Felix Peltason. (München. Verlag von J. F. Bergmann.) A könyv ára fűzve 16:50 M, kötve 18 M.

A Röntgen-vizsgálat ma már olyan kiegészítő része a klinikai vizsgálatnak, hogy azt sem a klinikus, sem a gyakorlóorvos nem nélkülözheti. Ez, s talán az oktatásának hiányossága magyarázza meg, hogy egymásután jelennek meg a jobbnál jobb könyvek, melyek éppen a gyakorlóorvost akarják megtanítani arra, hogy e legfontosabb vizsgálati eszköz alkalmazási lehetőségeit megismerje, annak eredményeit értékelni és értékesíteni tudja. Ezt a célt tűzte ki maga elé Peltason is, midőn a piacon levő sok-sok Röntgen-diagnostika dácára könyvével a nyilvánosság elé lépett. Orvostanhallgatók és orvosok részére tartott kurzusainak anyagát adja rendszerbe foglalva s ez meg is látszik az egész könyvön. Röviden összefoglal mindent, amire a gyakorlóorvosnak szüksége van. A könyv, mint címe is jelzi, csak a belgyógyászati röntgendiagnostikával foglalkozik. A tulajdonképeni diagnostikai rész előtt azonban egész rövid technikai bevezetésében ismerteti a Röntgen-sugarak és csövek fizikáját, a magasfeszültségű áramot szolgáltató készülékeket, a diagnostikában használatos segédeszközöket, átvilágító, felvételi állványokat, szerkezeteket, a sugárzás minőségi mérésére szolgáló eljárásokat és eszközöket. Rendkívül érdekes és értékes a könyv következő fejezete, mely a Röntgen-vizsgálat elrendeléséről, a vizsgálati mód megválasztásáról és a leletadásról szól. Nagyon helyesen emeli ki, hogy a Röntgen-vizsgálat elvégezhetőnek nem a Röntgen-készülék a legfontosabb kelléke, hanem az, hogy legyen olyan szakember, aki azt a készüléket ténylegesen kihasználja is tudja. A vizsgálatot elrendelő orvosnak azonban magának is tudnia kell — legalább nagyjában — hogy mit várhat az átvilágítástól, vagy felvételtől, s a Röntgen-vizsgálat elrendelések között kell a röntgenológussal azt is, hogy gyanúja mire irányul. A vizsgálati mód — átvilágítás vagy felvétel, stb. — megválasztása többnyire már a röntgenológus feladata lesz. A lelet leadásánál figyelemmel kell lennie a röntgenológusnak a közölt egyéb klinikai vizsgálati eredményekre, ezért jó röntgenológus csak az lehet, ki technikai képzettségén kívül állandó összeköttetésben van a klinikával s a klinika haladásával maga is lépést tart. A röntgenártalmak ellen való védekezés betegre, vizsgálóra egyaránt annyira fontos, hogy külön kis fejezetet szentel ennek ismertetésére is. Az egyes szervek különleges diagnostikájában a könyv terjedelmének megfelelően arányos rész jut a mellkasi, emésztő, húgyszervek, valamint a fej és a mozgatószervek vizsgálatának. Az utolsó évek új vizsgálati eljárásait (a gerinegy lipijódolos vizsgálata, enkephalographia, bronchographia, cholecystographia) csak röviden ismerteti. Fejlődésben levő eljárásokról lévén szó, egyes, például a cholecystographiánál elfoglalt tartózkodó állásfoglalása már ma is túlhaladott. A könyv már terjedelménél fogva sem tart számot arra, hogy themáját kimerítően tárgyalja, de röviden, tömören megemlékezik mindenről, ami a gyakorlóorvost vagy röntgenológust érdekelheti, igen ügyes irodalmi hivatkozásaiban, a bizonyos tárgykör iránt bővebben érdeklődő a megfelelő szakmunkát könnyen megtalálja. A sok, kitűnően megválogatott és reprodukált kép nemcsak külső díszét emeli a könyvnek, de még élvezetesebbé teszi annak a világosan és érthetően megírt könyvnek forgatását.

Ratkóczi.

Grundriss der klinischen Therapie innere Krankheiten. Von Prof. Georg Klemperer unter Mitwirkung von L. Dünner. Harmadik kiadás. Urban és Schwarzenberg, Berlin. Ára: 6 márka.

Az általánosan ismert s kedvelt könyvnek 280 oldalas harmadik kiadása. Az előzőkhöz hasonló beosztásban, de a tudományos haladásnak megfelelően sok helyen bővebben tárgyalja az egyes betegségek terápiáját. A 11 részre felosztott munka könnyű áttekinthetőségével, beosztásával s a mellékelt névsoros receptgyűjteménnyel nagy szolgálatot tesz a gyakorlóorvosoknak.

Közkórházi Orvostársulat jan. 25-i ülése.

Sarbó Artúr elnök: A napirend előtt meg kell emlékeznie a K. O. T. igazgató-tanácsának egy határozatáról. A múlt hetekben **Rejtő Sándor** főorvos a K. O. T. egyik ülésén tartott előadásában a közkórházi másod-orvosi személyzetének működésével kapcsolatban bizonyos visszaéléseket tett szóvá. Az ülésen jelenlevők sem az elnöklő **Borszékly** igazgató-főorvos, sem a többi főorvosok, sem a felszólaló másodorvos az előadásban sértő kifejezéseket nem talált, úgyhogy sem az ülés elnök, sem a jelenlevők közül senki sem tartotta szükségesnek az előadó kijelentéseit kifogásolni. Az ülés után azonban a Magyar Orvosban ezen előadást ismertető cikkben a másodorvosi karra nézve mélyen sértő kitételek foglaltattak, melyeket egy nyilatkozatban **Rejtő** főorvos magáévá tett. A másodorvosi karon ejtett ezen súlyos sérelemmel foglalkozott a K. O. T. igazgató-tanácsa és ennek orvoslását egyhangúlag hozott határozatában szükségesnek találta. Ezen határozat értelmében az évi záró közgyűlésen a titkári jelentésben már hangoztatva lett, hogy az igazgató-tanács **Rejtő** főorvos úr kijelentésével magát nem azonosítja és a következő ülésen orvosoltatja elnöke által a sérelmet. A mai ülés első feladata tehát, hogy ezen egyhangú igazgató-tanácsi határozat értelmében **Rejtő** főorvost említett sértő kifejezéseiről az elnök *rendreutasítja*.

Rejtő Sándor: Az elnöki rendreutasítást illő tisztelettel tudomásul veszi, mert a két imparlamentáris kifejezést használta. Előadásában a két hasonlatot bizonyos visszaélések elítélésére alkalmazta. Egy hírlapi közlés rövidített mondataiban azonban ezek a részek sértő általánossággal szerepeltek. Ezt jóváteendő, úgy a MONE lapjába, mint a Magyar Orvosba egy nyilatkozatot küldött, amelyben az esetet őszintén sajnálja.

Minich Károly szót kér a tárgyhoz, amit

Sarbó elnök nem ad meg, minthogy az igazgató-tanács és másodorvosi kar képviselőivel történt megállapodás szerint a reparatio megtörtént. A K. O. T. tudományos ülései személyi ügyek tárgyalására nem alkalmasak; amennyiben akárkinek is az ügynek más-nemű elintézési módjára nézve indítványa vagy előterjesztése van, ezt a K. O. T.-tól függetlenül elintézheti, neki mint elnöknek kötelessége a K. O. T. igazgató-tanácsának egyhangú határozatát úgy, mint tette, végrehajtani.

Bemutatók:

1. Stamberger Imre: *A gyermekkori bárzsing-szűkületek azon eseteiről, melyek csak oesophagoscopia segítségével tágíthatók.* Azon esetekről számol be, melyeknek oesophagoscopia nélkül való tágitása igen veszélyes és gyakran sikertelen. Ezek: az átjárhatatlannak tetsző, az excentrikusan fekvő lumennel bíró, a többszörös és a diverticulummal szövődött szűkületek. Egy 5 éves fiúbeteg mutat be, kinek a fenti kategóriába tartozó súlyos nyelősűzűkületét, több intercurrrens megbetegedés dacára sikerült oesophagoscopia segítségével feltágítania.

Faludi Géza: A bemutatott eset tanulságos, mert igazolja a diverticulumos szűkületek tágitásának veszélyes voltát. A mechanikus insultus folytán előállott genyélgmell gyógyulása ritkaságszámba megy. Melegen ajánlja a tágitásnak oesophagoscopia ellenőrzése mellett történő alkalmazását mindazon esetekben, mikor a szűkület felett diverticulum képződik.

2. Baló József: *A Langerhans-szigetek adenomájáról.* Míg a Langerhans-szigetek hiányos működése cukorbetegséget okoz, addig kevésbé ismeretesek azok a következmények, amelyek a Langerhans-szigetek fokozott működéséből folynak. Kórbonctani és kórszövet-tani vizsgálatok alapján feltételezhető volna, hogy a Langerhans-sziget fokozott működése is előfordul. Találunk eseteket, amelyekben a Langerhans-szigetek meg vannak nagyobbodva és számuk a szokottnál nagyobb, sőt előfordulnak csupán a Langerhans-szigetek sejtjeiből álló, szabad szemmel látható daganatok. Két esetet ismertet, amelyek közül az egyikben a Langerhans-sziget erős túltengését észlelte, a másikban 7×8 mm nagyságú, tehát kb. borsónyi, úgynevezett Langerhans-sziget adenomat talált.

3. Schilling Béla: a) *Spontan szülésnél létrejött combtörés.* Spontan szülés alatt bekövetkezett combtörést mutat be. Ennek okát adott esetben abban látja, hogy az anya medencéjének jobb oldalán a spina ischii be van nyomva, s a szülés alatt a jobb végtag ezen benyomott spina ischiához támaszkodott. Az iro-

dalomban alig néhány adat található ezen spontan törésekre vonatkozólag.

b) *Többszörösen átfúrt méh műtéttel gyógyult esete.* A polyp- és abortusfogóval okozott sérülések megbeszélése után egy esetet mutat be, ahol a többször átfúrt méh sebzéséből kiinduló peritonitissal beszállított asszonyt sikerült megmenteni. A roncsolt méhet *Chrobak* szerint amputálták s a kezdődő hashártyagyulladás miatt a hasüreget drainezni kellett.

Nádory Béla: Az igaz, hogy minden egyes esetet egyénileg kell megítélni és elbírálni, de szükségesnek tartja hangsúlyozni, hogy rendszerint orvos végeztén a méhsérüléseket, fel kell tételezni, hogy megfelelő tisztán végezték e műtéteket s így egyedül csak a méhsérülésben nem lát okot arra, hogy fiatal nőt a méh teljes eltávolításával ily súlyosan megcsontítsunk. Eddig 10 ilyen méhsérüléses eset jutott kezelésébe: 3 cseplesz, 1 bélkacs, 1 kürt és petefészekelhúzás és 4 szondával való átfúrás esete. Egyikben sem távolította el a méhet és mind a 10 eset így is meggyógyult.

Fischl Armin: Zárral ellátott polypfogóval történik a legtöbb sérülés, amelyek a méh szövetét úgyszólván átvágják. Ezért a műszerek közül számítani kell az ilyen polyp- és placenta fogókat.

Frigyési József: Egyetért úgy az előadóval, mint *Nádoryval* abban, hogy a méhátfúródásokat el kell varrni és így a méh megtartására kell törekednünk. Ez az elv, mint az irodalomnak nagyszámú tapasztalása mutatja, teljesen keresztül is vihető. Vannak azonban esetek — és ilyen a bemutatott is —, ahol a méh megtartása a beteg életét tette volna kockára. Már maga az a körülmény, hogy a kis méhtesten három laesiót kellett volna ellátni, kérdésessé tette a conservatív ellátás jogosultságát, különösen ha tekintetbe vesszük, hogy az ilyen többszörösen zúzott sebek gyógyulás után is egy bekövetkező terhesség és sérülés alkalmával esetleg nem bizonyultak volna elég ellenállóknak. Jelen esetben a sérült méh amputálását főleg az tette feltétlenül szükségessé, hogy a perforatíós nyíláson át a méhüreg keresztül három napon át egy teljesen elhalt gangraenás csepleszdarab lógott ki, ami természetesen a méhürt alaposan beszennyezte. Mint hogy a hasür váladékában streptococcusokat tudunk kimutatni, nagyon valószínű, hogy ha másképp jártunk volna el, a beteget ugyancsak fertőzés által feltételezett endometritis puerperalisnak, tehát egy másik súlyos fertőzött gyermekágyi megbetegedésnek tettük volna ki.

Előadás:

1. **Skrop Ferenc:** *Graphikai módszerek a szívban-talmak kórismezésében.* Kézirat nem érkezett.

A Magyar Röntgentársaság jan. 23-i ülése.

Holitsch Rezső bemutatja a Poliklinika új diagnosztikai és therapiái Röntgen-intézetét és ismerteti azon elveket, amelyek szerint a vizsgálatok és a kezeléseket folynak.

Bemutatás:

Engel Sándor: a) *Ritka nagyságú vesekövek.* Két esetet mutat be, melyeknél ritka nagyságú vesekövek voltak láthatók. Az egyik eset jóformán tünetmentes volt. A kövek periodikus, réteges fejlődése jól konstataható a felvételeken, valamint az is, hogyan tölti ki a vesemedencét és nyomul be a kitágult ureterbe.

Révész óriási nagyságú veseköveket mutat be. Az egyiknél a 8-0 cm átmérőjű korong alakú kövek olyan szabályos éles kontúrú, köralakú képeket adtak, hogy elmeszesedett echinococcusnak tartották őket. A betegnek soha semmiféle kórtünete nem volt, csak a vizeletben levő geny irányította a figyelmet a vesére. Hasonlóképpen tünetmentesen fejlődött több más esetben is a kő, míg végre egészen enorm nagyságot ért el. Egyik esetében mindkét oldalt egészen kitöltötte a vesemedencét és a fágult kelyheket úgy, hogy a képeket pyelographikus, kontrastanyaggal mesterségesen kitöltött, felvételeknek lehetne tartani. Éppen a tünetmentes avagy típusos veseköveket, vagy állandó fájdalmakat nem okozó kövek szoktak óriási nagyra megnőni és végül elpusztítják a vesét.

b) *Luxatio az acromio-clavicularis ízületben.* Aránylag ritka baleset, leggyakoribb a vállra való direct ráesésnél (birkozóknál). Therapiája sebészi. Esetben a clavicula vége magasan az acromion fölött látszik.

A Debreceni Orvosegyesület jan. 26-i ülése.

Bemutatás:

Jáki Gyula: *Gyomorsarkoma.* 23 éves nőnél 1927 augusztusában epehólyaggyulladás miatt cholecystektomiát végeztek. A műtétnél a pankreast, a gyomrot s a duodenumot tüzetesen megvizsgálták és rajtuk elváltozást nem találtak. A beteg a műtét után két hónapig panaszmentes volt. Akkor fájdalmai újra kezdődtek a jobb bordaív alatt. A jobb hypochondriumban tapintható daganatnak megfelelően Röntgenátvilágításnál a nagy görbületen éles kontúrú zeg-zugos árnyékkiesés. Műtét. A resekált gyomorrészlet vizsgálata intramuralis, éretlen sejttű sarkomát mutatott. A beteg a gyomor-resectio óta panaszmentes. A daganat tehát a cholecystektomia után keletkezett. A trauma, a műtét utáni összenövések mint kiváló tényezők felvehetők ugyan, de kétséget kizárólag nem bizonyítók.

Schmidt Lajos: *70 éves beteget operált 3 napja fennálló vékonybélileus miatt.* A bél megtöretését és elzáródását egy, az ileum szabad széléből kiinduló ökölnyi, dudoros felszíni daganatnak a hasfal peritoneumhoz való lenövése okozta. Áttételek nem voltak. A daganatos bélszakaszt resekálta. Síma gyógyulás. A daganat a bél submucosájából kiinduló sarkoma alveolare polymorphocellulare-nak bizonyult. Feltűnő, hogy a betegnek már kb. 20 év óta voltak időnként megismétlődő göresös hasi fájdalmai. Kizártnak tartja, hogy a sarkoma fejlődésének kezdete 20 évre nyúljon vissza, de tekintetbevéve a daganat lebenyes szerkezetét, a metastasisok hiányát, lehetségesnek gondolja, hogy a betegnek talán lipomája volt, mely göresöket okozott, többször invaginálódott és csak az utolsó időben vált malignussá.

Kreiker Aladár: *Ékalakú, intermarginalis nyálkahártyaátültetés trichiasis ellen.* Az eddigi szemhéjműtétek az általában felállítható három követelménynek: a functionalis és kozmetikai eredménynek és a recidivamentességnek nem feleltek meg. Még leginkább a Van Millingen-féle műtét vált be, amely a pillaszórsor eltolásából és a nyálkahártya átültetéséből a szemhéjszélre áll. Azonban az átültetett nyálkahártya itt is mint látható vörös esik határolja a szemhéjszél. Ezért megkísérelte a műtétet oly módon átalakítani, hogy a pillaszórsort nem tolta el, hanem intermarginalis metszést ejtve a bőr és tarsus találkozási helyén, ebbe a metszészonalba helyezte be a megfelelő (1-2 mm) szélességű, szájból vett nyálkahártyacsíkot. A szemhéj két lapja az ékalakúan behelyezett darabot közrefogva, azt kielégítően rögzíti. A szem zárásánál azonkívül az alsó szemhéj intermarginalis lapja is megtámasztja az átültetett csíkot s így a megtapadás zavartalan lehetőségét biztosítja. Ezzel a műtéttel tulajdonképpen az intermarginalis felszínt alkotjuk újra, ami szoros értelemben vett causalis therapiának tekinthető, mert a trichiasis oka éppen ennek a felszínnek a pusztulása. Egy év óta kifogástalan eredménnyel végzi ezt a műtétet, melynek külsőleg látható nyoma nincs és a recidivának a lehetősége sincs meg. Partialis trichiasis ellen is kitűnően végezhető. Ilyen esetet mutat be, amelyet három hét előtt operált.

Félegyházy Sándor: *Poliomyelitis eseteink az 1927. évben.* Az 1927. év romániai poliomyelitis-járvánnyal egyidőben a debreceni gyermekklinikán 15 eset jelentkezett. Az eseteket túlnyomórésztben a benulásos szakban kapták. A gyógyulási eredményeket illetően az ideai esetek túlnyomórésztben jóindulatúak voltak. A 15 eset közül 2 esetben teljes volt a restitutio, az egyikben a jobboldali musculus sacrospinalisra lokalizálódott a benulás, a második esetben pedig a négy végtag petyhüdt benulása s a baloldali törzsiszomat paresise teljesen meggyógyult. Exitus nem volt. Therapiájuk a következő: az acut stadiumban calomel, két-naponként lumbalunctio, (A liquorsejtszám túlnyomólag nagy, majd mindinkább csökken, még el nem éri a normalis sejtszámot. A normomastix-reactióval intenzitásban megközelítőleg meningitishez hasonló kiesést kaptak, kissé balra eltolódva. Feltűnő a liquor összes fehérjetartalmanak alacsonyága a meningitishez képest.) Belsőleg natrium salicylicum, borovértin, phytin, a megbetegedés negyedik hetében szénsavas fürdő, activ-passiv mozgás, massage és villanyozás.

Csikó József: *Egy 23 éves asszonyról referál, kit szintén Heine-Medin-kórral szállítottak a klinikára.* A betegen három nap alatt magas láz mellett quadriplegia fejlődött ki és a negyedik napon légzési benulás

tünetei közt exitált. Több hasonló felnőtt beteget az idén nem észlelt.

Előadás:

Halmágyi Béla: *A nyelőcsőbe és légutakba került idegentestek.* 1922-től az 1927. év végéig 84 idegentestet távolított el, melyek közül 50 az oesophagusban, 34 a felsőbb légutakban volt. Részletezi az idegentestek tünettanát; minden esetben broncho-oesophagoskopiát végzett. Az idegentestet minden esetben sikerült eltávolítani.

Semmelweis-serlegbeszéd.

Elmondotta az Orvosi Kaszinó 1928-i lakomáján:

Verebélj Tibor dr. egy. tanár.

Az emberi problémák fejlődéstörténetét általánosságban két mozgó erő determinálja. Az egyik a nagy felfedezések lökőereje, mely a fejlődés vonalában egyenesen viszi előre a kérdések megoldását, s ezért mindig korszakalkotó. A másik az illető kor uralkodó eszméinek, legáltalánosabb értelemben a korok divatjának együtthatása, mely legtöbbször gátló, de lehet fejlesztő erejű is, ha kilengésének vetülete a fejlődés vonalára a progressio irányába esik. Míg az előbbi mindig abszolút értékű, addig a divatok kilengésének becsé relativ, máresak azért is, mert mindenkor túlzás, tehát egyoldalúság jegyében áll. Az orvosi problémák megoldását ezen általános szellemi együtthatókon kívül egy harmadik tényező festi alá élénk színekkel: az orvos egyénisége, lelki szerkezete, amely viszont az intuitív erőből és a tapasztalás emlékképeinek gazdagságából szövődik egybe. A gyakorlat tarka egyvelegjében felbukkanó tanulságok megértése, megérezése, a természetadta tények kapcsolatának meglátása, a felismert igazság fénysugarának visszavetítése a gyakorlat problémáira, az egyén lelki alkatának legsajátosabb megnyilatkozása.

A történelem távlatában az előbbi kettőnek megvilágítása annál könnyebb, időbelileg mennél inkább távolodott, kihatásaiban mennél inkább kialakult valamely esemény. Az egyén szerepét azonban egyre halványítja, elmossa a tűnő évek ráboruló fátyola. Az egyéni gondolatokból eszmék, az eszmékből egyénekben, időközön felül emelkedő igazságok kristályosodnak ki, amelyek hideg világában lefagy róluk a vér temperamentuma, az agysejtek izzó melege, melyben valaha fogantak.

Hogy *Semmelweis* felfedezése az operatív orvostudomány legnagyobb, sorsdöntő lépése nem a siker, de a létjogosultság felé, ma már nem vitás a nagyvilág előtt. Amiért kitűnő elődeim e serleggel kezükben évtizedek óta a tudomány vértetével, a hazafias lelkesedés rajongásával, a költők lendületével szállottak síkra, elmostam a gyenge epigon előtt már megingathatatlan valóságként emelkedett az örök igazság magasságába, ahol alátámasztásáról lekéstem. *Semmelweis* elismerésének vitáját sohasem is a kétség, hanem első perctől kezdve egyének hiúsága, nemzetek chauvinizmusa, nagy népek gögje fűtötte. Most végre a rég érzett, de nehezen elismert igazság jegyében az őszinte hódolat babérkoszorúját helyezte *Semmelweis* sírjára *Brunn*, a napokban megjelent, a sebészet történelméről írt szép könyvében. Az, mondja *Brunn*, aki a sebészetben az új idők felé a nagy lépést megtette, aki a szülészet és sebészet számára egészen új világ kapuját tárta fel, *Semmelweis* volt. Helytelen őt *Lister* előfutárjának bélyegezni, mert *Semmelweis* az ő megismerésében kezdettől fogva előbbre volt, mint ameddig *Lister* valaha is eljutott. *Semmelweis* úgy a megismerésben, mint gyakorlati következtetéseiben kezdettől fogva helyes úton jár; ha ő tovább él, s így gondolatainak a sebészet távolabbi köreit is megnyerheti, *Lister* aligha jutott volna szóhoz, mert ő helytelen úton járt a megismerésben, s célszerűtlen utat választott a gyakorlatban. Ma már kétségtelen, hogy értékük össze-

mérésénél *Semmelweis* kell a nagyobbak elismernünk. Idejét multa arról vitatkozni, hogy *Semmelweis* vagy *Lister*, legfeljebb arról lehet szó, hogy *Semmelweis* és *Lister*; ezzel fejezi be *Brunn* a méltatását. Bár közhelynek tetszhetik, a két lángész munkáját ma is két szóval fejezhetjük ki leghelyesebben: *Semmelweis* az asepsis, *Lister* az antisepsis megteremtője. Míg az előbbi, az asepsis, a gyermekágyi láz prophylaxisának szűkebb teréről a műtősebészet *cardinalis* alapigazságává, a műtőtechnika megingathatatlan alapkérdésévé terebélyesedett, addig az antisepsis, amelytől kora a sebészet újjászületését remélte, a sebfertőzések kezelésének egyik lehetőségévé zsugorodott össze.

Semmelweis szobrának talapzatán hódoló nő ma már nem az életnek megmentett anyák és gyermekek, hanem az egész világ hálájának symboluma. *Semmelweis* nevének varázsát ma már nem a szülőszobák kiirtott borzalma, hanem minden egyes műtőkés fennen hirdeti, amikor nem a halál risikójával, hanem a tudás biztonságával ejti a gyógyuláshozó sebet.

Ma már azt is megállapíthatja a történelem, hogy a kor divatján aligha mulhatott, hogy *Semmelweis* eszméinek hódítása megfeneklett. Hiszen a műtősebészet kudarcai, amelyek az amputációk terén a párisi nagy kórházak békés kórtermeiben 60%-os, a háborús barokk műtőiben 75–90%-os halálozásban jutottak számbeli megnyilatkozásra, a szülészet szűgyene, melyet a szülőházak 10%-os septikus halálozása hirdetett fennen, minden gondolkodó orvos lelkét megtermékenyítették a segítség lehetőségeivel szemben. Hiszen a sebgyógyulás, amelynek klinikai részét *Hippokrates*, *Galenus* és *Hunter* ma is felülmúlhatatlan világossággal és tökéletességgel dolgozták ki, azáltal, hogy a mysticus életplasma helyére *Schwann* felfedezése nyomán életegységként a sejt került, biológiás, tehát természettudományos módszerekkel megközelíthető folyamattá lett. S a sebfertőzések tanában is közeledett a megismerés virradata; a titokzatos miasma, a megromlott levegő, a sebrothadás okaként *Athanasius Kircher* és *Loewenhock* nyomán *Henle* már ebben az időben apró élőlényeket emleget, amelyeket utóbb *Pasteur*, *Koch* és *Rosenbach* a baktériumokban találtak meg. Az orvosi megismerésnek ezen minden forrásból táplált, rohamosan dagadó árájában minden beléje dobott kő a gyűrűző hullámok egész sorát indította meg. Miért merült el éppen *Semmelweis* tana nyomtalanul a forrongásban, mely szinte áhította a halladást? Ma a történelmi távlat megadta erre a választ: sine ira et studio. A le nem tagadható kicsinyes indító okoktól eltekintve, kétségtelenül azért volt ez úgy, mert *Semmelweis* lépése korának szellemi szintjéhez viszonyítva túlmerész, túlnagy volt. A természet fejlődésmentében, amelyben a szellemi evolutio egyik részlete, ugrások nincsenek. Lángész látnoki ereje keresztültörheti évtizedek kódét; megértésre, gyakorlati érvényesülésre azonban csakis akkor számíthat a legigazibb felfedezés is, ha a kor milieuje hozzáfejlődött, hozzáemelkedett, az igazságra megérett. A természet, s annak a tudományban megrögzített törvényszerűsége sem egyéb, mint az okoknak és okozatoknak végtelen egymásbafonódott láncolata, amelyből a tudás előreláthat egy vagy több szemet, de a gyakorlat nem értékesíthet csak olyat, mely a láncolat pillanatnyilag megismert szemei közé beilleszthető. Ha *Semmelweis* korában az anaesthesia, a sebészti technicismus ezen másik alappillére ki van dolgozva, úgy *Semmelweis* nevéből ragyogott volna fel az egész világ; *Semmelweis* asepsise nem volt időszerű, mert anaesthesia hiányában nem volt értékesíthető, nem volt kiaknázható. Ha *Semmelweis* intuitiója történetesen a sebgyógyításhoz, korának e teljesen empirikus kérdéséhez kapcsolódik, úgy talán megkíméli őt a sors a csalódás keserűsége okozta tragédiától.

Történetileg beigazolt tények, valóságok ezek, melyeket nem *Semmelweis*ért, de önmagukért kell újból és újból feleleveníteni. Minden nemzet annyit várhat

a jövőtől, amennyit ő maga ad a multnak. A jövő megmunkálására az utódoknak erőt, bizalmat, öntudatot a nemzeti multnak ragyogó példái szolgáltatnak. S hazánk legragyogóbb orvosi lángésze, mint *Ramon Y. Cajal* mondja: „rögéből fakadt a legnemesebb gyümölcse”, *Semmelweis*.

A világ ítélőszke lezárta a nagy pert *Semmelweis* körül, a tudomány és technika pedig az ő tanai alapján szédületes iramban tör előre; a ma elméletei holnap tényekké izmosulnak, a tényekből alapigazságok lesznek, amelyekről lekopik megismerőjük neve, amint a köztudatban természetes előfeltételekként jelennek meg. Nekünk magyaroknak azonban, kiknek lelki közösségéből fogant *Semmelweis* lángésze, nyílt kérdés marad, milyen volt ez a nagy lélek, hogy focusában kikristályosodhatott évezredek vágyva vágyott, de soha meg sem közelített alapigazsága? *Cajal* azt mondja, hogy „a tudós életében rendszeren két korszakot lehet megkülönböztetni: a mult tévedéseinek lerombolására és új igazságok alkotására szentelt *teremtőt*, kezdeményezőt és a hanyatlót, illetőleg *okoskodót*, melyben megvédelmezzük az ifjúságban fogant elméleteket“.

Mindaz, amit *Semmelweis* szellemi örökségként reánk hagyott, életének ezen második szakára esik, amelyben gazdagon megtaláljuk mindazt a lelki képességet, mely nagy harcának megvívására hivatottá tette. A természettel való küzdelemben mondja ugyancsak *Ramon Y. Cajal*, a biologusnak éppen úgy, mint a csillagásznak el kell fordítania szemét minden földtől és tekintetét az eszmék komor régiójára kell irányítania, ahol előbb vagy utóbb az igazság fog felragyogni. Megvan benne ez a csodálatos egybeolvadás igaznak megismert eszme körével, mely tekintet nélkül földi javakra, emberi érzékenységre, lesújtó megnevelésre, haladt kitűzött célja felé. S ezen útnán vezette őt fanatikus hite igazának győzelmében, s meg nem ingatható akarateréje, melyről helyesen állapítja meg *Payot*, hogy „a nagy eszme szolgálatába szegődött erős akarat szülője minden nagy művészi és tudományos alkotásnak“. Megvan benne a szigorú kritikus éles logikája, amellyel a tényeknek számokba öntött oszlopait sorakoztatja fel támadói és bírálói ellen, s meg az elmélyedés képessége, mely az igazság tudatában és birtokában a legkisebb, mellékesnek látszó részletekben is megtalálja az ő érvét, bizonyítékát.

Mindezek a lelki húrok az ő küzdelmében esendülnek accordba, de nem adják magyarázatát sem intuitiójának, sem tragikumának. Ennek rúgóit keresve nagy figyelemmel olvastam végig munkáit anélkül, hogy azokban csak egy erre vonatkozó subjektív megnyilatkozást találtam volna. Alapvető közleményei és tanulmányai, vitairatai és nyílt levelei után szinte szárnyaszegetten kezdtem olvasni latin nyelven írt orvosdoctori értekezését (1844) a növények életéről és íme ennek az első lapján egyszerre megkaptam minden kérdésemre a feleletet.

Már értekezésének bevezető 15 sora szinte megdöbbentő élenkséggel állítja elénk *Semmelweis* egyéniségét. Megihleti őt a virágok színe, illata, méze, s csodálatos szemléli a növényvilág kimeríthetetlen változatosságát; mindebben megtalálja a természet örök erejének megnyilatkozását, mely kristályokba önti az ásványokat, mozgásba hozza a tengerek vizét, megrázza a föld keményre meredt kérgét, villámokkal hasítja végig a levegőt, s csendesen vezeti ösvényeiken az égbolt napjait, végül pedig megteremti, mint legtökéletesebbet a földön, az embert. Tudta volna-e *Michelangelo* plasticája, *Rubens* színpompája, *Wagner* gigantikus zenéje, *Goethe* vagy *Madách* költői lángésze színebben, tömörebben, elevenebben elénk varázsolni a természet apoteosisát, mint ez a néhány sor. Annak a léleknek, mely ilyen resonatorokkal hallgatta, szemlélte és csodálta a természetet, meg kellett rezdülnie, amikor egy befejezetlen accord dysharmoniájával került szembe. De ennek a léleknek az ő csodálatos

finom felhangolásával meg kellett bomolnia, amikor hozzá nem értő durva emberi kezek kezdték rajta játszani az ő mindennapos, megszokott, elesélt, hiú dallamaikat.

Ennek a dicsőített természeti erőnek keretébe illeszti be az életet, melyről resignatióval állapítja meg: „huius tamen causam quaeerentes ultimam frustra desudamus desudabimusque“. Az élet végokának keresésére hiába vállalkozik ma és a jövőben is az ember véges esze. Egy mondatba tömörítve *Kant* egész megismerés-elmélete és *Du Bois Reymond* ignoramus, amelyből vígaszként vezeti ki kutató, égő lelkét az a megnyugvás, hogy a tünemények kielégítő magyarázatát csupán az eszmék azon világa adhatja, melyet a természet bölcsellete foglal egységbe. A természettudomány pozitivismusát ma sem fűzheti szebben össze a plátói idealizmussal a bölcsélet, mint ez az egyszerű megállapítás. S mindebből levonja végkövetkeztetését, melyet engedjék meg, hogy latin szövegével saját szavaival idézzek: „omme quod existit ex divino omnipotentiae spiritu emanat — ex vi naturae, quae semet solvendo ac uniendo, qua attractio et repulsio, contractio et expansio manifestat, continuo operatur, infinitam materierum diversitatem producit, quas iterum destruit, ut rusum nova entia inde generet, quae tandem serius aut ocyus ad supremam omnium scaturiginem reducit. Vis et materia eodem gaudent fonti una ab alia separari nequit“. Minden létező a mindenhatóság isteni szelleméből, a természet örök erejéből ered, mely önmagát bontva és újra egyesítve dolgozik munkáján, s a vonzás és taszítás, az összehúzó és kitáguló örök hullámában nyilatkozik meg; ez az erő teremti meg az anyag végtelen változatosságát, hogy azt újra elpusztítva adjon létet új lényeknek, de amely előbb vagy később visszavezet mindenek örök forrásához. Erő és anyag egy közös forrásból buzognak, s egyik a másiknak elválaszthatatlan kiegészítője. 84 esztendeje mult, hogy e sorok íródtak; három emberöltő mult el azóta, mely többet termelt a természettudás terén, mint az előző ezredévek együttesen. S ma, csaknem egy évszázad után, *Helmholtz*, *Svante Arrhenius* fizikájának, *Ostwald* energetismusának, *Büchner*, *Haeckel* materialismusának és *Wundt* idealismusának kilengése után tudná-e valaki szebben, klasszikusabban a természetbölcsélet alapigazságát összefoglalni, mint az ifjú *Semmelweis*? Aki 26 éves korában ilyen megtisztult bölcsességgel, ilyen átfogó tudással, ilyen mélyenszántó elmével indul neki az élet problémáinak, annak szükségképpen meg kellett az eléje tórló analog események mögött a közös okot találnia.

Semmelweis az ő nagyságának titkát e néhány soros önvalomásban rajzolta meg. E sorok tanulsága szerint a költő képzeletét a tudós mélységével, a művész ihletét a bölcs meglátásával, a lélek érzékenységét az elme erejével kötötte össze benne a kegyes sors nagy feladatának megoldására; magában, lelkében hordta sikerének, de egyúttal bukásának csiráját. Az igazság, mely őrajta keresztül öltött testet, ma az emberiségé, mely őt megkövezte; a dicsőség, melyet lángésze kivívott, ma a nemzeté, mely büszke hálával őrzi emlékét; a sors pedig, melyet pályafutásával a cultura egére rajzolt, hazájáé, mely őt kitermelte.

A természet az anyag elrendezésében, az erők csoportosításában azonos eszközöket használ kicsinyben, nagyban egyaránt. Atomok megszerkesztésében ugyanazt az elvet valósítja meg az elektronok millióival, mint amikor a tejutakba fűzi össze a csillagok, a napok, a bolygók milliárdjait. Egyének fejlődésében fajok multját ismétli meg, egyének sorsával másolja nemzetek, népek történetét. Tévedések és igazságok, elvek és elméletek sorsa is közös, tekintet nélkül arra, hogy termelőjük egyes egyén, vagy egész nemzet volt.

Semmelweis tragédiájában hazája sorsa vetette előre fényét az igazságért vívott küzdelemben. A magyar nép az igazság tudatában, a hűség jegyében önzetlen eszmék zászlajával vette fel s becsületes meg-

győződéssel, bátor nyíltsággal vívta meg harcát épp-úgy, mint *Semmelweis*. Ma, bukása után írásai, nyílt levelei zárt ajtókat döngöttek; előítélet, önzés és kapzsiság az alkultúra hazug mázával borítja ma az igazságot, mint ahogy áltudás nagyképűsége homályosította, nyomta el valaha *Semmelweis* tanát. De ha a fenti tétel helyes, úgy *Semmelweis* sorsa minden tragikum ellenére mai vígasztalannak látszó helyzetünkben a mi erősségünk, reményünk lehet. Nem emberi álmok, nem ábránd, hanem természeti törvény, hogy az igazság, ha áttörését sikerülhet is ideig-óráig elodáznia, szükségképpen érvényesül, ha megértéshez, megérzéshez a külső feltételek megjönnek, ha a milieu számára alkalmas lesz. Mint ahogy *Semmelweis* igazsága kiállta évtizedek támadását, túlélte egyének pusztulását, úgy győzni fog a magyar igazság is, ha eloszlik a népek lelki szeme elől a köd, melyet győzelmi mámor, páni félelem és büntudat von eléjük. Ezt hirdesse nekünk *Semmelweis* példája, ez legyen a mi szent hitünk, amikor lángeszének emlékére üritjük e tisztos serleget.

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület január 28-i ülését, mivel a jegyzőkönyv későn érkezett, csak jövő héten fogjuk közölni.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület febr. 4-i tudományos ülésének napirendje: *Bemutató:* 1. *Berger Iván:* a) Egyszerű eljárás minimális fehérjemennyiségek mérésére (liquorban, stb.); b) Egyszerű eszköz diaphanometriás és colorimetriás titráláshoz. 2. *Horváth László:* Tüdőangraenával szövődött „agranulocytosis“ gyógyult esete. 3. *Okolicsányi-Kuthy Dezső:* Karyonnal kezelt gümőkór-esetek. — *Előadás:* *Rejtő Sándor:* A sinus cavernosus thrombosisa.

A Közkórházi Orvostársulatnak február 8-i ülésének tárgysorozata: *Bemutatók:* 1. *Strausz László:* a) Linitis plastica; b) Choleystitis luetica. — 2. *Kramer Pál:* Diabetes renalis esete. — *Előadások:* 3. *Stamberger Imre:* Fertőző megbetegedésekkel kapcsolatos felső légútmegbetegedésekről. — 4. *Willner Miksa:* A vegetatív reflexeknek diagnostikai jelentősége a physiologiában.

Az Erzsébet Egyetemi Tud. Szövetség orvosi szakosztályának február hó 7-én, d. u. 6 órakor a belgyógyászati klinika tantermében a szakosztály alapításának évfordulóján tartandó díszülés tárgysorozata: Elnöki megnyitó. Tartja: *Angyán János* dr. egyet. ny. r. tanár. *Heim Pál* dr. egyet. ny. r. tanár: A hőszabályozás physiologiája és pathologiája a csecsemőkorbán. (Tóth Lajos-émlékelőadás.)

Személyi hírek. Prof. *H. R. Schmidt*et kinevezték a düsseldorfi orvosi akadémia szülészeti és nőgyógyászati tanszékére Prof. *Albin Hentze* lett az újonnan létesített kiel fogászati klinika tanszékére jelölve.

A bonni egyetemen a múlt félévben 3908 férfi- és 743 nőhallgató iratkozott be, kik közül az orvosi fakultásra 677 férfi- és 142 nőhallgató esik.

A szemüveg-tanfolyamon — amelyet január hó 16-tól 21-ig *Dr. H. Hartinger*, a jeni *Zeiss-gyár* szemüveg és orvosi optikai osztályának vezetője az I. sz. egyetemi szemklinikán (igazgató: *Grósz Emil* dr. egyet. ny. r. tanár) tartott — 30 orvos vett részt. Az előadásokat számos optikai demonstrációval kísérte: a szemüvegtan alapvető geometriai-optikai törvényeit kísérletileg vezette le. Részletesen ismertette az egyszerű lencsék hibáit: a gömbi eltérést, a „komá“-t, a szini eltérést és elrajzolást és a ferde fénynyalábok astigmatismusát. A nyugalomban lévő rövidlátó, túllátó és astigmias szem correctióját mutatta az optikai padon sematikusan és a mozgó szemén a szemüvegeknek ferde fénynyalábok okozta astigmiaját. Részletesen tárgyalta a ferde fénynyalábok astigmiajától megszabadított

pontszerűen rajzoló, „punctuell“ szemüvegekre vonatkozó elméletet, ezen üvegek symmetriás vagy astigmias alakját és az asphaerikus felülettel bíró hályogüvegeket („Katrál-üvegek“). Hasonlóképpen beható tárgyalás alá kerültek az erősebb fénytörésű szemüvegek rendelkezésénél tekintetbe veendő optikai tényezők. Előadó majd azt mutatta, hogy két szemmel való látás mennyire befolyásolható egyszerű és hasábos üvegekkel, közeli nézéshez való üvegekkel, az ú. n. „Vorhänger“ és kettős fókuszú üvegek által. Megmutatta, hogy a gyengeszeműek és az anisometropoknál a távcsőpápaszemmel, a távcsőves nagyítóval és anisometrop szemüvegekkel mennyire segíthetünk. Röviden megemlítette a keratikonos correctióját az arra alkalmas, a szemgolyóra illesztendő úgynevezett „Contactglas“-sal. Végezetül a látható és láthatatlan (ultravörös- és ultraviolet-) sugarak ellen védő szemüvegek hatékonyságát mutatta thermoelem és fluoreszein-erőnyő segítségével.

Megalakult a Kir. Magy. Természettudományi Társulat Mikrobiológiai Szakosztálya. Elnöke *Preiszig Hugó* dr. egyetemi ny. r. tanár. Célja a mikrobiológia minden ágában a tudományos munkát előmozdítani és lehetőleg a nemzetközi mikrobiológiai társulattal kapcsolatba lépni, a különböző országok ez irányban működő tudósaival a barátsági viszonyt ápolni. A szakosztály üléseit előreláthatólag minden hó harmadik keddjén, az esti órákban fogja megtartani. A szakosztály tagja lehet a Természettudományi Társulat minden mikrobiológusa, de minden más tagja is, aki a szakosztályba való belépését bejelenti.

Báró Korányi Sándor berlini előadása. *A Deutsche Medizinische Wochenschrift* utolsó számában a következőképpen emlékezett meg *báró Korányi Sándor* egyetemi tanár előadásáról, melyet a berlini belorvosok és gyermekorvosok egyesületében január hó 16-án „Az ásványi anyagcsere a therapiában“ címmel tartott.

„A szokatlan nagyszámú hallgatóság, melynek sorában a magyar követ és a fakultás számos rendes tanára volt, a tartalmilag, formailag és stílusban classikus előadást olyan hatalmas tetszésben részesítette, amilyen tudományos egyesületekben ritkán fordul elő. Az elnöklő *Goldscheider*, *Korányi* nagy érdemeinek hangsúlyozása mellett az előadás nagy tudományos jelentőségét hangsúlyozta s a legmelegebben viszonzta az előadó azon kijelentését, hogy a magyar és a német nemzet traditionalis együttműködésben törekszik becsületese és tudományos munkával a súlyos helyzetükből való felemelkedésre“. A szellemi együttműködés legerősebb tényezője a tudományos munkásság fajsúlya.

A Bad Oeynhausban febr. 5-én tartandó rheumagyűlés tárgysorozata. Prof. *Schade* (Kiel): Rheumas megbetegedések objectiv bizonyítása. Prof. *Curschmann* (Rostock): Az izomrheumatismus diagnosisa és prognosisa. Dr. *Paul* (Bécs): A chronikus rheumatismus leküzdésére irányuló javaslatok. Hozzászól: Prof. *Kraus* (Berlin), végül: A rheumas megbetegedések egyöntetű nomenclaturájára vonatkozó javaslatok megbeszélése.

A Magyar Fogorvosok Egyesülete alsódunántúli fiókja Kaposváron, február hó 4. és 5-én rendezendő tudományos ülésének napirendje: Február 4-én a fővárosi és vidéki kartársak érkezése. 11 óra 45 perckor a budapesti vendégek fogadása a pályaudvaron. Ebéd a Turul-szálloda éttermében 13 órakor, utána a város egészségügyi intézményeinek megtekintése. Február 4-én 17 és fél órakor tudományos ülés a városháza nagytermében. *Szabó József* egyet. ny. r. tanár, a M. F. E. tb. elnöke: A stomatologia kötelező oktatása az egyetemen és a közkórházi stomatologiai osztályok. *Csilléry András*, az O. O. Sz. elnöke, országgyűlési képviselő: Az Országos Munkásbiztosító Intézet orvosnyugdíjintézete és az orvosok nyugdíjkérdése. *Simon Béla* egyet. m. tanár: A csonthártyagyulladás phlegmones szövődésményei. *Máthé Dénes* egyet. m. tanár: Miért kell az elvesztett fogakat pótolni? *Morelli Gusztáv* egyet. m. tanár: A szájelváltozások diagnostikai jelentősége. *Varga István* egyet. tanársegéd: Az állcsonttörésekről. *Rehák Rudolf*: Mit kell a gyakorlóorvosnak a fogszabályozás időpontjára vonatkozóan tudnia. 20 és fél órakor Kaposvár r. t. város vendégül látja vaecorára a Turul-szálloda

éttermében a gyűlésen résztvevőket. Február 5-én 9 órakor a városháza tanácstermében a M. F. E. Alsódunántúli Fiókjának évnegyedes közgyűlése. Vasárnap, febr. 5-én 11 órakor a városháza nagytermében díszközgyűlés. *Szigethy-Gyula Sándor*, az O. O. Sz. alelnöke: Elnöki megnyitó. *Csilléry András*, az O. O. Sz. elnöke: Orvostársadalmi kérdések. *Salamon Henrik* egyet. m. tanár: A magyar fogorvoslás története. *Sturm József*, a M. F. E. országos elnöke: Fogtechnikuskérdés. *Oravecz Pál* egyet. tanársegéd, a M. F. E. országos főtitkára: Fogszuvasodás, mint népbetegség és az iskolafogorvosi intézmény. 14 órakor a kaposvári Nemzeti Kaszinó nagytermében társasbéd.

Orvostoktorrá avattattak a Pázmány Péter Tudományegyetemen az elmúlt hét szombatján: *Bürger Nándor Márton*, *Csik Pál*, *Hordonka Mihály*, *Kovács Béla*, *Kocsis Elemér László*, *Lengyel Vilmos József*, *Lőw Károly Emil*, *Móritz Dénes*, *Róder Béla*, *K. Szabó János*, *Merkle Ádám*, *Simon László T.*, *Weiner Pál*. — *Üdvözljük az új kartársakat!*

† **Tóth Imre dr.** egészségügyi tanácsos, nyug. áll. bányakerületi főorvos 84 éves korában Selmezbányán jobblétre szenderült. Az elhunyt közegészségügyünk első harcosai közé tartozott, a bányai megbetegedések felderítése és terapiája terén úttörő munkát végzett.

Nyilatkozat. Alulírott Siesta Sanatorium igazgatósága közli, miszerint megszűnt a Fővárosi Kereskedők, Iparosok és Tisztviselők Sanatoriumi Szövetkezetének ellátó Sanatoriuma lenni. — Budapest, 1928 január 30. — *Siesta Sanatorium Igazgatósága.*

Hofmann Oszkár dr. a téli idény alatt *San-Remo-ban* folytat gyakorlatot, felvilágosítással szívesen szolgál. Címe: *Pension La Certosa, Corso Imperatrice.*

Soós Aladár: Étrendi előírások című könyvének második kiadása megjelent és 5 pengőért kapható minden könyvkereskedésben és a kiadóhivatalban.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint január 22-től január 28-ig előfordult:

Hasi hagymáz	10	(5)	Gyermekági láz	—	(—)
Küteges hagymáz	—	(—)	Báránymillő	67	1
Hólyagos (ál-)himlő	—	(—)	Járv. fültőmirigylob	21	—
Kanyaró	195	3	Vérhas	3	—
Vörheny	50	—	Járv. agygerincagyhártyalob	—	—
Szamárhurut	88	3	Trachoma	7	—
Roncs. torok-, gégelob	40	6	Veszétség	—	—
Influenza	13	(—)	Lépfene	1	—
Ázsiai kolera	—	(—)	Paralysis infant.	—	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóóróját kedden és pénteken 12—1-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 a Behringwerke Marburg-Lahn „*Tetanus-Heilserum*“-ról szóló prospektus és a Degewop Gesellschaft Berlin, „*Ovowop egységekkel*“ szóló prospektusa van mellékelve.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

A Koch & Sterzel Rt. Drezda, **Martin és Sigray Rt.** Budapest és **C. H. F. Müller Hamburg.** Röntgenkészülék és Röntgen-lámpagyárak vezérképviselőit és gyári raktárának új címe: *Barta és Székely* (ezelőtt *Eriesson Rt.* Röntgen-osztálya) Budapest, IV., Múzeumkörút 37. Telefon: 425—32.

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

IDEGOSZTÁLY a dr. Pajor Szanatóriumában

VIII, Vas-utca 17. Kedély- és idegbetegek részére (elmebetegek kizárásával).

Morphium- és alkoholelvonó kúrák.

Rheumásnak Belbetegnek Üdülőnek

SZENT MARGITSZIGETI SANATORIUM

Elsőrangú diétás konyha. Röntgen. Tökéletes fizioterapiás felszerelés. Kén-szénsavas forrásfűzők a lakoszobában. Közvetlen autbuszjáratok az Erzsébet-térről. Vezető-főorvos: Dr. BASCH IMRE.

Dr. Fonyó János gynäk. hystológiai laboratóriuma, VIII, Kőfaragó-utca 12. Tel.: J. 348—67

Dr. JUSTUS BÖRGYÓGYÍTO ÉS KOZMETIKAI INTÉZETE

Kórházi főorvos IV. Ferenc József rakpart 26. Telefon: József 56-76.

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

Elsőrangú szálloda

Ausztria egyik ismert klimatikus gyógyhelyében, különösen alkalmas egy

MAGASLATI SZANATÓRIUM

berendezésére, tökéletes orvosnak **bérbeadó.**

Csakis komoly reflektánsok írásbeli megkereséseit »Per Saison oder ganzjährig 6450« jellegével RUDOLF MOSSE, WIEN I, Seilerstätte 2.

Orvosok figyelmébe!

Négyülékes **kisautók** haviátalány, vagy félnapi használatra **bérbeadó:** DONÁTH berautóüzem. Telefon: L. 911—23.

Baltoni üdülő vagy gyermekszanatórium létesítéséhez vezetőül agilis, jó összeköttetésekkel bíró

orvost keresek

haszonrészesedés mellett. Tőke nem szükséges. **Ajánlatokat „VILLATULAJDONOS“ jellegével Rudolf Mosse hirdetőiroda, IV, Váci-utca 18 továbbít.**

Német orvosi könyveket

havi részletfizetésre szállít FISCHER JENŐ, az Urban & Schwarzenberg magyarországi képviselője VII, Thököly-út 44. Telefon: József 372—70. Kérem az új címre ügynöki. Kérje havonta megjelenő könyvjegyzékünket.

PALYÁZATOK.

A gyulai Kerületi Munkásbiztosító Pénztár főorvosi hivatalától az orvosi tanács és az orvosi választott bíróság rendes és póttagjainak megválasztása tárgyában. Az Országos Munkásbiztosító Intézet és az Országos Orvosszövetség közötti 1927 december 21-én kötött megállapodás 13. pontja szerint az orvosi tanács és az orvosi választott bíróság tagjait legkésőbb 1928. év március hó 1-ig meg kell választani. Ehhez képest a pénztári orvosi testület saját kebeléből az állandó orvosi tanácsba 7 rendes és 4 póttagot, az orvosi választott bíróságba 6 rendes és 4 póttagot választ. A választás határnapjául 1928 február 28-ikát jelölöm ki. A szövetség a pénztár hivatalos helyiségében (Gyula, Kossuth Lajos-utca 2. sz.) a már megállapított határnapon délután 8 órakor kezdődik és 12 nappali órán át tart. A választás körüli eljárásra minden egyes szerződéses pénztári orvosnak kikézbizított működési szabályzat ad útmutatást. Mégis megjegyezni kívánom, hogy 1. úgy az orvosi tanács, mint az orvosi választott bíróság tagjainak választására külön-külön ajánlat teendő. 2. Jelölteket a pénztár szerződéses orvosi karának legalább

egynyelcoda, vagyis 6 tagja ajánlhat. 3. Az ajánlási ívet a választást megelőzően 14 nappal, vagyis legkésőbb február 14-ig kel hozzám beküldeni. 4. Ha a 3. pontban említett határidőig csupán egy csoport adott be érvényes ajánlást, akkor a szavazás elmarad s az ezen ajánlásban megnevezettek jelentem ki az orvosi tanács, illetve választott bíróság megválasztott tagjaiul. 5. A szavazás elmaradásáról, vagy megtartásáról az utóbbi esetben hivatalos szavazólap kapesán a pénztári orvosi kart folyó évi február 23-ig értesíteni fogom.

Gyula, 1928 január 27.

A gyulai Ker. Munkásbiztosító Pénztár Főorvosi Hivatala.

Szabolcs vármegye ligetaljai járásában Nyíradony székhellyel elhalálozás folytán megüresedett s a vármegyei tisztviselőkre rendszeresített X. fiz. osztályba sorozott s a 7000/1925. M. E. sz. rendelet 31. §-ában előírt előmenetelt biztosító, a vármegyei tisztviselőkre nézve megszabott szabályszerű illetményekkel javadalmazott *járási tisztiorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Felhívom a pályázni kívánókat, hogy az előírt képesítést s eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal kellően felszerelt pályázati kérvényüket hozzám f. évi február hó 25-ig nyújtsák be. Később érkező pályázatok nem vétetnek figyelembe.

Nyíregyháza, 1928 január 18.
1510/1928. K. sz.

Az alispán.

A megüresedett vásárosnaményi *körorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állás javadalma a szabályszerű körorvosi fizetés és laktér. Felhívom a pályázni óhajtó orvosdoctorokat, hogy pályázati kérvényüket bezárólag 1928. évi február hó 29-ig hivatalomhoz adják be. A kérvényhez csatolni kell: születési anyakönyvi kivonatot, idegen országban születetteknek állampolgársági bizonyítványt és Magyarország területén orvosi gyakorlatra jogosító oklevelet. A választás napját később fogom kitűzni.

Vásárosnamény, 1928 január 23.
321/1928. kig. sz.

A főszolgabíró.

VALORAL

Igen hatásos sedativum, tonicum, enyhe hypnoticum.

Javalva: Neurasthenia, hysteria, álmatlanság, ideges tünetek ellen

Készíti: SZUTS PÁL Deák Ferenc gyógyszerész Budapest VI, Deák Ferenc-tér. Anker-pal. Telefon: T. 293-01

• NERVOPLAST = ORKÉNY •
• TONICUM • SEDATIVUM •
FERGLOBIN-ORKÉNY
MINDENMÉJ ANAEMIANÁL
GUAJAGLOBIN-ORKÉNY
A TUDÓBÁNTALMAK SPECIFIKUMA
SANOLAN-ORKÉNY
HAEMORRHIDÁK ÉS SZÖVŐDMÉNYEINÉL
• ORKÉNY HUGO •
*** CSILLAG *** GYÓGYSZERTÁRA ***
BUDAPEST, VIII.
RÁKÓCZI-ÚT 39. SZÁM



BEVÁLT

és minden
orvosi műszer-
üzletben kap-
ható

PIPERAZIN MIDY

PEZSGŐ
GRANULÁK

“ A HÚGYSÁV LEGBIZTOSABB
OLDÓSZERE ”

Hólyag Antiseptikum

Napi adagja: 2-4 KávésKanál

Natrium

Biboracicum

Lithium

Citricum

Kalium
Citricum

92%

40%

20%

8%

A Húgysav Oldóképeség Összehasonlítása

LABORATOIRES MIDY
PARIS

Magyarországi Főraktár:
“MEDICHEMIA” BUDAPEST X, Hölgy utca 14

ORVOSI HETILAP

Alapította **MARKUSOVSKY LAJOS** 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

T A R T A L O M:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Vitéz Berde Károly és Szentkirályi Zsigmond: Hódmezővásárhely dermatophytonflórája 1926—27. években. (173—175. oldal.)

Krepuska Géza: Az otogen pyaemiáról. (175—179. oldal.)
Melly Béla: A fehérjementes vérsavóval végzett xantho-protein-reactio értékéről az urológiai sebészetben. (179—182. oldal.)

Csépai Károly és Fernbach József: Termel-e a pajzsmirigy a thyroxinon kívül egyéb hormont is? (182—183. o.)

Kiss Pál és Tiborc Ernő: A vérkép a gyermekkori appendicitis differenciális diagnosizálásában. (183—185. oldal.)

Rausch Zoltán: Májdiatétával kezelt anaemia perniciosa esetek. (185—186. oldal.)

Paunz Lajos: A vena renalis helyettesítése cseplesz-anastomosisokkal. (186—187. oldal.)

Bálint Nagy István: Tapasztalatok a mandulaműtét utáni vérzéscsillapításról. (187. oldal.)

Brana János: Megjegyzések Jilek József dr. és Krisztics Erzsébet dr. „Trachoma és exsudativ diathesis“ című dolgozatához. (187—188. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (29—32. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Urologia. — Gyermekorvostan. (188—191. oldal.)

Könyvismertetés. (191—192. oldal.)

A Kir. Orvosegyesület jan. 28. és febr. 4-i ülése. (192—194. o.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület otológiai szakosztályának január 26-i ülése. (194—195. oldal.)

A Magyar Urológiai Társaság jan. 30-i ülése. (195. old.)

A Kir. Orvosegyesület gynaekológiai szakosztályának január 27-i ülése. (195—196. oldal.)

Az Élet- és Kórtani szakosztály jan. 24-i ülése. (196. o.)

Orvostörténelmi jegyzetek. Bálint Nagy István: A boszorkányok gyógyító és rontó kuruzslásairól. (196—199. o.)

Vegyes hírek. (199—201. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A szegedi m. kir. Ferenc József Tudományegyetem bőrsz. és nemikórtani klinikájának (igazgató: Poór Ferenc dr. egy. ny. r. tanár) és Hódmezővásárhely tj. város Erzsébet-kórházának (igazgató: Genersich Antal dr. egy. m. tanár) közleménye.

Hódmezővásárhely dermatophytonflórája 1926—27. években.

Írták: *vitéz Berde Károly dr.* egy. m.-tanár, klinikai adjunctus és *Szentkirályi Zsigmond dr.*, kórház. főorvos.

Amidőn az 1926. év nyarán *Berde* két évre terjedő anyaggyűjtés után Délmagyarország kórokozó fonálgombafiórájára vonatkozó észleleteit közölte, kitűnt, hogy a közel 10.000 km²-t kitevő gyűjtési területbe eső Hódmezővásárhely városból mindössze két eset járult ahhoz a 400, klinikailag gombás eredetűnek kórismézett megbetegedési esethez, melynek feldolgozásán tanulmánya alapult. E jelenség okának kutatásánál kézenfekvőnek látszott annak felvétele, hogy e város dermatomykosisokban szenvedő lakosai azért kerülnek ily gyér számban az alig 24 km távolságban fekvő szegedi bőrklinika észlelése alá, mert Vásárhely földrajzi helyzete és közlekedési viszonyai miatt egyfelől forgalmi szempontból, fejlett egészségügyi viszonyai miatt pedig egészségügyi szempontból is önálló centrumot képez e területen. A szegedi bőrklinika forgalmi statisztikája is emellett szólott, amennyiben ötévi beteganyagának csupán 0.74%-a származott Hódmezővásárhelyről, ellene szólott azonban e felvételnek egyrészt az, hogy még e csekély számú beteg között is a dermatomykosisok száma jóval alacsonyabb arányban mutatkozott, mint a más vidékekről származó beteganyagban (csupán 5.8%-ban, holott 1925-ben a szegedi beteganyagban 12.67%), másfelől pedig ugyanakkor, midőn Szegeden, s az ország több más helységében az iskolák és gyermekotthonok valóságos mikrosporiasis-epidemiákkal küzdöttek, a szomszédos Vásárhelyen nemcsak hogy járványról nem volt szó, hanem *Szentkirályi* tapasztalata szerint az

Erzsébet-kórház bőrbeteg anyagában a dermatomykosisok igen alacsony arányszámot mutattak (1925-ben: 3.14%). Ily körülmények láttán határoztuk el, hogy Hódmezővásárhely kórokozó fonálgombafióráját járványtani és mykologiai szempontból behatóbb vizsgálat tárgyává tesszük, kiegészíteni szándékozva ezzel Csonka-magyarország déli szakaszának flórájáról birt eddigi ismereteinket.

Vizsgálatainkhoz az anyagot a hódmezővásárhelyi Erzsébet-kórház betegeinek, s a város területén levő összes iskolák 16 éven aluli növendékeinek felülvizsgálása szolgáltatta. E munka — melyet *Szentkirályi* végzett — számokban kifejezve 13.000 kórházi járó- és fekvő-beteg, s 6918 óvodás és iskolás gyermek megvizsgálására vonatkozott, s az utóbbit különösen nehéz és fáradságossá tette az a körülmény, hogy a város belterületén fekvő 21 iskolán kívül 35 külterületi (tanyai) iskolát kellett még felkeresni, melyek egymástól átlag 4—10 km-re, a város központjától pedig 5—40 km-re fekszenek, s megközelítésük nem minden időszakban egyaránt járható utakon történhetik. Az anyaggyűjtés 1926 szeptemberétől 1927 szeptemberéig tartott, s a klinikailag dermatomykosisnak kórismézett esetekből a laboratóriumi feldolgozásra váró kóros anyagokat a szegedi egyetemi bőrklinikán *Berde* dolgozta fel.

Az anyaggyűjtés eredményének értékelésénél mindenekelőtt elválasztandók a kórházi betegekről nyert adatok azoktól, melyeket az iskolásgyermek felülvizsgálása nyújtott. Az első csoportba tartozó egyének között 539 bőrbeteg volt, akik között 20-nál állott fenn valamely fonálgombás bőrbetegség*. Meglepően alacsony szám, 3.7%-a a bőrbetegeknek, oly kedvező arány, melyet a szomszédos Szegeden a bőrklinika anyagán csak évekig tartó propaganda és járványvédelmi intézkedések fogantatásával sikerült az 1926. évben elérni. Még kedvezőbbé válik azonban Hódmezővásárhely város szempontjából ez az arány, ha tekin-

* Mivel kutatásunk elsősorban a járványkeltő bőrgombákra vonatkozott, a pityriasis versicolorra és az erythrasma-ra nem voltunk tekintettel.

telbe vesszük, hogy e 20 beteg közül is 7 nem vásárhelyi, hanem vidéki lakos, a kórház bőrbeteganyagának tehát mindössze 24%-a az, mely vásárhelyi lakosok fonálgombás megbetegedésére vonatkozik.

Ezen adatok értékeivel szembeállítható volna az a kifogás, hogy a kórházi beteganyag e viszonyaiból még nem lehet a város összlakosságának viszonyaira következtetni. Különösen a dermatomykosisoknál azonban lényegesen tompul e kifogás éle, ha tekintetbe vesszük azt a csaknem törvényszerű tapasztalatot, amely szerint úgy a közkórházi beteganyag, mint a fonálgombás megbetegedések — elsősorban a járványtani szempontból fontos tineák — a legszegényebb néposztály sorából telnek ki, s így nem jogosulatlan, ha egyikről a másikra merünk következtetni. Kórházi anyagunk gombás betegek között valóban egyetlen jobbmódú kereskedő felesége szerepel, a többi a legszegényebb rétegből származó eseléd, munkás, napszámos, stb. vagy ezek gyermekei.

Mi azonban tettünk még egy további lépést is a tények tisztázása felé, midőn a járványos dermatomykosisoknak másik kedvenc terrenumát, a serdületlen iskolásgyermeket is felülvizsgáltuk. Az óvodák, elemi és középiskolák, az iparostanonc- és ismétlőiskolák 6918 főnyi növendéke között csupán tizennegyet találtunk fonálgombás betegséggel fertőzöttnek, ami az összes növendékeknek csupán 0.2%-át teszi, ezek közül 12 beteg belterületi, kettő pedig a tanyai iskolákra esik. Vegyük most már tekintetbe, hogy *Berdének* Szegeden a *Konczvald* és *Völggyessy* segítségével végzett, s 10.000 belterületi iskolásgyermekre vonatkozó hasonló vizsgálata 1924—25-ben az összes növendékek 0.8%-át találta fonálgombás fertőzésben szenvedőnek, s utóbb is még több járványgóccal kellett megküzdenie, *Hódmezővásárhely viszonyait e tekintetben igen kedvezőnek kell mondanunk*. A betegnek talált gyermekek szülei között csupán két jobbmódú gazdálkodó akadt, a többi napszámos, béres, cigányzenész, szegény kisiparos, stb. volt.

Anyaggyűjtésünk — legalább is a vizsgált területre vonatkozólag — némi fényt derít a magyarországi fonálgombakutatás egy eddig elhanyagolt terrenumára, a szorosabb községi életkapcsolaton kívül élő, specialis magyar tanyavilág népének e tekintetben megnyilvánuló viszonyaira. A magyar fonálgombaflóra felkutatása még korántsem nevezhető befejezett munkának, a csonkaország néhány terjedelmes szakaszának flórájáról még mindig hiányoznak a közelebbi adatok, s bár az utóbbi évek folyamán három egyetemi klinika beteganyaga e tekintetben feldolgozást nyert, a *legprimitívebb és leggyéresebb társasközületben élő tanyai népnek a helyszínen való megfigyelése ebben a vonatkozásban vizsgálataink alkalmával történt első ízben*. A vásárhelyi tanyák népe 132.258 katastralis holdon 24.000 lelket számlál, csaknem kivétel nélkül földművelőket és állattenyésztőket, kikről bátran el lehet mondani, hogy sokkal intenzívebb és sűrűbb érintkezésben állanak háziállataikkal, mint családjaikon kívülálló embertársaikkal. Gyermekeik egymásközti érintkezése az iskolában és a leventeoktatás folyamán több mint felénnyel ritkább, mint a városi gyermekeké, egy-egy tanyai iskola népe nem haladja meg az 50, egy-egy tanterem létszáma a 18—50 főt, s az iskolák látogatása télen és mostoha időjárás esetén fölötte gyér. A 35 tanyai iskola 1986 növendéke között mindössze kettőnél (0.1%) találtunk dermatomykosisot, a tanyai leventealakulatokban egynél sem, a közkórház beteganyagában pedig egy év alatt mindössze három oly tanyai lakos fordult meg, kiknél fonálgombás bőrbetegség állott fenn (az összes bőrbetegek 0.5%-a). *A tanyavilág népénél tehát a fonálgombás betegségek száma úgy abszolút, mint relatív értékek*

tekintetében még kisebb, mint a különben is igen kedvező viszonyokat mutató városi lakosságnál.

Az észlelésünk alá került egész beteganyag klinikai képeit s az esetek származási helyét az 1. tábla tünteti fel:

1. tábla.

Szám	Diagnos is	Városi	Tanyai	Vidéki	Összesen	Hány százaléka az összes eseteknek ?
1	Trichophytiasis superf.....	7	1	1	9	26.47 %
2	Trichophytiasis profunda ..	3	2	2	7	20.58 %
3	Mikrosporiasis	2	—	2	4	11.76 %
4	Epidermophytiasis.....	1	2	—	3	8.82 %
5	Favus capitis.....	6	1	3	10	29.41 %
6	Favus corporis	1	—	—	1	2.94 %

Hazai viszonyaink között ma, a háborút követő mikrosporiasis-járványok idején még azt sem mondhatjuk megszokottnak, hogy e táblázat adatai szerint anyagunkban a gombás betegségek legtekintélyesebb részét a trichophytiasis teszi ki, melynek ha felületes és mély alakjait egy csoportba foglaljuk, úgy az eseteinknek 47.05%-át fogja adni, de *ennél is meglepőbb és egyúttal szomorúbb is a favus capitis magas arányszáma, mely az eddig Csonkamagyarország területéről közölt gyűjtési anyagban az első helyen áll*. Abszolút számokban kifejezve, nem sok egy 60.000 lelket számláló város lakosságából, s egy évente 13.000 főnyi járóbetegét gondozó kórház anyagából, de igen jellemző, hogy ez a járványtani és kozmetikai szempontból egyaránt oly fontos betegség a dermatomykosisok gyakorisága tekintetében még oly kedvező viszonyokat mutató Hódmezővásárhelyen is ennyire othonos már. Hogy az esetek közül három nem a város területéről, hanem annak közvetlen környékéről való, az csak megerősíti *Berdének* azon korábbi megállapítását, hogy *a favus a Nagyalföld déli felén terjedő tendenciát mutat*. *Ezzel szemben igen kedvező a mikrosporiasisról nyert kép, különösen ha tekintetbe vesszük, hogy a táblázatban szereplő négy eset közül kettő nem Vásárhelyről, hanem kétséget kizáró módon Szombathelyről származott, továbbá, hogy a mi gyűjtésünkkel közel azonos időben végzett budapesti (Ballagi), szegedi (Berde) és pécsi (Szathmáry) gyűjtésekben a dermatomykosisok között a mikrosporiasis vezet, s e betegségnek ugyanezen esztendőben számos más helyen járványszerűen történt fellépése a napilapok hasábjain nyert publicitást. A tanya népe itt is, akár a szegedi tapasztalatok szerint, mentes még e betegségtől, amit a favusról már nem mondhatunk el.*

A kórokozót talált gombák identifikálását a szokásos módon végeztük. A beteg területekről nyert szórás, hámkaparék, geny, pörk, stb. górcsövi vizsgálat után *Sabouraud* maltoseagarjára ültetett, s a megerező gombatelep fajának meghatározása a makro- és mikrocultúrák sajátosságai és szükség szerint állatkísérletek eredményei alapján történt. Az identificatio eredményeit a 2. tábla tünteti fel, melynek adatai nem mindenben fedik az 1. táblán felsoroltakat.

Mindenekelőtt reá kell mutatnunk arra, hogy a kórtermékekből a kórokozót csupán 26 esetben, azaz összes betegek 76.5%-ában sikerült kitenyésztenünk és meghatározoznunk. E tekintetben a trichophytiasis esetek okozták a legtöbb nehézséget, különösen a felületes alakok. Ezeknek kórtermékeiben gyakran találtunk járulékosan sarjadzó gombákat, oidiumszerű mikroorganizmusokat, megesezt az is, hogy gombaelemeket górcsövíleg sem találtunk bennük, s hogy mégis trichophy-

2. tábla.

Szám	Gombafaj neve	Városi	Tanyai	Vidéki	Összesen	Hány százaléka az összes eseteknek?
1	Trichophyt. gyps. asteroid...	3	1	1	5	19'23 %
2	Trichophyt. faviforme ochrac.	1	1	—	2	7'7 %
3	Mikrosporon Audouini.....	3	—	2	5	19'23 %
4	Achorion Schönleini.....	8	1	1	10	38'46 %
5	Achorion Quinckeanum	1	—	—	1	3'84 %
6	Epidermophyt. inguin.....	—	1	—	1	3'84 %
7	Epidermophyt. interdigitale..	1	—	—	1	3'84 %
8	Blastomyceta	1	—	—	1	3'84 %

tiasis-eseteinkhez merjük számítani őket, erre jellegzetes klinikai képük és az aintimykotikus kezelésre történő szabályszerű gyógyulásuk jogosított fel. A mykologiai vizsgálat tisztázta, hogy egyik klinikailag epidermophytiasisnak kórismézett esetünkben a kórokozó sarjadzógomba volt, felnőtt férfi szakállában felületes trichophytiasisnak kórismézett elváltozásban pedig a Mikrosporon Audouini. Ehhez hasonló ritka eset közöltetett a szegedi bőrklinikáról is. *A legfeltűnőbb jelensége azonban e táblázatnak a hódmezővásárhelyi flórának fajokban való fölülte nagy szegénysége.* Ez egyébként csak természetes együttjárója volna annak a fentebb leszegezett ténynek, hogy e vidéken a fonálgombás betegségek általában ritkák, mégis meglepő az a körülmény, hogy egy év alatt csak két trichophyton-törzsszel találkoztunk itt s az is mindkettő ú. n. állati típusú gomba volt. A legutóbbi esztendő statisztikája szerint a trichophytonok között Budapesten és Szegeden is számbelileg az emberi típusú Tr. violaceum vezetett, mint Délkelet-Európa legközségesebb speciese, a vásárhelyi anyagban pedig e gombának nyomát a sem leltük. Ha még azt is tekintetbe vesszük, hogy a szomszédos Szegeden az 1926-ban már közölt öt emberi típusú trichophyton faj mellett még két újabb, a Tr. fumatum és egy előzőleg ismeretlen cerebri forme varietas is felbukkant, úgy valóban csodálatos, az emberi típusú trichophytonok tökéletes hiánya a vásárhelyi flórában. Ezzel szemben minden más hazai észlelethez képest aránytalanul magas a Tr. gypseum asteroides arányszáma, ami azonban állattenyésztő népnél érthető. Hogy a mikrosporonok közül csupán a M. Audouini találtatt meg itt, az a pécsi statisztikától eltekintve országos jellegűnek mondható, amennyiben más fajok egyebütt is csak szórványosan mutatkoztak, az Achorion Schönleini feltűnően magas arányszámának jelentőségét pedig már fentebb méltattuk.

A város és tanyás részei flórájában a mikrosporon már említett megoszlási viszonyain kívül a minőségi különbség lényegtelen, ami mennyiségbeli különbség mutatkozik pedig az egyrészt a városi és tanyai lakosság számbeli különbségéből (36.000 városi, 24.000 tanyai lakos), utóbbiak izolált életmódjából, s az orvosi felügyelet és orvosi segítség igénybevételének physikai és pszichikai akadályából következik.

Ha adatainkat a Nagyalföld déli szakaszának már korábban ismert flórájával hasonlítjuk össze, úgy az elmondottak után csupán arra kívánunk még rámutatni, hogy a hódmezővásárhelyi flórában sem új fajt, sem olyant, amilyent a szegedi bőrklinika korábban közzétett anyaga fel nem mutatott volna, nem találtunk. Nem mutatkozott különbség az egyes fajok és az általuk előidézett klinikai kórformák megszokott viszonyai között sem. *Az általunk vizsgált terület flórája szervesen illesz-*

kedik szélesebb környezetének flórájához, s attól csupán qualitativ és quantitativ szegénységével tér el.

E szegénység okai után kutatva, külső, természeti behatásokra aligha gondolhatunk, Hódmezővásárhely és környéke, elsősorban Szeged viszonyai között nem ismerünk olyan éghajlati, állat- és növényvilágbeli, talajtani, emberrasszbeli különbséget, melyből e jelenség megmagyarázható volna. Egyszerűbbek és kevésbé hullámszerűek voltak azonban Hódmezővásárhely emberforgalmi viszonyai a háború és az idegen megszállások idején, amidőn a később Európaszerte fellépő dermatomykosis-járványok méreti és minőségbeli viszonyai determinálódtak, s más a lakosainak socialis, culturalis és települési rétegződése. E város lakossága 64%-ban földművelő (38.562 lélek) köztük tekintélyes számban kis- és törpebirtokosok, kiknek még a cselédjük sem kerül soha olyan egészségtelen és zsúfolt lakásvizonyok közé, mint az ipari centrumok proletáreleme. *Szentkirályi* a helyszínen állapította meg azt a nagy különbséget, ami pl. a gyermekek testének és ruházatának tisztántartása és gondozása tekintetében e város földműves- és munkáseleme között az előbbinek javára mutatkozik. Az iparral foglalkozók rétege 20%-át teszi csupán a lakosságnak, s az is nagyobb részben önálló és rendezett anyagi viszonyok között élő kisiparos. *Az a nagyvárosi proletárréteg hiányzik itt, amely leghalásabb talaját szokta képezni az emberi típusú trichophytonok és mikrosporonok által előidézett járványoknak.* Ehhez járul a tanyavilág lakóinak izoláltsága, s ha mindezt mérlegeljük, érthetővé válik úgy a gombaflóra szegénysége, mint a dermatomykosisok ritkasága. Ugyanezen viszonyok magyarázzák meg e különben szegényes anyagban a trichophytonok között az állati típusok dominálását, az emberi típusok hiányát, s szorítják csaknem kizárólag a legszegényebb városi lakó réteg gyermekeire a favust, szemben a tanyák népével.

Vizsgálataink természetes velejárója volt az a propaganda, melyet *Szentkirályi* a közigazgatási és tanyai hatóságok támogatásával a tanítószemélyzet, szülők és növendékek között a dermatomykosisok ellen folytatandó védekezés érdekében kifejtett, aminek következtében a vásárhelyi iskolák növendékei a szülők és tanítók önkéntes bejelentése alapján ma jóformán az Erzsébet kórház bőrosztályának ellenőrzése alatt állanak. Ezek alapján pedig bátran remélhetjük, hogy azokat a kedvező viszonyokat, melyek között Hódmezővásárhely lakossága a dermatomykosisok előfordulása és megoszlása tekintetében jelenleg él, a jövőben is biztosítani tudjuk.

Irodalom: *Ballagi:* Nékám-Emlékkönyv, 1925. — *Berde:* O. H. 1925, 13. sz.; O. H. 1926, 35. sz. — *Konczvald:* Előadás a szegedi Egyetembarátok Egyesületének orvostudományi szakosztályában, 1925, február 28-án. — *Szathmáry S.:* O. H. 1926, 17. sz., 447. oldal.

Az otogen pyaemiáról.

A Szent Rókus-kórház fülészeti osztályának beteganyaga alapján.

Ünnepi Semmelweis-előadás. Tartotta a Közkórházi Orvos-Társulat 1928. évi január hó 11-i évvizsgáló közgyűlésén *Krepuska Géza dr.* egy. ny. r. tanár.

(Második közlemény.)

Maga a *thrombophlebitis sinus sigmoidei* is — a dobüri lobos folyamat következménye lévén — a legritkábban jelentkezik egymagában, hanem részint az alapbetegséghez (dobüregi genyedés, csontlob), részint a thrombophlebitishez párhuzamosan társuló, (extraduralis tályog, encephalitis agy- vagy agyacsztályog, agyhártyalob) egyéb szövödményekkel és azoknak vál-

tozatos tüneteivel jár együtt. Éppen ezért a *thrombophlebitis pontos kórisméje egyes esetekben nem könnyű*, és néha csak kizárás révén lehetséges. Gyakori téves kórismére adnak alkalmat az olyan esetek, amelyekben az alapbetegség, a heveny dobüreggyulladás lezajlása után — a dobüreggyulladás gyógyulásának minden kriteriuma mellett — *pyaemiás hőmenet* indul meg. Élénken emlékszem egy collegánk rokonának esetére, akinél a heveny középfülgyulladás teljes gyógyulása után, a hosszabb láztalan szak után, mindennapi magasabb hőemelkedéssel járó hidegrázás jelentkezett, amit a különben nagy gyakorlattal bíró kartárs *malariának* tartott, annál is inkább, minthogy a betegnél kifejezett léptumor volt tapintható és a beteg előzőleg szlavóniai mocsaras vidéken tartózkodott. A malariaellenes kezelés természetesen eredménytelen volt. A műtétnél a baloldali csecsnyúlvány jelentéktelen kóros elváltozásai mellett kiterjedt perisinusos tályog volt található a sinusfal megfelelő lobos elváltozása mellett. A jugularis lektőse, a sinus feltárása nem vált szükségessé és a beteg rövidesen teljesen meggyógyult.

Egy másik esetben idült cholesteatomával párosult középfülgyulladásnál a harmadnaponként jelentkező rázóhidegek ugyancsak tévútra vezették a kezelőorvosokat. A több mint kétheti eredménytelen malariaellenes kezelés után, különösen akkor, amidőn a vérből sikerült kimutatni a streptococust, tisztázhattuk a kérdést. A műtétnél nemesak a thrombophlebitis, hanem a vena condyloidea belevonásával a mély nyaki izmok között perivertebralis tályog tárattott fel. A beteg teljesen meggyógyult és azóta több mint két évtizede fülével semmi baja sem volt.

Az ilyen, úgynevezett *rejtett pyaemiákat* — amelyeknél, mint az előbb említett eseteknél is, a fültünetek teljesen háttérbe szorulnak — malariával, typhus abdominalissal, septikus endocarditissal, puerperalis lázzal, pneumoniával és miliaris gümőkórral, a kezdeti szakban pedig orbánccal lehet összetéveszteni.

Ahogy az előbb említett megbetegedéseket utánozhatja az otogen pyaemia, úgy dobüreggyulladásban szenvedő betegeknél a pneumonia, typhus, miliaris gümőkór, mint másodlagos megbetegedés, előfordulhat és nagyon fontos, hogy ilyenkor ne essünk a másik végletbe, hanem igen pontos észleléssel, szöveti és bakteriologiai vérvizsgálattal igyekezzük a kórképet tisztázni. *Urbantschitsch* szerint sinus thrombosisra jellemző a leukocyták, de különösen a neutrophyl leukocyták megsaporodása mellett az eosinophyl leukocyták megkevesebbedése. Vannak kivételesen olyan esetek is, amidőn sinusphlebitis mellett egy másik, a sinusphlebitis tüneteit legalább részben utánzó megbetegedés zajlik le, mint például centralis pneumonia vagy typhus abdominalis.

Az általam összeállított 295 eset között is akad egy eset (lásd 265. kórtörténet), amelynél thrombophlebitis és typhus abdominalis zajlott le egy időben. E kórtörténet rövid vázlata a következő:

Z. L. 18 éves tanuló 1926. VII. 13-án vétetik fel az osztályra avval a panasszal, hogy a bal füle, mely 5 éve genyedik, újra folyik; kéthete igen betegnek érzi magát, lázas (39—40 C°) többször kirázta a hideg. Baloldali otitis med. chronica granulosa, csecsnyúlvány és bal jugularis interna, a megfelelő nyakrészlet nyomására érzékeny. Hő 39.5 C°, 110 pulsus, fehérvérsejtszám 13.600.

VII. 14. Trepanatio processus mastoidei. Perisinusos cellák egészen a bulbus venae jugularisig gennyel kitöltöttek, sulcus sigmoidei vitrealisa lobos, felpuhult, genyes góccokkal átszőtt; sinus fala megvastagodott, látszólag ép, azért a jugularis lektőse elmarad.

A beteg állapota nem javul, 40.5 C° hőmérséklet mellett kifejezett Kernig-tünet. Spontan sinusvérzés.

VII. 17-én a bal jugularis interna szokásos lektőse.

VII. 18-án. A kötözésnél feltűnő vérzékenység úgy a csecsnyúlvány, mint a nyaki seb részéről. Többszöri hányás. Calcium intravenásan. Vérből csak saprophyták tenyésztethők ki. Állandóan magas hőmérséklet.

VII. 26. *Vidal reactio positiv.* Tapintható lép. Állandó javulás.

VIII. 21-én gyógyultan távozik.

A *sinusphlebitis és thrombophlebitis* elleni harcban csak egyetlen fegyverünk van és ez a gyors műtéti beavatkozás.

A thrombophlebitisnek, illetve az otogen pyaemiának előbb vázolt keletkezése és fejlődése kellőleg megmagyarázza azt, hogy már néhány órai késés is helyrehozhatatlan ártalmaknak lehet a kútforrása és az otochirurgiának éppen azért nehéz szerepe van ily esetekben, mert egyrészt homályos kórképnél a helyes diagnosis érdekében észlelés szükséges, amely bizonyos halasztásra kényszerít, más oldalon ott van a várakozással járó veszedelem. A helyes észlelés már csak azért is fontos, mert ezáltal a bántalom localisatiójára és kiterjedésére is sok értékes támpontot nyerünk, ami a műtét sikerének biztosítására nem közömbös.

A *sinusphlebitis műtétét* első ízben *Zaufal* végezte 1884-ben. Már ő abból a helyes elgondolásból indult ki, hogy nem elég a sziklacsont mélyében, a sinus körül és részben a sinusban levő kóros részek feltárása, hanem a legfontosabb azt a vivőeret, amely a beteg részeket közvetlen a vérárammal köti össze, alakítani, a lobos gócot így mintegy kiiktani és a véráram útján létrejövő általános fertőzésnek elejét venni. Ő tőle függetlenül 1886-ban *Horsley* is jugularis alákötésével operálja a sinusphlebitist, sőt *Zaufalnak* ezt az általános fertőzést megakadályozandó vivőer lektőzését a sebészek más téren is alkalmazták: így *Trendelenburg* 1902-ben sikerrel puerperalis sepsisnél.

A *thrombophlebitis* esetén alkalmazandó *műtétnek* két célja van: Az egyik a betegsziklacsont feltárása, az elsődleges kóros részek eltávolítása, emellett a sinus sigmoideus, szükség esetén a sinus transversus és bulbus venae jugularis feltárása, a *második* mozzanata a műtétnek a megbetegedett sinusrésznek ép területen a véráramból való kiiktatása, amit részben a vena jugularis internának az alákötésével, másrészt a sinus sigmoideus fertőzött tartalmának a kiürítésével érünk el.

Az otogen pyaemia és a thrombophlebitisnél használatos műtétek rövid vázolásánál engedjék meg, hogy az osztályomon évek során át tett tapasztalataim alapján egyes fogásokra mutassak reá, amelyek a műtét sikerét vannak hivatva biztosítani.

A feltárási csontműtétek közül vagy az egyszerű antrotomia vagy a dobüreg tartalmának megbetegedésénél a szokásos atticantrotomia jöhet szóba. Igen fontos, hogy az összes beteg vagy csontrészek eltávolíttassanak, különösen a vitrealis lemez, a beteg tegmen antri és tegmen tympani. Igen fontos a vena mastoidea feltárása, amelyet ha megbetegedettnek vagy rögösödöttnek találunk, akkor már biztosra vehetjük a sinus sigmoideusnak is a megbetegedését. Sok esetben a megbetegedett csont reá vezet a sinus megbetegedett helyére, más esetekben, például a perisinusos tályogoknál, vagy ahol a vitrea hiányzik, a sinus fala a megnyitott csecsnyúlványüreg tartalmával közvetlenül érintkezhetik. Sőt előrehaladott esetekben, ha a sinus fala is genyesen szétesett, a sinus ürege egybefolyhat a csecsnyúlvány üregével, és annak eves tartalmával.

A csecsnyúlvány-, de különösen a labyrinth- és az intracranialis műtéteknél, amelyekhez a sinusműtétek is tartoznak, egyik elengedhetetlen kellék a jó

áttekintés, amelyet csakis *reflektált vagy vetített fény mellett érhetünk el*. Az úgynevezett direct fényvel való operálás ily elrejtett, mélyebben fekvő részekben szerintem kockázatos és veszedelmes.

A másik fontos tényező az, hogy a csont feltárásánál és eltávolításánál a vésőt és kalapácsot csak a legszükségesebb esetekben használjuk, az ezzel járó koponyarázkódttatás elkerülése céljából. Osztályomon erre a célra igen erős, erre konstruált *csontcsípőket és erős nyelvű csontkanalakat használunk*. Az erős csontcsípőkkel az egész csecsnyúlványt, ha az nem teljesen eburneált, resekálhatjuk anélkül, hogy vésőhöz kellene nyúlnunk; az erős nyelvű csontkanalakkal pedig, részint fúró, részint emeltyűszerű, kifelé irányuló mozgással nagy darab csontokat repeszthetünk le.

A csecsnyúlvány alkata és a benne talált elváltozások irányítják a műtét további menetét. Minden lobos, kóros csontrészt, különösen a beteg csúcsnyúlvány- és dobüregtetőn eltávolítandók, a bulbus körül fekvő csontüreggek pedig feltárandók.

Tapasztalataink szerint az úgynevezett *pulposus csecsnyúlványokat* több veszélyt rejt magában csontlob esetén, mint a pneumatikus, különösen ha a vitrealis lemez is pulposus alkatú, amely esetben a szikla-csontnak a durával való vastagabb vivőér összeköttetése folytán a fertőzés intracranialis propagálásának a veszélye is nagyobb.

Sinusphlebitisnél és arra gyanús fulmegbetegedésnél már az antrotomiánál eltávolítandó a sulcus sigmoideus csontja, még hogyha épnek is látszik, mert csak így győződhetünk meg a sinus, a dura és az intracranium állapotáról.

Az ép vivőeres öböl fala sötétkékes, vastagabb fal esetén világoskékes, fénylő, síma. A sinus fala könnyen benyomható, nem pulsál. A pulsáló sinus mindig gyanús, hogy vérröggel kitöltött, mert csakis a tömör sinus veheti át az agy pulzusát oly mérvben, hogy a pulsáló mozgás a külső falon is láthatóvá válik.

A sinusfalon, különösen vérszegény betegeknél, nemritkán gyors behúzódnásokat látunk, melyek a mély belégzéssel esnek egybe (inspiratorikus behúzódnás). Ez a tünet mindig azt jelenti, hogy a sinus a látható résztől a szívig szabad, nincs vérröggel elzárva, de esetleg a centrifugális részben azért thrombust tartalmazhat. Gyakran tapasztaltuk, hogy a külsőleg teljesen épfalú sinus a lumént teljesen kitöltő thrombust tartalmazhat. Ez különösen a heveny fulgenyedések kapesán keletkezett gyors lefolyású thrombophlebitiseknél észlelhető, amidőn különösen a vena mastoidea thrombophlebitise terjed be a sinusba.

A teljesen zárt thrombusnál a sinus fala ruganyos, össze nem nyomható. *Fali thrombust* külső jelekből ellenben csak a legkritább esetben lehet kórismézni, mert a sinus külső falán levő kóros elváltozások még nem jelentik a belső felszín kóros elváltozását és így a fali thrombus képződését. Szétesett, ellágyult thrombus esetében nem találjuk meg a sinus ruganyos ellenállását, úgyhogy ép fal mellett csakis a sinus punctiója adhat felvilágosítást.

Osztályomon a *punctiót* már évek óta azért *nem tűvel végezzük*, mert tévedésekre adhat alkalmat. Nevezetesen fali thrombusnál és recanalizált thrombusnál is vért aspirálhat a fecskendő. Punctiónál, a legnagyobb óvatosság mellett is, szúrás közben fertőző csírok inkább juthatnak az esetlegesen még nem fertőzött thrombusba vagy thrombus hiányában a véráramba. Tűvel való punctio helyett helyesebb a sinus falának *hegyes síkával való átszúrása*. Ezáltal meg-

állapíthatjuk a sinus falának vastagságát, minőségét, esetleg fali thrombus képződését, és annak terjedelmét. Áramló vér esetén pedig a kibuggyanó vér mintegy kimossa netán a műszerrel a vena falából belekerült csírokat; a vérsugár erejéből pedig egyszersmind következtethetünk arra, hogy a sinus sigmoideusban ninesen-e a műteti helytől távolabb eső részletben thrombusképződés.

Ha a sinus ép, bemetszésnél élénken vérzik. Egyszerű tamponnal azonban ez a vérzés könnyen csillapítható, és a műtét további lefolyására akadályozó hatással nincs. Ha ellenben a sinusban thrombus van, akkor a sinus falának további felhasítását vagy ami még célszerűbb, a beteg külső falnak a kimetszését végezzük.

Perisinusos tályogoknál, ahol a sinusfal közvetlen érintkezésben van a genyes tályoggal, a folyamat tartama szerint különféle elváltozásokat találhatunk. Kezdeti szakban a sinus falának erősebb vérbőségét, később fibrinből és finom sarjadzó szövetből álló bársonyszerű felrakódást láthatunk. A perisinusos tályog nyomás alatt áll, a sinus külső falát rányomhatja a belső falra, úgyhogy maga a tályog nyomása szünteti meg a sinus vérkeringését, sőt a sinus falai össze is tapadhatnak, és így a *sinus lumene spontan is záródhatik*. Eseteinkben ezzel az elváltozással ismételt találkoztunk. Ilyenkor, különösen a heveny lobos folyamatoknál, a sinus összelapítása ellenére is thrombus ritkábban képződik, úgyhogy a sinus punctióját vagy feltárását illetőleg legalább is várakozó állápontra helyezkedhetünk és a műtét utáni klinikai lefolyástól tesszük függővé az esetleges művi beavatkozást. Idősebb csontfolyamatoknál előforduló vegyes fertőzéseknél néha a sinus fala a záróthrombus képződése előtt üszkösödhetik el, úgyhogy *spontan sinusvérzés* állhat elő a hallójáraton keresztül, vagy műtétnél a csecsnyúlvány üregrendszerének megnyitásakor. Eseteinkben ilyen *spontan sinus rupturával* is nem egyszer találkoztunk. Olyan esetekben, amidőn a feltáró műtétnél már a sinus falának kifejezett megbetegedéséről, még inkább a sinus ürének thrombusáról meggyőződünk, mielőtt a sinuson szükséges további művi beavatkozást folytatnók, a csontseb ideiglenes ellátása után a vena jugularist a nyak középső harmadában alakítjuk oly módon, hogy a felső lekötött jugulariscsontot jó magasra kpraeparálva a nyaki sebbe kihúzzuk azon célból, hogy a további lefolyás alatt, ha szükséges, bármikor felhasználható legyen, és később vérrög, esetleg geny számára drainsöül szolgáljon.

Az *Alexander* által ajánlott, a sebszélékhez eszközölt jugularis falkivarrást ezen eljárás feleslegessé teszi.

Oly esetekben, amidőn a klinikai lefolyásból és a külső jelekből megállapíthatjuk a thrombophlebitist és a pyaemiát, a csecsnyúlvány feltárását megelőzően a jugularis alakötését végezzük el elsősorban, és csak ennek befejeztével térünk át a sziklacsont műtétére, amint azt *Alexander* is ajánlja. Ezen sorrend azért is fontos, mert a csecsnyúlvány műtété a legnagyobb óvatosság mellett is, különösen ha vésőhöz vagyunk kénytelenek nyúlni, a koponyacsontok rázkódttatása következtében a szétsett thrombusrészeknek a véráramba való elsodrását okozhatja. Tapasztalataink szerint az meg már éppen nem helyes, hogy kifejezett thrombophlebitis esetekben a csecsnyúlvány- és a sinusműtétet elvégezve, csak több napi várakozás után kössük le a jugularist, akkor, amidőn a beteg állapota súlyosabbra fordult, vagyis amidőn időt és alkalmat

szolgáltatunk arra, hogy a thrombusrészek szétvitelével genyes emboliák fejlődhessenek ki.

A jugularis alákötése által azonban még nincs kiiktatva a véráram köréből a lobos sinus sigmoideus fertőzött tartalma. Hogy a retrograd trombusképződésnek elejét vegyük — ami a jugularis lekötése után azért következhetik be könnyen, mert a melléksinusok a sinus transversusban ellenirányúvá, tehát centrifugálissá tehetik a vér áramlását —, már évek óta azt a módszert használjuk, hogy a sinus transversust annyira szabadabbá tesszük, hogy annak ép szakaszát megkaphassuk, amiről ugyancsak sinusszűrővel győződünk meg. Az ép szakaszban a csont és a sinus közé kötszertömeszt teszünk abból a célból, hogy az a sinus falait teljesen összenyomja. Ilyképen a sinus transversus, sinus sigmoideus, bulbus venae jugularis és a jugularis felső részlete a centrum felé kiiktatva lévén, a thrombusnak megfelelő sinus-szakaszt felmetszhetjük, a külső beteg falát reseálhatjuk. A sinusban levő és a falhoz tapadó vérrögöket azonban nem kanalazzuk ki, mint ahogy azt többen ajánlják, mert ezáltal elkerülhetjük a melléksinusok felesleges vérzését.

Tapasztalataink szerint az ily thrombusok végső részletei nem is fertőztek, és az ilyen thrombusvég a gyógyfolyamatot inkább előmozdítja, semhogy hátráltatná. Sajnos, hogy ezen kiiktatás sem tökéletes, mert a sinus petrosus superior és inferior, a vena condyloidea anterior, melyek a sinus sigmoideusba ömlenek, még mindig tova vihetik a fertőzést. Azonban tapasztalataink szerint ez csak akkor történik, ha az egyik vagy másik sinus rendellenesen tág. Minthogy ezen anomalia inkább a sinus petrosus inferioron szokott előfordulni, az előbb említett fertőzést is inkább ez a sinus vezeti tova, amikor sajnos, a sinus cavernosus fertőződésének a lehetősége is előállhat.

A bulbus venae jugularis sebészi kezelését csak ritka esetekben végzetük Grunert szerint, mert ha egyrészt a vena jugularis felső csomóját majdnem a bulbusig szabadabbá tesszük, másrészt a csecstyűlványt reseálva, a foramen jugulare külső csontgyűrűjét eltávolítva, a bulbusig jutunk, a bulbus tulajdonképpen így már két végről Voss szerint feltártuk és feleslegessé válik a retromaxillaris tájék összes lágyképleteinek a felmetszése, amely pedig Grunert módszerénél ki nem kerülhető. Sőt ilyenkor igen gyakran az útba eső I. nyaki csigolyának a harántnyűlványát is reseálni kell, amidőn az arteria vertebralis megsérülhet.

A vena jugularis alákötésének az értékéről még mai napig nem egységes a vélemény, mert az egyes szerzők és otochirurgusok statisztikai adatai eltérők. Így Ludwig Haymann müncheni tanár: Handbuch der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (Denker—Kahler, 1927) III. részében közölt és 300 esetre vonatkozó statisztikája szerint a jugularis alákötésekkel kezelt eseteknek 52%-a, míg a jugularis alákötés nélküli eseteknek 57%-a gyógyult meg. Haymann e statisztika alapján arra következtetésre jut, hogy sinus thrombosis és thrombophlebitis venae jugularis eseteiben ne operáljunk sematikusan jugularis alákötéssel, hanem csak bizonyos válogatott esetekben végezzük el a ligaturát.

Ezen statisztikai eredmények, szerény nézetem szerint, csak annyiban helytállóak, hogy a vena jugularis alákötése tényleg nem minden esetben hátrítja el a pyaemia további kifejlődését. Így, ha már a lekötés előtt bakteriaemia van jelen vagy embolusok vitettek szét a véráramba, vagy ha a sinus transversus hátrafelé annyira megbetegedett, hogy azt már többé kiiktatni nem lehet, és ha a retrograd thrombus az ellen-

oldali sinusban vagy a melléksinusokban is már kifejlődött, az alákötés már nem lehet eredményes.

De sinus sigmoideus- és bulbusgyenyedés eseteiben, az első műtét alkalmával végzett jugularis alákötés logikai következtetés szerint, célszerűtlen nem lehet! Így nem írható a jugularis-alákötés rovására az, ha a ligatura csak napok múltán történt az első műtét után, amidőn a beteg megrosszabbodott állapota kényszerítette a műtöt a lekötésre, mert hiszen ily esetekben az általános fertőzés, különösen a tüdőemboliák oly helyzetet teremtettek, amidőn a jugularis lekötése már teljesen közömbös.

Azt is el lehet fogadni, hogy oly szerencsés esetekben, amidőn csak phlebitis van jelen thrombus nélkül, vagy olyan fali thrombus, amely kivételesen nem fertőzött, vagy ha a thrombus két vége szervült és csak egy helyen abscedált, az ily sinus abscessusoknak az egyszere megnyitása és kiürítése jugularis alákötése nélkül is célravezethet, amint azt néhány esetünkben szintén észleltük. Ilyen esetben az alákötés nélküli gyógyulásnak a fő feltétele azonban az, hogy, különösen a centripetális részben, jól záró szervülő thrombus legyen, amely körülményről azonban sajnos csak utólagosan győződhetünk meg.

Eseteink ismertetésénél alkalmam lesz rámutatni arra, hogy igen is különbséget kell tenni a kezdődő phlebitis és a kifejezett thrombophlebitis között a jugularis internalekötést illetően, mert olykor a műtétnél észlelt kóros elváltozások szerint esetleg várhatunk a lekötéssel. Sajnos, hogy oly eseteket is észleltünk, ahol külső látszatra csak phlebitist és nem thrombophlebitist vettünk fel. Az események ránk cáfoltak, mert a csecstyűlványműtét dacára a phlebitisből thrombophlebitis, majd pyaemia támadt, ahol a jugularis lekötése egyes esetekben még segített, de sok esetben már nem. Ezeknek az eseteknek az ismerete alapján álláspontunk az, hogy kisebb hiba a jugularis korai lekötése, mint azon kockázat és veszély, amely a jugularis kései lekötése által fenyegeti a beteget!

Más oldalról, sok éven át, igen nagy anyagon végzett műteteinknél, a jugularis alákötésétől sem direct, sem indirect káros hatást nem láttunk. Alexander is 137 esetében csak egyszer tapasztalt muló arcoedemat. A neuritis optica pedig szerintem nem a jugularis lekötésének, hanem inkább a sinusphlebitis tovaterjedésének tulajdonítható, mert több sinusphlebitises betegünkönél (14,5%) már a műtét előtt kimutatható volt az azonoldali retina vivőereinek nagyobb teltsége.

Nemcsak a műtét, hanem az utókezelés helyes kivitele is nagy fontossággal bír. Sajnos, hogy az otogen pyaemia és sepsis eseteiben az általános gyógyulási eljárásokkal és újabb szerekekkel valami különös eredményt nem sikerült elérnünk. Valószínűleg azért nem, mert, amint a statisztikai összeállításunkból is látni fogjuk, betegek egy nagy része az általános fertőzés olyan előrehaladott szakában kerültek a kórházba amidőn már semmiféle kezeléssel rajtuk segíteni nem lehetett. Egy súlyos staphylococcus pyaemiánál autovaccinával mégis sikerült gyógyeredményt elérnünk.

Az idején, helyesen végzett, még emboliáktól mentes betegnél a jugularis alákötése feltűnő jó hatású, mert a pyaemiás hőmenet jóformán azonnal megszűnik, és a beteg állapota gyorsan javulásba megy át. A javulási szakot zavaró kóros tünetek megbírálása egyike a nehezebb feladatoknak, és csak minden körülményre kiterjedő észleléssel sikerül valamely újabb szövődmény kórismézése. Mert nemcsak az ízületekben és izmokban a bakteriaemia kapcsán fellépő metastaticus tályogokkal, az endocarditissal az előbbieknél alapján

kifejlődő sepsissel, hanem ami a sinusthrombosisoknál elég gyakori, más, a sinus lobjával kapcsolatos vagy azzal párhuzamosan fejlődő esetleges dobüregi vagy labyrinth eredetű intracranialis szövődményekkel is kell számolnunk. Nevezetesen extraduralis tályoggal, enkephalitissal, agy- és agyastályoggal és genyes agyhártyalobbal. Hogy ezek az intracranialis szövődmények milyen variációban és milyen gyakran fordulhatnak elő, azt felszólításomra *Germán Tibor* tanársegédem egy dolgozatában (*Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde*, 16. köt., 4. füz.) 10 évre visszamenő beteganyagunkon állította össze. Ezen összeállítás szerint 77 sinusthrombosisban szenvedő és operált egyénnél intracranialis megbetegedés nélküli sinusthrombosis 27 esetben, vagyis 35%-ban, míg intracranialis complicatiók 50 esetben, azaz 65%-ban fordultak elő sinusthrombosisal kapcsolatosan. Ezek között:

Extraduralis tályog	27 (54%)
Agytályog	3 (6%)
Extraduralis tályog+subduralis tályog	1 (2%)
Extraduralis+subduralis+kisagyi tályog	1 (2%)
Extraduralis tályog+agytályog	7 (14%)
Extraduralis tályog+meningitis	4 (8%)
Extraduralis tályog+agytályog+meningitis ..	2 (4%)
Subduralis tályog+meningitis	1 (2%)
Agytályog+meningitis	4 (8%)

fordult elő.

Ezen összeállításból tehát az tűnik ki, hogy a sinusphlebitisek intracranialis szövődményekkel együtt kétszer nagyobb százalékban fordultak elő, mint a tiszta sinusphlebitisek.

Ezen eredménytől eltér *Haymann* statisztikája, aki 305 sinusbántalom esetében a tiszta thrombophlebitis eseteket 52%-ban, tehát több mint a felében találta, míg

sinusphlebitis thrombotisus+meningitis	25%
thrombophlebitis+agytályog	7%
thrombophlebitis+meningitis+agytályog	15%

A két statisztika között való eltérés, nézetem szerint, onnan van, amint ezt eseteink ismertetésénél is látni fogjuk, hogy eseteink nagyobb része elhanyagolt állapotban került kórházi felvételre.

Természetes dolog, hogy a súlyos szövődményeknek ily nagyszámban való találkozása a halálozási százalékot nagymértékben emeli, de egyszersmind figyelmeztetésül is szolgál arra, hogy a súlyos sinusphlebitist, ha sebészileg pontosan elláttuk is, a beteg további sorsa még mindig bizonyos aggodalomra adhat okot, részint az általános fertőzés további, de különösen az intracranialis rejtett szövődmények lehetősége miatt.

(Folytatjuk.)

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem urológiai klinikájának közleménye (igazgató: *Illyés Géza dr. egyetemi ny. r. tanár*).

A fehérjementes vérsavóval végzett xanthoprotein-reactio értékéről az urológiai sebészetben.

Írta: *Melly Béla dr.* klinikai gyakornok.

A vesék functionalis vizsgálatától két kérdésre várjuk a feleletet: először, mennyiben felel meg az összveseműködés méregtelenítő feladatának, másodsor, mennyiben vesz részt a betegnek tartott vese ebben a munkában. Az egyes vesék működőképességének vizsgálata, a separatio, megmutatja, hogy mindkét vese egyaránt vagy különböző mértékben teljesíti-e

feladatát, de nem ad mindig bizonyosságot abban az irányban, hogy tökéletes-e a méregtelenítés munkája vagy csak nehéz küzdelmek árán van még ideig-óráig egyensúlyban. Az összveseműködés ismerete nélkül nem végezhetünk komolyabb operatív beavatkozást sem a veséken, sem azoktól távol az ureteren, hólyagon vagy prostatán a postoperatív uraemia veszélye nélkül. A vese hatalmas rezerv ereje, kiterjedt parenchymaveszteségek után is, képes a szervezet mérlegét egyensúlyban tartani, de ha az ilyen végsőkig igénybevett veséket műtéti beavatkozással fokozott követelmények elé állítjuk, az egyensúly felborul s rövid idő alatt az uraemia reménytelen képe áll előttünk.

Biztos klinikai tüneteink nincsenek. Számtalan esetben látjuk, hogy az összveseparenchymának mily csekély törtrészei végezték el kielégítően a méregtelenítés munkáját. A szomjazás, étvágytalanság, fejfájás csak intő jelek, melyek retentiós, prostata hypertrophiás betegeknek rövidesen megszűnnek az állandó katheter behelyezésére. Műtét után viszont a sensorium zavarát rövid idő alatt az uraemiás coma követi.

Nagyfontosságú, hogy jól ismerjük azt a határvonalat az összveseműködésben, melyen belül minden műtéti beavatkozást, mely a működő parenchymát jelentékenyen nem kisebbiti, az uraemia veszélye nélkül nyugodtan elvégezhetjük, de melynek korlátján túl csak palliatív műtét vagy tüneti kezelés lehet a gyógykezelés módja.

Ezért, dacára annak, hogy már számos értékes vizsgáló eljárás áll rendelkezésre, minden újabb vizsgáló eljárást szívesen látunk, ha az csak egy lépéssel is előbbre visz a vese functionalis érték meghatározásának munkájában.

Nem térek ki azokra a már mindenütt meghonosodott vizsgáló módszerekre, melyek a vesét víz, só, festékanyagokkal megterhelve mutatják meg a kiválasztás épségét vagy bántalmazott voltát. A másik irányú vizsgáló eljárások közül, melyek a vérben visszamaradt salakanyagok felhalmozódásának mértékével mérik a vese functiós értékét, a vérsavó-kryoskopia és a maradék nitrogen vizsgálata a nálunk használatosak. *Borza* vizsgálatai, melyeket az urológiai klinikán végzett, kimutatták, hogy míg a vérsavódelta híven fejezi ki az összveseműködés állapotát, a maradék nitrogenérték annak csak megközelítő képét adja, s nem egy esetben mond ellent a vesék állapotáról más megbízható eljárásokkal szerzett értékeknek. A nagy port felvert *Ambard-constans*, ugyancsak *Borza* vizsgálatai szerint, a gyakorlatban nem vált be.

Tény az, hogy az uraemia chemiai okozóját teljes biztonsággal felismerni még nem sikerült, de a valószínűleg complex tényezők hatására emelkedő delta jelzi legérzékenyebben a veseműködés bántalmazottságát. Kivételének egyszerűségében és gyorsaságában páratlan vizsgálati módszer, mindössze egy hibája van, ha szabad ezt hibának nevezni, hogy gyakorlott kézbe való. —0.56 és —0.60 századfok között olyan rövid az út, hogy a gyakorlatlan kézben legtöbbször phantastikus delták látnak napvilágot. Valószínűleg ez az oka, hogy a vérsavó kryskopia, mely a legexactabb és leghasználhatóbb eljárás az eddig ismeretes vizsgáló módszerek között, nem talált még olyan általános elterjedésre, melyet belső értékénél fogva megérdemel.

Klinikánkon az összvesefunctiós vizsgálatoknál a hígítási és concentrációs próba, az indigocarminkiválasztás és a vérsavódelta eredményeit vesszük tekintetbe. Egyoldali vesemegbetegedéseknél a separált vizelet deltája és az indigocarmin kiválasztása szolgál még támpontul.

Ezeknek a gyakorlatban jól bevált vizsgáló módszereknek az eredményeivel hasonlítottam össze az *E. Becher* által ajánlott xanthoproteinreactióval nyert értékeket.

Becher és *Koch* uraemiás betegeket vizsgálva úgy találták, hogy a maradék nitrogén- és vérureumérték és az uraemia súlyossága között parallelismus nincsen. Nagy ureumadagokkal jelentékenyen lehetett fokozni a maradék nitrogén értékét anélkül, hogy mérgezési tünetek jelentkeztek volna. Úgy találták azonban, hogy valódi uraemiában szenvedő betegek vérében és szövetnedveiben erősen megszorodnak, phenol, p. kresol és a diphenolok. Súlyos esetekben a phenol, mely rendszerint kötött, szabadon is előfordul. A nagyrészen szabadon előforduló aromás oxysavak megszorodásával magyarázzák azt a *Jaksch* által észlelt jelenséget, mely szerint az uraemiás beteg vérének lúgos-sága csökken. *Becher* a phenolt és származékait tartja az uraemia közvetlen chemiai okának. Feltevését a következőkkel óhajtja bizonyítani:

1. Normalis életviszonyok között a máj védi meg a szervezetet a keletkezett phenol és származékainak mérgező hatásától.

2. Chronikus vesebajok eseteiben gyakori a phenol és phenolszármazékok megszorodása a vérben és szövetnedvekben. Acut vesebetegségeknél magas maradék nitrogénértékek mellett a phenol és phenolszármazékok csak nagyfokú oliguria vagy anuria esetén szaporodnak meg a vérben. Látott igen magas nitrogénértékeket minden uraemiás tünet nélkül. A klinikai kép inkább felel meg a phenolértékeknek, mint a maradék nitrogéneredmények.

3. Míg creatinin, húgysav a liquor cerebrospinalisban ha kis mennyiségben is, de mindig kimutatható, addig a phenol és származékai csak közvetlen a halál előtt jutnak el oda. Különösen a phenol iránt érzékeny a központi idegrendszer.

4. A phenolmérgezés klinikai képe nagyon hasonlatos a valódi uraemiához. Fáradtság, fejfájás, álmatlanság, fogyás, esuklás, hypothermia, izomrángások mindkettő közös tünetei.

Fehérjementes vérben a phenol és származékainak kimutatására a xanthoproteinreactiót választotta. *Salkovski* mutatott először reá a phenolok szerepére a xanthoprotein-reactióban. *Mörner* szerint tyrosin és tryptophan is adja a reactiót.

A reactio Autenrieth-féle kolorimeteren jól értékelhető. Összehasonlítás céljaira kaliumbichromat-ék szolgált.

Becher 5 mg%-os oldatokat vizsgálva, a következő kolorimeterértékeket kapta:

Triptophan	23	Resorein	54
Indikan	15	Natr. salicyl	4
Tyrosin	47	Hydrochinon	17
Phenol	72	Brenzkatech	30
P. kresol	53	Adrenalin	15

Veseinsufficienciánál phenol, p. kresol, aromás oxysavak adják a reactiót, kisebb szerep jut indikanak és a diphenoloknak.

A reactio kivitele *Becher* előírása szerint a következő:

1. Vérsavóhoz, plasmához, vérhez vagy bármely szövetnedvhez egyenlő mennyiségű 20%-os trichloracet-savat adunk. Megszűrjük.

2. A szűrlet 2 cm³-hez 0.5%-os tömény salétromsavat adva, azt láng felett fél percig forraljuk.

3. Lehűtés után 1.5 cm³ 33%-os natronlúgot adunk hozzá és mérőhengerben 4 cm³-re kiegészítjük.

4. 10 perc állás után leolvassuk.

Az ékben 0.03874%-os kaliumbichromatoldat szolgál összehasonlítás céljára, mely oldat két naponként megújítandó. Az Autenrieth-féle kolorimeter számozása fordított, tehát a leolvasott értéket 100-ból kivonjuk. Hosszú ideig nem szabad várni a leolvasással, mert a reactio intensitása csökken.

Becher normalis vesefunctio mellett 15—25-ig terjedő kolorimeterértékeket kapott. Különösen magas, 100—200-ig terjedő értéket talált súlyos uraemiás betegeknél.

50 betegnél végeztem el a xanthoprotein-reactiót. Prostata hypertrophia, hólyagrák, papilloma, vesekő, pyelitis, pyelonephritis, vesetuberculosis, impermeabilis strictura, chronikus hólyaghurut szerepeltek a diagnosisokban. 10 esetben egészséges egyének véré-t vizsgáltam. A reactio jól értékelhető. A reactio és a kaliumbichromat-ék színe között észlelhető csekély különbség a leolvasásnál nehézséget nem okoz, természetesen nappali fénynél kell a leolvasást végezni. A reactio eredeti kivitelétől annyiban tértem el, hogy a salétromsavval való főzés után nem 1.5 cm³ natronlúgot adtam a szűrlethez, hanem azt mindjárt 4 cm³-re töltöttem fel a natronlúggal. Az egy-háromtized köbcentiméter differentia nem látszik lényegbevágónak, de magyarázza a különbséget, mely az általam és *Grömer* által talált értékek között mutatkozik.

Grömer jó vesefunctio mellett 40 feletti értéket nem kapott. Az általam vizsgált esetekben 50 mutatkozott a jó veseműködés felső határának.

I.

Az első 13 vizsgálatot prostata hypertrophiás betegeken végeztem. Kontrollképen használtam fel hígítási és concentrációs és a chromoskopiának nevezett, összvizelettel végzett indigocarminkiválasztási próba eredményeit.

Az 1., 2., 4., 5., 6., 8. és 9. számú esetekben 40—60-ig terjedő xanthoproteinértékek fordultak elő. Ezen betegeknél elvégzett hígítási és concentrációs próba latituedeje kielégítő. Az indigocarmin 10—15 perc alatt megjelenik és 20—30 perc alatt intenzív-vé válik. Ezek az eredmények, tapasztalat szerint, lehetővé teszik a radicalis műtétet.

A 3. és 7. számú esetben a hígítási és concentrációs próba értékkülönbsége nem jelentékeny s az indigocarmin kiválasztása sem járt kellő eredménnyel, a 0.59 vérdelta jelzi, hogy a veseműködés bár nem érintetlen, nem lépte még túl az operabilitás határát.

A 10. számú esetben a hígítási próba 1010—1009-ig terjedő értéket adott. Az indigocarmin 15 perc múlva jelent meg, s 30 perc múltán sem lett intenzív kék. A vérdelta 0.60-nak bizonyult, melyet felső határnak tartunk a műtéti beavatkozás mérlegelésénél. Xanthoproteinérték 85-ig emelkedett. A beteg klinikailag a kezdődő veseinsufficiencia jeleit mutatta.

A 11. és 12. számú esetben a vizelet fajsúlya 1010 körül mozgott. Az indigocarmin 30 perc alatt sem jelent meg, illetve halványzöld maradt. Mindkét esetben a 0.62-es vérdelta mellett erősen emelkedett xanthoproteinértéket 95-től, illetve 110-et találtam. Klinikailag mindkét beteg a veseinsufficiencia tüneteit mutatta: étvágytalanság, esuklás, hányinger, időnkint zavart sensorium.

A 13. számú esetben szomjazás, étvágytalanság és elesettség mellett 0.60 vérdeltával szemben 146 volt a xanthoproteinérték.

Összefoglalva a prostata hypertrophiás betegeknél észlelteket, a következőket mondhatjuk: Jó és kielégítő vesefunctio mellett a xanthoproteinreactio 40—60-ig terjedő értékeket eredményez. A műtéti beavatkozás

szempontjából nagyfontosságú határ felett, mely határt vérdeltaértékben 0·60 fejez ki, a xanthoproteinértékek ugrásszerű emelkedést mutatnak. A xanthoproteinreactio ezen hirtelen értékelkedése, mely az annyira keresett functionalis határra esik, kétségkívül szóhoz juttatja majd e módszert a prostata hypertrophiás betegek operabilitásának elbírálásában.

II.

A többi urológiai megbetegedéseknél összehasonlításként az intravenam adott indigocarmin kiválasztását, a separált vizeletek deltáit és üledékét, valamint a vérdeltaeredményeket használtam.

1. számú esetben (Cc. portionis uteri) kaptam a legalacsonyabb xanthoprotein 35 értéket. Indigocarmin mindkét oldalt 5 perc alatt intenzív kéken megjelent, vérdelta 0·56-nak bizonyult.

2. számú esetben (strictura traumatica urethrae) a xanthoproteinreactio 35-öt adott eredményül. Vese-panaszai nem voltak.

3. számú esetben (cystitis chr. 39 xanthoproteinérték mellett az indigocarmin 5 perc alatt intenzív kéken megjelent.

6. számú esetben (strictura urethrae, cystitis chr.) 42 xanthoproteinérték mellett az indigocarmin 3—4 perc alatt intenzív kéken jelent meg.

7., 25., 26., 27. számú esetekben (cystitis chr.) 43—47—44, illetőleg 48 volt a xanthoproteinérték.

4. és 8. számú esetekben (tuberculosis renis lat. sin.) 40, illetőleg 43 xanthoproteinértéket találtam. Az indigo az ép oldalon 5 perc alatt intenzív kéken megjelent.

9. számú esetben (pyelitis gravid.) jó vesefunctio mellett 47 a xanthoproteinérték.

10. számú esetben (calculus ureteris) a jobboldali vese elzáródott, bal oldalon az indigo 5 perc múlva intenzív kék, xanthoprotein 47.

5. számú esetben (nephroureterolithiasis l. u.) mindkétoldalt gyengült indigokiválasztás és alacsony vizeletdeltaértékek mellett feltűnő jó a 40 xanthoproteinérték. Vérdelta 0·59. A beteg az igen súlyos és sok parenchymapsztyulással járt műtétet jól kiállotta.

Ezekben az esetekben, hol a xanthoproteinérték nem érte el az 50-et, az 5. számú eset kivételével, olyan húgyeső-, hólyagelváltozásokat láttunk, melyek a veseműködést nem károsították és olyan egyoldali ves megbetegedéseket, melyeknek functionalis kiesését az ép oldal teljesen compenzálja.

11. számú esetben (strict. traumat. urethrae) vérdelta 0·59, xanthoprotein 55.

12. számú esetben (tuberculosis renis l. d.) az ép oldalon az indigo csak 8 perc múlva lesz intenzív kék. Nem olyan teljes a compensatio, mint a 4. és 8. számú esetekben. Xanthoproteinérték 55.

13. számú esetben (cc. vesicae) indigo csak a jobboldalon jelenik meg és csak 8 perc múlva lesz intenzív kék. Hígítási próba 1025—1003-ig terjedő értéket ad. Vérdelta 0·60, xanthoprotein 57. A beteg a hólyagresectiót jól kiállotta.

14. számú esetben (nephrolithiasis l. u.) mindkétoldalt gyengült a vesefunctio. Indigo 7·5 perc alatt lesz csak halványkék, s nem válik intenzívvé. Vérdelta 0·58, xanthoprotein 56.

15. számú esetben (calculus vesicae) xanthoprotein 57. A közúzást jól kiállotta.

16. számú esetben (pyelonephritis l. u.) mindkétoldalt gyengült a veseműködés. Indigo 6, illetőleg 9 perc múlva lesz halványkék. Alacsony vizeletdelta-értékek. Vérdelta 0·60, xanthoprotein 57.

17. számú esetben (cc. inop. vesicae) 0·57 vérdelta-val szemben xanthoprotein 60.

A 11—17-ig számozott esetekben, melyekben a xanthoproteinérték 50 és 60 között fordul elő, a 17. számú eset kivételével, az összveseműködés nem érintetlen többé s a xanthoproteinérték a functioesökkenés arányában emelkedik 60-as érték felé.

18. számú esetben (tuberculosis renis l. u.) az összveseműködés az indigokiválasztás és vérkryoskopia-eredmények szerint alig mondható bántalmazottnak. A jelentékenyen emelkedett xanthoproteinérték 68, ez esetben érzékenyebb indikátora a vesefunctiónak.

19. számú esetben (pyelonephritis l. s.) dacára az ép oldal jó functiójának, indigo 45 perc alatt intenzív kék, magasabb, 65 xanthoproteinértéket kaptam.

20. számú esetben (solitaer vese) jó indigokiválasztás dacára a vérdelta 0·60 és az emelkedett 69 xanthoproteinérték egyértelműen gyengült functiót mutatnak.

21. számú esetben (calculus pyeli l. u.) mindkétoldalt gyengült a vesefunctio. Indigo 30 perc múlva csak halványkék, vizeletdeltaértékek alacsonyak, mindkét vese vizelete fertőzött. A vérdelta 0·60 és az emelkedett 70 xanthoproteinérték teljes összhangban mutatják a gyengült functiót.

22. számú esetben (pyelitis l. u.) indigokiválasztás jó vesefunctiót mutat, mindkét vese vizelete fertőzött. A xanthoproteinérték jelentékenyen 73-ig emelkedett.

23. számú esetben (solitaer vese, papillomatosis) vérdelta 0·57. A xanthoproteinérték 73, inkább fedi a klinikai képet.

24. számú esetben (pyelonephritis chr. l. u.) mindkétoldalt gyengült a vesefunctio, indigo 16 perc múlva zöld, illetőleg halványkék, mindkét vese vizelete fertőzött. A 75 xanthoproteinérték pontosan fedi a többi vizsgáló eljárás eredményeit.

A 18—23-ig számozott esetekben a jelentékenyen emelkedett 60—75 xanthoproteinértékekkel egyértelműen, a 22. és 23. számú esetek kivételével, a többi vizsgáló eljárás is a vesefunctio nagyobb fokú laesioját mutatta.

III.

A 10 egészséges egyénen végzett parallel vérdelta-meghatározás és xanthoproteinreactio teljesen egybehangzó eredményeket adott.

Összefoglalás:

A fehérjementes vérsavóval végzett xanthoproteinreactio jól értékelhető az Autenrieth-féle kolorimeterrel, s intenzitása és a vesék functionalis értéke között az összefüggés tagadhatatlan. Intact vesefunctio mellett 30 és 50 közötti értéket találtam. 50 és 70 közötti értékeknél nem volt érintetlen többé az összveseműködés. 70 feletti értékeknél a veseműködés nagyobb fokú laesiót mutat. Mint egyszerű kivétel, a betegre nézve megterhelést nem jelentő, megbízhatónak mutató vizsgálati módszer, kétségtelenül rövid idő alatt, az általánosan használt vesefunctio vizsgálati eljárások közé fog kerülni.

Irodalom: Dr. E. Becher: Studien über die Pathogenese der echten Uraemie insbesondere über die Bedeutung der retinierten Phenole und anderer Darmfaulnisprodukte. (Zentralbl. f. inn. Med. 1925, 46. sz.) — Dr. E. Becher: Studien über das Verhalten der Xanthoproteinreaktion im enteiweisstem Bute unter normalen und pathologischen Verhaeltnissen. (D. Arch. f. Kl. Med. 148. sz.) — E. Becher u. F. Koch: Über die pathogenischen Beziehungen zwischen echter Uraemie und bei Niereninsuffizienz im Blute retinierten Substanzen. (D. Arch. f. kl. Med. 148. sz.) — Grömer: Zur Anwendung der quant. Bestimmung des Xanthoproteinwertes

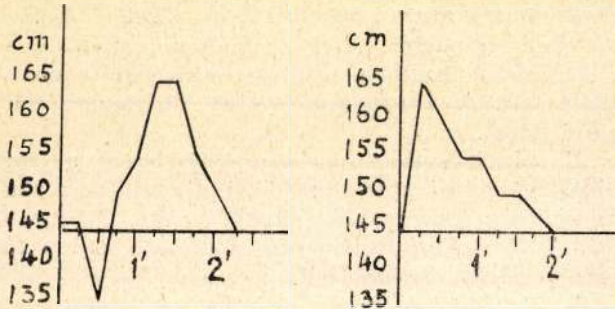
des Blutserums nach Becher, als Methode für den Nachweis der Niereninsuffizienz. (Zentralbl. f. inn. Med. 1926, 47. sz.) — E. Becher u. E. Herrmann: Studien über das Verhalten der Xanthoproteinreaktion im entweißtem Blut unter normalen und pathologischen Verhältnissen. Die Xanthoproteinwerte bei Krankheiten. (D. Arch. f. kl. Med. 1926, 152. sz.)

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

Termel-e a pajzsmirigy a thyroxinon kívül egyéb hormont is?

Írták: Csépai Károly és Fernbach József.

A Basedow-kór tünetei arra engednek következtetni, hogy emberen a pajzsmirigy belsősecretiós működésének kétféle nagyon jellemző és nagyon állandó hatása van: az alapanyagcsere fokozódása és a vegetatív idegrendszernek sensibilizálódása. Mióta Kendall a pajzsmirigy hormonját a thyroxint előállította, természetesen felvetődött az a kérdés, hogy az előállított új anyag a pajzsmirigy összes észlelhető hatását előidézi-e, vagy fel kell e venni a thyroxinon kívül más hormont vagy hormonok termelését is? Tekintettel azon körülményre, hogy a klinikai tapasztalatok szerint em-



1. sz. görbe.

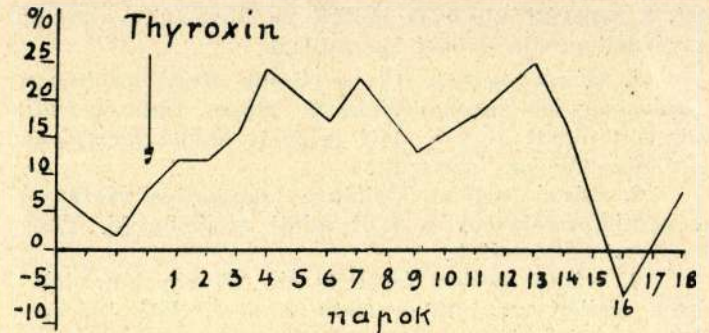
beren az alapanyagcsere fokozódásán és az általános sensibilizálódáson kívül az egyéb kevésbé állandó hatások jelentősége teljesen háttérbe szorul, gyakorlatilag a kérdés úgy alakul, vajjon a thyroxin emberen előidézi-e mindkét hatást?

A thyroxin alapanyagcserefokozó hatása úgy az állatkísérletekben, mint emberen végzett megfigyelésekben kétségtelenül beigazolást nyert. Más a helyzet a sensibilizáló hatás kimutatásával. Cyon, Kraus és Friedenthal, továbbá Oswald¹ állatokon kimutatták, hogy a pajzsmirigyprésvagy thyreoglobulin (Oswald) hatására az adrenalin vérnyomásfokozó hatása erősbödik. Ezen adatokkal szemben Schafer,² továbbá Dryerre kimutatták, hogy e megfigyelések tévedésen és jórészt methodikai hibákon alapulnak. Robert Levy³ macskákön megállapította, hogy thyroxin injekciója után az adrenalin vérnyomásemelő hatása fokozódik. E vizsgálatokkal szemben Hymann⁴ arra mutatott rá, hogy a sensibilizáló hatás csak látszólag függ össze a thyroxinnal, mert azon kis alkali adagra vezethető vissza, melyben a thyroxin oldva van. Legutóbb Herzfeld mutatott rá, hogy thyreoglandol és thyreoidin a pupilla tágulását a nyaki sympathikus izgatása útján sensibilizálja. Asher és Flack,¹ továbbá Asher és Rodt¹ régebbi vizsgálati szerint ilyen sensibilizálást kimutatni nem lehet. Az ellentmondó adatok tisztázására legutóbb Feldberg és Schilf² végeztek vizsgálatokat macskán és kutyán. Kimutatták, hogy a thyroxin az adrenalin vérnyomásfokozó hatását nem sensibilizálja.

Ezen vizsgálatokból arra a következtetésre lehetne jutni, hogy a sensibilizáló hatás nincs a thyroxinhoz

kötve, tehát a pajzsmirigy a thyroxinon kívül egyéb hormont is választ el, mely a sensibilizálást kifejti.

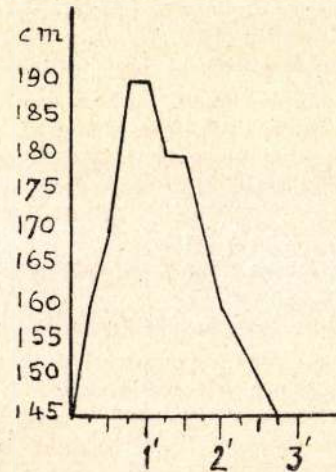
Feldberg és Schilf különben igen exact vizsgálatnak legfőbb hibája az, hogy kizárólag állatkísérleteken alapulnak. Már pedig állatkísérletekből az emberi pathológiára következtetni meg nem engedhető. Számos megfigyelés ismeretes, mely szerint az állat ellenkező módon viselkedik bizonyos beavatkozásokra, mint az ember. Így Kraus és Zondek állaton végzett megfigyelései szerint az alkali a vagus tonust, a sav a sympathikus tonust fokozza. Ezzel szemben Hollóval és Weis-



2. sz. görbe.

szel³ végzett vizsgálataink szerint emberen az alkali a sympathikus tonusának fokozódásához vezet. A thyroxin hatását illetően sem lehet tehát a döntő szó az állatkísérleté.

Basedow-kórban és hyperthyreosisban szenvedő egyéneken az általános sensibilizálódás exactan kimutatható az ilyen egyének adrenalin és pituitrin érzékenységének vizsgálatával. Fernet és Tóth⁴ végzett vizsgálatainkban mutattunk rá, hogy Basedowosok és hyperthyreosisban szenvedő egyének valódi adrenalin-érzékenysége fokozott, mert a fokozottan működő pajzsmirigy sensibilizálja a szervezetet az adrenalinnal szemben. Weisszel⁵ végzett megfigyeléseink szerint e betegek a pituitrin intravenás injecciónjával szemben is fokozottan reagálnak: Basedow-kórosok és hyperthyreoták



3. sz. görbe.

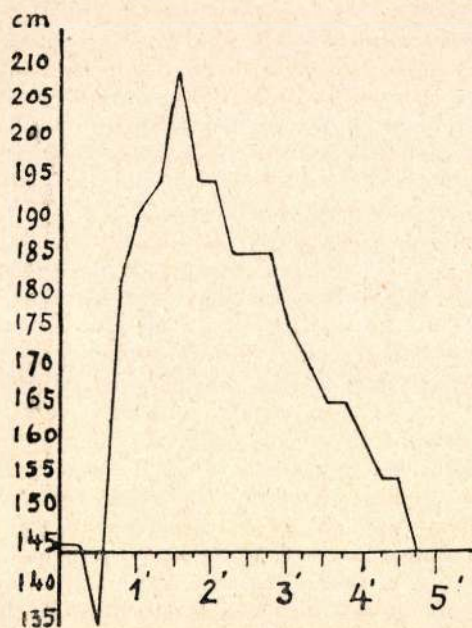
pituitrin érzékenysége is fokozott, ami ugyancsak a pajzsmirigy sensibilizáló hatásaként fogandó fel.

Emberen tehát a pajzsmirigy sensibilizáló hatása az említett megbetegedéseknél az adrenalin- és pituitrin-érzékenység fokozódásának megállapítása útján bizonyítható be. A fent jelzett kérdés megoldására azt a vizsgálati methodikát választottuk, hogy thyroxin adagolásával kapcsolatban vizsgáltuk normalis pajzsmirigy-funkciójú egyéneken e hormonodynamikus reactiók változását.

48 kg súlyú syringomyelia incipiensben szenvedő nőbetegen több napon át megállapítottuk az alapanyag-

eserét. Ez idő alatt többször meghatároztuk az adrenalin- és pituitrin érzékenységet is. Az adrenalinérzékenység meghatározására 0.01 mg adrenalin adtunk intravenásan és megállapítottuk a keletkező vérnyomásemelkedést. A pituitrinérzékenység vizsgálatánál 0.02 cm³ pituitrin intravenás injekciója után figyeltük meg a vérnyomás változásait. A talált értékeket az 1. számú ábra mutatja.

Ezután 5 mg thyroxint adtunk intramuscularisan, majd másodnaponként megismételtük az alanyag-

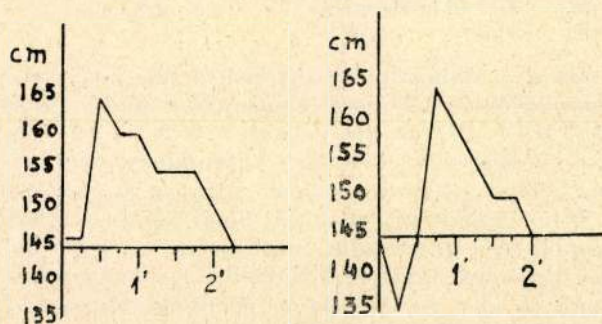


4. sz. görbe.

csere meghatározásokat és több ízben vizsgáltuk a hormonodynamikus reakciókat. A thyroxin injekciója után 2 nappal az alanyagcsere fokozódása már észlelhető volt. A 4., 7. és 13. napon észleltük a maximális értéket, majd a 18. napon a normalis szintre tért vissza; ezt a 2. számú ábra mutatja.

Az adrenalin- és pituitrinérzékenység viselkedését a thyroxinhatás tetőpontján mutatja a 3. és 4. számú ábra.

A thyroxinhatás lezajlása után ismét megvizsgáltuk az adrenalin- és pituitrinérzékenység viselkedését. Az 5. számú ábra azt mutatja, hogy a thyroxinhatás



5. sz. görbe.

anyagcserefokozó hatása megszűnése után az adrenalin- és pituitrinérzékenység is normálissá vált.

Ezen megfigyelések azt mutatják, hogy ellentétben az említett állatkísérletekkel a thyroxin az anyagcsere fokozódásával kapcsolatban sensibilizáló hatást is fejt ki és pedig úgy az adrenalin, mint a pituitrin okozta vérnyomásemelkedéssel szemben. A görbékből egyszerűsmind az is nyilvánvaló, hogy az alanyagcsere fokozódása párhuzamosan halad a sensibilizáló hatás fokozódásával, viszont az alanyagcsere csökkenését majd

normalisra való alászállását a sensibilizáló hatás esökkenése majd teljes megszűnése követi. Ezen vizsgálatok alapján tehát megállapítható, hogy a pajzsmirigy sensibilizáló hatása is a thyroxinhoz van kötve és ezért nem vagyunk feljogosítva annak felvételére, hogy a pajzsmirigy a thyroxinon kívül egyéb hormont vagy hormonokat is termel.

Irodalom: ¹ Feldberg és Schilf után idézve. — ² Feldberg és Schilf: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 124. k. 1/2. — ³ Csépai, Holló, Weisz: Wien, Arch. f. inn. Med. 10. kötet. — ⁴ Csépai, Fernet és Tóth: Deutsch. med. Woch. 1923. — ⁵ Csépai, Weiss: Zeitschr. f. d. g. exp. Med. 50. k. 5/6.

A budapesti Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika közleménye (igazgató: Bókay János dr. egyetemi ny. r. tanár).

A vérkép a gyermekkori appendicitis differenciális diagnosztikájában.

Írta: Kiss Pál dr. és Tiborc Ernő dr.

A gyakorlóorvosnak aránylag gyakran kell differenciális diagnosztikát felállítania olyankor, mikor a gyermek hirtelen magas láz, hányás, bevont nyelv, heves hasi fájdalmak tüneteivel betegedett meg. Általánosan ismert, hiszen arra úgy a francia, mint a magyar és német klinikusok rámutattak, hogy ezen tüneteket gyermekkorban nemcsak acut appendicitis válthatja ki, de jelentkezhetnek ezen tünetek pneumonia crouposa kezdeti szakában is. A Bókay professor vezetése alatt álló Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinikán igen gyakran jelentkeznek szülők olyan gyermekekkel, akiknél a kezelőorvosnak appendicitisre volt gyanúja s akiknél részben a pontos klinikai vizsgálat, részben a Röntgen-átvilágítás után kiderült, hogy a tulajdonképeni betegség pneumonia crouposa. Hogy ezen úgynevezett pseudoappendicitisek a gyakorlati életben külföldön is szerepelnek, a szakirodalomból eléggé ismert. Természetesen a kérdést legkönyebben a Röntgen-átvilágítás ellenőrzése mellett lehet megoldani, azonban ehhez nem minden gyakorlóorvos fér könnyen hozzá. Nehézzé teszi némelykor a diagnosztikát az is, hogy van a pneumonia crouposának olyan alakja (centralis alak), ahol annak tüneteinek sem hallgatódzása, sem kopogtatással nem mutathatók ki. Ha a centralis alaknál jelen vannak a fentemlített hasi tünetek, a gyakorlóorvos részéről nehezen zárható ki az appendicitis lehetősége. Pneumonia crouposában, illetőleg appendicitisben szenvedő betegek vércépének vizsgálatánál úgy gondoljuk, van némi támpont arra, hogy az az orvos is el tudja a két kórformát különíteni, aki nem áll Röntgen-készülék rendelkezésére, illetőleg, aki vidéken, messze kórháztól, klinikától kénytelen dolgozni.

Táblázatunkban a hely kiemelése szempontjából a jelenlevő hasi tüneteket csak „+” jellel tüntettük fel és nem írtuk le részletesen.

52 betegnél (I. tábla) vizsgáltuk meg a fehérvérsejtek számát, kik közül a legfiatalabb 12 hónapos, a legidősebb 15 éves volt, közülük 32 leány, 20 fiú volt. Ezen betegek a betegségük legkülönbözőbb napján kerültek észlelésünk alá, volt olyan, akit betegségének már első napján kaptunk, s volt olyan, különösen a subcutan appendicitisben szenvedők között, aki a betegségének huszonnyolcadik napján jelentkezett. Ezen 52 beteg a betegségek szerint összegezve a következőként oszlott meg: Pneumonia crouposa 20, appendicitis acuta 15, abscessus periappendicularis 7, appendicitis subcutanea 4, peritonitis diplococcica 3, pneumonia crouposa és appendi-

I. sz. táblázat.

Diagnosis	Fehérvér-sejtszám	Hány napja beteg	Hasi tünetek	A beteg kora
1. Pneum. cr.	28.200	4	+	9 év
2. Ap. acut.	9.000	2	+	11 „
3. Pneum. cr.	31.000	1	+	4 „
4. Pneum. cr.	21.000	5	0	6 „
5. Ap. acut.	19.500	1	+	9 „
6. Pneum. cr.	27.000	7	+	6 „
7. Pneum. cr.	28.400	7	0	20 hó
8. Pneum. cr.	36.000	3	+	6 év
9. Ap. acut.	7.700	8	+	10 „
10. Absc. periap.	15.400	2	+	8 „
11. Pneum. cr.	11.100	5	0	8 „ krízis után
12. Pneum. cr.	22.000	5	0	6 „
13. Ap. acut.	5.500	3	+	15 „
14. Ap. acut.	15.000	1	+	8 „
15. Ap. acut.	8.800	5	+	8 „
16. Pneum. cr.	14.000	7	0	3 „ krízis után
17. Pneum. cr.	24.500	4	0	5 „
18. Absc. periap.	12.800	14	+	8 „
19. Ap. acut.	12.200	12	+	11 „
20. Ap. acut.	13.500	2	+	13 „
21. Pneum. cr.	27.000	3	0	12 hó
22. Pneum. cr.	25.500	2	0	12 év
23. Pneum. cr.	23.600	6	0	6 „
24. Ap. acut.	15.300	5	+	7 „
25. Absc. periap.	17.800	5	+	14 „
26. Ap. subacut.	9.400	17	+	8 „
27. Ap. subacut.	9.000	28	+	12 „
28. Peritonit. diplococ.	14.000	3	+	3 „
29. Ap. acut.	5.600	7	+	14 „
30. Pneum. cr.	23.100	3	+	8 „
31. Ap. acut.	9.400	18	+	9 „
32. Pneum. cr.	30.600	6	+	7 „
33. Ap. acut.	9.200	1	+	12 „
34. Ap. acut.	6.400	2	+	7 „
35. Pneum. cr.	25.200	4	0	4 „
36. Pneum. cr. és abs. periap.	46.100	3	+	7 „
37. Pneum. cr.	37.800	3	0	5 „
38. Bronchopn.	14.400	6	0	4 „
39. Bronchopn.	10.300	5	0	2 „
40. Pneum. cr.	27.400	4	0	5 „
41. Ap. acut.	6.000	6	+	6 „
42. Pneum. cr.	24.600	2	0	4 „
43. Ap. acut.	5.400	7	+	5 „
44. Pneum. cr.	30.300	3	0	3 „
45. Absc. periap.	20.700	5	+	6 „
46. Absc. periap.	15.000	4	+	4 „
47. Absc. periap.	13.800	7	+	10 „
48. Peritonit. diplococ.	16.000	2	+	2 „
49. Ap. subacut.	14.200	7	+	7 „
50. Ap. subacut.	12.500	3	+	4 „
51. Absc. periap.	14.500	8	+	10 „
52. Peritonit. diplococ.	20.900	7	+	6 „

citis periappendicularis együtt 1, bronchopneumonia 2. A 20 pn. cr.-ban szenvedő beteg közül hatnál volt kifejezett appendixtáji fájdalom, nyomási érzékenység, défense musculaire. Vagyis ezen betegek 30%-ánál találtunk hasi tüneteket is. Mind a 6 betegnek Röntgen-diagnosisa kifejezetten pn. cr. volt és mind a 6 típusos lázesséssel, oldódással gyógyult. A láz esése után ezen hasi tünetek nyom nélkül eltűntek. Ezen 52 beteg fehérvérsejtszámát vizsgálva, azt találtuk, hogy azok megszaporodásában lényeges különbség van aszerint, hogy milyen természetű a megbetegedés. Míg a 20 pn. cr.-ban szenvedő gyermeknél a fehérvérsejtszám a krízis bekövetkezése előtt soha sem volt 21.000 alatt, sőt azt a legtöbb esetben jóval meghaladta, úgy, hogy a két határérték 21.000 és 37.800 volt, addig ap. ac. eseteiben a 20.000 et egy esetben sem érte el s a két határérték 5.400, illetőleg 19.500 volt. A fehérvérsejtszám ap. ac.-nál a felső határértéket is csupán egy esetben érte el, különösen 12.000—13.000—15.000 már a magasabb értékek közé tartoztak. Körülbelül ugyanez volt a helyzet ap. subac.-nál, ahol a két határérték 9.000 illetőleg 14.200 volt. Ap. ac., illetőleg subac.-nál talált értékeknél általában magasabb

volt a fehérvérsejtszám abs. periap. és peritonit. diplococ. eseteiben. Absc. periap.-nál a határérték 12.800—20.700; peritonit. diplococ.-nál 14.000—20.900. Ezen hasi folyamatok közül tehát két esetben érte el a fehérvérsejtszám a 20.000 et, azonban az egyik esetben olyan súlyos megbetegedése volt a hashártyának, a másik esetben pedig olyan nagy tályog volt az appendix körül, hogy azok diagnosisjának megállapítása nem ütközött nehézségbe. A többi 6 abs. periap. és a 2 peritonit. diplococ. esetében a fehérvérsejtszám 13.000—14.000—17.000 körül mozgott, vagyis egészen messze volt a pn. cr.-ban szenvedőknél talált értékektől. Pn. cr.-nál a krízis után a fehérvérsejtszám jóval alacsonyabb az előbbi magas értékeknél (11., 16. sz. beteg). Ugyancsak jóval alacsonyabb a fehérvérsejtszám bronchopneumonia eseteiben (38., 39. sz. beteg), ahol különben hasi tünetek feltűnésében nem igen szoktak előfordulni. Hogy azonban magas fehérvérsejtszám mellett és fennálló cr. pn. mellett is jelen lehet ap., vagy abs. periap., bizonyítja a 36. sz. betegünk, akinél a fehérvérsejtszám feltűnően magas volt (46.100) s akinél a pn. dacára a klinikai vizsgálat féregnyúlvány körüli tályogra utalt s az elvégzett laparotomia tényleg igazolta feltevésünket.

Segítségünkre van a fentiekén kívül a két betegség elkülönítésében a vérkép kvalitatív vizsgálata. 33 betegnél vizsgáltuk ily irányban a fehérvérsejtek viselkedését. Ezen betegek közül 15-nél pn. cr., 11-nél ap. ac., 3-nál abs. periap., 2-nél ap. subacut., 1-nél peritonitis diplococcica, 1-nél pn. cr. és abs. periap. együtt állott fenn. Két dolgot tartunk különösen fontosnak. Egyik a lymphocyták s a leukocytaszám egymáshoz való viszonya, a másik az eosinophylek viselkedése. Ha a lymphocyták számát 1-gyel jelöljük, akkor ehhez viszonyítva a leukocytaszám a következőként viselkedett:

II. sz. táblázat.

Pneumonia cr.	II. sz. táblázat.		
	Ap. ac.	Absc. periap.	Ap. subac.
1.	1:2,4	1:0,75	1:0,76
2.	1:2,7	1:1,3	1:1,7
3.	1:2,5	1:2,4	1:3,1
4.	1:7,3	1:2,6	
5.	1:1,15	1:1,3	
6.	1:2,0	1:2,4	
7.	1:7,3	1:1,8	
8.	1:3,8	1:0,72	Pn. cr. + abs. periap.
9.	1:1,4	1:1,6	1:2,4
10.	1:5,2	1:1,6	
11.	1:6,9	1:0,88	
12.	1:7,5		Peritonit. diploc.
13.	1:1,16	krízis után	1:4,5
14.	1:2,8		

Ha a 2. táblázatot nézzük, azt látjuk, hogy pn. cr.-ban szenvedőknél a két sejtféleség arányának határértékei 1:1,17—1:7,5; az ap. ac.-nál 1:0,72—1:2,6. Vagyis a pn. cr. eseteiben a leukocyták a lymphocytákhoz viszonyítva jobban megszaporodnak, mint az ap. ac. eseteiben. A 15 vizsgált pn. cr. közül 9-nél (az esetek 60%-a) magasabb ezen arányszám, mint az ap. ac. felső határértéke. Ugyanezt találjuk körülbelül a subac. ap.-nél is, azonban az abs. periap. és a peritonit. diplococ.-ban szenvedőknél nem.

Régen ismert, hogy pn. cr.-ban szenvedő betegek-nél az eosinophyl sejtek eltűnnek s ezt a leletet állíthatjuk oda elkülönítő támpontul s két betegség differenciálásánál. Míg a 15 pn. cr. esetében csupán egyszer találtunk eosinaphyl sejtet (azt is a krízis után), addig 11 ap. ac.-nál csak kétszer hiányoztak, vagyis ezen betegek 81,8%-ánál elég nagy számban (1—4%) jelen voltak. Mind a két subac. ap.-nél találtunk eosinophyleket. Az abs. periap. esetek ebből a szempontból nem viselkedtek egyöntetűen. A peritonitis diplococcica 1 esetében hiányoztak az eosinophylek.

A vizsgált 52 betegnél a felállított diagnosisunkat Röntgen-átvilágítással (*Mészöly dr.*) ellenőriztettük, az ap., absce. periap. és peritonit. diplococcica eseteiben a diagnosis helyességét az elvégzett műtétek (*Koós dr.* magántanár) igazolták.

Ha röviden összefoglaljuk a fent elmondottakat, akkor:

1. pneumonia crouposa eseteiben a fehérvérsejtszám általában jóval magasabb, mint akár appendicitis, akár abscessus periappendicularis eseteiben s míg az előbbieknél azok határértékei 21.000—37.800, addig az utóbbiaknál 5400—19.500, illetőleg 12.000—20.000;

2. a pn. cr. eseteiben a leukocyták megszorodása a lymphocytákhoz viszonyítva kifejezettebb, mint ap. ac.-nál;

3. az eosinophyl sejtek pn. cr.-ban szenvedő betegek igen nagy százalékánál hiányoznak, míg appendicitisben szenvedő betegek igen nagy százalékánál jelen vannak.

Májdiatával kezelt anaemia perniciosa esetek.*

Irta: *Rausch Zoltán dr.*, egy. tanársegéd.

A májdiatát az anaemia perniciosa terapiájába az amerikai *Whipple* állatkísérletei alapján *Minot* és *Murphy* vezették be. *Minot* és *Murphy* a perniciosa okát a helytelen egyoldalú táplálkozásban keresik, melynek következménye lenne szerintük, hogy a csontvelő nélkülözvén a vörösvérsejtstroma felépítéséhez szükséges valamely anyagot, a vérbérbérszövet insufficienciája következik be. A stroma felépítéséhez szükséges eme anyagot ők a májban véltek megtalálni s ezen feltevéstük arra alapítják, hogy a máj adagolásának már első napjaiban a csontvelő fiatal vörösvérsejtekkel, rhetikulo-cytákkal árasztja el a vérpályát, amit a normocyták megszorodása és a kóros alakok fokozatos eltűnése követ. *Minot* és *Murphy* eddig 125 esetben alkalmazták a májdiatát és ebből 45 beteg ma már 3½ éve áll megfigyelésük alatt. Ezen nagy anyagból leszűrt tapasztalataik szerint a májtherapiával nemcsak tökéletes remissiót lehet elérni, de újabb recidivától is meg lehet óvni a beteget. Az amerikai szerzők publicatiója óta úgy tengerentúl, mint innen megindultak az ellenőrzővizsgálatok, melyek majdnem kivétel nélkül megerősítik a bostoni eredményeket. S amikor *Seyderhelm*, *Rosenow*, *Heeres*, *Macht*, *Pat*, *Jagić* és *Schottmüller* is a legkedvezőbbben nyilatkoznak a perniciosa májtherapiájáról, remélünk lehet, hogy a hozzáfűzött optimismusunk valóra fog válni.

A májdieta lényegileg egy húsfélékben, friss zöldfőzelékekben és gyümölcsökben gazdag, nagy keményítőtartalmú ételekben és zsírokban szegény étrend, melyhez pro die 250 g valamely emlősállattól származó májat adunk. A májat adhatjuk nyersen vagy enyhe főzés után a legkülönbözőbb konyhatechnikai eljárásokkal elkészítve, a nap több részére elosztva. A máj helyett adhatunk időnkint vesét, vagy thymust, melyek vele egyértékűek. Szárnyasok mája, a relatív magas zsírtartalom folytán nem felel meg a célnak. Az eddig forgalomba került májpraeparátumok, mint a Hepatopson, a Hepatrat és a Procythol, részben magas kereskedelmi áruk, részben nehezen fedhető keserű ízük miatt, egyelőre nem alkalmasak a májdieta pótlására. Az amerikaiak által nyert, vízben oldható, aetherben oldhatatlan, alkoholban kicsapódó, 7% polypeptidet és kevés

ként tartalmazó, lipid- és lecithinmentes fractio, melynek 2 g-ja 100 g májnak felel meg, teljes értékű ugyan, de eddig forgalomba még nem került. Így egyelőre a májnak diéta formájában való adagolására vagyunk utalva s itt a konyhatechnikára vár az a nem könnyű feladat, hogy a májat változatos és ízletes formákban a betegek számára hosszú időn át élvezhetővé tegye.

A májtherapiára a javulás rendszeren a diéta megkezdése után már az 1—2. hét után jelentkezik, s még mielőtt a vörösvérsejtszám emelkedne, kezdenek az általános tünetek visszafejlődni. Fokozatosan visszatér a legyengült betegek testi ereje, az étvágy javul, a viaszszertű bőrszint enyhe pír váltja föl, a glossitis meggyógyul, a palpitatio megszűnik, az esetleg fönnállott oedemák lecsapolódnak és jelentékeny súlygyarapodás indul meg. A vörösvérsejtszám többnyire a 2—3. héten kezd emelkedni s 4—6 hónap múlva éri el a normalis magasságot. A haemoglobinnövekedés lassúbb, úgyhogy a festékindex az 1-hez közeledik. A vörösvérsejtek qualitativ rendellenességei fokozatosan, de aránylag a leglassabban fejlődnek vissza. Az eleinte csökkent mennyiségű vérlemezkék szaporodni kezdenek; a fehérvérsejtek úgy quantitative, mint qualitative elég gyorsan normalissá válnak. A magas serumbilirubin-értékek eltűnnek. Egyedül az achylia marad meg változatlanul és természetesen nem fejlődnek vissza az idegrendszer organikus laesioi sem. A klinikai kép ezen javulása azonban csak akkor következik be, ha a beteg egész idő alatt elegendő mennyiségű májat fogyaszt s csak akkor állandósul, ha továbbra is folytatja, ha ugyan redukált mennyiségben is a májdiatát. Elégtelen máj adagolásánál a javulás vagy egyáltalán nem következik be, vagy megállapodik s a máj teljes elvonása recidivához vezet.

A III. sz. belklinikán eddig öt perniciosa betegünknek alkalmaztuk a *Minot* és *Murphy* által előírt májdiatát s az ezeknél szerzett tapasztalatainkról a következőkben óhajtok beszámolni:

1. *esetünk* egy 58 éves asszony, kit 1927 okt. 3-án vettünk fel a klinikára. Panaszai: tartós hasmenés, étvágytalanság, lesóványodás, rohamokban jelentkező gyengeség, szívdobogás, erős égető nyelvfájdalmak. Felvételi status: fakó, viaszszínű bőr, vértelen nyálkahártyák, bullosus glossitis, systolés zöreje a szív összes ostiuma felett; a vizeletben kimutatható urobilinogen, a székletben sem vér, sem féregpete nincs; a gyomor achylia. Haematologiai lelet: 2.400.000 vörösvérsejt (vvs), 48% haemoglobin Sahli szerint (hgb), festékindex (fi): 1; qualitative kiskokú aniso- és poikilocytosis, sok makrocyta; fehérvérsejtszám (fvs) 4700, ebből 61% neutrophil, 2% eosinophil leukocytá, 37% lymphocytá; thrombocytaszám (thc) 46.000; átlagos vörösvérsejttérfogát (vvstf) 115 μ^3 , vérzési idő 3' 33", alvadási idő 5' 30"—9', leszorítási kísérlet pozitív; serumbilirubin (sbr) 1.94 mg% ind. r. Okt. 7-én kezdtük el nála a májdiatát, melynek megkezdése után a vvs-szám még tovább esett és X. 17-én érte el a mélypontját, amikor a vvs 1.750.000, a hgb 55%, a fi 1.53 volt. Ettől kezdve indult aztán meg a javulás: az erőbeli állapot, az étvágy rohamosan javult, a glossitis visszafejlődött és súlygyarapodás indult meg. X. 24-én a vvs 2.250.000, a hgb 60%, a fi 1.06, sbr 1.41 mg% ind. r. Miután a javulás állandónak mutatkozott, a beteget X. 29-én hazabocsátjuk avval az utasítással, hogy a májdiatát otthon változatlanul folytassa. XI. 23-án kontrollvizsgálat: 2.210.000 vvs, 62% hgb, fi 1.14, közérzet, étvágy jó. XII. 29-én 3.200.000 vvs, 73% hgb, fi 1.1, jól van, hízott. I. 12-én 3.400.000 vvs, 76% hgb, fi 1.13; I. 19-én 3.580.000 vvs, 79% hgb, fi 1.1, fvs 5250, ebből 64% neutrophil leukocytá, 32% lymphocytá, 4% monocytá; kiskokú aniso- és poikilocytosis, még sok megalocytá, vvstf 118 μ^3 . A beteg teljesen egészségesnek érzi magát, a májdieta megkezdése óta 7 kg-ot hízott, bőrszíne normalis.

2. *esetünk* egy 49 éves földműves, ki 1927 nov. 30-án fekszik a klinikán, hol igen súlyos állapotban, a keringési insufficiencia tüneteivel került felvételre: súlyos dyspnoéval, tompa szívhangokkal, systolés zörejjel

* A Kir. Orvosegyesületben 1928 január 21-én tartott bemutatás.

jel az összes ostium felett, lép- és májduzzanattal, alszáróedemákkal. Haematologiai lelete a következő volt: 820.000 vvs, 20% hgb, fi 1:25, nagyfokú aniso-, mikro-, makro- és poikilocytosis, 9% magvas vvs (a fvs-ekre vonatkoztatva), 3700 fvs, ebből 77% neutrophil, 3% eosinophil leukocytá, 22% lymphocytá; sbr 3:11 mg% ind. XII. 3-án kezdjük nála a májtherapiát. Egy hét múlva állapotában lényeges javulás mutatkozik: a rossz közérzet megszűnik, az étvágy kezd visszatérni, a májtumor visszafejlődik, az oedemák lecsapolódnak, ennek következtében testsúlya 67 kg-ról 60,5 kg-ra esik; a vérkép XII. 10-én a következő: vvs 1.080.000, hgb 23%, fi 1:05. XII. 17-én vvs 1.860.000, hgb 53%, fi 1:35, XII. 21-én vvs 2.760.000, hgb 60%, fi 1:1; a beteg erőbeli állapota lényegesen jobb, 5,5 kg-ot hízott, étvágya kifogástalan, a sápadtság megszűnt. I. 11-én vvs 2.720.000, hgb 68%, fi 1:13, fvs 6000, sbr 0:81 mg% ind. r. I. 20-án a haematologiai kép változatlan, a testsúly további 2½ kg-mal emelkedett, a közérzet és erőbeli állapot kifogástalan, úgyhogy a beteget a májdieta folytatásának az előírásával hazabocsátjuk.

3. betegünk egy 60 éves perniciosában szenvedő asszony, kinek haematologiai lelete 1927 okt. 17-én a következő volt: vvs 1.100.000, hgb 30%, fi 1:4, fvs 4000, ebből 72% neutrophil, 2% eosinophil leukocytá, 27% lymphocytá, kifejezett aniso-, makro- és poikilocytosis, 1% normoblast, sbr 2:32 mg% ind. r. A beteg X. 23-án kezdte el a májdiétát s azóta otthon folytatja. I. 12-én a kontroll-vizsgálat eredménye a következő volt: 3.600.000 vvs, 76% hgb, fi 1:04, 8000 fvs, ebből 71½% neutrophil, ½% eosinophil leukocytá, 25½% lymphocytá, 2½% monocytá, kisfokú anisocytosis.

4. esetünk egy 47 éves asszony, kit nov. 16-án egy millió körüli vvs-számmal, igen súlyos állapotban vettünk fel a klinikára. Miután állapota fokozatosan rosszabbodott, XI. 26-án transfusiót végeztünk nála s csak azután kezdtük meg a májdiétát, amit a beteg kezdetől fogva rosszul tolerált. Ennek dacára állapotában mégis lassú javulás mutatkozott s XII. 7-ére a vvs-jei 2.030.000-re, a hgb 36-ról 53%-ra emelkedett és a fi 1:6-ról 1:28-ra esett. XII. 20-án vvs 2.180.000, hgb 56%, fi 1:28; az általános állapot is annyira javult, hogy a beteget házi-kezelésbe bocsátottuk. Otthon csak másodnaponként evett 150–200 g májat, majd pedig teljesen abbahagyta a diétát. A javulás megállt, majd pedig rosszabbodni kezdett az állapota, úgyhogy jan. 8-án kénytelen volt újból felkeresni a klinikát. I. 11-én a haematologiai lelet rosszabbodást mutat, amennyiben a vvs 1.930.000, a hgb 50%, a fi 1:36. Ebben az esetben valószínűnek látszik, hogy a fogyasztott máj elégtelensége miatt állt meg a transfusio után megindult javulás, illetve következtetést b e rosszabbodás. Miután a beteg most per os egyáltalán nem tűri a májat, megkísérjük más módon nála a májtherapiát keresztlivinni.

5. esetünk csak rövid ideje áll még észlelésünk alatt, de figyelemreméltó, hogy állapotában már kétheti diéta után is lényeges javulás mutatkozik. Ezen 40 éves férfibeteget, kinek már két éve vannak perniciosára utaló panaszai, melyek az utóbbi öt hónap alatt súlyosbodtak, jan. 5-én vettük fel a klinikára. Haematologiai lelete akkor a következő volt: 1.650.000 vvs, 53% hgb, fi 1:65, kifejezett aniso- és poikilocytosis, magvas vvs-ek nélkül; 3500 fvs, ebből 72% neutrophil, 2% eosinophil leukocytá, 26% lymphocytá, sbr 4:35 mg% elh. d. r. Jan. 11-én kezdtük nála a májdiétát s 16-án már mutatkozott a javulás: vvs 2.120.000, hgb 58%, fi 1:36, fvs 7000. I. 20-án vvs 2.480.000, hgb 66%, fi 1:35, fvs 5600, qualitativ vérkép változatlan, sbr 1:31 mg% ind. r. A beteg sokkal jobban érzi magát, étvágy jó, 3 kg-ot hízott, a fakó színe eltűnőben van.*

Az ismertetett öt eset kevés és az észlelés ideje rövid ahhoz, hogy a májdiéta therapiás értékét illetőleg messzemenő következtetéseket vonjunk, de az első impressióink ennyire kedvezőek lévén, célszerűnek tartottuk ismertetésüket, hogy evvel is növelve az irodalomból eddig ismert esetek számát, a perniciosára ezen új és minden eddigénél jobbnak látszó therapiájának az exact kritikáját előmozdítsuk.

* *Megjegyzés a correcturával:* I. 31-én a beteg már teljesen jó állapotban van: további 1 kg-ot hízott, vvs-je 3.430.000-re, a hgb 78%-ra emelkedett és a fi 1:14-re csökkent.

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

A vena renalis helyettesítése cseplestanostomosisokkal.

Írta: Paunz Lajos dr.

A cseplestnek a vesébeültetésével már *Parlavecchio, Omi, Flörcken* és *Isobe* kísérleteztek. Egyrészt az egyszerű vesedecapsulatiót akarták ily módon eredményesebbé tenni, másrészt a Talma-féle műtét helyéit akarták felhasználni a venás anastomosisok készítésének ezen módját. Kiderült ugyanis, hogy különösen venás oldalkeringés fejlődik ki ilyenkor nagymértékben, olyannyira, hogy az ily módon operált vese a vena renalis teljes leköttése után sem hal el.

Új jelentőséget nyert ez az eljárás azon kísérleteink után, melyekben egy extraglomeruláris vérkeringést igyekeztünk létesíteni a vesében s e célból eredménnyel használtuk fel a vena renalist arteriás vérdavezetésére.

Megkíséreltük ezért a fenti kutatók eredményeit egyrészt ellenőrizni, másrészt megfelelő functionális vizsgálatokkal kiegészíteni. Meggyőződést kellett ugyanis szereznünk arról is, hogy ezen beavatkozások után a vese működése egyenlő értékű marad-e a normalis veséével.

Kísérleteinket 12 kutyán végeztük. A hasat megnyitva, a bal vesét előemeltük, tokját levontuk, a veséállományt majdnem a papilla csúcsáig feleztük, a sebbe a cseplest egy részét behelyezve, a vese két felét 4–5 óltéssel egyesítettük s az egész vesét cseplesttel borítva, eredeti helyére vizsattattuk.

Hat hét elteltével újabb hasmetszés útján a bal vena renalist a hilus közelében leköttöttük. A jobb vesét az első állatokon négy hét múlva távolítottuk el, majd a következőkön három, két, majd egy hét múlva, legvégül pedig a bal vena renalis leköttésével egyidejűleg.

A bal vese, melyen a fenti beavatkozások történtek, minden esetben életben maradt s mint ezen utolsó kísérletekből kiderült, már 24 órával a vena leköttése után eléggé működött ahhoz, hogy az állat a jobb vese kiirtása mellett is életben maradjon.

A vese működésére irányuló közelebbi vizsgálatokat tíz nappal később végeztük el, amikor az állatok a műtét mellékhatásait már kiheverték.

Megfigyeltük egyrészt a naponta ürített vizelet mennyiségét, másrészt vizsgálat tárgyává tettük a molaris hígító- és koncentrálóképességet.

A vizelet mennyisége lényeges változást a műtét előtti állapothoz képest nem mutatott. Tíz kilogrammos kutyán napi 300–400 cm³-t tett ki. A hígító- és koncentrálóképesség minden esetben kifogástalannak mutatkozott. Bőséges vizitációnál egyidejű éheztes mellett 0:10–0:15° volt a vizelet fagyáspontesökkenése, míg erős konyhasó- vagy ureummegterhelésnél egyidejű szomjaztatás mellett 2:40–3:10° fagyáspontesökkenést kaptunk.

A vizelet a venaleköttést követő napon mindig sok fehérjét tartalmazott, az üledékben pedig több-kevesebb vörösvérsejt volt található. Néhány hét leforgása alatt azonban mindkettő eltűnt a vizeletből.

A cseplestborítás és -beültetés folytán tehát a vesében oly venás oldalkeringés jön létre, amely a vena renalis leköttése után nemcsak életben tartja a vesét, hanem lehetővé teszi annak teljesen kielégítő működését is.

Szövettanilag a veseparenchymát a feldolgozott esetekben épnek találtuk. A beültetett cseplesz mentén a tág érátmetzeteken kívül kiterjedt interstitialis kötőszövetzaporodás és mérsékelt gömbsejtes infiltratio tűnt fel. A cseplesszel fedett felszín közelében is igen szembeötlő volt a rendkívül tág erek hálózata. Még sebzen volt követhető a vese felszíne felé irányuló venás keringés azokon a veséken, amelyeket karminos enyvoldattal injeciáltunk.

Azon vesék, melyeken a vena renalist ellenőrzés kedvéért egyszerű decapsulatio után kötöttük le, kivétel nélkül elhaltak.

A makói Szent István megyei közkórház sebészeti osztályának közleménye (igazgató: Uray Vilmos dr. sebész-főorvos, e. ü. tanácsos).

Tapasztalatok a mandulaműtét utáni vérzéscsillapításról.

Írta: *Bálint Nagy István dr.*

E lap hasábjain az utolsó hetekben *Wein* (O. H. 1927. 51. sz.; 1928. 2. sz.) *Halmágyi* és *Liebermann* (O. H. 3. sz.) által leközölt mandulaműtét utáni vérzéscsillapítási eljárásokban nyert tapasztalatokat csak gyarapítják az újabb hozzászólások, illetőleg a műtő eddigi tapasztalatainak közlése, mert ez a probléma *Wein* szerint „még mindig nyílt kérdés, mely fölött az akták nincsenek lezárva“. Öt év óta kórházunkban évenként körülbelül 200 tonsillektomiát végzek, mely még fővárosi vonatkozásban is olyan nagy szám, hogy feljogosítva érzem magam a mandulaműtét utáni vérzéscsillapítási eljárások terén szerzett tapasztalataim közlésére.

Hogy mennyire nyílt kérdés ez, mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy nem is olyan régen, nyole évvel ezelőtt, szakmánk egyik legjelesebbje írja közleményében: „a vérző ereket sem lefogni, sem meglátni nem tudjuk, komoly esetben mindig bizonytalan a helyzet a vérzés kimenetelét illetőleg“. Minél több tonsillektomiát végzünk, annál jobban bebizonyosodik, hogy az utóvérzés lehetősége soha sincs kizárva, az a sebfelület, mely műtét alatt, vagy utána 8–10 perccel még teljesen vértelennek látszik, pár óra múlva a legveszedelmesebb utóvérzést adhatja. Ne felejtkezzünk el a helyi érzéstelenítésnél használt tonogen érszűkítő hatásáról, majd idővel annak elmúltáról, az ereket záró thrombusnak egy köhögés, vagy krákogás alkalmával való könnyű kinyomásáról, ami műtét után az eddigi eljárás szerint — a sebfelület nyitvahagyása miatt — megakadályozhatatlan, illetőleg megelőzhetetlen. Újabban nem tiltjuk el betegeinket napokon keresztül a hangos beszédétől, sőt már a második napon kb. fél óra hosszan hangosan olvastatunk velük, hogy a műtét eredményét zavaró és functionalis zavarokat okozó hegek kialakulását megelőzzük. Ezen korai beszéltetési gyakorlatok, mint tapasztaltam, többször utóvérzésre adnak alkalmat.

A tonsillektomia sebészi beavatkozás. Ahol a sebész folytonossági hiányt ejt, műtét végén igyekszik zárni is azt, mi által a már jóelőre lekötéssel ellátott véredények utóvérzését a sebszélek összehúzásával megnehezíti. Eddig a tonsillektomia sebfelülete tátongott és szabad területet biztosított az esetleges utóvérzés számára. Így örömmel kell üdvözlönnünk *Wein* eljárását, mely előnyt biztosít a beteg számára a műtét kimenetelét illetőleg és nyugodtságot, biztonságot az orvos számára. Sokkal helyesebb, ha a tonsillektomia

sebüregét a garatívek összehúzására helyett tampon bevarrással zárjuk, mert ez előbbi az esetek legnagyobb részében functionalis zavarokat okozó heges összenövésre vezetett. Hogy alkoholba (*Liebermann*), hydrogen peroxydba, jodoforbba (*Wein*) áztatott tampont helyezzünk-e be a sebüregbe, vagy csak steril gazét, egyéni dolog, a lényeg, hogy a sebfelület zárva legyen. Mi *Hofer* után stryphnon-gazét varrunk egy öltéssel az eltávolított mandula helyére, melyet kétszer huszonnégy óra múlva az öltés átvágásával szabad útjára engedünk, ha nyáltól a tampon jól át van itatódva, magától rögtön leválik, ha ez még nem következett be, később a beteg kiköpi, vagy esetlegesen lenyeli, ami semmi következménnyel nem jár. Nincs semmi értelme, hogy a tampon behelyezésével megvárjuk a vérzés kialakulását, illetőleg fenyegetővé válását, mert a tampon prophylaktikus behelyezésével csak a sebészi követelménynek teszünk eleget. Az előre behelyezett tampon sok kellemetlen szenvedéstől szabadítja meg az utóvérzéssel ismét műtőbe került beteget és az utólekötés vagy tamponbehelyezés erősen demoralizálja úgy a beteget, mint hozzátartozóit, valamint a kórszobában műtetre váró többi betegeket. Nálunk az utóvérzés eddig 7–8 százaléknál, melyben minden olyan eset benne van, hol műtét után 1–2 órával, vagy később vérzéscsillapító eljárásra került sor, legyen az érlekötés, vagy tampon utólagos behelyezése. A *Wein* által propagált, külföldön régebben bevezetett tamponbevarrás után a torokképletek konfigurációjára határozottan jobban megtartott és functionalis zavarokat okozó heges összenövés után nem figyelhetők meg. De előfordul, hogy a tamponbevarrás is elégtelennek bizonyul s *Liebermann* által is említett, erősebb vérzést biztonsággal nem intéz el. Az elmúlt évben a bevarrt tampon két esetben újból el kellett távolítanom, a vérző edényt lekötöm, mire sikerült a vérzést megszüntetnem.

Az orvostudományban sok szerző nagyszámú eseteiből leszűrt tapasztalat zárja le a nyílt kérdéseket. Ez esetben szintén a jövő fogja tisztázni, hogy rendszerré váljon-e a tamponálás és kivétellé a lekötés, vagy fordítva.

Megjegyzések Jilek József dr. és Krisztics Erzsébet dr. „Trachoma és exsudatív diathesis“ című dolgozatához.

(O. H. 4. sz.)

Írta: *Brana János dr.* orvosezredes.

Örömmel olvasom úgy a pécsi, mint a budapesti szemklinikáknak a trachomára vonatkozó, s újabban mindsűrűbben megjelenő tudományos dolgozatait. A trachomaellenes küzdelemre és a baj aethyológiájának tudományos kutatására mi nemesak nemzeti, hanem a tudományos világgal szemben erkölcsi szempontból is kötelezve vagyunk. Hogy a tudományos tényezők e törekvéseinket mennyire méltányolják, legjobb bizonyítéka, hogy az 1929. évben Amsterdamban tartandó nemzetközi szemészkongresszus e themájának előadójává a trachomaellenes küzdelem évtizedek óta általánosan elismert szaktekintélyét, *Grósz Emil* professort kérték fel.

A trachoma kérdését azon nemzet fiainak kell megoldaniok, melyben a trachoma otthonos, s e nemes versenyben nekünk egy lépéssel sem szabad visszamaradnunk.

Jilek és *Krisztics* kartársaimnak legutóbbi irányú cikkét tehát ezen közös cél jegyében a legmele-

* *Lénárt Z.*: Orvosi Hetilap 1920, 3. sz.

gebben méltánylom. Legyen szabad azonban néhány körülményre szíves figyelmüket felhívnom. Az egyik *Steiner* svájci szemorvossal folytatott discussiómra vonatkozik. *Steiner* ugyanis az általam a trachomával kapcsolatba hozott és somatikus degeneratív stigmákkal, neuropathiával stb.-vel járó ú. n. veleszületett constitutionalis lymphatismust a serophulosissal cserélte fel, illetve ezzel azonosította, s ennek alapján figyelemzetet arra, hogy a serophulosissal, illetve lymphatismus Svájcban gyakori, trachoma mégsem fordul elő, Jávában pedig serophulosissal, illetve lymphatismus nincs (mert a tropusi nap hatása ezt megakadályozza), a trachoma mégis nagyon elterjedt.

Ami pedig az adenoid vegetatiók kérdését illeti, ezekről az 1922. évi magyar szemorvoscongressuson részletesen referáltam, s *Aschikaga*, *Millet*, *Angelucci* ily irányú statisztikáit megélőzttem. Hogy az adenoid vegetatiókra vonatkozó részletes hírlapi közlésém akkor elmaradt, annak egyedüli oka a több oldalról jövő, s óvatosságot ajánló megjegyzés volt. Legyen szabad tehát utólag *akkori* előadásom erre vonatkozó passusát szösz szerint közölnöm:

„A trachomások ezirányú vizsgálatait igyekeztem, s igyekszem most is a leg gondosabban végezni, azonban a határt a kóros és a nemkóros közt élesen megvonni sokszor rendkívül nehéz, s ez érthető is, mert eltekintve a subjectív megítélés nehézségeitől, objective maga a lymphatismus — azaz a lymphelemek megszaporodása a közép mértéken túl — egy kvantitatív fogalom, ahol a kvantitatív viszonyok minden kornak megfelelően mások és mások. Számolnunk kell továbbá azon körülménnyel is, hogy az úgynevezett constitutionalis lymphatismuson kívül van egy úgynevezett secundaer, vagyis reactiv lymphatismus, mely, ha valamely kérdéssel kapcsolatban a constitutionalis lymphatismust akarjuk hangoztatni, a veleszületett lymphatismustól eo ipso megkülönböztetendő és elhatárolandó. Más jelentősége van ugyanis az idült infectiók által hyperplastikussá vált manduláknak vagy megnagyobbodott mirigyeknek, mint a tisztán constitutionalis alapú mirigy- és nyiroktüszőmegnagyobbodásnak.

A klinikai elhatárolást *Wiesel*, a szövettani differentialediagnosist pedig *Bartel* és *Stein* kísérlik meg.

Wiesel például azt mondja, míg a nyaki és peripheriás mirigyek megnagyobbodása sok betegségnél status lymphaticus nélkül is kimutatható, addig a nyelvgyöki tüszők (*Zungenbälge*, *tonsilla lingualis*) abnormis nagysága (köles és nagyobb) a constitutionalis lymphatismusnak fontos támpontja, továbbá míg a test többi részeinek constitutionalis hyperplastikus mirigyei a pubertáson túl atrophias stadiumban eshetnek, addig a nyelvgyöki tüszők atrophira kevésbé hajlamosak.

Majd vizsgálataim eredményét részletezve, a következőket mondtam: „A trachomások folliculi lingualeseit akképen vizsgáltam, hogy a 15. éven aluliakat számításán kívül hagytam, mert a gyermekkor lymphatismusa klinikailag nem határolható el teljes élességgel.

Tehát a 15-től 30-ig terjedő korban a trachomások 70%-ánál találtam részben kölesnyi, részben annál nagyobb nyelvgyöki folliculusokat, míg a 30-ik életéven túl az esetek 50%-ában. A nyaki mirigyek és lágyszájpad tonsillái, bár, mint említettem, ezek secundaer módon is meg lehetnek nagyobbodva, a trachomások 70%-nál hyperplasiásak. Hyperplasiásnak mondhatjuk a lágyszájpad tonsilláit, ha azok a bab- vagy eseresznye-nagyságot elérik vagy meghaladják, míg a nyaki mirigyeket, ha azok eseresznye-nagyságúak vagy nagyobbak.

Megjegyezni kívánom, hogy a veleszületett lymphatismussal kapcsolatos nyakmirigyek kemények, ridegek, kevés vértartalmúak.

Ezen százalékaik tehát körülbelül megfeleltek *Millet*, *Angelucci*, *Jilek* és *Krisztics* százalékaiknak.

Végül legyen szabad a trachomások vérképéhez is hozzászólnom. A 2. számú honvéd- és közrendészeti kórházban *Gáspár dr.*, *Palik dr.*, *Pálka dr.* és *Sülle dr.* éveken át vizsgálták trachomás betegeim vérképét, s legutóbbi heidelbergi előadásomhoz *Sülle dr.* 118 húsz éven felüli trachomás egyén vérképéről a következő adatokat szolgáltatta: A leukocyták és lymphocyták számaránya csak 16 esetben volt normalis, míg 102 esetben eltolódást mutatott a lymphocyták javára és pedig 3 esetben 50%-on felüli, 16 esetben 40%-on felüli, 45 esetben 30%-on felüli, s végül 38 esetben 25–30% volt a lymphocyták számaránya. A lymphocytáknak ily magas határán már kifejezett relativ lymphocytosisról beszélhetünk. Ami pedig az eosinophiliát illeti, laboratoriumi munkatársaim 4%-on fölül értéket oly ritkán találtak, hogy ezt dolgozataimban statisztikába nem is foglaltam. Miután úgy *Sgrosso*, mint *Jilek* és *Krisztics* kartársaim a trachomásoknál az eosinophilejtek felső határáról számolni be, legyen szabad legutóbbi 118 esetünkénél az eosinophilejtek arányszámait az alábbiakban közölnöm: 40 esetben 0%, 25 esetben 1%, 17 esetben 2%, 12 esetben 3%, 11 esetben 4%, 6 esetben 5%, 2 esetben 6%, 2 esetben 7%, 1 esetben 8%, 1 esetben 9%, 1 esetben 10%.

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

Az epesavak diuretikus hatása. *F. Lebermann* (D. med. Wochenschr. 2020. old.)

Mikor az epesavaknak a májsejtek secretióját fokozó hatása ismeretessé lett, a kutatók egész sorát foglalkoztatta az a kérdés, hogy milyen hatás várható epesavaktól a vizeletkiválasztás kóros csökkenésekor. A szerző behatóan tanulmányozta, hogy az epesavak miként befolyásolják a vízkiválasztást különböző betegségekben. Vizsgálata tárgyát képezték elsősorban egészséges szívű és veséjű egyének, majd vesebajosok, végül szívbetegek cardialis hydrops-szal. Kísérleteinél két különböző készítményt alkalmazott: a máj- és epehólyagbántalmaknál már régebb idő óta használatos felamin (per os) és az újabban ajánlott decholin, illetve dehydrocholsavas natriumot (intravenásan). Teljesen ép szív és vesék mellett epesavak a diuresist lényegesen nem befolyásolták. Renalis eredetű folyadékretenciónál hasonlóképen kevés hatást látott. Ezzel szemben cardialis oedemáknál a folyadék kiválasztás fokozása szembetűnő volt úgy felamin, mint decholin adására. Egészségeseknél kísérleti célból intravenásan injiciált decholin az első órákban határozottan fokozta a diuresist, míg a per os nyújtott felamin vagy hatástalan bizonyult, vagy csak alig észrevehető változást idézett elő. Decompensált szívbajosok kísérletes diuresisét mindkét epesavkészítmény egyformán kedvezően befolyásolja. Megemlítendő, hogy a dehydrocholsavas natrium elsősorban a vízkiválasztást gyorsítja, a felamin inkább a szilárd anyagok kiküszöbölését látszik elősegíteni. Míg az említett kórképeknél a vizsgált epesavak diuretikus hatása az ureum, vagy diuretin hatásával körülbelül egyenlőnek bizonyult, sőt némely esetben ezekét meghaladta, addig a novasurolénál jóval mögötte marad. Mindkét epesavkészítmény azonban teljesen ártalmatlan, kellemetlen mellékhatásuk alig van. Felamin és decholin mint diureticum indikált cardialis hydropsnál olyan esetekben, mikor a többi szokásos gyógyszer hatástalan, vagy bármely más okból nem alkalmazható. *Preisz R. K. dr.*

Hypophysis-melanophor-reactióról. *Erhardt.* (Münchener med. Wochenschr. 1927, 44. sz.)

A hypophysis-melanophor-reactio abban áll, hogy hypophysis extractum befeeszkendezése után a világosbőrű békák és általában a kétéltűek bőre sötét színt ölt. A reactio lényege az, hogy a bőr melanophor sejtjei, melyek a bőr színét adják, kitágulnak. A hatás a peripherián jön létre, amit az bizonyít, hogy hypophysis-kivonatba áztatott izolált bőrdarabon is megjelenik a reactio.

A hypophysis ezen hatóanyagáról nem tudunk még sokat. Teljesen bizonytalan, hogy a hypophysisnek melyik lebenye termeli, lehetséges, hogy mind a három, valószínű azonban az, hogy a hátsó lebeny nagyobb mennyiségben, mint a többi. Bizonyos róla az, hogy trypsin inaktíválja, állati szén adsorbeálja és hogy igen stabilis anyag, mely charakteristikus hatását még Röntgen-sugár hatására sem veszti el.

Szerző ezen új hypophysis-hatás felismerése nyomán valószínűnek tartja, hogy a terhesek chloasma uterinumának és linea fuscájának létrehozásában, továbbá az állatvilágban gyakori mimikry jelenségének létrehozásában a hypophysis hormonjának van jelentősége. Továbbá azt reméli, hogy ezen új hatás segítségével következtetéseket lehet majd levonni olyan vizsgálatokban, ahol a hypophysis hormon előfordulását más testnedvekben vagy a hypophysis és más szervek között végbemenő folyamatokat kutatják.

Az anyag hatása: 1. specifikus, 1500 más anyaggal igyekeztek ugyanezt a jelenséget létrehozni és egyszer sem sikerült; 2. állandó, 1000 kísérlet közül mind az 1000 adta; 3. érzékeny 10.000 hígítású hypophysis-kivonat még biztosan adja, sőt egy esetben még 1:1 milliárdhoz való hígítás is pozitív eredményt adott.

Klinikai vizsgálatokban ezzel a reactióval vizsgálták a hypophysis hormon előfordulását más testnedvekben és szövetekben. Vérserum negatív eredményt adott, kivéve néhány terhes seruma volt pozitív. Érdekes, hogy a lumbal punctatum mindig negatív volt, ami abból a szempontból fontos, hogy felveszik a hypophysis ineretumának a III. agygyomrocsón át a liquorba való felszívódását. Suboccipitalis punctatum 11 esetből kétszer volt pozitív. Vizelet egyetlen eset kivételével mindig negatív volt. A szöveteket úgy vizsgálták, hogy a vizsgálandó szövetet implantálták békába; a legkülönbözőbb szövetek közül egyedül az eklampsiások placéntája adott több esetben kifejezetten pozitív reactiót.

Kleiner dr.

A synthalin hatásmódjáról. *F. Bertram.* (D. Arch. f. Klin. Med. 158. köt., 76. old.)

A synthalin a diabeteses anyagcsere zavarral könnyebb esetekben eleinte kedvezően hat, hosszabb használat után azonban romlik a betegek állapota. Súlyos esetekben mindjárt kezdetben fokozódik a hyperglycaemia. A synthalin előtt insulinnal kezelt betegeknél a synthalin abbahagyása után több insulinnal volt szükség a szénhydrategyensúly megtartásához, mint az első insulinkúrában. Néhány esetben heves fájdalom támadt a májtájékon, egy beteg pedig öt hónapi synthalinkúra után atrophia hepatis flavában halt meg. A synthalin vércukrot csökkentő hatása a pankreas insulintermelésének fokozása útján jön létre, ez a hatás kellő mennyiségű atropinnal elnyomható. A synthalin tehát izgatja és előbb-utóbb kimeríti a Langerhans-szigeteket, ezenkívül bántalmazza a májat. A synthalin a diabetes kezelésében mellőzendő.

Perémy dr.

Az anaemia pernicioza diatézis kezelése. *Prof. R. Seyderhelm.* (Klin. Wochenschr. 1928, 1. sz.)

Mióta *Minot* és *Murphy* bevezették a májadagolást az anaemia pernicioza terapiájába, új korszak nyílt meg e betegség kutatásában. A két amerikai szerző eddig 105 vérszegénységben szenvedő beteget kezelt máj-életéssel; a kezelés megkezdésekor az összes betegek átlagos erythrocytaszáma 1,5 millió volt; néhány havi kezelés alatt az átlagos vörösvérsejtszám 4,5 millióra emelkedett. A 105 beteg közül egy év leforgása alatt csu-

pán 3 halt meg, és pedig 1 apoplexiában, 1 funicularis myelitásban, 1 pedig autószerencsétlenség következtében. A májadagolás elhagyásakor rendszeren rosszabbodás állt be, de újabb adagolásra az eredmény ismét jelentkezik. *Minot* és *Murphy* átlag napi 200 g májat adnak, enyhén főzve (nem sütvé) és emellett gondot fordítanak arra, hogy a beteg napi 70 g zsírnál többet ne fogyasszon. Sikerült a májból oly kivonatokat előállítani, melyek azonos hatásúak, de magát a hatóanyagot izolálni nem sikerült. Az amerikai szerzők azt hiszik, hogy a máj-életés azért hat jól, mert a máj egy oly anyagot tartalmaz, melyre az emberi szervezetnek feltétlenül szüksége van az erythrocyták stromájának felépítéséhez és amely anyagban a perniciosus beteg szűkölködik. A perniciosus ezek szerint avitaminosis volna. Ez a feltevés ellentétben áll az angol és német szerzők mérgezési teoriájával, mely szerint a béltraktusból felszívódó toxinok okozta haemolysis a betegség oka. A máj-életés gyógyító hatását oly módon lehet összehangba hozni a mérgezési teoriával, ha felvesszük, hogy az anaemia pernicioza egy olyan avitaminosis, melynek egyik tünete, hogy a bélfal átjárhatóvá lesz a bakterium-toxinok számára. A májadagolás által az avitaminosis meggyógyul és így a haemolyzáló toxinok felszívódása megszűnik.

Czoniczzer dr.

Sebészet.

Műtőteremvilágításról. *Drüner.* (D. Z. f. Ch. 205. köt., 3/6. füz.)

Hellernek ezévi sebészcongressuson tartott ilyen tárgyú előadásához akar hozzászólni. A legjobb világítás az üvegfal és széles üvegtetőn átszűrődő diffus napfény, mely 1200–1500 Lux-intensitást ad. Mesterséges világítóberendezés közül az a legjobb, amely ezt a diffus napfényt leginkább megközelíti és emellett a leggazdagabb. Ebből a szempontból nézve, végig megy a különböző leghasználatosabb világítási berendezéseken. A Scielytique-lámpa fényintenzitása bőséges, gazdaságos is, de csak egy pontosan ide beállított síkban ad árnyékmentes világítást, a mütéti seb mélyén egyenesen sötétséget csinál. A lámpa sugárzásának vázlatát könnyen kimutatja, hogy az operateur feje, ha az a középen van, szintén árnyékot ad a mélyben. Ugyanez áll a „Schattenfrei” nevű mütőlámpáról, melynél ezek a hibák még fokozottabbak és azonfelül lényegesen drágább üzemű. Ezeknél sokkal jobb a Zeiss-művek új, nagy mütőasztali lámpája, melynek viszont az a hibája, hogy kitünőségei azonnal megszűnnek, midőn a mütőasztalt fejével lebillentjük. Ezen a bajon csak egy második lámpa segít, mely Trendelenburg-helyzetre van beállítva. Az összes követelményeknek csak a szerző világításberendezése felel meg, melyet annak idején külön közleményben (D. Z. f. Ch. 198. köt., 281. old.) ismertett.

Herresbacher.

Az intraperitonealis, letokolt genygyülemek Röntgendiagnózisához, megvilágítás appendicitis után létrejött sokszoros hasüri tályogképződés diagnostikus és therapiás szempontból érdekes esetével. *Hugo Laurell, Anders, Westerborn.* (Arch. f. kl. Chir. 147.)

A hasüri letokolt tályogok pontos és korai diagnosztizálása igen nehéz feladat, pedig gyakran ettől függ a beteg sorsa. A subphrenicus tályog kivételével a Röntgen-vizsgálatoknak eddig a diagnosztika felállításában igen szerény szerep jutott.

A közölt eset példa arra, hogy milyen értékes szolgálatot tehet hasonló nehéz eseteknél a Röntgen-vizsgálat.

15 éves leánykáról van szó, aki appendicitis kapcsán diffus genyes peritonitisben betegedett meg. Néhány napon belül megszüntek a heves tünetek és világossá vált, hogy a peritonitis elhatárolódott. Dacára a tályogképződésre typosus helyek pontos átvizsgálásának, localisatio nem volt lehetséges. Puffadt has, láz, szapora pulsus és emelkedett fehérvérsejtszám voltak a klinikai tünetek.

Röntgen-vizsgálat alapján a betegség lefolyása alatt, amely több mint három hónapig tartott, hét mütét

kapesán ugyanennyi hasüri letokolt genygyülemet, ill. gázgyülemet sikerült megnyitni. Érdekes, hogy az egyik műtét alkalmával megsértettek egy hasfalhoz tapadt vékonybélkaesot, amely a felhalmozott bélgázok kiengedésével jótékony hatással volt a betegre és később magától zárult. Másik érdekes dolog, hogy a hasüreg felső részében felhalmozott óriási gázgyülem tökéletesen szagtalan volt. Csak a hetedik műtét után javult meg végleg a beteg állapota, esett a leukocytszám, szűnt meg a láz.

Említésre méltó, hogy mindegyik genygyülemet sikerült olyan korai stadiumban Röntgen-vizsgálattal kimutatni, amikor még egyéb vizsgálati módszerek eredményt nem adtak. A Röntgen-vizsgálat a legpontosabban lokalizálta a genygyülemek topographikus elhelyeződését is. Fontos, hogy a felvételek lehetőleg több irányból történjenek és a képek egybevetése teszi csak lehetségessé a hasüri szabad folyadékgyülemek, illetve gázgyülemek elkülönítését a bélben találhatóktól. A bélek nagy gáztartalma megkönnyíti a folyadékgyülemek felismerését, de viszont nagy akadály annak, hogy felismerjük a gáztermelő baktériumok által okozott gáztályogok felismerését. Tévedésekre ad alkalmat összetapadt cseplesztömeg, mesenterialis mirigyconglomeratum.

Segítségünkre szolgálhat *de Quervain* által megállapított helyek ismerete, ahol a genygyülemek létrejönnek.

Jelen esetben nagy fontossággal bír a fehérvérsejtszám állandó meghatározása, amely tájékoztatott a hasüreg genytartalmáról.

Igen érdekes a közölt esetben a pneumoperitoneum kérdése. Kismennyiségű gáz felhalmozódhatott volna a hasüregi bemetszések, illetve a bélsérülés útján, azonban a jelen esetben előforduló nagymennyiségű gáztermelés említett utakon nem jöhetett létre. A kismedencében bűzös gáztályogot nyitottak meg, viszont az epigastriumban nagy, szagtalan gázgyülemet. Itt a peritoneum mindenütt síma, fénylő volt. Valószínűnek tartják a szerzők, hogy ez utóbbi a medencei gáztályogból jött létre, a nagy nyomás alatt lévő gáz a laza letapadásokat szétfejtve haladt felfelé és feltételezik, hogy ezen vándorlása alatt a vérkeringés szagos komponenseitől megtisztította.

Szerzők a legújabb idők irodalmában négy hasonló spontán pneumoperitoneum-esetet találtak. *Freud* ezt a körképet gázperitonitisnek nevezte el. *Novák Ernő*.

Appendicitis traumatica. *Adolf Silberstein.* (Die Medizinische Welt.)

Több esetről számol be, hol az appendicitist trauma előzte meg. Ezen esetekből arra a conclusióra jutott, hogy 1. az acut és chronikus traumaticus appendicitis a legritkább megbetegedések közé tartozik; 2. az appendicitis első tünetei rendszerint munka közben lép fel és így a betegség keletkezése az esetleges traumákkal csak időbeli, nem pedig oki összefüggésben van; 3. a trauma a chronikus appendicitist acut stadiumba hozhatja; 4. gangraenás appendicitisnek a perforációját siettetheti valami külső erőművi behatás, de ez létrejöhet minden trauma nélkül is; 5. trauma az indirect szakítás révén, valamint a környezetbe kiömlött vérnek az organisatiója által okozhat ugyan chronikus appendicitist, de ez a legritkább esetben vezet csak acut gyuladáshoz; 6. végül tompa ütés előidézheti az ép féregnyúlványnak a perforációját éppen úgy, mint más bélrészleteken is.

Matolcsy.

A helybeli infiltrációs érzéstelenítés saját tapasztalatom és módszerem alapján. *A. W. Wisnewsky.* (D. Z. f. Ch. 205. köt., 3/6. füz.)

Miután keserű szemrehányással illeti *Braunt*, ki teljesen háttérbe szorította az infiltrációs érzéstelenítést, a következőképpen írta le az általa bevezetett és használt eljárást. Bőrt, bőralatti kötőszövetet $\frac{1}{2}$ %-os novocainnal (mely oldatnak különben mindenki által rég ismert elkészítési módját újra részletesen leírja) az ejtendő metszés vonalában „pukkadásig” infiltrálja, rögtön

utána átvágja, a kifolyó novocaint kitörli. Ugyanígy a többi réteget mindig egyenként hangsúlyozottan pukkadásig telefecskendi, átvágja, kitörli. Ismét infiltrál, vág és töröl. Ez így megy a műtét végéig. Szerinte a fecskendőnek és a szikének ezt a váltakozását egészen könnyen meg lehet szokni és a műtét idejét nem is nyújtja túl hosszúra, ami szerinte különben mellékes. Az ilyen módon keletkezett szövetsérülésekről nem szól. A hasüregben követett eljárását külön közleményben ismerteti. Az eljáráshoz elhasznált óriási novocainmennyiség (500—600 és több cm³) állítólag nem okoz bajt, mert a fölöslegesét kitörli, egyébként most végeznek kísérleteket $\frac{1}{4}$ %-os oldattal.

Herresbacher.

Urologia.

Vesecarbunculus újabb esete. *Prof. A. W. Smirnow, Woronesch.* (Zeitschr. f. urol. Chir. XXIII. köt., 5—6. füz.)

Régebben közölt vesecarbunculus eseteihez fűz egy újabban észlelt esetet. A 42 éves földműves felvétele előtt súlyos furunculosison ment keresztül, amely nagy fokban legyöngítette. A furunculusból kórházi kezelés alatt kigyógyult. 2 hónap múlva hidegrázások és lázak léptek fel, valamint a jobb lumbalis tájon mindjobban fokozódó fájdalmak. Felvételnél a beteg lázas, mérsékelt leukocytosít (14.400) mutat, a jobb hypochondrium tájékán kifejezett nyomási érzékenységet jelez, melynek punctum maximuma a XII. borda és az egyes hátizomzat közötti szegletnek felel meg. A chromocystoskopiai vizsgálatnál a jobb vese mérsékelt functionalis kiesést mutat, ureterkatheterizmus csupán az egészséges oldalon történt, ott eltérést a rendestől nem mutatott. Az öszvizeletben mérsékelt számú genysejtet talált. Műtétet határozott el. A vesefeltárásnál a zsíros tokban számos gennyel telt üreget talált, a vese convex szélén, a középső és alsó harmad határán, a rostos tok elpusztult, a kéregben körülírt beszűrődést tapintott. Nephrektomia. Az eltávolított vesében $2\frac{1}{2}$ cm nagyságú carbunculust talált, mely a kéregben és részben a veseállományban ült. Szöveti diagnózis: nephritis chronica purulenta interstitialis circumscripta purulenta. Peri et paranephritis purulenta. A genyből staphylococcut tudott kitenyészteni. A sebgyógyulás a nagy fokban leromlott betegnél kissé elhúzódó, de különben tökéletes volt.

Szkatniczky dr.

A prostataphertrophia kezelése intraurethralis elektrokoagulációval. *R. Oppenheimer,* Frankfurt a. M. (Zeitschr. f. urol. Chir. XXIII. köt., 5—6. füz.)

Előbb irrigatiós urethroskoppal áttekinti a hátsó húgyesővet, majd a *Luys*-féle endoskopot vezeti be, a húgyesövet pontosan szárazra törli és a húgyesőbe beugró tumorrészteteket kihegyezett vagy késalakúlag kiképzett elektróddal coagulálja. A hólyagnyakkal határos részletek leégetése után azt tapasztalta, hogy a suprapubicus prostatektomiához hasonlóan, úgy, mint tabes duralisnál, a Schramm-féle tünetnél a cystoskopot kihúzza, az egész hátsó húgyesövet végigtekintetheti. Ilyen esetekben ureterocystoskoppal keresztül vastagabb (11 Ch.) elektróddal a még beálló részleteket elroncsolta.

Eljárását 8 olyan esetben alkalmazta, hol a retentio acut volta miatt a prostatektomia még nem volt indikált vagy a beteg általános rossz állapota a prostatektomia műtétét megakadályozta. Ezek között csak 3 esetben állott fenn tulajdonképpen idült vizeletrekedés és ezeknél jó functionalis eredményt ért el. Az eljárásnak könnyű kivihetősége mellett hátrányai is vannak: a prostatarészletek coagulációja rendkívül fájdalmasnak bizonyult, másrészt a coagulált részletek nekrosisához erős reactiv gyulladás társult, ami súlyos infectio forrásává lehetett. A hólyagpapilloma elektrokoagulációjánál ugyanis mások a viszonyok: a hólyagban a felszívódási viszonyok rosszak, ellenben a hátsó húgyesőből könnyen történik resorptio. Egy esetében a beteg a súlyos fertőzést kiheverte, a másik esetben a beteg az infectiónak áldozatul esett.

Szkatniczky Pál dr.

Az ondózsínór fibrosarkomája. *R. Chwalla*, Wien. (Zeitschr. f. urol. Chir. XXIII. köt., 5—6. füz.)

57 éves beteget a felvétele előtt 4 hét óta a bal herezacskóféiben gyorsan növekedő daganatot vett észre. A tömött, fájdalomtalan, göbös felszínű, diónagyságú tumor a bal mellékhere felett volt tapintható és attól nem volt pontosan elkülöníthető, az ondózsínórral összefolyt; a bőrrel összakapaszkodva ninesen. Műtét: hemicastratio. A praeparatumban két tumort talált, melyeket finom kötőszövetes tok foglalt be, a metszlap finoman rostos szerkezetet mutatott. A tumor széles basissal a tunica vaginalis communison ült és valószínűleg ebből vagy az ondózsínór közti kötőszövetéből indult ki. Herék, mellékhere, ondózsínór épnek bizonyult. Szövettanilag: orsósejtű sarkoma, mérsékelt számú myeloplax-typusú óriássejttel, sok mitosissal. Az ondózsínór sarkomája — mint az ondózsínórtumorsek általában — ritka megbetegedés. Általában lassú növekedést mutat, azonban trauma után hirtelen megnöhet, ezen sajátsága miatt esetleg haematocoele funiculi-val téveszthető össze, amellyel szemben azonban tömöttebb, göbösebb tapintatú, azonkívül észlelés mellett növekedést mutat. Általában az előrehaladottabb életkor megbetegedése, az irodalomból összegyűjtött 17 esetben csupán 3 esetben volt a betegek életkora 50 év alatt. Gyógykezelés: a daganat kiirtása, utólagos Röntgen-beugárzás. *Skotniczky Pál dr.*

Gyermekorvostan.

A gyermekkori chloroleukaemia ismeretéhez. *E. Feer*. (Jahrb. für Kinderheilk. 1927, 116.)

Szerző 18 év alatt 8 esetet észlelt, miből az tűnik ki, hogy e betegség nem annyira ritka, mint azt általában az irodalmi adatok alapján felveszik. Esetei mind fiúkra vonatkoznak, kiknek életkora 4 hó és 9 év között volt. A betegség többször chronikus lefolyást mutatott; a leghosszabb tartam 8 hó volt. Különösen érdekes egyik lassú lefolyású esete, hol kezdetben végtagfájdalmak és izületi duzzanatok uralták a kórképet, míg a később fejlődött koponyachloroma eldöntötte a diagnózist. A koponyadaganat a korábbi vagy későbbi tünetekkel, de minden esetben fellépett. Többször nehéz volt annak az eldöntése, hogy az eset lymphatikus- vagy myeloid-alak-e, azonban szerző néhány esetét biztosan lymphatikus typusú chloroleukaemiának tartja. *Beck Rella dr.*

Az epefesték elszíntelenedésének chemismusa a csecsemőbélben. *H. Schönfeld*. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1927, 116.)

Szerző 80, teljes tehéntejen táplált csecsemőtől származó, kifejezett zsírszappanszéken végzett vizsgálatokat. Megerősíti a régi felfogást, hogy a széklet elszíntelenedésében a bilirubin reductiónak fontos szerepe van, amennyiben a legtöbb székben erős urobilin, illetve urobilinogen reactiót észlelt. A teljesen fehér szék nem mindig bilirubinmentes, hanem gyakran tartalmaz változatlan bilirubint. Utóbbi valószínűleg bilirubincalcium alakjában van jelen, melynek különben is gyenge színét a zsírszappanszék oldhatatlan mézszói elfedik. *Beck Rella dr.*

A diphtheria szaporodása Berlinben. *J. Schwalbe*. (Deutsche med. Wochenschr. 1927, 33, 1395.)

Finkelstein, *Deicher* és *Agulnik* hívták fel a figyelmet az utóbbi időben a diphtheria-esetek, különösen a diphtheria gravis szaporodására Berlinben. Szerző különböző neves gyermekorvosokat kért meg, hogy közöljék vele erre vonatkozó észleleteiket. Míg *Müller*, *Langstein*, *Meyer*, stb. szaporulatot nem tapasztaltak, addig *Seligmann* szerint a szegényebb, sokgyermekes családok által lakott negyedekben nem annyira a diphtheria-esetek száma, mint inkább a diphtheria gravis mutat határozott emelkedést. *Csapó dr.*

A vészes vérszegénység kezelése májjal és besugárzott ergosterinnel (vigantol). *G. Rosenow*. (Klin. Wochenschr. 1927, 33. sz.)

A vészes vérszegénység egyes eseteiben jelentékeny javulást látott a *Minot* és *Murphy* által ajánlott

máj-étrendről, amelyet a következő összeállításban adott: naponta 120—140 g főtt borjú- vagy marhamáj, 120 g sovány marhahús, legalább 300 g főzelék, 250—500 g gyümölcs, 1 tojás, ¼ l tej, tetszés szerinti mennyiségű kenyér, kevés cukor és legfeljebb 70 g zsír. A vigantol használata a javulásra ugyancsak kedvező hatást látsozt gyakorlati. Szerzők fontosnak tartják az ergosterinnel kombinált máj-étrend hatására vonatkozó további utánvizsgálatokat. *Paunz János dr.*

A vörheny kezelése a Behring-Werke által előállított vörheny elleni gyógyszerrel. *A. Meyerdierks*. (Münchener med. Wochenschr. 1927, 36. sz.)

Szerző a brémai fertőző-kórházban 70 esetben alkalmazta a Behring-féle nem koncentrált scarlatinellenes gyógyszerrel, az esetek 77%-ában nagyon jó eredménnyel. Kritikus hőesés, jó közérzet, az exanthema eltűnése 24 óra múlva bekövetkezett. Az esetek 23%-ában nem látott feltűnőbb gyógyhatást, a betegség úgy folyt le, mint a nem oltott scarlatinás betegségeknek. Az utóbetegségek közül lymphadenitis, otitis elég gyakran lépett fel; nephritist nem észlelt, 13 esetben serumexanthemat látott. Eredményei fedik *Lenthe* észleléseit, aki 44 eset közül 80%-ban látott prompt hatást. A serumbetegség elkerülése végett, 47 esetben koncentrált serumot alkalmazott (10 cm³-t), amidőn 94%-ban látott jó eredményt, de tapasztalata szerint, az utóbetegségek kifejlődését nem akadályozta meg. *Csoma Eszter dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Physiologische Chemie. *P. Hári*. III. Ausg.

Ez a harmadik kiadás német nyelven a legnagyobb és legszebb dícsérete a magyar tudománynak és a magyar tudósoknak. Itthon, sajnos, egy kiadása sem fogy el, míg künn, ahol nem ül kathedrán, csak munkáiból, hírből ismerik — mert *Hári* szerény és szegény ember, még congressusokon sem mutatkozik — három kiadása jelenik meg azalatt kitűnő tankönyvnek.

Ez a kiadás az előzőnél 3/4 ívvel bővült, s alig van fejezete, mely lényeges kiegészítésben ne részesült volna. Így a vér fejezete pl. felöleli mindazon új megállapításokat, miket a hydrogenionconcentratio, savbasisegyensúly újabb kutatásának és klinikai jelentőségének köszönhetünk. A belsősecretiós mirigyek és productumaik kutatása terén is a megfeszített munka sok maradandó becsű eredménnyel gazdagította tudásunkat (insulin), de emellett rengeteg, alig áttekinthető és sokszor még egyáltalán nem biztos adatot is halmozott össze. *Hári* szakértő gondnal válogatja ki e chaosból az értékeket, s ami benne van, ahhoz zavar vagy kétely nem fűződhetik, ami egy „tankönyvnek” elsőrangú érdeme. Mesteri módon birkózik meg olyan nehéz feladatokkal, amilyenek a specifikus dynamikus hatás, a compensatio és az isodynamia törvényei. E látzólag egyszerű tételek nehézségei ott derülnek ki, mikor másokkal, pláne kezdőkkel meg akarjuk értetni. *Hári* mestere a világos leegyszerűsítésnek és különösen az utóbbi két törvény megértésére konstruált példái sok pedagógiai érzékre vallanak.

Sajnos, nines modern magyar physiologiai chemiánk, pedig e tudományt a ma orvosa — nemcsak a belgyógyász értem — nem nélkülözheti. Tudatlansága zökkenőin a laboratoriumok nem segítik át. Ha tehát már rászorulunk, vegyük legalább a magyar tudós vezérfonalát kezünkbe — ha német nyelven is.

Vámosy.

Orvos-természettudományi szótár. Írta: *Alexy Emil dr.*, k. törv. orvos, ny. vár. t. főorvos; előszóval ellátta *br. Kéty Károly*. Szerző kiadása. Mai Henrik és fia (Budapest, Múzeum-körút 36) bizományában.

Manninger orvosi neveskönyve kifogytán ez a 189 oldalas, kéthasábos könyv hézagpótló s szigorúan véve mindenkinek szükséges. Mert hányszor nem kapjuk magunkat rajta olvasás vagy egy előadás hallgatása közben, hogy egy-egy idegen szó jelentősége ismeretlen előttünk. Kérdősködni, utána járni sok ember restell: — milyen jó ilyenkor otthon egy neveskönyv, ami még a szó keletkezését is elénk tárja (echinococcus [έχινος, sünn, κόκκος mag]).

A szótár elég bő, de nem túlterjedelmes; legteljesebb orvosi műszavakban, kevésbé botanikaiakban, zoolo-

giaiakban, stb. Ügyetlennek csak nagy alakját tartjuk; az ily könyvnek kisebb formájának, jól kezelhetőnek, bekötöttnek vagy legalább körülvágottnak kellene lenni, hogy azonnal használhassuk. — Örvendünk, hogy egyéb rosszat nem írhatunk róla; — ezen könnyen lehet segíteni.

Vámosy.

A gyakorlóorvos sebészete. 377 oldalon 38 ábrával. *Írta: Pólya Jenő.* (Budapest, 1928. Novák Rudolf és Társa kiadása.)

Sebészetet írni a gyakorlóorvos számára, az óriási anyagból gondosan kiválogatni azt, ami a gyakorlat szempontjából fontos és érdekes, viszont pedig mellőzni mindazt, ami practice kevésbé fontos és az emlékezetet feleslegesen terheli, oly feladat, amire csak nagy-tudású, gazdag tapasztalatú és kiváló gyakorlati érzékelő bíró szakember vállalkozhatik. A közkézen forgó tankönyvek legnagyobb része már terjedelménél fogva sem felelhet meg az említett követelményeknek. Annál nagyobb örömmel állapíthatjuk meg, hogy a szerzőnek előttünk fekvő műve e nehéz feladatot sikeresen oldotta meg és oly könyvet adott a gyakorlóorvos kezébe, mely azt a mindennapi életben fölmerülő összes sebészi vonatkozású kérdésekben biztosan tájékoztatja. *Pólya* e munkája lényegében azon orvosi továbbképző előadások bővített átdolgozása, melyeket szerző Szent István-kórházi osztályán tartott s melyek folytatolagos közlemények alakjában a „Therapia“ 1926–27-i évfolyamában jelentek meg.

Didaktikus szempontból helyeselhető, hogy szerző az előadási formát könyvében is megtartotta, amint-hogy az egész munkát előnyösen jellemzi a szerzőnek minden doctrinairól szárazságtól mentes közvetlen és színes, gyakorlati példákkal tarkított és itt-ott humorral is fűszerezett előadási modora.

A munka nem rendszeres sebészi tankönyv, bár 13 szabadon összeállított fejezetében körülbelül mindenre kiterjedezkedik, ami a sebészetet a gyakorlóorvosnál valamelyes vonatkozásba hozza. Az asepsis és érzéstelenítés kérdéseitől kiindulva végighalad a sérülések, genyedések, tuberculosis és rák sebészetén, míg a következő fejezetekben a hasúri, húgyszervi és a belsőelválasztású szervek sebészeti betegségei nyerne kimerítő tárgyalást. A szerző gyakorlati érzékére vall, hogy nem igen bocsátkozik a gyakorlóorvost különben is csak kevésbé érdeklő aetiologiai és pathogenetikai kérdések tárgyalásába, hanem a főszólyt mindenütt a klinikai kórképek pontos jellemzésére, a diagnostikus momentumok kidomborítására, valamint a műtéti javallatok helyes felállítására helyezi. E tekintetben kivételt csak a kitűnően megírt rákfejezet képez, ami azonban inkább a mű érdeméül tudható be, mert a rákprobléma ma oly általános érdekű, hogy az idevonatkozó kísérleti búvárlatok legfontosabb eredményeit minden gyakorlóorvosnak ismernie kell. A műtéti technikával is csak ott foglalkozik részletesebben, ahol kisebb, a gyakorlóorvosnak is hozzáférhető operatív beavatkozásokról (punctio, panaritiumkezelés, mastitis stb.) van szó, de annál több helyet szentel a betegvizsgálati technika, valamint a különböző diagnostikai eljárások leírásának, nem feledkezve meg az újabb fontos vizsgálati módszerek egyikéről sem (Röntgen, myelographia, functionalis vesevizsgálat stb.). A könyv legsikerültebb részének a rákfejezetben kívül a sürgős hasmetszések javallatairól, valamint az idült hasi betegségek műtéti javallatairól szóló fejezetek tekintendők, melyek a szerző gazdag egyéni tapasztalatairól és kiforrott, minden túlzást kerülő sebészi gondolkodásmódjáról tesznek tanuságot. Általában kellemes benyomást tesz az a higgadt és óvatos álláspont, melyet a műtéti indicatciók felállításában, különösen egyes újabb, nagy hangon veszélytelennek és hatásosnak kürtölt eljárásokkal szemben elfoglal. (Epilepsiaműtétek, sympathicus-sebészet, varixok injectiós kezelése stb.)

Ha egyáltalában szabad *Pólya* e sikerült munkájában valamit kifogásolni, úgy ez csak külsőségekre, és pedig elsősorban olyan idegen szavak túlságos használatára vonatkozhatik, melyeket könnyen lehetne megfelelő jó magyar szavakkal helyettesíteni.

Egy második kifogásunk az idegen szakkifejezések különös orthographiájára ellen irányul. Amennyire helyeselnél tudjuk azt, hogy közhasználatú, a magyar nyelvbe mintegy már beleolvadt idegen szavak, mint pl. typhus, diagnózis, operáció, stb. hangzásuk szerint irassanak, annyira groteszkül hat az ilyesmi, hogy; drenázs (drainage), oszteomielitisz, aszcitesis (ascites) stb. Nem hisszük, hogy az ilyen orthographia, mely túl-

tesz a fonetikus helyesírás legfanatikusabb hívein is, sok követőre találjon.

Mindezek azonban csak apró szépséghibák, melyeken egy következő kiadásban könnyen lehet segíteni. A lényeges az, hogy *Pólya* könyvében hasznos és értékes munkát nyertünk, melyet nemcsak a gyakorlóorvos, de a képzett sebész is élvezettel és haszonnal forgathat s így annak minél szélesebb körben való elterjedésére biztosan számíthatunk.

Mulko.

Belgyógyászati speciális vizsgálati módszerek eredményeinek értelmezése. Táblázatos útmutató a gyakorló orvos számára. — *Báron Gyula és Lax Henrik.* — Novák Rudolf és Társa, Budapest, 1928, 87 oldal.

E kis könyvecske célja az, hogy tájékoztassa a gyakorló orvosokat arról, vajjon egy betegség gyanúja esetén milyen laboratoriumi vizsgálatokra van szükségük, másrészt útmutatással szolgáljon arra nézve, hogy a vizsgálatok eredménye miképpen értékesíthető a diagnózis felállításában. Bizonyos, hogy közkedvelt lesz, mert ez az egyetlen forgalomban lévő hasonló munka, s amellet rövid és összeállításra ügyes. De éppen e lézgapótló voltánál fogva kívánatos volna, hogy hibái kiküszöböltessenek és a második kiadás ezek nélkül jelenjék meg. Kötelességem e hibák közül néhányra rámutatnom. Egyik hibája a rövidség kedvéért történt túlságos sematizálás; a táblázatok „jelentőség“-rovatában 6 standard kifejezéssel mindent kifejezni lehetetlen. Nephrosiban pl. a „normalis“ vérnyomás a diagnosist nem „támogathatja“, mert normalis lelet egy betegséget természetesen nem támogat, ám érthetővé válik a vélemény, ha hozzáfűzzük, hogy „nephritissel szemben“. Az egyes betegségek beosztásában pl. helytelen acut és chronikus nephritist, illetőleg glomerulonephritist egy kalap alá venni, mert a vizsgálatok eredménye ezeknél más és más lehet. De van néhány téves megállapítás is. Anaemia perniciosaiban az erythrocyták resistenciája nem csökken; viszont normalis gyomor-tartalom mai felfogásunk szerint ezt a betegséget kizárja. Ikterus haemolytikus urobilinuria nélkül nincsen. Bronchiektasiás köpetben rugalmas rost nincsen, mert ha van, akkor tüdőtályogról van szó. Viszont ez utóbbi köpete szintén bűzös. Ha endocarditis lentában a vérből kitenyészett streptococcus bizonyít, miért ne bizonyítana ugyanez az endocarditis septicaiban is? Febris recurrens véreben a lázas szak alatt mindig van spirillum; ha a lelet negatív, úgy a hiba a vizsgálatban, vagy a diagnosiban van. Fokozott maradék-nitrogentartalom a vérben gócos nephritist ellen szól — diffusál szemben — nem pedig támogat. Nephrosiban kicsiny vörösvértest és Hgl érték a hydraemia miatt igen gyakori; 5-5 milliónál nagyobb érték tehát nem „támogathat“; a vörösvérkép vizsgálata itt inkább diagnostikai jelentőséggel nem bír stb. Ezen tévedésekhez még néhány hiányt is szeretnék hozzáfűzni: Hiányzik a táblázatokból anaemia perniciosaiban a vörösvértest volumenmérés (fontos!); ez a táblázat egyébként is alig nyújt valamit. Hiányzik a bél-tuberculosis egyik korai tünete, az anaemia (*Naegeli*, Wiessbaden), az endocarditis septica leukocytosis, a tüdőechinococcus köpetéből a gyakori és legjellemzőbb chitinhártya, a carcinomas próbareggeliből a gyakori vér stb. A Röntgen vizsgálatokkal foglalkozó rész bőséges, véleményeiben helyenkint kissé óvatos. Bizonyos az, hogy ha a hibák alapos átdolgozás után ki fognak korrigáltak, akkor a könyvecske értékes darabja lesz könyvpiacunknak és annak az orvosok kitűnő hasznát fogják venni.

Boros J., egy. m.-tanár.

A Kir. Orvosegyesület január 28-i ülése.

Bemutató:

Baló József: *Fermenthatással magyarítható kórfolyamatok.* A zsírbontó enzimek a szövetek és nedvek normalis alkotórészei, mégis termelésükben és kiválasztásukban előforduló rendellenességek kóros elváltozásokat okozhatnak. A szervezetre káros zsírbontó fermenteket termelhetnek a szervezetbe jutó bakteriumok. A bakteriumok némelyike *Kraay* és *Wolff* szerint oly fermentet termel, ami esetenként csak a neutralis zsírokat, mások a lecithint, vagy mindkettőt bontja. Bemutató a bakteriumok zsírbontó fermentjének hatását két esettel szemlélteti. Egyik esetben 45 éves nő, akit köldöksérvi miatt operáltak, a műtét után 39 napra halt

meg. A kövér egyén hasfalának nagy, genyedő haránt-sében zöld lepedék volt található, amelyből *b. pyocyaneus* és *staphylococcus albus* volt kitenyészthető. A bórálatti zsírszövetben testszerte elhalások voltak találhatóak, s ezenkívül endocarditis ulcerosa volt észlelhető. Mivel *Eijkman* szerint faggyú táptalajon a *pyocyaneus* törzs lipolytikus fermentumait sikerült kimutatni, s a pankreas ép volt, felteszi, hogy a *b. pyocyaneus*nak a hassebből felszívódó zsírbontó fermentje okozta testszerte a kövér nő bórálatti zsírszövetének bomlását. A másik esetben, amelynek klinikai észleléséről *Sarbo* professor lesz szíves beszámolni, 39 éves férfi boncolásakor a heges kéthegyű billentyűn frissebb endocarditis ulcerosát és a jobb tüdőcsúcban hörgőtágulatot talált. A gerincevelében emboliás vagy lobos elváltozások teljes hiánya mellett szövettanilag oly elváltozások voltak kimutathatók, amelyek az anaemia perniciosának gerincevelő megbetegedéséhez hasonlóak. A fekélyes szívbillentyűről és a bronchiectasiás cavernából *staphylococcus aureus* volt kitenyészthető, amelynek lipolytikus enzimtermelő tulajdonsága ismeretes. Felteszi, hogy ez esetben a ferment a gerincevelő idegállományát körülírt helyeken kioldotta.

Sarbo Artúr: A második esetet osztályán észlelték. A klinikai képből megemlítésre méltó a betegség kezdete, mely egy hónappal felvétele előtt a lábokban mutatkozó zsibbadásban és az alsó végtagok gyengeségében mutatkozott. Az egy év előtt lezajlott art. centr. retinae emboliája folytán a látótér alsó fele kiesett. Idegrendszeri objectív tünetként kifejezett ataxia a lábokban, petyhüdt térdtünetek, Romberg-tünet volt észlelhető. Vérérdényei részéről kartünet, koppanó aorta, hasi aortalüktetés volt jelen. Ez alapon korai arteriosklerosisra összefüggő gerincgyági véredényelváltozáson alapuló folyamatot tételünk fel. Luesnek semmi jele sem volt. Három hó után az addig láztalan beteg hirtelen vérköpés kíséretében belázosodott és rövidesen exiált. A sectio endocarditist és az egyik tüdőcsúcban bronchiectasiát derített ki. A gerincevelőben a leírt gócos elváltozások főleg a hátsó kötegekben véredény és gerincgyághártya megbetegedésének tünetei nélkül, mutatkoztak. Az endocarditishöz és bronchiectasiához kitenyészített *staphylococcus aureus* termelte lipolytikus fermenthatásának tulajdonítja *Baló* a gerincevelő elváltozásokat. E felfogást hozzászóló is osztja s azt hiszi, hogy a jövőben ez irányban folytatott kutatások még sok új felvilágosítást fognak hozni. Klinikailag kiemelendő az a sajátos combinatio, mely abban áll, hogy a subjectív zsibbadás érzése mellett végtaggyengülés és ataxia észlelhető, érzésszavar, izomsorvadás nélkül. Ugyanezt a tünetcsoportot látjuk a sklerosis multiplex bekezdő szakában, amelyben szintén gerincevelő foltos megbetegedés van jelen. Hozzászóló felhívja a figyelmet arra, hogy a jelen esetben a hátsó kötegekben volt a gócos elváltozás túlnyomó része észlelhető, ez azon felvételt engedi meg, miszerint a betegség kezdetén és egész lefolyása alatt mutatkozó subjectív tünet: a zsibbadásos érzés ezen hátsó kötegekbeni folyamat következménye, szóval úgy, mint annak idején *Edinger* felvette, hogy létezik központi eredetű fájdalom (thalamus fájdalom), a mi esetünkben központi, gerincgyági eredetű paraesthesiaiokról beszélhetünk. Felemlíti hozzászóló, hogy utóbbi időben mind gyakrabban észlelünk fertőzéses alapon fellépő gerincgyági és agyi tüneteket mutató eseteket, melyeknek hátterét minden valószínűség szerint valamely filtrálható vírus okozza. Anginák, latens geny-gócok, melyeket egy influenza mobilizál, lehetnek ezen agy- és gerincgyágtalmaknak kiindulásai; ezen bántalmak egy részére újabb kutatások azt mutatták ki, hogy a pathológiás folyamat a gyöki hegekben zajlik le — külsőleg a polyneuritis képét látjuk. Ily esetekben a nyirokutakon át történő fertőzésre gondolhatunk. A jövő kutatásai a jelzett irányokban fognak mozogni és hozzászóló azt hiszi, hogy a *Baló*-féle feltevés, lipolytikus ferment pathogenetikus szerepét illetőleg beigazolást fog nyerni.

Előadások:

1. Hetényi István: *A vér fehérjeképeinek meghatározása és jelentősége az orvosi gyakorlatban.* Két egyszerű eljárás segítségével a gyakorlat számára elegendő pontossággal lehet tájékozódni a vér fehérjeképeiről. A vörösvérsejtsedimentatio, mint azt quantitative meghatározásai mutatták, az albumin fibrinogen-quotientstől függ. Az értékekből egy görbét szerkesztett, melyből a sedimentatiós időknél megfelelő quotiens leolvasható. A globulinok mennyiségéről a formaldehyd

gelatinálás ad felvilágosítást. Az endocarditis simplex, lenta és septica között a vérfehérjekép alapján differentialdiagnostikus megkülönböztetéseket lehet tenni. Az elsőnél mérsékelt fibrinogen- és globulinemelkedés, a másodikra mérsékelt fibrinogen és nagyfokú globulinemelkedés, a harmadikra pedig az izolált nagyfokú fibrinogenemelkedés a jellemző. Tüdőtuberculosisnál a globulinok megszaporodása klinikailag a kronicitást és jobbindulatúságot, anatómiailag pedig az inkább cirrhotikus jellegű mutatja, míg a fibrinogenszaporulat a floriditas kifejezője. A máj parenchymás megbetegedéseinek a globulinok az esetek súlyosságával párhuzamosan emelkednek. A vérfehérjekép elsősorban olyan biológiai ingadozásokat jelez, melyek elsősorban a reticulo-endothelialis-rendszert érintik. A vérfehérjekép és a haemogram gyakran együtt haladnak, máskor pedig egymást kiegészíthetik.

2. Gerlóczy Géza: *Klinikai és kísérleti adatok cholesterolin- és lecithinnel.* (Megjelenik egész terjedelmében az Orvosi Hetilapban.)

Február 4-i ülése.

Bemutatók:

1. Berger István: *a) Egyszerű eljárás minimalis fehérjemennyiségek gyors mérésére* (liquorban stb.). Egyszerűen meghatározhatjuk a fehérjét a testnedvekben úgy, hogy az illető oldatból lemért mennyiséget csepegtetünk 10%-os sulfosalicylsav oldatba, amikor egyenletes zavarodás áll elő. A sulfosalicylsav oldat 2 cm³-ét esiszolt, laposfenekű kémcsőbe töltjük és az oldatból annyit adunk hozzá, hogy a fehérjetartalom 0.05–0.0 mg között legyen (szükség esetén hígítjuk az oldatot). Ezután egy másik, ugyanilyen méretű csőbe, szintén 2 cm³-es sulfosalicylsav oldathoz pontosan ismert koncentrációjú fehérjeoldatból addig csepegtetünk, míg a zavarosság foka egyenlő lesz. A zavarosságokat úgy mérjük össze, hogy vagy valami írásra helyezük a csőveket, vagy sokkal pontosabb és kényelmesebb, ha az általam konstruált eszközbe. (Az eszközt a Ver. Fabriken für Lab. Bed. hozza majd forgalomba.) Sikerült pontos és jól eltartható fehérjeoldatot készítenem, de pontosan lemért, friss caseinoldat is használható a meghatározáshoz. Az eljárás főleg a liquordiagnostikában hézagpótló. Lehetségessé teszi a normalis liquor diagnosis, valamint a fehérjetartalom csökkenésének megállapítását is. Használható ez eljárás a vizeletfehérje, valamint a vérplasma vagy vérsérum fehérjetartalmának mérésére is. Megmérhetjük az egyes fehérjefraksiókat külön-külön is, akár a liquorban, akár a plasmában.

2. Horváth László: *Tüdőgangraenával szövődött „agranulocytosis” gyógyult esete.* (Nem küldte be.)

3. Okolicsányi-Kuthy Dezső: *Karyonmal kezelt gümőkór esetek.* 10 beteget mutat be, kiknél karyontherapia végeztetett: Kennon—Norton-féle basalis tuberculosis pneumonia. 35 éves férfi, 39 C° láz. Subcut. M. és iv. R.-kezelésre defervescencia 5 hét alatt + 10, igen nagy objectív javulás. Peribronchitis, erős toxemia, absolut anorexia 10 sub. cut. F.-re a magas láz leesik. farkasétvágy. Kétszeri láz exacerbatiót egy-egy 0.5 R. i. v. prompt. leküzd. Antitoxikus hatás e friss esetben. Egy hónapja kiint dolgozik (intellectuell) + 12 kg 18 éves férfi igazolt tuberculosos meningismus. Az első i. v. R.-infectio szinte antitoxikusan hat (39.6, 38.0 C°). Cephalikus hányás enged. További i. v. R. adagokra fél 40 ig a többi tünetek is engednek. Egy hónap után a beteg euphoriás, felkel, 26 éves férfi, pulsus stadium I. ulcus a gége hátsó falán, Hosszabb i. v. F. + R. aa., majd R. therapia mellett a fekély begyógyult, a hang visszavért. 37 éves férfi, két oldali appetit, haemo. infiltrált hangszalagok. Ismételt i. v. F. + R. aa., majd R. therapia mellett hangját visszanyeri; tüdeje megjavul, legújabb gégelelet (Safranek) hangszalagok úgyszólván normalisak, functiozavar nincs. 55 éves férfi, 1/2 év előtt mindkét valódi és álhangszalagján exulceratio beszűkítés. Electrocauterisatio. 14 hét alatt 13 i. v. R.-infectio (1–10). Általános reactio kiesinyek (37.9 C°) közeledő positiv energia + 9 kg. A hang már 2 hónap után javult. Fél év után a fekélyesedés begyógyult (Safranek). 21 éves férfi gonitistuberculosis + tuberculosisverrucosa cutis. Fixáló gipszkötésben a térd szúró fájdalmai miatt. Járn alig tud. Az első i. v. R.-infectio, mely rövid rázóhideget vált ki, a fájdalommasságot prompt megszünteti („elvágyja”). A szemölcsös bőrtuberculosis 3 hónap alatt nagyobb részében heg nélkül elgyógyult. 34 éves férfi. Bal veséjét *Ilyés* tanár úr klinikáján tbc. renis miatt kivették. Bemutató osztályára a klinika általános specifi-

kus kezelés céljából küldte, nagyfokú ulceratív hólyag-tuberculosisal. Vizelet csaknem tiszta geny. Pulsus elég jó. Intensív R-kezelés. 45 nap alatt 10 R-injectio. 4 subcut., 6 i. v. R. után + 5½ kg vizelet genyre csak gyengén pozitív. További fél év alatt még 17 i. v. R. adag, fel egész 10-ig (közöttük csak kettő okoz általános lázas reakciót: 6-0, 10-0). Műteti sipoly záródott, vizeletben geny csak időnkint nyomokban, vizelet időközök 5 percről közel 2 órára hosszabbodtak + 7 és ½ kg. 44 éves férfi 3 éves „dauererfolg.” 1924 nyarán második stadium tüdőtuberculosis, makacs láz, nagy allergia. Már kis dosis i. v. F. reakciót ad. 2½ havi karyon-therapia után beteg afebrilis. Gafky Ø. Három hónap után +9 kg-mal távozott és ezt mint szobafestő-mester munkálkodva, 3¼ év óta megtartotta. Nem reidivált, pulnomba aktivitási jelenség nincs. 33 éves férfi 1½ éve tartó eredmény. Két év előtt bemutatott osztályán régen tartó subfebrilitással pulno stadium 1 és egy peri proctalis fistulával került, mely háromszori műtét után is kiújult. A fistula hetenkint 2 subcut. F. injectio (1-0) alkalmazására begyógyult, 1½ év óta nem újult ki. A makacs subfebrilis egyetlen adag 0-1 F. R. aa intravenás injectiója után afebrilitásnak adott helyet, mely erős kereskedői tevékenység mellett is 1½ éve tart.

Safranek János: A bemutatott osztályán karyonnal kezelt és gégecomplicatiójuk miatt hozzászóló vezetése alatt álló gégegümőkóros osztályon vizsgált és rendszeres ellenőrzés alatt állott betegek egy részén — mind a három bemutatott esetben is — a gégetükri kép változása alapján az immunbiológiai erőviszony jobbrafordulására lehetett következtetni. Nevezetesen az exsudatív jelenségek háttérbe lépését és a productiv szöveti elváltozások túlsúlyba jutását lehetett megállapítani: a perifocalis, illetve collateralis oedema visszafejlődését a fekélyeken élénk sarjadzást s utóbb ezek behamosódását. Különösen szembeszökő volt a productus jellegű elváltozások proliferációjára az egyik esetben, melyben a gümösgóc környezetének erős gyulladós reakciója hatalmas kötőszövet burjánzása és tumorszerű képződményre vezetett, majd hónapok múltán az utóbbi elapadását, elsímulását lehetett észlelni. Észleleteiből meszesemenő következtetések levonására nem érzi magát feljogosítva, azt azonban indokoltan látja, hogy az ártalmatlannak látszó szer hatása extrapulmonaris tuberculosisos és különösen gégegümőkór eseteiben figyelemmel kísértessek, mert úgy látszik, hogy a karyonnal kezelt esetekben a tuberculosis spontán gyógyulásának képei gyorsabban játszódnak le.

Okolicsányi-Kuthy Dezső (zárszó): Köszöni Safranek tanár hozzászólását. Az ő észleletei teljesen egybehangzó Schröder és Deist felfogásával, kik a karyonhatást a góc fokozott leépítésében és a kötőszövettermelés serkentésében látják. Symptomatice pedig a karyon az étvágy és alvás javításával robolál, amit Wesseli- és Hayek-klinikán súlyos gégecasusokban is tapasztalt.

Előadás:

Rejtő Sándor: *A sinus cavernosus thrombosisáról.* A sinus cavernosus thrombosisa egyrészt az orr és az arc fertőzései következtében fordul elő, másrészt a fül genyes megbetegedései szövődményeképpen. Sebészileg hozzá nem férhető, minden esetben halálos megbetegedés. Újabban néhány eset szerepel az irodalomban, amelyek a cavernosus thrombosis tüneteivel léptek fel és gyógyultak. Ezek kapcsán előadó azt a kérdést veti fel, hogy vajjon van-e ilyen hasonló tüneteket okozó megbetegedés és milyen alapon léphet fel? A sinus cavernosus thrombosisát jellemző tünetek létrejövését vizsgálva, anatómiai alapon magyarázza meg ezeket s arra a végső conclusióra jut, hogy az erysipelas és a meningitis serosa okozhatnak hasonló tüneteket, amelyek megfelelő kezelésre gyógyulhatnak.

Pauz Márk: *A nasalis sinus cavernosus thrombosis három esetét volt alkalma észlelni.* A kórkép jellemző tünete: a rohamosan fejlődő lobos protrusio bulbi, chemosis, retinalis vérzésekkel és súlyos septikus tünetekkel. A protrusio kezdetben félooldali, de csakhamar áterjedt a másik szemre is. Mind a három eset rohamosan fejlődő meningitis tünete között halt meg. Két esetben műtét is végeztek (a rostacsont üregek megnyitása) eredménytelenül. A rhinoskoposvizsgálat az egyik esetben idült iköbli genyedést, a másik esetben a hátsó rostacsont üregek heveny gyulladását állapította meg. Az első esetben a boncolás is megerősítette az iköbli genyedés által okozott sinus cavernosus thrombosisát. A másik két esetben boncolás nem végez-

tetett. A prognosis infaust, de a lassabban fejlődő esetekben a rostacsontüregek és az iköböl az orbita felől megnyithatók és megkísérélhető volna a sinus cavernosus megközelítése és kitakarítása is.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület otológiai szakosztályának január 26-i ülése.

1. Kerekes György: *Otogen staphylococcus-sepsis két gyógyult esete.*

a) 14 éves fiú 3 hét előtt tonsillitisben, majd szövődményes otitisben megbetegedett. Paracentesisre néhány napos fülfolyás után látszólag teljes gyógyulás állt be. Felvétele előtt 3 nappal újra megbetegedett. Hidegrázása, intermittáló láza volt. Otoskopiai kép a bal fülben igen kisfokú lobtüneteket mutat. Paracentesisre kevés híg váladék ürül. További 2 nap után láztalan. A vérben és genyben staphylococcus volt kimutatható.

b) 17 éves férfi. 3 hó előtt 3 napon át folyt bal füle. Most 4 nap óta fáj a bal füle. Napok óta folyik. Kétszer volt hidegrázása. Acut otitisnek megfelelő otoskopiai kép. Paracentesisre elég bő genyes folyás indul meg. Csecsenyűjtvány kissé érzékeny. Még 3 napon át septikus hőmenet, majd spontan gyógyulás. Vérben és genyben staphylococcus albus volt kimutatható.

2. Wagner Károly: *Újabb három sinusthrombosis eset.* Az Új Szent János kórház fülészeti anyagából 3 sinus thrombosis mutat be. Az első esetben az acut otitishez csatlakozott sinusthrombosis sebészileg megoldható volt, szemben a másik két idült esettel, ahol a műtét eredményét megsemmisítette a kisagyátályog, illetve a fellépő agyhártyalob.

Krepuska István: A bemutatott kisagyátályog makroszkopos külleme eltér a megszokott képtől, úgyhogy szöveti vizsgálat elvégzését ajánlja.

Neubauer: A sinusthrombosis utáni gyógyult esetek nem tartoznak a ritkaságok közé, míg a sinusthrombosis folytán fejlődött meningitis gyógyult esetei már ritkábbak. Két ilyen esetről kíván beszámolni. Az egyik 4 éves leánykát meningitis minden tünetével hozták a Bródy kórházba. Csekély fülfolyás. Anthrotomia és sinusfeltárás. Sinus transversusból 3 cm hosszú thrombus távolítottak el. Műtét után a meningitis tünete visszafejlődtek. Gyermekek ma teljesen láztalan. A másik 16 éves leánykát miliaris tuberculosis és typhus gyanújával hozták a kórházba. 6 hét előtt paracentesis. Bal mastoidealis tájék érzékeny. Műtét előtt aphasia és jobboldali halmiplegia. Anthrotomia és sinusműtét. A meningealis tünetek ma 6 napra jórészt visszafejlődtek. Reméli, hogy legközelebb mindkettőt gyógyultan mutathatja be.

3. Mészöly Ödön: *Halántéklebenyi otogen agyátályogot mutat be,* mely 2 év óta fennálló cholesteatomás középfülgenyedéshez társult. 36-8-38 C° között változó hőmérséklet mellett az érverés száma 90 és 120 között ingadozott. Időnként beálló eszméletlenségen és hányáson kívül csupán heves fejfájás volt jelen. Góctünetek teljesen hiányoztak. A behozatal napján végzett radicalis műtét alkalmával a teljesen épek látszó tegment két nap múltán abscessus cerebri feltételezésével eltávolítva kiürült a halántéklebeny kb. kismányi tályogja, mely az oldalsó agykamrával közlekedett és genyes meningitist előidézve exitushoz vezetett. A kórboncnok nézete szerint a tályog kb. négy hét óta fejlődhetett.

4. Rejtő Sándor: *Sinusthrombosis nélküli fülvedetű általános fertőzés két esete.* Az otogen sepsis és pyaemia leggyakrabban sinusthrombosis következtében lépnek fel. Még nem is oly régen tagadták egyesek, hogy otogen általános fertőzés előfordulhatna a nagyerek megbetegedése nélkül. Ma a klinikai megfigyelések és a boncolások eredményei egyaránt bizonyítják ennek lehetőségét. Ennek a ritkább kórképnek illusztrálására, ami úgy a specialistát, mint a gyakorló orvost egyaránt érdekli, két esetét közli: Első esetében a 41 éves férfi-beteg kéthetes otitissal véteztet fel, izületi áttételei már megvoltak, s a műtét a mastoiditisen kívül nem mutatott fel köros elváltozást. Műtét után a lázmenet gyorsan javult. Az izületekben híg geny volt, melyből streptococcusok voltak kitenyészthetők. Második esetében egy 18 éves leány ötnapos otitissal szerepel, akinél nephritis és bokaizületi genyedés lépett fel ép sinus mellett. Láza a fül és a bokaizület megoperálása után még 3 hétig tovább tartottak, de ma már 3 napja láztalan.

5. **Rejtő Sándor**, a szakosztály elnöke bejelenti, hogy az 1928 július 29—augusztus 1-ig Kopenhágában tartandó első nemzetközi oto-rhino-laryngologiai congressusra a magyar fülészeti szakosztály tagjait is meghívták. Kéri, hogy a tagok minél nagyobb számban vegyenek részt az előjelek szerint e nagyszabásúnak ígérkező congressuson. A magyar előkészítőbizottság elnökévé **Krepuska Géza**, alelnökévé **Rejtő Sándor**, titkárává pedig **Krepuska István** választott meg.

A Magy. Urológiai Társaság jan. 30-i ülése.

Bemutatók:

1. **Dózsa Jenő**: *Vese lövészi sérülése*. A lövésnek bemeneti nyílása jobboldalt, hátul, közvetlenül az utolsó borda alatt, a gerincoszloptól tenyérnyi távolságra volt. A lövedék a proc. xyphoidtól jobbra, a bőr alatt érezhető. A lövészi csatorna iránya, a haematuria- és peritonealis tünetek vese- és hasüregi sérülésekre utaltak. Chromocystoskopia után laparotómiai úton feltárás, a nagyobb veseedények sérülése miatt nephrektomia a colon sérülésének (4 perforációs hely) ellátása, az 5 mm átmérőjű golyó extractiója. A kivett vese elülső felszínén, a domborulat közepétől az alsó pólus-hoz haladó, 6 cm hosszú, 2½ cm-re tatóngó és ugyanilyen mély zúzott seb. A colon sérüléséből fejlődött diffus peritonitis következtében exitus.

2. **Adler-Rácz Antal**: a) *Szokatlanul nagy traumás hydronephrosis*. 18 éves fibeteg lóról leesett a jobb oldalára. Utána vesetáji fájdalmi és négy napig tartó erős vérvizelése volt. Időnkint megisméllődő, de fájdalom nélküli vérvizelései voltak. Hét hó múlva a beteg általános állapota fokozatos romlást mutatott és hőemelkedések léptek fel. A vizsgálatnál jobboldalt a máj felső határa a IV. bordánál kezdődve, innen lefelé s hasra folytatódó és köldökig, illetve crista ileiig terjedő tompulat és tömött resistentia volt észlelhető. Vizelet véres. A jobb vese működése nagy kiesést, a pyelographia szögletbe tört és vakon végződő uretert mutatott. A súlyos hasi tünetek és collapsus miatt sürgősen végzett műtéténél 9 liter véres folyadékot tartalmazó, heges falú, 26 cm hosszú, 19 cm széles és 16 cm vastag hydronephrosist távolított el előzetes punctio után, lumbalis úton. A beteg a műtétet jól kiállotta és gyógyultán hagyta el a klinikát.

b) *Ureterkövel elzárt vesegümőkór*. A 43 éves nőbeteg többször kiújuló hólyaghurut, véres, zavaros vizelet és rohamos testsúlycsökkenés miatt került vizsgálatra. Kétoldali tüdőcsúcsurut mellett a hólyagban gyöngyűs fényben levő gümős folyamatot talált; a jobb vese nem működött, azt egy hüvelyk felől tapintható és Röntgennel is kimutatható apró kő zárta el. A műtéttel eltávolított vese előrehaladott gümős roncsolást mutatott.

Picker Rezső: Egy régebben észlelt és már bővebben ismertett esetről emlékszik meg, melyben a sérülés mechanizmusa hasonló volt. A vese az ureterről leszakadt és a Röntgen-képen emberfőnyí, meszes héjú tumor töltötte ki a jobb hasfalat.

Sirovicza Mihály: 51 éves férfibetegről referál, ki vérvizelés kíséretében apró köveket ürített. Jobboldali vesét, illetőleg az uretert lezártak találta. Nephrektomia (*Rihmer* tanár). Az eltávolított vese tele volt gümőkkel, a kehelyben kis diónyi beékelt foszphatkó volt, melyet kémiai összetétel alapján secundaer kőnek tekintett.

3. **Illyés Géza**: *Veseresectio-esetek*. Három esetet mutat be, hol genyes vizelet miatt végzett cystoskopos vizsgálatnál kiderült, hogy a hólyagban egyik oldalon két ureternyílás látszik egymás mellett. Pyelographiánál látható volt, hogy az egyik oldalon kettős vesemedence s végig kettős ureter volt jelen. A functiós vesevizsgálatnál az egyik iníciált vesemedencének megfelelő veseresz elpusztultnak mutatkozott. Műtéténél mind a három esetben sikerült a kóros vesefélben levő edényeket izoláltan lekötni s ezen vesefelet medencéjével az ureterével együtt resekálni. Ilyen veseresectio feltétele az, hogy a megfelelő vesemedence-, illetve parenchymarésznek külön vérellátása legyen, mert így ennek lekötésével sikerül ezen elpusztult vesefelet az ép veseszövet határáig egészben eltávolítani s ilyenkor helyesebb, ha a műtétet heminephrektomiának nevezük, ami radicalis, de egyszersmind conservatív is.

Előadás:

4. **Huth Tivadar és Mayer F. Kolos**: *A vörösvértestsüllyedés klinikai jelentősége, különös tekintettel az urológiai sebész megbetegedésekre*. A vörösvértestsüllyedés mibenlétét, a teoriákat és a szerepet játszó factorok ismertetése után a prostata és hólyag malignus tumorai, az ureter és vesekövek, pyonephrosis, vesetuberculosisnál nyert magas Westergren-értékeket magyarázza. Vizsgálataiban arra a következtetésre jut, hogy a vesestructióval arányosan emelkedik az SR középértéke, az 50-en felüli esetek rossz prognosizúak, a vérsavónak emelkedése és a SR középértékének emelkedése közt egyenes arányosság van. A kóros eseteknél a középérték a normalisnak 5—10-szerese.

b) *A vörösvérsejtsüllyedés viselkedése a prostata hypertrophiáknál*. Vizsgálataiban azt találta, hogy accidentalis betegségek, residuum, áll., eth. a süllyedésre befolyással nincs. Általában az értékek normalisak, magas értéket csak az infaust, illetőleg a rossz vesefunctióval bíró eseteknél talált.

Mansfeld Ottó: Öt év előtt kipróbálta a vörösvértestsüllyedés klinikai jelentőségét a gynaekológiában, abból a célból, hogy a gyulladási elváltozások, jó- és rosszindulatú daganatok elkülöníthetők-e ezen eljárással. Az utóbbi években tett tapasztalatai szerint az eredmények kevésbé értékesíthetők, mert a vörösvértestsüllyedés túlzékeny reactio, melyet túlságosan sok tényező befolyásol. Az értékek nagy óvatossággal a többi tünet és vizsgálati módszer mellett értékesíthetők.

Mayer F. Kolos (zárszó): A vörösvértestsüllyedés a más urológiai vizsgálmódszerrel mellett jól használható diagnostikus segédmódszer.

A Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályának január 27-i ülése.

Előadás:

Haba Antal: *Halálos végződésű sajátvér-visszaömléses eset*. (Egész terjedelmében közlésre kerül.)

Földes Lajos: Úgy véli, hogy az elmondott esetben nem teljesen tisztázott a halál oka. Elég gyakran találkozunk oly esetekkel is, hol hatalmas anaemia mellett végzett műtét után a beteg gyorsan összeszedi magát, pulsus megjavul, mégis pár óra múltán acut szívgyengeség tünetei között meghal. Úgy látszik, a szervezet fokozódó igényeinek a leromlott szív később már nem tud eleget tenni. Viszont volt hozzászólónak esete, hol a kivérzés oly súlyos volt, hogy az ájulás miatt narcosis nélkül operált, mégis meggyógyult a beteg, jelölve annak, hogy ma még nem tudjuk tudományosan megokolni, miért bírja ki az egyik szív a hatalmas vérzést, s a másik nem.

Fekete Sándor: Az esetet a leírás után toxicosisnak tartja. A mérgező anyag eredetét illetőleg rámutat arra, hogy már a vérmegalvadásnál amintermészettü anyagok szabadulnak fel, amelyeknek hatása sokban hasonlít az adrenalinéhoz. Másrészt a vér autolytikus bomlása a polypeptidekhez, peptonokhoz vezet, amelyeknek mérgező hatása ismeretes. Lehetséges, hogy az autolysis folytán keletkező valamelyik intermediaer-termék hozta létre ebben az esetben a haemolysist.

Singer Hugó: Kérde bemutatót, hogy vajjon olyan esetekben, amidőn a rupturát esetleges subfebrilitással járó rohamok előzték meg, az autoinfusív föltétlenül contraindicált-e? **Bacciulli** (Firenze) ötvenhét ilyen esetben a szabad hasüri vért a hőemelkedés dacára bakteriologicie teljesen sterilnek találta. Mik tehát a kriteriumok a vér átömlészettségére nézve, ha már rohamok mentek előre?

Balogh Ernő (mint vendég): **Baker**, londoni prosector egyik esetét ismerteti: A vérátömlészettség után legelső klinikai tünetként haemoglobinuria jelentkezett. A beteg azután még napokig életben maradt. A Mc. Intosh laboratoriumában végzett vizsgálatok kiderítették, hogy a „blood urea” oly rendkívüli magasra szökött fel, ami a legsúlyosabb vesesufficienciák alkalmával található értéket is többszörösen és messzemenően túlhaladta. A kórszövettani vizsgálattal a vesék egyenes csatornáiban haemoglobin cylindereket mutattak ki, a kanyargós csövek és a glomerulusok épek voltak. Úgy látszik tehát, hogy adott esetekben a vér vegyi vizsgálata után olyan adat birtokába juthatunk, ami a vérátömlészettség után beálló halálnak az okát közelebről megfogha-

többá teheti, mint egyedül a haemolysis előtérbe állított jelensége.

Rusznay István: Haemolyzált vér állatkísérletben intravenás injeciálva azonnali halált okoz. Ajánlatosnak tartja, hogy a saját vér intravenás infusio előtt haemolysisre megvizsgáltsék.

Tóth István: Singer kérdésére a következőket feleli: a belső vérzéssel beszállított nők nemcsak nem lázasak, de subnormalis a hőmérsékletük. Ezért tehát szóba sem jöhet, hogy lázas, egyének vérént öntjük vissza. Földes megjegyzésére az a válasza, hogy az előadott esetben szó sincs infectioról, hanem az egész tünetesport tiszta képe az intoxicationnak, haemolysisnek. Hogy ezt elkerüljük, a jövőben meg kell fogadni Rusznay tanácsát, hogy a saját vér visszaömlését előtti is vizsgáljuk meg a visszaöntendő vért haemolysisre.

Liebmann István: *Mozgófényképek bemutatása a szülészeti-nőgyógyászat köréből.*

Bemutatja a klinika újonnan beszerzett mozgófénykép készülékét és a tanterem elsötétítésére szerkesztett egyszerű berendezést. Ezután az Universal Film Actiengesellschaft Berlin és a Bundes-Film Actiengesellschaft Wien szülészeti (physiologia és pathologia) és nőgyógyászati filmfelvételeit mutatja be.

Előadó zárószava: Földesnek azt válaszolja, amit már előadásában is hangsúlyozott, hogy a tünetek toxikus alapon létrejött haemolysisre mutattak. A veseelváltozások ezen fellevezését csak megerősítették. Hogy ilyen rövid idő alatt is létrejöhet súlyos veseelváltozás, ismert tény. Singernek Tóth tanár hozzászólásában már válaszolt. Előadó lázas esetekben soha nem végezte el az átömlést. A heveny esetekben láz nincsen, ellenkezőleg subnormalis a hőmérséklet.

Az esetet azért hozta a Szakosztály elé, hogy vele demonstrálja azt, hogy a sajátvér-átömlésnél sem mindig elegendő a vér egyszerű megsemmisítése. Rusznay említette vizsgálatot a jövőben elvégzendőnek tartja, hogy hasonló esetek elő ne forduljanak.

Az Élet- és Kórtani szakosztály jan. 24-i ülése.

1. **Némái József:** „Adatok az énekhang physiologiájáról”. (Kézirat nem érkezett be.)

2. **Surányi Gyula:** „Chemiai folyamatok hőtermelése az izomban. Meyerhof Ottóval együtt Berlin-Dahlemben izomból kivont glykolytikus fermenttel végeztettek mikrocalorimetriás mérések, melyek azon chemiai folyamatok hőtermelésére terjedtek ki, amelyek összehúzódkor mint anaerob. és energiatermelő reakciók az izomban végbemennek. Az izomösszehúzó-dással egybekötött melegtermelés a calorimetriás mérések eredményeivel teljesen megmagyarázható, egyrészt a glykogénnek tejsavra való szétesése (grammonként 176 cal.), valamint a kreatinphosphorsavnak kreatinná és phosphorsavvá való hasadásával (1 g felszabaduló phosphorsavra 150 cal.), másrészt az e reakciók folyamán felszaporodó hydrogenionoknak a fehérjével való közömbösítési hőjével (1 g tejsavra 80 cal.). A glykolyticus egyes phasisainak vizsgálata azt mutatja, hogy a glykogénnek phosphorsavval való elsztereződése valódi hőtermeléssel nem jár s az eszter felbomlása tejsavra és phosphorsavra a tulajdonképeni hőtermelő folyamat. A vizsgálatok eredményeképpen az izomban lefolyó energiatermelő chemiai folyamatok ismerete kiegészítésre nem szorul.

ORVOSTÖRTÉNELMI JEGYZETEK

A boszorkányok gyógyító és rontó kuruzslásairól.

Írta: *Bálint Nagy István dr.* (Makó.)

(Első közlemény.)

Ha a XVII. század nem is annyira, de már a XVIII. az orvosi felvilágosodás kora. És mégis, míg a tudományos életben örök időkre szóló felfedezések történnek, — *Harvey Vilmos* felfedezi a nagy vérkört (1619), *Malpighi Marcel* a hajszálereket és a vörösvérsejteket (1665), *G. Morgagni* megalapozza a mai kórbonctant

(1760), *Boerhaave Hermann* a klinikai orvoslást (1714), *Van Swieten* a közegészségtant (1742) stb; — addig az egész Európában, de különösen a művelt nyugaton felüti fejét az emberiség legszégényteljesebb tömegőrülete: a boszorkányok üldözése. Sok százezer ártatlan gyanúsított leli tűzhalálát, csak Magyarországon 1565—1756-ig az eddigi kutatások szerint 554 boszorkányt fognak perbe, kik közül 169 máglyára került, míg a többit halálra sanyargatták, vízbe ölték, lefejezték vagy agyonkövezték.¹

A boszorkányságban való hit ősidőktől fogva megvan és az egész földön el volt és részben még ma is el van terjedve. Amit a vallás nem tud megmagyarázni, azt természetfeletti erők létezésével igyekeznek megértetni; amit a kor tudósa nem tud megfejtetni, azt a mysticismus ködébe burkolja. Ezekben a századokban a mysticismus uralkodik úgy az orvosi, mint a népies gyógytudományban. A kor szelleme teremti meg a tudomány sarlatánjait, valamint a bővülő-bájoló, oldó, kötő, rontó, vesztő, gyógyító, fenyegetéseikkel jámborokra kárt hozó tudósasszonyokat: a boszorkányokat. A nép ezeket keresi fel betegségeivel, de kénytelen is erre, hiszen még az 1780-as években is azt írja *Störck Antal* báró, *Rácz Sámuel* „királyi consiliarius, medicinae doctor, és Pesten physiologiát tanító professor“ által 1801-ben magyarra fordított *Orvosi Praxis*ében: „Sokat fáradoztak ugyan, a' költségnek sem kedveztek, hogy jó rendelések által a' Majom-Orvosokat kiirthassák, a Nép' egészségét megtarthassák és hiv, 's jól megpróbált Orvosokra bizhassák, de ezek többnyire tsak a' nagy Városokban mulatoznak“. Hát még hogy állhatott az egészségügy a régebbi időkben, midőn az elszórtan élő falusi és kisvárosi lakosság nagyobb részét csak a javasasszonyt, vagy mint az egykori jegyzőkönyvek mondják, „orvosasszonyt“ kereste fel betegségeivel. Így az akadémikus képzettségű, kisszámú orvosi rend mellett polgári és katonai sebészek, chirurgusok, borbélyok és kuruzslók látták el az egészségügyet. Legnagyobb keletjük volt a kuruzslóknak, mert hiszen a néphit szerint, de még a tudományos életben is talált ez a nézet szószólókra: hogy a betegségeket rossz lelkek, daemonok okozzák, ezeknek pedig legjobb ösmerőjük a boszorkányok, kik minden rosszal, még az ördögökkel is összeköttetésben állanak és a betegségeket okozó szellemeket az emberből ki-be tudják űzni.

Csalók, önmagukat és embertársaikat ámitó szélhámosok, beteg idegzetű, nagyobb részét bábák voltak ezek, kik ma a klinikák elmeosztályán találnák meg méltó helyüket. És hogy milyen sokáig tartották felszínen magukat, mi sem mutatja jobban, hogy még a felvilágosodott XIX. században is jelennek meg figyelemreméltó munkák, melyek a boszorkányok létezését cáfolják. *Pucz Antal* orvos 1820-ban magyarra fordítja *Rieger Pál* József „német birodalmi vitéz, ő ts. kir. ap. feleségének udvari tanácsosa, 's az egyházi törvénynek közönséges 's rendes tanítója“-nak *Értekezés Az Ördögösségről* című deák nyelven írt könyvét, melyben síkraszáll e balhiedelem ellen. Ő előtte ugyan jó régen küzdött *Thomas Christian* lipcsei, majd hallei jogász a kínzások és boszorkányperek ellen (1655—1728), nálunk *Méliusz Juhász* Péter, de egyedül *Weyer* Johan német orvosnak sikerült rövid időre felfüggeszteni a kivégzéseket (1516—1588), azért rövid időre, mert magára haragítván a papságot, e legnagyobb hatalom visszaállította az embertelen kínzásokat.² Az üldözéseket az

¹ *Komáromy Andor:* Magyarországi boszorkányperek oklevéltára, 1910.

² *Rieger—Pucz* idézett könyvében az ördögösség elleni írókról ezeket jegyzi fel: „A' XVI. századnak ele-

egyház indította meg. 1484-ben VIII. Ince pápa elrendeli a boszorkányok viselt dolgainak kivizsgálását, bullájával megindítja e századok legszégységesebb pöreinek, kegyetlenkedéseinek lavináját. Két domikánus, Heinrich *Institoris* és Jakob *Sprenger* 1486-ban rendszerbe foglalják a peres ügyekben való eljárást, az egész Európát elárasztják a boszorkányüldözések hivatalos kódexével, a *Malleus Maleficarum*al (boszorkánykalapács), mely kedvenc erotikus olvasmánya a kor olvasni tudó embereinek. Különben az erotikának nagy szerepe van a boszorkányüldözésekben.³

Hazánkban a törökök kivonulása után indulnak meg a boszorkánypererek. *Kolonics* bíbornok a nagy-szombati egyetem útján ránk erőszakolja a német *Carpzovius Praxis Criminalis*át, mely megállapítja a boszorkányok kárt okozó tulajdonságait: „tudatosan az ördöghöz fordulnak, magukat nekik átadják vagy velük fajtalankodnak (1687)“. Azonban az üldözések nálunk soha olyan nagyarányúak nem voltak, mint külföldön, mégis nagyon sok ártatlan áldozatul esett. A ránk maradt vallatási jegyzőkönyvek, vármegyei, városi és pallosjoggal bíró úriszékek ítéletei szolgáltatják többek között az értékes adatokat a boszorkányok gyógyító tudományának felderítéséhez, mely eddig kellőleg méltányolva nem volt. Igaz ugyan, hogy ezek a „nemes asszonyok, orvosasszonyok, titkos orvosok“, mint ahogy a jegyzőkönyvek őket nevezik, semmiféle tudományos képzettséggel nem bírtak, gyógyító eljárásuk a természetes gyógyerők alkalmazása és a kórokozó hatalmak — daemonok — kiengesztelése volt, mégis sok értékes orvostörténelmi adatot szolgáltatnak, mert hiszen a gyógyszerek igazi értékévé csak akkor válnak, amikor hatásukat vagy hatástalanságukat ösmerjük. Az ősi mult babonáiból, elzüllött akadémikusok értelmetlen tudományából, anyáik, nagyanyáik tapasztalataiból merítették tudásukat. Nagyon sokat ártottak a közegészségügynek, ha ugyan lehetett abban az időben erről beszélni, nagyon sok szerencsétlent kergettek a sírba, sok nyomorultat nyomorítottak meg még jobban, de talán néha, ha nem is gyógymóddal, hanem pszichikus hatással, gyakorlatból tapasztalattá fejlődött csontrakásukkal, szüleseknél való hatásos közreműködésükkel érdemeket is szereztek maguknak. Nagyon sok szélhámós akadt köztük, aminek legfőbb oka a könnyű megélhetés volt. 1726-ból, a biharmegyei Ártánd községből, az előljárástól által foganatosított tanukihallgatásból maradt ránk ez az adat: „Valami Keresztesi lányoknak mondotta volna a Sallai Erzsók leánya, hogy: lakjál velünk te, megtanítunk a boszorkány-ságra, mert jó élet az, élélhetsz azután“.⁴ Nagyon féltek azonban a perektől, sokszor megtagadták a gyógyítást, „mert a tyúk is kikaparná“ vagy „én csinálnék förödött, de ha csinállok, engemet összetörnek“.⁵ Abban az időben is megvolt a betegeknek az a ma is meglevő jó tulajdonsága, hogy csak addig becsülték a baját orvoslót, míg betegek voltak, mikor már a betegség fájdalma kipárolgott agyukból, a fizetést vagy letagadták, vagy csak részben adták meg, vagy feljelentették a kuruzslót, ami a legegyszerűbb volt.

A kuruzslókat, vagy nevezzük boszorkányokat, különös képességekkel ruházták fel. Értettek a megbabonázáshoz, megigézéshez (fascinatio), szemfényvesztéshez, szemmel veréshez, kenéshez, simogatáshoz, ráolvasáshoz (incantatio), agyondicséréshez, jóvendüléshez, jósláshoz, méregkeveréshez, szerelmi italok készítéséhez, zápor, jégeső előidézéséhez és rendelkeztek a daemonok hatalmával: ronthatnak és gyógyíthatnak. (Mayer Ferenc Kolos az O. H. 1925, 38. sz., 914. old. közli *Sprenger* után a daemonok képességeit.) Ránk ezek a rontások és gyógyítások tartoznak, valamint azoknak a gyógymódoknak és gyógyszereknek felsorolása, melyek által betegeiket megrontották és a rontásból meggyógyították.

A periratokban legsűrűbben *növényi gyógyszerek* fordulnak elő.⁶ *Mélius Juhász* Péter: *Herbariumának* (1578), *Pécsi Lukács*: *Keresztyén szüzeknek tisztességes koszorúja avagy Lelki füvesketjének* (1591) és *Bejthe András*: *Füveskönyvének* (1595). hagyományai⁷ ezek, kik maguk sem voltak orvosok, hanem teológusok, kik a szöszékről éppen úgy, mint híveik, között terjesztették a növények gyógyító tulajdonságait, amit a teljesen műveletlen köznép sokszor elferdítve alkalmazott. Népies közmondás, hogy „Isten fűben és fában hagyta az orvosságot“.⁸ Ósrégi a gyógyászatban, *Galenus* már az ókorban alkalmazta a növényeket a gyógyításra, de a modern gyógyszerian is sokat átvett ezen nagy tapasztalatokon alapuló gyógymódokból.⁹ Legelterjedtebb gyógyfüveik: a méhanyafű, anyafű, eredeti leírás szerint „vörös-színű gyökér, alacsony fűvű, Pesten eleget árulnak. Mátra mögött terem. Savanyú vízben, mi szintén a Mátra mögött vagy on, fürdőt csinálva, méhbaj ellen való“, vagy „méhanya-

⁴ *Komáromy* i. m. 372. old.

⁵ *Komáromy* i. m. 164. old.

⁶ A növények neveinek írásánál a periratokban levő eredeti elnevezést és írásmódot használom, zárójelben a latin nevüket. A növénytani nevek megállapítását *Magyary-Kossa* Gyula utasítása szerint a következő szótárak segítségével végeztem: *Szarvas-Simonyi*: Magyar nyelvtörténeti szótár, *Szinyei*: Magyar tájszótár, *Zolnai-Szamota*: Magyar oklevélszótár, majd *Magyary-Kossa* Gyula: A hazai gyógynövények hatása és orvosi használata, *Darvas* Ferenc: Hazai gyógynövényeink ismertetése.

⁷ Lásd *d. Daday* A.: Növény dermatoterapiánk a XVI. században. *Bőrgyógy. Urológiai és Venerológiai Szemle*. V. évf., 10. sz.

⁸ E népies közmondást *Doktor Kiss József* jegyezte fel először Sopronban 1796-ban, magyar nyelven megjelent „Egészséget Tárgyazó Katechismus“-ában. 103. oldal.

⁹ *Dragendorf*: Die Heilpflanzen der versch. Völker und Zeiten című munkájában 11790 virágos és 915 virágatlan gyógynövényt említ.

füvet minden ember tart lábájában, méhnyavalya ellen kötésre való, ötujjú fünek is hívják" (Matricaria Chamomilla).¹⁰ Boszorkánynyomás ellen igen jó a basarósa (Paeonia officinalis), torokbaj ellen a borostyán (Glechoma hederacea, nádráfú) vagy ganéval együtt fürdőknek elkészítve a veres szederjék (Rubus idaeus). Sok betegséget gyógyít a bürük penete (Marrubium vulgare), lábtörés, lábsebek ellen igen jó a cinadónia (Chelidonium majus), a kerek nátra (Glechoma hederacea) és a vradiacsfü (Tanacetum vulgare). Gyermekrontás ellen a Mátrában termő csokorfű (csukrosfű, székfű, Matricaria Chamomilla) vagy tisztessfü (Stachys recta), esörgőfű — esörög, mikor leszakítják — (Hypericum perforatum), valamint kakastarjéfű (Celosia cristata), ezerjófű (Erythraea Centaureum), dicsemetfű (Veronica officinalis) és földönfutó borostyán való, Rontás ellen javalt a széles menta (Mentha piperita), homorogyóker (Veratrum album) vagy fodormenta (Mentha crispa) juhvajjal és juhaggyúval összefőzve. Fáradság ellen kiváló az ezerjófű fürdő, utána cickafark (Achillea millefolium), lóháj és juhásírból készített kenőccsel lekenyekedni. Cypros (tömjén-Pimpinella saxifraga), herbaea pores (Portulaca sativa levele), útifű (Plantago lanceolata), gyükbek (nád) összetörve és fürdőknek elkészítve fokozza a potenciát. Fejbajok ellen farkasalma (Aristolochia clematitis), szederjén, édes lapú (Arctium Lappa), saláta; „nyálás fonál ganéjlás“ ellen akasztófa alól szedett fehér szederje; kéz, orr megbetegedése ellen a Mátrában szedett kacorfű;¹¹ zsugor ellen homorogyóker levele való. Ugyanennek porát, ha orrba, szájba fujják, a beteg „meggerbül és veressedik“.

Petrezselyemgyökér igen hasznos „huddozás, ha elakad és fonál ganéjlás ellen“. Hólyaghúzásra a hólyagfű (?), sebek, rándulás, ficamodás ellen őszike virágos füve (Colchicum autumnale), valamint tormalevélfürdő való. Rontás ellen hangyabojba vert katangkóro (Cichorium Intybus); gyomorfájás ellen ragáncos nevű füveske (Galium aparine), citromfű (Melissa officinalis); vesztés ellen földönfutó borostyán és ostorménfa (Viburnum lautana) való. Megrontott csöcs orvossága a szép asszonyok füve (Lepidium draba, sása, száza, szépítőfű) vagy „szökefű“ (?) — hátul sárga virágja vagyon —, megforrázzák s fekete nadályfüvel megtörik és édes tejben megfőzik és összetörve ráteszik a csecsre“. Tüzes nyavalya (láz) ellen ökörfarkúfű (Verbascum thapsus) való, mely kigyómarás ellen is jó. Hasfájás ellenszere a testrázófű, tonistra (?), valamint citromfű. Bolondítófű a nagyfű (Atropa Belladonna). „Nagyfüvet — mint az tormának olyan nagy levele vagyon — meg kell főzni és zsírban kell tenni és azzal köll kenni, hogy elme ereje elveszen.“ Lábesont kiesés, csömör ellen kertifű (Salvia officinalis) való. Ha férfi magját elveszti, lestyán, levestyik, libistök (Levesticum officinale) visszaadja. Bárkinék biztos elpusztítására a „sicsány nevű giz-gaz“ való.¹² Ugyancsak mérgezésre való a bürök (Conium maculatum) és az útifű (semmi esetre sem lehet Plantago lanceolatum, hanem Arnica montana).

¹⁰ Komáromy i. m. 419. és 685. old. *Magyar-Kossa* i. m. 185. old.

¹¹ Kacorfű, kacurfű, csipdelkésfű, fűrészes levelű növény, talán *Taraxacum officinale*. *Szinnyei*: Tájékozótár-jában kacérfünek is olvasható, de ilyen néven az említett régi füveskönyvekben sem található.

¹² Sicsány nem giz-gaz, hanem szublimát (szicsán). A délszlávoktól került hozzánk e szó, melyet délvideki népünk még ma is használ (*Magyar-Kossa*). Szeged város 1726. ápr. 5-i határozata: „Statutum Mercurius vagy Sricsánt ki ád, minden néven nevezendő jószágát elveszti“. *Kovács* i. m. *Ethnographia*, X. évf., 41. old.

Állandó alkatrészei a füvek fürdőknek, kenőcsöknek, melyeket mindenféle nyavalya ellen használnak. A füveket babonás napokon, leginkább pénteken, éjjel vagy hajnalban kell gyűjteni, bizonyos mormolás, varázsige mondása közben. Idegeneknek nem szabad ezt látni, különben nincs hatása a belőle kotyvasztott orvosságnak. Ezeket az orvosságokat kötelességük volt a betegek rendelkezésére bocsájtani, legalább is ezt ők így képzelték be. A szegedi boszorkányperekben vallja Giliczó Jánosné: „Valamint világi tisztékben, hivatalyokban meg kell felelni, úgy ő is hite szerint, mivel arra esküdött meg, kénytelenített fűben, fában, falevéiben mind az többi babonáskodni“.¹³ Az elkészítési módjuk különböző volt. Ezt egymástól tanulgatták, mert míg a varázslás „csak a főbbeknek, a bentfenteseknek a kincse, addig az apraját mindeniknek kellett tudni“. Különböző vidékekről eredő periratokban különböző módokról olvashatunk, de a lényeg ugyanaz. A füveket vagy megszáritották és összetörve használták kenőcsalkatrészül, vagy hájba, vajba törték, pogácsába sütötték, tejbe, borba öntötték, fürdőknek elkészítették vagy gőzölésre használták, „gőzére ülni árnyékszékül“, vagy forrázatban. A főzésnek is megvolt a maga babonás előírása. Csakis új fazékban volt szabad ezt csinálni, melyet nagyobb részt maguknál is felejtettek. Pincében, keresztúton, éjszaka kotyvasztották össze az italokat, nehogy valaki olesón eltanulja ezt a nemes mesterséget, melyért különben drága pénzt követeltek. Egy-két akó bor, egy-két véka búza, 6–10 forint volt a tandíj, vagy pedig átragadt arra, akire a haldokló boszorkány kívánta. Szanda Kata¹⁴ makói boszorkány periratában található: „ha ő meghalt volna, az urára hadta volna, ha csak az kezét adta volna oda is, reá ragadott volna“. Rózsa Dániel vallja: „halála óráján a ki elsőben megfogta volna a kezét, arra hadta volna az ördögösségeket“.¹⁵

A gyógykezelésért jobban megfizettették magukat, mint az akadémikus orvosok. Akár csak ma! A periratokban olvashatjuk: egy leány megvesztése 40 pénz, gyermek kezelése rontás ellen 25 pénz, 70 fűből irat főzött egyéves gyermek kitekeredésének (ficam) helyretételéért 2 pengő, de egy és félre lealkudták. Elnyomrodott gyermek gyógyításáért 4 gyertyát, 4 polturát, kenyeret kért esetenként, máskor 3 forintot, melyet rögtön ki kellett fizetni (!). Kötés feloldozásáért 3 forint, egy eszma; majd máshol fehér kenyér, 20 forint, 4 gyertya, egy új bogrács bűbájosságok főzésére; egy másik esetben 2 új fazék, 4 poltura, 4 kenyér, gyertya és egy fűre (személyre) való patyolat. 1718-ban Szabó Kata, ki „részes és parázna asszony“ volt, egy debreceni ember leányának meggyógyításáért 9 máriást kért, mely abban az időben egy tehénnek volt az ára. A gyógyítás ebből állott: „hozatván egy iteze bort, felét kiiván belőle, bele hűgyozott, a leánnyal meg-itatta“.¹⁶ 1726-os biharmegyei perirat szerint Balás Gáborné 36 gyógyításért 15 máriást követelt, de csak

¹³ *Kovács János*: A kuruzslás és varázsolás eszközei a szegedi boszorkányperekben, *Ethnographia*, IX—X. évfolyam.

¹⁴ *Arva János*: Boszorkányperek Csanád vármegyében, 1927.

¹⁵ *Fassio Danielis Rósa*, titkos levéltár Szeged, II/137. sz. Rózsa Dániel 82 éves, Szeged leggazdagabb és legtekintélyesebb polgárainak egyike volt. 1719-ben 52 forint adót fizetett s ő volt a legnagyobb adófizetők egyike. 1712. évi pozsonyi országgyűlésen a város egyik követé, 1714-ben három hónapig hivatalosan Bécsben tartózkodik, hol „az úri alkalmatosságokat“ igen megszerzte. Volt főbírója és főkapitánya is Szegednek. V. ö. *Reizner*: Szeged története. I. k., 349. old.

¹⁶ *Komáromy* i. m. 282. old.

14-et kapott.¹⁷ Kisleány arcán rút fekély gyógyításáért 1 köböl búzát, 4 sustákat is elkértek. Láthatjuk ezekből, hogy nem is volt olyan rossz foglalkozás a boszorkányság, ha a feljelentéstől való örökös rettegés nem kísértet volna. Amikor 1756-ban a boszorkányégetéseket hazánkban megszüntették, találunk még pereket, melyekben már nem keresik a boszorkányoknak az ördögökkel való szövetségét és nem ruházzák fel őket földöntúli hatalommal, hanem tisztán varázslással, kuruzslással vádolják őket. Úgy látszik, abban az időben is volt nyoma már a kuruzslás üldözésének.

Nagyon sok adatot találunk ezekben a periratokban a múlt századokban szokásos és a népnél nagy becsben álló gyógymódokról. A gyógyítás a kötés feloldozása és a rontás gyógykezelése volt, mert a néphit szerint minden betegséget a daemonokkal cimboráló boszorkányok okoznak és hiába gyógykezelik ezeket más, mert „csakis annak a keze által nyerheti vissza erejét, egészségét, aki megrontotta őt“.

A növényeken és ezek gyökerein kívül keresett gyógymódjuk: a lekenés (masszírozás), melyhez a kenőcsöt különböző állati zsírokból készítették, sokszor növényi alkatrészekkel keverték. Egy ilyen receptforma: „Döglött tehén maroknyi tejét önts össze borral, megtúrósodik, ezt a beteg nyakába kell kötni“. Igen elterjedt gyógyír: báránnyaggyú, kékkő, kevés avas zsír és háj. Hatásos alapanyag emberzsír és emberi agyvelő. Hogy ezeket megtudták-e szerezni, arról már nem tesznek említést a periratok. Az örök-kenőcs alkatrésze Szent Ilona-hagyma, borzháj és „keresetlen kanca szárának veleje“. Gyógyítottak még akaszott ember kötelével, mert akinek ilyet kötnek a nyakába, nincsen olyan ördög, aki neki árthatna, boszorkányok megégetett csontjának hamujával, mosogató ruhából főtt fürdővel, nagypéntek reggel szedett békatojás fürdőlevével, cernával, kétlúku patkóval, tyukmonnyal (tojás), selyemmel, kapcába dugdosott fokatlan varrótükkkel, szőlőhegyen szedett és (salvo honore sit dictum) kilenccer levizelt füvekkel, „mellyel valamely asszony vagy leányzó valamely férfit megérint, csak szeretni kell annak azt az asszonyt vagy leányt“. Hasonló célra jó recept: „Szent Antal napján zöld békát, ha egy uj fazékba szedel, uj fedővel befedik, hangyaboly közé ássák, és az husa leemésződik a csontjárul, valakit annak csontjával megérint, valamely asszonyt vagy leányt, csak szeretni kell azután a férfit“. Hajnalban szedett harmat kenyérkovászba sütve szintén sok rontást gyógyított. Alapjában véve nagyon szegényes a periratok recepturája, egyes kutatók a nép szájából sokkal gazdagabb és tanulságosabb kuruzslásokat jegyeztek fel.¹⁸

Érdekesebb feljegyzések, melyek a *magzatelhajtásokra* vonatkoznak. Úgy látszik, olyan öreg ez a szokás, mint az emberiség története. 1681-ben Debrecenben megégetésre ítélték Csonka Lukácsnét, mert többek közt „olyan eszköze volt, melytől a gyermek elment“.¹⁹ Sajnos, ennek az eszköznek leírása, ami pedig az orvostörténést legjobban érdekelné, nem található. 1693-ban Debrecenből Balázi Erzsébetet „a hóhér a városból verje ki és életének elvesztése alatt többé be ne jöjjön, mert kuruzslása közt leányokat, asszonyokat fürdetett, azért vesztett el gyermekük“.²⁰ 1693-ban Debrecenben Nagy Jánosné leánya, Kata ellen a vád ez: „tud olyan mesterséget, hogy ha akarja, az asszonynak gyermeke

lesz, ha akarja nem lesz, ha akarja, akinél vagyon, elvész tőle. Egy bagaria kötőért olyat csinált, hogy két óra múlva elment a gyermek az inctatul, melyet az ágy szalmazsákjába tett“.²¹ 1694-ben Debrecenben Gyarmathi Anna ellen az egyik tanu vallja: „gyermekem sem leszen, eltették azt, könnyű arról tenni“.²² 1694-ből biharmegyei Aranyosszékből Pirooska Andrásné főbűne: „hogy tud ő olyan mesterséget csinálni, hogy a mely asszonynak nem szokott gyermeke lenni, azzal leszen, s olyat is tud, hogy a kinek lenne is gyermeke, azzal nem leszen s még az anyja méhében elvész miatta“.²³ Értékesebb az 1760-ból Désből fennmaradt Balázs Judit és Borbála ellen hozott ítélet, kik valószínűleg bábák voltak, mert egyetlen bűnük a magzatelhajtás. „A jó ki, hogy midőn gravida lett volna az egyik actrix, sok utakon-módokon, úgymint emelésekkel, ugrásokkal, nehéz kenetésekkel és egyéb babonás mesterségekkel kívánta nála levő gyermekét elveszteni ... midőn idétlen gyermeke el is lett“, vagy egy másik asszony „gyermekének egyik karját születésekor elszakasztotta, mely miatt meg is holt volna“.²⁴ Elterjedt szokás volt szülés után a mását (placenta) eltenni, fordított tenyérrel elásni, hogy több gyermek ne legyen; férfigyermek elmetszett köldökét pogácsába sütni és annak beadni, ki magtalan óhajt maradni vagy „fehér fonalon cinnel“ az illető asszonyba „ereszteni“ (talán az uterus felnyitására szolgált?). Egyik vádlott vallja: „ha megfürösztöm, masszérozom, soha gyermeke nem lesz“. A boszorkányok legnagyobb része bába és így érthető, hogy olyan sűrűn fordul elő magzatelhajtás bünténye.

(Folytatjuk.)

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1928 február 11-i tudományos ülésének napirendje: *Előadások*: 1. I. van Breemen (Amsterdam), a nemzetközi reumatológusbizottság ügyvezetője, mint vendég: Über die Klinisch-physiologische Bedeutung der Rheumaforschung. 2. Bilkei Papp Lajos: A reumatológus problémáiról. 3. Benczúr Gyula: A reumatológus Magyarországon. 4. Schulhof Vilmos: A reumatológus gazdasági vonatkozása. 5. Dalmady Zoltán: A rheumaellenes küzdelem nemzetközi szervezkedése.

Új gyógyszer szabvány jelenik meg a napokban február 20-i érvénnyel, mit a népjóléti miniszter a Közegészségügyi Tanács javaslatára jóváhagyott. Az anyagárak piaci árváltozásai — amihez a taksa is igazodik — körülbelül kiegyenlítik egymást, mégis örömmel kell üdvözlöznünk a vegyi anyagok, tehát a leggyakrabban használt gyógyszerek árának általános csökkenését, amiben a chininnek, codein, antipyrin, aethylmorphin járnak elől. Leszállított ezenfelül a gyógyszereszek haszonkulcsa is, mivel szemben a munkabérek emelkedtek és még kevesebb, összesen öt csoportra vonattak össze, ami a taksálást és annak ellenőrzését jelentékenyen megkönnyíti. Húsz közönségesen használt receptformula összehasonlító taksálásából kiderül, hogy orvos-ságaink ára alig 3–5%-kal fog emelkedni, amelyekben azonban olcsóbbodott vegyszerek (codein, antipyrin) viszik a döntő szerepet a legolcsóbb munkabér (oldás, keverés 60 f.) mellett, azok 5–10%-kal olcsóbbak lesznek. Felhívjuk kartársaink figyelmét újból a „norma pauperum“ sókeverékeivel házilag készíthető mesterséges ásványvizekre, melyek megcsontkított hazánkban a gyógyszerponton a nemzetgazdasággal egyesíteni vannak hivatva. Ásványvízforgalmunk külkereskedelmi

¹⁷ Magyar Nemzeti Múzeum Fol. Hung. 973.

¹⁸ Temesváry, Kácsér, Magyar-Kossa, Bencze, Liszt stb.

¹⁹ Komáromy i. m. 135. old.

²⁰ Komáromy i. m. 151. old.

²¹ Komáromy i. m. 164. old.

²² Komáromy i. m. 174. old.

²³ Komáromy i. m. 176. old.

²⁴ Komáromy i. m. 692. old.

mérlege, dacára világhírű keserűvizeinknek, — már tavaly félelmetesen rosszabbodott. A csehek csak annyit eresztenek be, amennyi cseh vizet mi elfogyasztunk; a németek beeresztik, de orvosai inkább rendelik a sokkal gyengébb friedrichsheimi és mergentheimi híg keserűvizeket; az amerikai pedig inkább az ott gyártott mesterséges „Pluto“-vizet issza, mintsem hogy dollárját a régen bevezetett „Hunyadi János“-ra pazarolja. Egy kicsit több hazafiságot uraim; — nem csak szóban és elvben, hanem cselekedetben. A „*Mixtura salina pro aqua alkalino-salina mitior*“ egy adagjával 1½ liter szénsavas vízzel gyengébb sós-bicarbonatos ásványvizet (gleichenbergi, vilini, luhi), a „— *fortior*“-ral erősebb ilyen vizet (málnási) lehet csinálni, míg a „*Mixtura salina pro aqua alkalina sulfatosalina*“ egy adagja 1½ liter vízben oldva, pompás Sprudel-forráséhoz hasonló vizet szolgáltat. Az ásványvíz nélküli Hollandia orvosai már évtizedek óta ily hivatalos sókeverékekkel segítenek magukon, betegeiken és — nemzetük különben duzzadó pénztárcáján. V.

Személyi hírek. Prof. F. Koop, a freiburgi physiologia-chemiai intézet igazgatóját Tübingenbe hívták meg Thierfelder prof. helyére, ki április 1-én nyugalomba vonul. — Prof. Grubert, a göttingai kórtani tanszékre Prof. Kaufmann utódául kinevezték. — Prof. A. Schmincket, a tübingi kórtani intézet vezetőjét Heidelbergbe hívták meg. — Prof. Marx, a münsteri fülészeti klinika igazgatója a würzburgi fülészeti klinika igazgatója lett.

Ipari Balesetek és Foglalkozási Betegségek V. nemzetközi nagygyűlése szeptember 2—8-ig lesz Budapesten Vass József dr. népjóléti és munkaügyi miniszter védnöksége alatt. A végrehajtó-bizottság tagjai: elnök: Verebélj Tibor dr. egyetemi tanár, alelnök: Friedrich Vilmos dr. egyetemi rk. tanár, főtitkár: Gortvay György dr. egyetemi magántanár. A Comité Permanent International tagjai és a külföld legjelentősebb szaktudósai készséggel tettek eleget a felhívásnak és idáig máris 15 referatutumot és több mint 30 előadást jelentettek be, amiáltal a nagygyűlés tudományos színvonalára eleve biztosítva van. Felkérjük a hazai egyetemek egyes tanárait, hogy a nagygyűlés törekvéseit személyesen is előmozdítsák szívességgel, esetleg a nagygyűlés körébe eső baleseti és foglalkozási betegségekre vonatkozó előadások vállalásával is. Az előadások időtartama 10, a referatutumok és hozzászólásoké 5 perc. Az előadások hivatalos nyelve, tekintettel a nagygyűlés nemzetközi jellegére, francia, német angol és olasz. Az előadások bejelentésének május 15, a rövid kivonatok beküldésének június 15 a végső határideje.

Tanulmányi idő meghosszabbítása Németországban. Eredetileg 5 theoretikus félév után tették az első szigorlatot a német orvostanhallgatók és azután még öt klinikai félév volt kötelező. Ezt néhány év előtt oly módon változtatták meg, hogy a theoretikus ismereteket négy félévre szorították és hat félévet jutattak a klinikai ismeretek elsajátítására; tehát épp úgy volt, mint nálunk. Miután ennek tarthatatlanságát nemcsak a theoretikus, hanem a klinikus professorok is hamarosan belátták, most újra öt félévben állapították meg az elméleti tanulmányi időt és a hat félévet a klinikai ismeretek számára megtartották. Az utóbbiak emelése annál kevésbé volt megengedhető, mert az ott is kötelező gyakorlati évvel a klinikai tanulmányi idő úgyis már nyolc félév; — éppen úgy, mint nálunk. A hat klinikai félévből ötöt a theoretikus I. szigorlat után kell eltölteni, tehát e szigorlatot a 6. félévben okvetlen le kell tenni; — mint ahogy nálunk régen erre az 5. félév volt reáshánva. (Most az 5. félév előtt kell letenni, hogy az 5. félév, mint klinikai be legyen számítható.) A német egyetemi tanulmányi idő tehát most 11 félév, és érdekes, hogy épp a theoretikus tanulmányi időt tartották szükségesnek egy félévvel meghosszabbítani, ami különben megfelel a physika és vegytan egyre nagyobb jelentőségének, élettani és szövettani ismereteink növekvő

terjedelmének. A klinikum után a klinikai tárgyakon kívül kötelező vizsgatárgyak még a törvénytudomány orvostan, a kóreléktan, a socialis hygiéne (a rendszeres hygiéne kivül) és tájanatomia, mit a sebészeti szigorlattal kapcsolatban egy anatomus kérdez. Ezek is azonban mind különálló tárgyak és külön számít a vizsgájuk is. A német medikust tehát alaposan megcenzálják, mielőtt a diplomát kezébe adnák. Itt volna az ideje valóban, hogy mi is revisio alá vegyük tanulmányi és szigorlati rendünket. Ez azonban csak az Egyetemi Ügyosztály jóakaratóból történhetik, ahol évek óta hevernek a budapesti kar és a testvérkarok ez irányú beadványai. Az Orvosi Hetilapban Grósz Emil professor az 1927. évi 40. számban foglalkozott a tanulmányi idő elégtelenségével, de a németektől eltérőleg ő a *klinikai* féléveket szeretné megtoldani. Pedig azokat a gyakorlati év beosztásával már alaposan megtoldották: teljes 12 hónappal. *Ebbe a 4 évbe!* talán mégis beleférhetne a fülészet, gégséztet, urologia, fogászat, socialhygiene kötelező és alapos tanítása is.

Figyelmeztetjük azon előfizetőinket, kik az 1928. évre nem évi 24 pengőt vagy ennek törtrészeit küldötték be előfizetés gyanánt, hogy a hiányzó összegeket kiadóhivatalunkhoz juttatni sziveskedjenek. — A kiknek *régebb tartozásuk* van, azok pénzküldeményét természetesen elsősorban ezen régebb tartozás kiegyenlítésére könyveli a kiadóhivatal. — Mivel sokan elfoglaltságuk miatt nem tudnak törődni régi tartozásaik kiegyenlítésével, nekünk pedig nem áll módunkban azt pénzbeszedő útján incassálni, kérjük tisztelettel kartársainkat, ne vegyék rossz néven és zaklatásnak, ha azt a Hetilap postai megbízás útján kísérli meg.

Orvostudorrrá avattattak a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetemen 1928. évi február hó 7-én *Baumann Jenő Károly, Weiser Lajos Ferenc, Huber Béla Manó.* Üdvözljük az új kartársakat!

† **Tornai József** egyetemi magántanár, közkórházi főorvos 56 éves korában hirtelen elhunyt. Három év előtti influenzája kapcsán súlyos szívbajt szerzett s ez okozta most hirtelen, hivatása teljesítése közben halálát. Kiváló tudása nagy gyakorlati érzéssel párosult s nemcsak betegei szerették és fordultak hozzá bizalommal, hanem az orvosi társadalomban is elismerésben és tiszteletben részesült és közszeretnek örvendett. Előadásaiban új utakat igyekezett taposni s a tárgy eredetiségével, önálló gondolataival, világos okfejtésével és jó előadásával le tudta kötni a hallgatóság figyelmét. Több tudományos dolgozata jelent meg, legnagyobb részét kedvence tárgyköréből, a vérkeringési szervek megbetegedése teréről. A legelső nagy influenzajárvány alkalmával a sepsises jelenségek leküzdésére a resorcinnal folytatott kísérleteket, s annak ma is érvényes jó hírét a sepsises megbetegedések esetén ő alapozta meg. 1912-ben habilitáltatott magántanárrá; a háború alatt mint törzsorvos a budai I. számú körleti kórházban működött, 1915-ben székesfővárosi rendelőorvos lett, majd 1918-ban főorvossá nevezték ki és utoljára a Telepy-utcai kórház egyik belosztályát vezette. Egy szerény, nemesen gondolkozó, kiválóan képzett jó orvost és collegát veszítettünk el benne.

Adatgyűjtés a nemi betegségekről. Az O. H. 3. számában hasonló cím alatt megjelent közleményünk kapcsán egyik vidéki kartársunk azzal a kérdéssel fordult hozzánk, mi szükség van tulajdonképpen nemi betegségekről készült statisztikára és miért kell ezzel az orvosokat egy újabb munkával terhelni, hiszen a tuberculosis ellen sikeres küzdelem folyik, anélkül, hogy a megbetegedéseket bejelentették. Megnyugtató és válaszul közöljük, hogy mindenféle betegség elleni védekezésnek alapjául csak statisztika szolgálhat. Enélkül minden tör-

vényes intézkedés vagy társadalmi úton keresztülvitt küzdelem sötétben való vagdalózás. Morbiditási statisztika természetesen nem készülhet minden betegségről, így például a tuberculosistról sem. Amde itt a megbetegedési statisztika helyett pontos mortalitási adatok állnak rendelkezésünkre, melyek ismerete igen fontos, mert ezek szolgálnak mértékül valamilyen intézkedés eredményes voltának. A tuberculosos mortalitás csökkenésével bizonyítható, hogy azok az intézkedések, melyeket Németországban vagy Angliában keresztülvittek, tényleg helyesek voltak a tuberculosos leküzdésében. Nemi betegségekről mortalitási statisztika nem készíthető, mert hiszen a gonorrhoea nagy népesedéspolitikai jelentősége nem mortalitásában van, viszont syphilisnél egyegy endarteritisnek, vitiumnak, nephritisnek syphilis természetű leggyakrabban csak klinikán, kórházban derül ki, szóval egy mortalitási statisztikából a syphilisnek legnagyobb része kiesik, eltekintve attól, hogy a syphilis sociálhygiénás, népesedéspolitikai jelentősége nem merül ki a mortalitási statisztikával. A nemi betegségek elterjedését tehát csak a megbetegedési statisztika illusztrálhatja. Külföldön készültek ilyen statisztikák, ezeknek megállapításai azonban nem hozhatók át lakosságunkra. Nálunk más a népesség eloszlása, sokkal nagyobb százalék él kisvárosokban, falvakban, a tanya-rendszer másutt jóformán ismeretlen, nem vagyunk ipari állam, más a mi népünk erkölce, temperaméntuma, kulturális foka. Ezek mind olyan tényezők, melyek valószínűvé teszik, hogy a mi statisztikánk egészen más eredményt fog adni, mint a német vagy svájci adatgyűjtés. Egészen mást, azt sejtjük, de hogy mi lesz az az egészen más, ezt a most folyó adatgyűjtés van hivatva megmondani. Egyik napilap az orvosi titoktartás megsértését emlegeti. Aki csak átolvassa a statisztikai lapot és az utasítást, láthatja, hogy a beteg titkának elárulása teljesen lehetetlen, s ezt az adatgyűjtés ellen felhozni nagyfokú tájékozatlanságra vagy bizonyos tendenciára vall. Ezzel ellenkezően örömmel jelenthetjük, hogy a Statisztikai Hivattal nyert információk szerint az adatgyűjtés a magánorvosok részéről szép rendben folyik és minden remény meg van rá, hogy az adatgyűjtés alapjául szolgálhat majd komoly socialhygiénás intézkedéseknek.

Hofmann Oszkár dr. a téli időny alatt *San-Remo*-ban folytat gyakorlatot, felvilágosítással szívesen szolgál. Címe: *Pension La Certosa, Corso Imperatrice*.

Soós Aladár: *Étrendi előírások* című könyvének második kiadása megjelent és 5 pengőért kapható minden könyvkereskedésben és a kiadóhivatalban.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint január 29-től február 4-ig előfordult:

Hasi hagymáz	8	3	Gyermekágyi láz	—	—
Küteges hagymáz	—	—	Bárányhimlő	58	—
Hólyagos (ál-)himlő	—	—	Járv. fültömrigyolb	28	—
Kanyaró	181	1	Vérhas	7	—
Vörheny	17	—	Járv. agygerincagyhártyalob	—	—
Számárhurut	65	—	Trachoma	18	—
Rones. torok-, gégeleob	48	6	Veszétség	—	—
Influenza	8	1	Lépfene	—	—
Ázsiai kolera	—	—	Paralýsis infant.	—	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóórját kedden és pénteken 12—1-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.

A Vas-utcai dr. Pajor Szanatórium diagnosztikai segédeszközeit bővítette egy új Siemens-féle elektrokardiographkészülékkel, mely precíz működésével a szívbetegségek diagnózisát és prognózisában értékes útbaigazítást nyújt.

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

Dr. Fonyó János gynäk. hystológiai laboratóriuma, VIII, Kőfaragó-utca 12. Tel.: J. 348—67

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

Röntgen-Diathermia és az összes villamos gyógyászati felszerelések, kvarzlámpák lejutányosabban
Lüders és Kanis Röntgen és Elektromedikai Műszaki vállalat Budapest VII. kerület, Miksa-utca 5. szám.
Telefon: József 430—26 Sürgőnycím: Röntgen Budapest.

Székesfővárosi **SZÉCHENYI-GYÓGYFÜRDŐ** Városliget. 970 méter mélységből feltörő 74 C° kénes rádióaktív forrás. Medence- és különfürdők, iszapgyöngyölések, szén-savas- és pezsgőfénnyfürdők. Elektrotherápia, diathermia, hőlégkezelések, gyógyászat. Javallatok: Idősült csúz, ízületi izzadmányok, köszvény, elhízás, ideggyengeség, idegszabák, (különösen ischiás) szívbetegségek, női bajok. Ivókúra.

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

Német orvosi könyveket

havi részletfizetésre szállít FISCHER JENŐ, az Urban & Schwarzenberg magyarországi képviselője VII, Thököly-út 44. Telefon: József 372—70. Kérem az új címre ügyelni. Kérje havonta megjelenő könyvjegyzékünket.

• **NERVOPLAST = ÖRKÉNY** •
• TONICUM • SEDATIVUM •
FERGLOBIN-ÖRKÉNY
MINDENMÉJ ANAEMIANÁL
GUJAGLOBIN-ÖRKÉNY
A TUDÓBÁNTALMAK SPECIFIKUMA
SANOLAN-ÖRKÉNY
HAEMORRHODÁK ÉS SZÖVŐDMÉNYEINÉL
• **ÖRKÉNY HUGÓ** •
*** CSILLAG *** GYÓGYSZERTÁRA ***
BUDAPEST, VIII.
RÁKÓCZI-ÚT 39. SZÁM



FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA R.-T.

ORVOSI MŰSZERGYÁR
BUDAPEST IV, KÁLVIN-TÉR 3. SZ.
Félelelet. Telefon: J. 319-24, J 378-82.

Orvosi berendezések.
kedvező fizetési feltételek.

Stilles, Stockholm

rozsdamentes műszereinek magyarországi egyedárúsítója.

FŐORVOS



PALACE-SANATORIUM DR. HECHT

Modern physikalisch-diaetikus magaslati gyógyhely, 1080 m magas.

SEMMEERING

Különlegesség: Hízó-, diéta, nap-, levegő- és Lahmann-kurák.

Isotoniás kombinált
VAS-ARSEN
subcutan injectiók:

FERTONIN-CHINOIN

1 cm³ = 0,05 g Fertonin = 0,0025 g komplexen kötött vas + 0,05 g Arsoninnak megfelelő arsen.

Befecskendezése absolut fájdalomtalan!
Helyi reactiót, csomóképződést sohasem okoz!
Gyorsan és maradék nélkül szívódik fel!
Vashatása gyors, egyenletes és tartós!

10 és 20 ampullás (1,1 cm³) dobozok és 100 ampullás kórházi csomagolás.

Irodalmat és kísérleti anyagot kívánatra készséggel küldünk.

CHINOIN-ÚJPEST

Májbetegségeknel és epezavaroknál

megbízható és a legmodernebb követelményeknek is megfelelő hatású
chologogum és cholereticum az:

Agobilin



GEHE & CO. A. G., DRESDEN — N. 6.

Magyarországi képviselő:
BARICS MILÁN, Budapest VIII, Eszterházy.u. 20.
Telefon: József 339-68.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

T A R T A L O M:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

- Kiss Pál és Skrop Ferenc:** A lues congenita kezelése közben elért eredményeink függése az alkati tényezőtől. (203—207. oldal.)
- Krepuska Géza:** Az otozen pyaemiáról. (207—210. oldal.)
- Weiss István és Dunay Beatrix:** A kaliumion hatása a vegetatív idegrendszerre és a vér H-ion koncentrációjára. (211—213. oldal.)
- Surányi Lajos és Jarno Leo:** A lipoidok befolyása a toxinok mérgező hatására állatkísérletekben. (213—215. o.)
- Jendrassik Loránd és Czike Antal:** A vér bilirubin-tartalmának meghatározása. (215—217. oldal.)
- Milkó Vilmos:** Megjegyzés Bugyi István dr. „100 epekő-műtét” című közleményére. (217. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (33—36. oldal.)
Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Szülészeti és nőgyógyászat. — Fülgyógyászat. — Gyermekeorvostan. (217—219. oldal.)

Könyvismertetés. (220—221. oldal.)
A Kir. Orvosegyesület február 11-i ülése. (221—222. old.)
Közkórházi Orvostársulat febr. 8-i ülése. (222—223. oldal.)
A Charité Poliklinika február 1-i ülése. (223. oldal.)
A Magyar Szemorvostársaság febr. 2-i ülése. (224—225. o.)
A Magyar Röntgentársaság jan. 25-i ülése. (225—226. o.)
A Debreceni Orvosegyesület febr. 9-i ülése. (226. oldal.)
Orvostörténelmi jegyzetek. **Bálint Nagy István:** A boszorkányok gyógyító és rontó kuruzslásairól. (226—228. o.)
Vegyes hírek. (228—230. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A budapesti Stefánia gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika (igazgató: **Bókay János dr. egy. nyilv. r. tanár**) és a kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem általános kórtani intézetének (igazgató: **Preisz Hugó dr. egy. nyilv. r. tanár**) közleménye.

A lues congenita kezelése közben elért eredményeink függése az alkati tényezőtől.*

Írták: *Kiss Pál dr.* egyetemi tanársegéd és *Skrop Ferenc dr.* egy. tanársegéd.

Landsteiner és az őt követők nagy sorának vizsgálatai mutattak rá, hogy az emberi vérnek mintegy a strukturájához tartozó tulajdonsága az, hogy vörösvérsejtjeit egy másik ember vérseruma agglutinálja, az ő saját vérseruma pedig a másik egyén vörösvérsejtjeit agglutinálhatja. Oly szoroson összefügg a vérnek ezen képessége az egyénnel, hogy ezt az egyénisége egyik állandó, jellemző tényezőjének is vehetjük. Annál inkább mondhatjuk ezt, mert ezen agglutináló, illetőleg agglutinálható képesség bizonyos határokon belül növekedhetik vagy esökkenhet, változhatnak a titere, de az egyén élete folyamán teljesen soha sem szűnik meg, azt végig kíséri. A vérnek ezen képessége nemcsak az egyénre, hanem az egyes emberi fajokra is rányomja bélyegét. *Dungern* és *Hirszfeld*, *L.* és *H. Hirszfeld*, *Verzár* és *Weszczyk*, *Halber* és *Mydlarszky*, *Bernstein*, *Gundel*, *Sucker Amsel* és *Halber*, *Schütz* és *Wöhlisch*, *Schiff*, *Grötschel*, *Näther* *Ocasner* és még sokan mások ezekre menő vizsgálatokkal mutattak rá, hogy egyes népfajoknál más és más oldala van túlsúlyban ezen képességeknek.

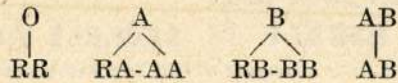
A különböző csoportok elnevezése az idők folyamán némi átalakuláson ment keresztül s közben meg lehetős zavar uralkodott, amennyiben a különböző szerzők más és más elnevezéseket használtak az egyes csoportok megjelölésére. *Jansky* úgy csoportosította az embereket, hogy az I. csoportba kerültek azok, akiknek

a vörösvérsejtjeit egyik csoportba tartozó egyének seruma sem agglutinálta, míg a II. csoportot a III. és I. csoport, a III. csoportot a II. és I. csoport s a IV. csoportot mind a három másik csoport tagjainak vérseruma agglutinálja. *Moss* felelőre ezeket úgy, hogy a *Jansky* által IV. csoportnak vett egyéneket nevezte az I. csoportba tartozóknak, az általa I. csoportba beosztottakat pedig a IV. csoportbelieknek tekintette, a másik két csoport pedig maradt. *Lattes* az elnevezésben nemesak azt juttatta kifejezésre, hogy milyen a csoport vörösvérsejtjeinek a tulajdonsága, hanem jelezte a serumnak a képességeit is. Ő $\alpha\beta\text{O}$ -, $\text{A}\beta$ -, $\text{B}\alpha$ - és OAB -csoportokat különböztet meg, amely elnevezéseknél alapul a *Jansky* beosztása szerepel s a görög betűk a serumképességeket jelölik, a nagy betűk pedig a vörösvérsejtjeinek a receptor képességeit. Ezekon kívül azonban még más elnevezések is szerepelnek a szerzők munkáiban; nem célunk azonban ezeket részletesen ismertetni, csak a főbbeket akartuk kiemelni s úgy gondoljuk, hogy ezekkel is eléggé rámutattunk az elnevezés körül létrejövő zavarok okára. *Verzár* jött azután igen megfelelő ajánlattal, amelyet, mint a legjobbat ma már majdnem minden szerző elfogad s az alábbiakban mi is követni fogunk. Az ő leírása után jelöljük az egyes csoportokat nagy betűkkel: O, A, B, AB, amely betűk a vörösvérsejt receptorképességeit jelölik, vagyis az O-csoportot nem agglutinálja egyik csoport vérseruma sem, az A-t agglutinálja a B, a B-t az A, s az AB-t mind a három. Ezen sorrend megfelel a *Jansky* I., II., III., IV. csoport sorrendjének s a *Moss* IV., II., III., I. sorrendjének.

Hogy az egyes alcsoportok hogyan jönnek létre, erre vonatkozó elméletek nem egészen egyöntetűek. Különösen az O-csoport létrejötte az, amiről eltérőek a vélemények. *Hirszfeld* azt fogadja el, hogy két ősi csoport van, az A és a B, melyeknek seruma α -, illetőleg β -tulajdonságokkal van felruházva. Így tulajdonképpen az ősi csoportok AAbb, illetőleg BBaa. Ezek egyesülésekor jönnek létre az AB-, illetőleg az O-csoportok. Mivel azonban a fenti két csoport egyesülésekor mintegy csak $\frac{1}{16}$ rész, tehát körülbelül 6% O-csoport várható

* A Természettudományi Kutató Alap támogatásával készült dolgozat.

— valójában pedig ennél több van —, *Bernstein* más magyarázatot keres. Ő egy harmadik ős-csoport létezését tételezi fel, az R-ét, aminek belépésével magyarázható volna az O-csoport nagyobb számban való létrejövele. Szerinte a következő lehetőségek vannak:



ahol az RR, AA, BB az ősi osztályok, a RA, RB, AB pedig a további keveredés útján létrejött alcsoportok.

Tudjuk *L. és H. Hirsfeld* vizsgálatai és az őket megerősítő további vizsgálók kutatásaiból, hogy nagy általánosságban északon és nyugaton az A-csoport, keleten és délen a B-csoport képességeivel rendelkező egyének vannak túlsúlyban. Tudjuk azonkívül, hogy ezen képesség öröklődhetik s ezen képesség öröklését mintegy kíséri bizonyos fertőző betegségek iránti fogékonyosság, illetőleg immunitás öröklése is. *H. és L. Hirsfeld* és *Brokman* mutatták ki mintegy 50 család vizsgálatával, hogy miként függ össze a diphtheria iránti fogékonyosság öröklése a vércsoport öröklésével. Vizsgálataik szerint, ha mindkét szülő *Schick*-negatív volt, úgy nagyrészt a gyermekek sem voltak pozitívak. Ha mindkét szülő *Schick*-pozitív volt, úgy a gyermekek is azok voltak. Ha az egyik szülő fogékony volt, a másik pedig nem, úgy az a gyermek, amelyiknek a vércsoportja megegyezett a fogékony szülőével, szintén fogékony volt, míg az, amelyiknek a vércsoportja a diphtheria iránt immunis szülőével volt megegyező, szintén nem volt fogékony.

Számos vizsgálatot végeztek a bűvárok abban az irányban, vajjon van-e különleges dispositio a *lues-acquisitával* szemben. Az eddigi vizsgálatok azonban nem derítettek teljes világosságot a kérdésre s a különböző szerzőknek eredményeik szerint más és más a véleményük. *Amsel Halber* 2927 esetet vizsgált s eredményeiből azt a következtetést vonja le, hogy úgy látszik, mintha azok az egyének, akik az O-csoportba tartoznak, legkevesebb százalékban szerepelnek a Wassermann-pozitív egyének sorában. Szerzők egy arányszámmal fejezik ki azt, hogy a különböző csoportba tartozók milyen százalékban vesznek részt a Wassermann-pozitív esetek között, illetve miként viszonylik egymáshoz az egyes csoportok Wassermann-pozitív egyéneinek száma. Ez az arány tényleg támpontnak látszik feltevések mellett, amennyiben

$$O : A : B : AB = 1 : 14 : 15 : 14$$

viszonyszám szerint az O-csoportbeliekre több negatív esik. Ezzel szemben *Gundel*, akinek 10.550 vizsgálata van s ezek között 1711 Wassermann-pozitívbeteg, azt mondja, hogy a különböző csoportok körülbelül egyforma százalékban szerepelnek a Wassermann-pozitív betegek között. Az eredményei százalékokban a következők: O = 16.4%, A = 16.1, B = 15.3%, AB = 17.1%. *Schütz* és *Wöhlisch* 1679 esete között 958 Wassermann-pozitív volt s szerinte utóbbiak között az egyes csoportok körülbelül ugyanazon százalékban vesznek részt. *Wiechman* és *Paal* vizsgálatai, akik 500 Wassermann-pozitív betegen végezték el a csoport megállapítását, megint amellettszólnak, hogy a 0-csoportnak több tagja Wassermann-negatív, mint a többi csoport tagjainak s az AB-csoport tagjai ezzel szemben gyakrabban Wassermann-pozitívak, mint a többi csoport tagjai. Ezen észleletekkel úgy az egyik, mint a másik irányban ellentétben áll *Groetschel* eredménye, aki 228 Wassermann-pozitív egyént vizsgált s Wassermann-pozitív volt a O-csoportnak 36%, az A-csoportnak 37.2%-a, a B-csoportnak 20.2%, az AB-csoportnak pedig csupán 6.6%-a.

Látható, hogy ezen értékek ellentétben állanak úgy az *Amsel-Halber*, mint a *Wiechmann Paal* által talált értékekkel, ők azt mondják, hogy az O-csoport vesz részt a legkisebb százalékban a Wassermann-pozitívak között; de ellentétben van a *Gundel, Schütz* és *Wöhlisch, Straszyński* eredményeivel is, akik viszont nem találtak a Wassermann pozitívítása szempontjából nagyobb különbséget az egyes csoportok között. *Straszyński* szerint az arány az egyes csoportok között a Wassermann pozitívítását tekintve:

$$O : A : B : AB = 1 : 136 : 148 : 172$$

Az irodalmi adatokból tehát nem lehet véglegesen azt a következtetést levonni, hogy valamelyik csoport tagjai különleges hajlammal bírnának a *lues-acquisitásával* szemben, de nem lehet következtetni ezen adatokból az ellenkező tényre sem.

Elég kiterjedt vizsgálatokat végeztek arra vonatkozólag is *lues-acquisitásban* szenvedő betegeknél, hogy vajjon valamelyik csoport tagjai kezelés közben nem reagálnak-e könnyebben a gyógyszerekre, illetőleg valamelyik csoport nem reagál-e különleges nehezen ez irányban. Itt már az egyes szerzők között valamivel egyöntetűbb vélemény alakult ki. *Gundel* 329 *lues-acquisita* kezelése közben végezte vizsgálatait. Ezen 329 eset közül 247-et ő kezdett kezelni, 82 beteg pedig úgy került eléje, hogy már kezelve volt. Az eredményei azt mutatják, hogy kezelés közben Wassermann-negatív lett a O-csoportnak 41.8%-a, az A-csoportnak 41.9%-a, a B-csoportnak 11.6%-a s az AB-csoportnak 6.2%-a. Vagyis legnehezebben befolyásolható az AB-csoport volt, utána közvetlenül a B-csoport következett s az A, illetőleg a O-csoportokat az előbbiektől már meglehetősen nagy távolság választja el, utóbbiak előnyére. Kár, hogy a szerzők nem ismertetik, hogy hány kezelés-sorozat után lettek az egyes csoportok tagjai Wassermann-negatívak, kár továbbá — ami különben az eset természetében rejlik —, hogy nem ismerjük betegei végső sorsát. *Straszyński* szerint az O-csoport az, amelyiknek tagjai kezelés közben a legkönnyebben lesznek Wassermann-negatívak s az AB-csoport tagjai a legnehezebben reagálnak ily irányban. *Straszyński* 618 betege közül kiválaszt 325 olyan beteget, akik a kezelés folyamán különféleként reagáltak a Wassermann-reactio szempontjából. Vizsgálati eredményeként a következő arányt állítja fel a kezelés alatt Wassermann-pozitív maradt esetek között:

$$O : A : B : AB = 1 : 163 : 2 : 24$$

Munkálataiból azt a következtetést vonja le, hogy a vérserumnak az a képessége, hogy kezelés közben gyorsabban vagy lassabban veszíti-e el a Wassermann pozitívítását, a vércsoporttal correlációban álló képessége. *Amsel* és *Halber* ide irányuló vizsgálatai szintén: arra utalnak, hogy a O-csoport tagjai vannak ebből a szempontból a legelőnyösebb helyzetben, amennyiben a kezelt *lues-acquisitásban* szenvedőknél a Wassermann pozitívítása a vércsoportok szerint az alábbi arányban oszlott meg:

$$O : A : B : AB = 1 : 15 : 16 : 17$$

Azt a kérdést azonban nyitva hagyták a szerzők, hogy az O-csoport tagjainál a kezelés folyamán a gyógyulás gyorsabb-e vagy csak a Wassermann pozitívítása tűnik el gyorsabban. *Morgenroth* hívta fel a figyelmet arra, hogy a parasitáknak a szervezetből való egyenlőtlen eltűnése szintén függhet bizonyos alkati tényezőktől.

Gundel végzett vizsgálatokat arra nézve, hogy vajjon a *lues* két legrettegettebb alakjának a *paralysis progressiva*, illetőleg a *tabes dorsalis* kialakulását miként függ össze a betegnek a különböző vércsoport

tokba való elosztódása. Ö 242 paralysis progressivában és 81 tabes dorsalisban szenvedő beteget vizsgált s az eredményei érdekesek s az előbbi vizsgálatokkal ellentétesek, azonban erre vonatkozó közelebbi magyarázatot nem ad. Táblázata az alábbi:

Csoport	Paralysis		Tabes	
AB	17 beteg	7 %	7 beteg	8'7%
A	94 "	38'8%	28 "	34'5%
B	62 "	25'7%	18 "	22'2%
O	69 "	28'5%	28 "	34'5%

Ezen értékekből az tűnik ki, hogy az AB-csoport tagjai szerepelnek a legkisebb százalékkal ebben a vészes irányban.

Mi a vizsgálatainkat a budapesti Stefánia-gyermekkorházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika rendelésén jelentkezett *lues congenitában* szenvedő csecsemők és gyermekek vérével végeztük. Ezúttal nem volt célunk azt kutatni, vajjon van-e valamilyes dispositio a *lues congenitával* szemben, erre később fogunk választ keresni. Dolgozatunk keretében arról igyekeztünk némi felvilágosítást nyerni, vajjon a *lues congenita* kezelése közben elért eredmények — hasonlóan az *acquiralt lues* kezelése közben elért eredményekhez — mennyiben függnek össze a betegek vércsoportjával. 114 *lues congenitában* szenvedő csecsemőt és gyermeket vizsgáltunk, akik a veleszületett syphilis legkülönbözőbb tüneteivel kerültek észlelésünk alá. Rhinitisluetica, rhagades oris, szalonnás fényű, infiltrált tenyerek és talpak, fakó arcszín, hiányos tápláltság és fejlődés, megnagyobbodott lép és máj, papulomaculosus exanthemák, osteochondritisluetica, plaque muquese, condyloma latum, fejfájás, szédülés, étvágytalanság, álmatlanság a legnagyobb változatosságban tüntek fel előttünk az egyes betegeken. A vérsérum Wassermann-reactiója minden esetben a kezelés megkezdése előtt pozitív volt s ezt mindig megerősítette a vele egyidőben elvégzett Meinecke-reactio pozitivitása is. A kezelés bismuth és neosalvarsan kombinált eljárással eszközöltük s a szünetekben ung. hydrargyr. cin.-t, illetőleg hydrargyrum protojodoretumot, idősebb gyermekeknél kalium iodatumot rendeltünk. Az egyes kezelési-sorozatok az adatok minimalis individualis változtatásán kívül teljesen egyöntetűek voltak. Kezelés közben a klinikai tünetek eltűnésénél az egyes vércsoport tagjai között számbavehető különbségeket nem láttunk. Az enyhébb klinikai tünetek betegeinknél már a második-harmadik injectio után javultak s az ötödik-hatodik injectio után úgyszólván eltűntek míg a súlyosabb tünetek esetleg csak a hetedik-nyolcadik injectio után távolodtak el, de ismétlem, a különböző csoportok ebből a szempontból nem viselkedtek egymástól eltérően.

A 114 beteg csoportmegoszlása a következő volt:

1. sz. táblázat.

O = 40 beteg,	az összes betegek	35'09%-a
A = 52 "	" "	45'61%-a
B = 13 "	" "	11'40%-a
AB = 9 "	" "	7'88%-a.

Ha mi is — miként a fent ismertetett szerzők — azt nézzük, hogy ezen 114 Wassermann-positív *lues congenitában* szenvedő csecsemő, illetőleg gyermek a legutóbbi vizsgálatnál a kezelésekre miként reagált a Wassermann szempontjából, úgy az alábbiakat mondhatjuk.

Az O-csoport az (2. tábla), amelyiknek tagjai a legnagyobb százalékban lettek negatívak a kezelése alatt s az AB-csoport tagjai voltak ezzel szemben azok, akik a legnagyobb százalékban pozitívak maradtak a keze-

2. sz. táblázat.

Csoport	A betegek száma összesen	A kezelés alatt Wa. negatív lett	Wa. pozitív maradt	Wa. negatív %	Wa. pozitív %
O	40	27	13	67'50	32'50
A	52	32	20	61'53	38'47
B	13	7	6	53'84	46'16
AB	9	4	5	44'44	55'56

lések dacára. Az O-csoport tagjai közül 67'50% lett a kezelése folyamán *Wassermann-negatív*, szemben az AB-csoport tagjaival, akik csak 44'44%-ban vették el pozitívitasukat. A vérsérum Wassermann-positívitasának megtartása szempontjából pedig a különbség az, hogy az O-csoport tagjainak 32'50%-a maradt *Wassermann-positív*, az AB-csoportnak pedig 55'56%-a. E két határérték között foglal helyet az A-, illetőleg a B-csoport, de a benyomás az, hogy ezen két csoport közül az A-csoport szerencsésebb. Az A-csoport tagjai közül Wassermann-negatív lett 61'53%, a B-csoport tagjai közül pedig 53'84%. Wassermann-positív maradt a vérsérum az A-csoport tagjainak 38'47%-ánál, a B-csoport tagjainak pedig 46'16%-ánál. Azonban ezen két csoportnál már nem olyan feltűnő a különbség, mint a másik két csoportnál.

Ha a 2. táblázatban feltüntetett vizsgálati eredményeket összetevőire bontjuk, akkor látjuk meg, hogy tulajdonképpen egyugyanazon kezelés-sorozat milyen eredményeket váltott ki az egyik és milyen eredményeket a másik csoport tagjainál. A szerzők, akik a *lues acquiritában* szenvedő betegeket vizsgálták, nyitva hagyták azt a kérdést, hogy vajjon csak a vérsérum Wassermann-reactiójának pozitivitása tűnik-e el gyorsabban az O-csoport tagjainál vagy a gyógyulás is inkább remélhető náluk. Ezen meg nem válaszolt kérdés megvilágításához támpontokat keresve összeállítottuk betegeinket úgy, hogy lássuk azt, vajjon melyik csoport tagjai azok, amelyeknek vérséruma már az első kezelés-sorozat után nagyobb százalékban vált *Wassermann-negatívvá* s melyik csoport tagjai azok, akik csak több kezelés-sorozat után reagáltak hasonló irányban.

3. sz. táblázat.

Csoport	A betegek száma összesen	Az I. kezelési sorozat után Wa. negatív lett	Több kezelés-sorozat u. lett Wa. negatív	Az I. kezelési sorozat után Wa. negatívak %-a
O	40	14	20	35
A	52	18	21	34'61
B	13	4	7	30'76
AB	9	0	7	0

Az első kezelés-sorozat után (3. tábla) a legnagyobb százalékban az O-csoport tagjainak vérséruma változott *Wassermann-negatívvá*, az A- és a B-csoport tagjai azonban majdnem ugyanakkora százalékká váltak negatívvá. Nagy hátrányban vannak az AB-csoport tagjai. Az O-csoport tagjainak 35%-a lett negatív az első kezelés-sorozat után, az A-csoportnak 34'61%-a, a B-csoportnak 30'76%-a s ezen elég magas eredményekkel szemben ott állnak az AB-csoport tagjai, akik közül egy sem lett az első kezelés-sorozat után *Wassermann-negatív*, vagyis az előbbiekkal szemben ezek tagjai 0%-kal szerepelnek. Vagyis a vérsérum Wassermann-reactiójának gyorsabb negatívvá válása szempontjából az AB-csoport tagjai a többi csoportok tagjaival szemben jelentős hátrányban voltak.

Ha összehasonlítjuk a 2., 4. és 5. tábla értékeit, azt hisszük, némi felvilágosítást fogunk nyerni arról, hogy

4. sz. táblázat.

Csoport	A betegek száma összesen	A kezelés folyamán már voltak negatívak, de legtöbb megint Wa. pozitívak	
		beteg	%
O	40	7	17'50
A	52	7	13'46
B	13	4	30'76
AB	9	3	33'33

5. sz. táblázat.

Csoport	A kezelés folyamán valamikor negatívvá vált betegek száma	A további kezelés folyamán megint pozitív lett	
		beteg	%
O	34	7	20'58
A	39	7	17'95
B	11	4	34'36
AB	7	3	42'85

mi okozza a különböző szerzők eredményei között a differentiát. Egyben rámutat ezen három tábla arra, hogy miért nem lehet olyan formában összeállított táblázatokról, mint pl. a 2. tábla, leolvasni azt, hogy melyik csoport tagjai azok, akik kezelés közben kedvezőbb s melyek azok, akik kedvezőtlenebb gyógyeredménynek néznek elébe. Ugyanis az eredmény az egyes csoportokra vonatkozólag más és más lesz akkor, ha a táblázat összeállítását a Wassermann pozitivitása, illetőleg negativitása szempontjából *különböző időben* végezzük. Mi a 2. táblázatunkat — hasonlóan a fentidézett szerzőkhöz — függetlenül a végső eredménytől, függetlenül a lezajlott kezelési sorozatoktól és a beteg esetleges további változásától, *egy bizonyos kezelési sorozat befejezése után* elvégzett Wassermann-reactio pozitivitása vagy negativitása szerint állítottuk össze. Pedig itt nagy eltérések lehetnek, mert minden beteg átesett egy teljes kezelés-sorozaton, de volt közöttük olyan, aki a táblázat összeállítása idején fejezte be az ő első kezelés-sorozatát, volt olyan, aki ugyanakkor a másodikát, harmadikat; vagy esetleg a negyedik kezelés-sorozatát végezte be s voltak közöttük ezekkel szemben olyanok is, akik két-három, sőt több éven át jártak már intézetünk rendelkezésére s azóta állandóan felügyelet illetőleg szükség szerint antilueses kezelés alatt állottak. Ma pedig ezen különböző kezelési periódusokban levő betegeket nem szabad az általános megítélés szempontjából egy csoportba foglalni, mert ha ezt az összeállítást, mondjuk, pár hónap múlva végezzük el (4. tábla), úgy azt találjuk, hogy ezen betegek közül bizonyos százalék ismét Wassermann-pozitív, ami természetesen is, hiszen akik még csak egy vagy két kezelés-sorozatot kaptak, bizonyos fokú Wassermann-reactioingadozásnak alá vannak vetve. Az már most tisztán a véletlen műve, hogy melyik csoportba hogyan oszlanak el a betegek s melyik csoportba jutnak ma aránylag többen azok közül, akik még csak egy kezelés-sorozatot végeztek s így esetleg a végső megítélés szempontjából egészen más elbírálás alá esnek később, mint ma. A Wassermann-reactiónak ezen ingadozása és a vércsoport közötti összefüggés megállapítása céljából a 4. táblázatban összesítettük a betegeket. Ezen ingadozás (a saját csoport összes betegeire vonatkoztatva) a legkisebb százalékban a O- (17'5%) és az A- (13'46%) csoportoknál észlelhető, míg jóval magasabb százalékban van jelen a B- (30'76%) és az AB- (33'33%) csoportnál. Ezen már egyszer Wassermann-negatív, de később ismét pozitívvá változó betegek (5. táblázat) azon betegeknél, akik valamilyen kezelés-sorozat után negatívvá váltak, igen tetemes százalékát

teszik ki. Legkisebb a visszaesés lehetősége az O- és az A-csoport tagjainál, amennyiben az O-csoportba tartozó 34 negatívvá vált beteg közül 7 (20'58%) s az A-csoportba tartozó 39 Wassermann-negatívvá vált beteg közül 7 (17'95%) lett később ismét pozitív. Ezzel szemben a B- és az AB-csoport tagjai közül már több vált megint Wassermann-pozitívvá, nevezetesen a B-csoport 11 negatív tagja közül 4 (34'36%), a 7 negatív AB közül 3 (42'85%). Vagyis a vérsérum Wassermann-reactiójának már egyszer negatívvá válása utáni újbóli visszaesés, illetőleg ingadozás szempontjából legjobb helyzetben voltak az O- és az A-csoport tagjai, a legkevésbé előnyös helyzetben pedig a B- és különösen az AB-csoportban tartozók.

6. sz. táblázat.

Csoport	A betegek száma összesen	Kezelés dacára legalább 2 éve állandóan Wa. pozitív		Legalább 2 éve ismételtén Wa. negatív	
		beteg	%	beteg	%
O	40	6	15	9	22'50
A	52	13	25	10	19'23
B	13	2	15'38	6	46'15
AB	9	2	22'22	1	11'11

Fent elmondott okokból úgy csoportosítottuk betegeinket (6. tábla), hogy összehasonlíthassuk egymással azokat, akiknek vérséruma a legerélyesebb antilueses kezelés-sorozatok dacára legalább két éven át állandóan Wassermann-pozitív s más oldalról összehasonlíthassuk azon betegeket, akiknek vérséruma a többszörösen megismételt kezelés-sorozatok elvégzése után most már legalább két éve állandóan Wassermann-negatív s így ők akár serologialag gyógyultaknak is tekinthetők.

A legerélyesebb és az ismertetett módon megismételt kezelés-sorozatok elvégzése dacára két éven át állandóan Wassermann-pozitív esetek között az A-, illetőleg az AB-csoport tagjai vannak túlsúlyban, szemben az O- és a B-csoport tagjaival. Az O-csoport tagjai közül állandóan pozitív 15%, a B-csoport tagjai közül 15'38%, az A-csoport tagjai közül ellentállt a kezelésnek 25%, az AB-csoport tagjai közül pedig 22'22%. Ha a 6. táblázat második részét nézzük és a legalább két éven át Wassermann-negatív betegeket vizsgáljuk, úgy az előbbinél jóval kifejezőbb különbségeket találunk az egyes csoportok között. Amíg a B-csoportba tartozók 46'15%-a gyógyult serológiai szempontból, addig az AB-csoport tagjainak csak a 11'11%-a, az A-csoportnak 19'23%, s az O-csoportnak 22'5%. Vagyis a serológiai gyógyulás szempontjából a B-csoport tagjai voltak a leghatározottabb s az AB-csoport tagjai a leghátrányosabb helyzetben. A kettő között foglal helyet második helyen az O-csoport, harmadik helyen az A-csoport.

Ezen eredmények megfontolásra és a kérdés ily irányú további vizsgálatára ösztönöznek, mert amint fentebb is kifejtettük, nem elég egy bizonyos időpontban megvizsgálni a vércsoportját az összes Wassermann-pozitív, illetőleg a negatív betegeknél valamelyik kezelési periódus végén és ezen vizsgálatok eredményeiből következtetéseket vonni le, hanem lehetőség szerint azonos kezelési sorozatba tartozó betegeket kell egyszerre vizsgálni, másrészt azokat, akik tartósan dacolnak minden kezeléssel vagy akik már serologialag is gyógyultaknak tekinthetők.

Noha 114 lues congenitába szenvedő csecsemő, illetőleg gyermek kezelésének végigészlelése relative nagy szám, mégis eseteinket tovább fogjuk gyűjteni s alábbiakban nem a tárgyra vonatkozó végleges követ-

keztetést akarjuk megadni, csak eredményeinket foglaljuk össze:

1. Betegeink vérseruma a Wassermann-reactióval szemben leggyorsabban az O-csoport tagjainál vesztette el a pozitívását, leglassabban az AB-csoportnál.

2. Az antilueses kezelés folyamán a már egyszer negatívá vált vérserum Wassermann-reactiójának ingadozása a pozitívítás felé legnagyobb százalékban az AB-csoport tagjainál volt meg, legkevésbé ingadozott az O- és az A-csoportnál.

3. A legerélyesebb kezeléssel is dacoló s legalább két éven át állandóan Wassermann-positiveseteket nagyobbára az AB-csoport szolgáltatta.

4. A két év óta állandóan Wassermann-negatív esetek túlnyomó része a B-csoportba, legkisebb része az AB-csoportba tartozott.

5. Az AB-csoport tagjai úgy a vérserum Wassermann-reactiója pozitívításának gyors elvesztése, mint a Wassermann-reactiónak a kezelés közben beálló ingadozása és a teljes serologiai gyógyulás szempontjából az összes csoportok tagjai között a legkedvezőtlenebb viselkedést tanúsították.

Irodalom: *Amsel-Halber:* Zeitschrift f. Immunitätsforschung. 1925, 42., 89 — *Bernstein:* Klin. Wochenschrift. 1924, 33., 1494. — *Landsteiner:* Zentralbl. f. Bakteriol. Parasit. u. Infektionskrankheit. I., 27., 361. Wien. Klin. Wochenschrift. 1901, 1902, 1903. — *Jansky:* Folia serol. 1908, 3., 316. — *Moss:* Journ. of the Americ. med. Assoc. 1905, 68. — *Lattes:* Die Individualität des Blutes. 1925. — *Hirsfeld:* Klin. Wochenschrift. 1924, 26, 1180. — *Hirsfeld-Brokman:* Klin. Wochenschrift. 29., 1308. — *Hirsfeld:* Klin. Wochenschrift. 1924, 46., 2085. — *Dungern-Hirsfeld:* Zeitschrift f. Immunitätsforschung u. exp. Therap. 4., 531., 6., 284., 8., 526. München. med. Wochenschr. 1910, 14. — *Verzár:* Klin. Wochenschr. 1922, 19. — *Verzár-Weszecky:* Biochem. Zeitschr. 1920, 107. — *Halber-Mydlarsky:* Poln. Biol. Gesellschaft. 1923, 16., V., cit. Hirsfeld. — *Wiechmann-Paal:* Münch. med. Wochenschr. 1926, 15. — *Schiff:* Klin. Wochenschr. 1927, 7., 303. — *Groetschel:* Kl. Wochenschr. 1927, 19., 895. — *Moritsch-Neumüller:* Wien. klin. Wochenschr. 1924, 691. — *Näther-Ochsner:* W. klin. Wochenschr. 1923, 39, 687. — *Schütz-Wöhlisch:* Klin. Wochenschr. 1924, 36, 1614. — *Sucker:* Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankheit. 1924, 102, 482. — *Gundel:* Klin. Wochenschr. 1927, 36, 1703. — *Verzár:* Klin. Wochenschr. 1927, 8, 347.

Az otogen pyaemiáról.

A Szent Rókus-kórház fülészeti osztályának beteganyaga alapján.

Ünnepi Semmelweis-előadás. Tartotta a Közkórházi Orvos-Társulat 1928. évi január hó 11-i évváró közgyűlésén *Krepuska Géza dr.* egy. ny. r. tanár.

(Harmadik, befejező közlemény.)

Áttérve a Szent Rókus-kórház fülészeti osztályán az utóbbi 15 év alatt összesen 295 észlelt sinusphlebitis és thrombophlebitiseseink tárgyalására, felemlítendőnek tartom, hogy ezen sorozatban csak azon eseteket vettem figyelembe, amelyekről teljesen pontos kórrajzi és boncolási adatok álltak rendelkezésemre.

Sajnos, hogy a kórtörténeteket ezen rövid előadás keretében — nagy tömegénél fogva — lehetetlen közölnöm, azonban a kórtörténetekből kivonatolt adatok elégséges tájékozást nyújtanak ezen betegség tanulmányozására.

A Szent Rókus-kórház fülészeti osztályán 1911. évtől 1926. évig bezárólag 5290 kórházi fekvő beteg között, a meglevő kórlapok alapján 295 sinusphlebitis és thrombophlebitiseseit kezeltünk. Vagyis az osztályra kerülő, többnyire műtét céljából felvett betegek 5.576% szenvedett a vívőeres öblök genyes gyulladás-

sában. Ugyanezen idő alatt az osztályos megfordult összes betegek számához, 79.230-hoz viszonyítva a sinus-betegek száma 0.372%. (L. I. táblázat.)

1. sz. táblázat.

295 sinus sigmoideus megbetegedésénél	Eset	%
Heveny középfülgyulladás.....	119	40.33
Idült " "	176	59.66
Összesen:	295	
Jobb oldali középfülgyulladás	128	43.4
Bal " " "	112	37.9
Két " " " "	55	18.6
Összesen:	295	
Gyógyult	196	66.44
Meghalt	99	33.55
„ kórházi tartózkodás napján 1—5	34	34.34
„ " " " " 6—10	21	21.21
„ " " " " 1—10	55	55.55

A 295 esetben: heveny középfülgyulladás 121 eset (41.1%, 9.2% mortalitás), idült középfülgyulladás 174 eset (58.9%, 24.4% mortalitás) szerepelt.

Ezen adatokból azt a tanulságot vonhatjuk le, hogy az idült középfülgyulladással kapcsolatos sinus-megbetegedésnél a mortalitás 24.4%, a heveny középfülgyulladásnál előforduló 9.2%-kal szemben, vagyis a mortalitás több mint kétszeres. Már ezen durva összehasonlításból is kitetszik, hogy az elhanyagolt középfülgyulladások mortalitása a sinusmegbetegedés tekintetében is megkétszereződik.

A bántalom jobboldalt 43.4%-ban, baloldalt 37.9%-ban, kétoldalt 18.6%-ban fordult elő.

Eseteink áttanulmányozásánál igyekeztem kideríteni azon körülményeket és tényezőket, amelyek a sinus megbetegedésénél mint elősegítő tényezők szerepelhettek. Az infectio súlyosságán és az egyén ellenálló-képességén felül megfigyeléseim alapján állíthatom, hogy a sziklaesont anatómiai formája és alkata nagymértékben hozzájárul ily szövődmények keletkezéséhez.

Ilyen anatómiai viszonyok:

1. *A dobüreg- és csecznyúlványtető* (tegmen antri et tympani) *alacsony fekvése*, melynek folyománya a dobüreg felső öblének a megkisebbedése, és az aditus ad antrum megszükülése; ily viszonyok mellett a dobüregben lezajló heveny genyes folyamat könnyebben terjed át a dobüreg- és csecznyúlványtető csontjára, amely, különösen ha szivacsos csontállományból áll, hajlamosabb az osteomyelitise, és a sinus petrosus superior phlebitisének a megindítására. Idült folyamatoknál pedig, a hallás-csontok osteomyelitise, különösen cholesteotoma képződése mellett rövidebb idő alatt vezet intracranialis szövődményhez. Eseteinknél a hallás-csontok sarjadzó lobja 10.8%-ban, cholesteatoma 15.5%-ban szerepel.

2. Sinusmegbetegedések keletkezésénél nagy szerepet játszik tapasztalataink szerint a *sinus sigmoideus helyzete és viszonya* a dobüreg és melléküregei, így különösen a csecznyúlvány üregeihez viszonyítva. A sinusnak úgynevezett proximalis fekvése, amidőn a sulcus sigmoideus mintegy előre nyomul és a sinus sigmoideus mintegy elfoglalja a csecznyúlvány helyét, amidőn a sinus falát sokszor csak néhány milliméteres csonttréteg választja el a hallójárattól, és az aditus-

tól. Ily elhelyezés mellett a dobüreg és melléküregeinek a gyulladása közvetlenebbül terjedhet rá a sinus falára.

Eseteinkben 31 ízben fordult elő a sinus sigmoideus oly proximalis fekvése, hogy a sinus sigmoideus felső térde az aditusba öblösödött be.

3. A sinus sigmoideus megbetegedésénél ugyan csak nagy szerepet játszik a csecсныúlvány belsejének a csont alkata, nevezetesen, hogy ez mennyire üreges, *pneumatikus*, elcsontosodott, *eburnált* és szivacsos *pulposus*. Tapasztalataink szerint a pulposus alakú csecсныúlvány, amely különösen fiatakorúaknál — vagy idült középfülgyulladás által fejlődésében megakadályozott csecсныúlványoknál fordul elő — rejti azt a veszélyt magában, hogy a dobüreg lobos folyamata a csecсныúlvány osteophlebitisének és osteomyelitisének közbejöttével, a capillaris vivőerek belevonásával sinusmegbetegedéshez könnyebben vezet. Észlelt betegeinknél tényleg 180 esetben, tehát 50·2%-ban találkoztunk a csecсныúlvány csontlobjával és az úgynevezett osteophlebitisével, és sokszor volt alkalmunk észlelni a csecсныúlvány szivacsos csontállományában levő vénák kezdődő thrombophlebitisét.

4. A sziklacsont egyes vivőereinek rendellenes fejlődése, amely részben a szokatlan helyen való elhelyezkedés, részben tágabb ürfogat következtében a fertőző anyag tovább sodrásához több alkalmat nyújt, szintén elősegítő mozzanatnak tekintendő sinusmegbetegedés keletkezésénél.

A sinusmegbetegedések helyesebb megítélése, a gyógyeljárásokat, a műtéti indicatiót és a gyógyulási arányszám helyesebb megállapítását illetőleg eseteinket két nagy csoportba osztottam, és pedig a műtétnél észlelhető makroszkopikus elváltozások alapján.

I. Az első csoportba azon megbetegedési alakokat vettem, amelyeknél látszólag csak a sinus fala volt beteg, mint a sinusfal lobos duzzanata, vastagodása, genyes beszűrődése, palaszürke elszínesedése, fekélyesedése és üszkösödése, tehát kórbonctani értelemben véve *sinusphlebitis* esetek.

II. A második csoportba azon eseteket vettem, amelyeknél a sinus belsejében levő véroszlop rögösödve volt, tehát az úgynevezett *thrombophlebitis*eket, amelyeknél némelykor a sinus falán makroszkopice kóros elváltozások — legalább a műtétnél nem — csak sinus-punctióval voltak észlelhetők.

295 észlelt betegünk között: sinusphlebitis 147 esetben, 49·8%-ban, thrombophlebitis 148 esetben, 50·2%-ban észleltetett.

Ezen felosztás első tekintetre erőszakosnak látszik, mert hiszen már előzőleg megemlítettem, hogy a sinusphlebitis és thrombophlebitis között csak fokozati, illetőleg csak időbeli különbség van, mindazonáltal a felosztást azért tartom szükségesnek, hogy szétválasszunk a sinusphlebitis csoportjába tartozó kezdődő, tehát gyógyeljárás szempontjából háládatosabb eseteket a thrombophlebitis eseteitől, amelyeknél a bántalom tovaterjedése és az általános fertőzés súlyosbodása miatt a halálozási arányszám lényegesen nagyobb és úgy gondolom, hogy ezen felosztás alapján a statisztikai adatok a valóságot jobban megközelítik, mint azon statisztikák, amelyeknél ezen kórformákat egybe veszik; bár az is tapasztalati tény, hogy a sinusphlebitisek közül azok, amelyek fekélyesedéssel és üszkösödéssel járnak, — így a scarlatina fertőzésnél, — végeredményben súlyosabb megbetegedést képezhetnek, mint az olyan thrombophlebitisek, amelyeknél a thrombus nem esik genyesen széjjel, mert ez utóbbi esetben lokalizálódva maradhat a baj, előbbi esetben pedig gyors lefolyású sepsishez vezethet.

Haymann 1927-ig közölt 1235 thrombophlebitis eset gyógyulási arányszámát 65%-ban állapítja meg. Ezen szám azonban oly statisztikai kimutatásokból adódik össze, amelyekben nagyrészt a sinusphlebitis és thrombophlebitis nincsenek élesen szétválasztva egymástól, másrészt ki vannak téve olyan esetek, amelyeknél más intracranialis megbetegedések is — mint agytályog és agyhártyalob is — szerepeltek, tehát ezen momentumok lényegesen befolyásolják a statisztikai adatokat a gyógyulás javára. Különösen a mi eseteinkkel szemben, amelyekben a már előbb említett, German által közölt 77 sinusphlebitis és thrombophlebitis eseteiben 65%-ban fordult elő intracranialis megbetegedés és csak 35%-ban szerepelt csupán sinusmegbetegedés.

Az én statisztikai összeállításomnál a halálozások közé mindazon eseteket felvettem, amelyeknél sinusphlebitis, illetve thrombophlebitis mellett még más intracranialis megbetegedés is szerepelt, mint azt a boncolásnál nyert és a mellékelt táblázaton felsorolt ada-

2. sz. táblázat.

	Eset	%
Osteom. és osteophl. a csecсныúlványban	148	50·2
Caries ossiculorum auditivum et tegmenis	32	10·8
Cholesteatoma.....	46	15·5
Vitreális lemez és tegmen antri osteom.	15	5·0
Sulcus sigm. vitrealis lemezének cariese	37	12·5
Trauma és másnemű elváltozások.....	17	5·7
Subperiostalis absz. a csecсныúlványban	45	15·3
Perisinusos tályog.....	163	55·2
Extraduralis tályog.....	35	11·8
Sinusphlebitis.....	147	49·8
Thrombophlebitis.....	148	50·2

Műtétnél talált elváltozások.

tokból látjuk. (2. táblázat.) Az ily feltételek mellett összállított statisztikánkban:

295 betegünk közül 195 gyógyult meg, vagyis 66·44%; meghalt 99 vagyis 33·56%.

Haymannnak azt a felfogását teljesen helyesnek tartom, hogy a gyógyulási arányszám statisztikai kimutatásánál tapasztalható nagy eltérések nemcsak az egyes szerzők eltérő csoportosításából származnak, hanem még azon felül a beteg anyag minősége is nagy szerepet játszik. Ennek bizonyítására felhozom, hogy 99 meghalt betegünk közül: a kórházi tartózkodásuk 1—5 napig terjedő időszakában meghalt 34, 6—10 napig terjedő kórházi tartózkodás alatt meghalt 21. Tehát ezen 99 elhalt betegből 55·55%-a kórházi tartózkodás rövid idejét tekintve oly súlyos állapotban, részint sepsis, részint metastatikus tüdőtályogokkal került észlelésünk alá, akiknél az orvosi beavatkozás már sikerhez nem vezethetett.

Ezen 99 elhalt betegnél, akik nagyrészt boncolásra kerültek és akik közé a fentemlített elhanyagolt 55 eset is tartozik, boncolásnál sinus sigmoideus megbetegedésén felül még a következő súlyos szövödmények voltak találhatóak (L. 2. táblázatot):

1. Sinus transversus thrombusa.....	22
2. Sinus cavernosus.....	5
3. Sinus longitudinalis super.....	1
4. Ellenoldali sinus trans.....	3
5. Összes agyvenák.....	3
6. Vena condyloidea.....	3
7. Vena subclavia.....	3
8. Vena iliaca.....	2
9. Agytályog.....	7
10. Agyacstályog.....	11
11. Meningitis.....	30

12. Pyoenkephalon	1
13. Ventric. cerebis haemorr.	2
14. Tüdőtályog	49
15. Izom-, izülettályog	6
16. Endocarditis	7
17. Sepsis	13
18. Bulbus venae jug. thrombophlebitis	15

Ha ezen táblázatban foglalt agytályog, agyaestályog, pyoenkephalon, ventrikulus haemorrhagia és meningitis 51 esetét levonnám és a gyógyulási arányszámot ezek nélkül állapítanám meg, igen kedvező gyógyulási arányszámot kapnék. Azonban felfogásom szerint az ily statisztika azért nem helyes és a tények félreismerésén alapszik, amennyiben például tapasztalatainkra szorítkozva az agytályog sem más, mint oly enkephalitis folyamánya, melyet a communicáló venák

3. sz. táblázat.

	Jugularis interna	Sinus phlebitis		Thrombophlebitis		Összesen	
		eset	%	eset	%	eset	%
Gyógyult	alákötése	16	5'42	42	14'20	58	19'59
	„ nélkül	112	37'96	26	8'80	138	46'77
	Összesen:	128	43'38	68	23'00	196	66'44
Meghalt	alákötése	7	2'37	67	22'70	74	25'01
	„ nélkül	12	4'06	13	4'40	25	8'47
	Összesen:	19	6'47	80	27'10	99	33'48
Összesítés		147	49'82	148	50'10	295	

Gyógyulási eredmény sinusphlebitis és thrombophlebitis 295 esetében jugularis interna alákötésével és anélkül.

thrombophlebitise indukált, de különösen az igen nagy számban szereplő meningitis sem önálló megbetegedés, hanem a sinusphlebitis közvetlen következményének tekintendő. És így ezen esetek elhagyása, bár kedvező, de téves statisztikai adatokat adna.

Az egyes tabellaris összeállításokból csak a következő fontosabb megállapításokat említem fel. (L. 3. sz. táblázatot.)

Ha a sinusphlebitis és thrombophlebitis eseteket a fülbántalom heveny, vagy idült alakja szerint csoport-

tosítom, azt látjuk, hogy a felerészben sinusphlebitisnél heveny esetekben 24'40%, thrombophlebitisnél 7'83% gyógyulás, tehát a disparitás, a thrombophlebitis rovására több mint háromszorosa. Chronikus középfülbántalomnál a sinusphlebitis- és thrombophlebitis-esetekben a gyógyulási különbség nagyon csekély (18'64:15'59). Ellenben az idült dobüregfolyamatoknál thrombophlebitis kapesán elhaltak száma majdnem hétszerte nagyobb (3'72:21'0). Ezen adatokból élesen kiviláglik az idült fülfolyamatok, tehát az elhanyagolt fülbántalmak következtében beálló szövődmények lényegesen súlyosabbak voltak. (L. 4. táblázatot.)

Ha a jugularis lekötésének értékét a sinusphlebitis és thrombophlebitis szétválasztása nélkül vizsgáljuk, az összeállítás szerint a gyógyulásra jugularis alákötéssel 19'66% jutna az alákötés nélküli 46'77% esettel szemben. Vagyis az alákötés nélküli esetek gyógyulása valamivel több, mint a kétszerese lenne. Ha azonban különválasztjuk a sinusphlebitist és a thrombophlebitist, — amíg sinusphlebitisnél a jugularis alákötéssel gyógyult esetek 5'42%-a áll szemben az alákötés nélküli 37'96%-ával, addig thrombophlebitisnél megfordított a viszony, mert ott alákötéssel jobb eredményt kapunk (14'23%), mint alákötés nélkül (8'80%).

Vagyis thrombophlebitisnél statisztikánk szerint a gyógyulás szempontjából nagy szerepe van a jugularis alákötésének.

Azon kérdésre, hogy a jugularis alákötése a műtét előtt, a műtét közben, vagy a műtét után milyen befolyást gyakorol a gyógyulásra, a következő táblázatot (L. 5. táblázat) állítottam össze, teljesség okából szétválasztván a heveny eseteket az idült esetektől.

A) 1. Jugularis alákötését a csecenyülvány műtete előtt oly súlyos esetekben végeztük, amidőn az általános súlyos tünetek mellett minden feltétele a thrombophlebitisnek meg volt (30 eset 10'13%). Ezen csoportba inkább a chronikus esetek jutottak, s azt látjuk, hogy ezen csoportban a halálozás több mint háromszorosa (2'35:7'77) volt a gyógyulásnak, tehát a magasabb halálozási szám nem az alákötésnek, hanem a folyamat súlyosságának tudandó be.

4. sz. táblázat.

	Otitis media suppurativa acuta					Otitis media suppurativa chronica					Végösszeg			
	gyógyult %	meghalt %	összesen %	gyógyult %	meghalt %	összesen %	gyógyult %	meghalt %	összesen %	gyógyult %	meghalt %			
Sinusphlebitis	72	2'40	9	3'00	81	27'48	55	18'64	11	3'72	66	22'37	147	49'83
Thrombophlebitis	23	7'83	17	5'76	40	13'55	46	15'59	62	21'00	108	36'61	148	50'16
Összesen:	95	32'23	26	8'81	121	41'03	101	34'23	73	24'72	174	58'96	295	99'99

Heveny és idült dobüreggyedés kapesán a gyógyulási arányszám a sinusphlebitis és thrombophlebitis 295 esetében.

5. sz. táblázat.

	Otitis media suppurativa	A z a l á k ö t é s i d ő p o n t j a										Jugularis interna alákötése nélkül %	Összesen		
		esont műtét előtt %		esont műtét közben %		esont műtét után közvetlenül %		esont műtét után 2-17 nappal %		összesen %			gyógyult %	meghalt %	
Gyógyult	acut	0	0	10	3'38	8	2'71	2	0'67	20	6'77	74	25'15	—	—
	chron.	7	2'35	18	6'10	7	2'35	6	2'03	38	12'88	64	21'60	—	—
	összes	7	2'35	28	9'48	15	5'06	8	2'70	58	19'65	138	46'75	196	66'44
Meghalt	acut	2	0'67	3	1'00	7	2'35	4	1'35	16	5'42	11	3'76	—	—
	chron.	21	7'15	20	6'77	9	3'00	8	2'71	58	19'66	14	4'74	—	—
	összes	23	7'77	23	7'77	16	5'35	12	4'06	74	25'08	25	8'50	99	33'55
Összesítés		30	10'12	51	17'25	31	10'41	20	6'76	132	44'93	163	55'25	295	99'99

Jugularis interna alákötési időpontjának értékéről 295 acut és chronikus otitissel kapcsolatban.

2. Műtét közben akkor történt az alákötés, amikor a sinuson oly súlyos elváltozás volt (pl. a sinusfal nekrosisa, üszkös fekélyesedése, szétesett thrombus) észlelhető, hogy attól kellett tartani, hogy a fertőzött csirok műtét közben juthatnak a véráram körébe, ilyenkor csecsnyúlvány műtét félbeszakítása mellett a jugularis alákötését végeztük először, utána folytatva a csecsnyúlvány műtétet és a transversus kiiktatását. Ilyen eljárás mellett 51 eset, azaz 17·28% fordult elő. Ebből gyógyult 9·49%, meghalt 7·77%, vagyis a halálozás a gyógyuláshoz viszonyítva kisebb. Itt azonban azt látjuk, hogy a heveny esetek gyógyulása háromszorosa a halálozásnak (3·38% : 1·0%), chronikus esetekben pedig a halálozással majdnem egyenlő (6·10% : 6·77%). Itt tehát az esetenként megválogatott alákötésnél még a chronikus esetek gyógyulása is aránylag kedvező.

3. Jugularis alákötése a csecsnyúlvány műtėti befejezése után 31 esetben, azaz 10·5% történt. A gyógyulás a halálozáshoz képest majdnem egyforma (5·11% : 5·42%). A heveny esetek gyógyulása és halálozása között szintén alig van különbség (2·71% : 2·35%), azonban az idült eseteknél a halálozás némileg nagyobb (2·35% : 3·0%).

4. 20 esetben (6·77%-ban) a jugularis alákötése 7—17 napi időközben történt. Itt oly esetek szerepelnek, amelyeknél a feltáró műtét alkalmával a sinus épnek látszott és a beteg klinikai állapota is a műtét után — rövidebb-hosszabb ideig — megnyugtató volt. A közben bekövetkezett rosszabbodás késztetett az alákötésre. Itt azt látjuk, hogy a halálozás majdnem kétszerese a gyógyulásnak (4·06% : 2·70%). Feltűnő ezen csoportban az, hogy heveny eseteknél az elhalálozás kétszerese a gyógyulásnak (1·35% : 0·67%), ellenben az idült esetek gyógyulása és halálozása között csak csekély különbség van (2·03% : 2·71%).

Bár az ezen csoportba tartozó betegek száma csekély, mégis figyelmünkre érdemes, mert ezen eseteknél lehetne szó arról, hogy, tekintettel a heveny esetek nagy halálozási százalékára, a jugularis alákötése talán későn történt; vagyis ha a feltáró-műtét alkalmával történt volna az alákötés, talán jobb gyógyulási százalékot kaptunk volna. Ezen esetekhez tartoznak a bulbusthrombosisok, amelyeknél a thrombust tulajdonképpen csak a sectionál találtuk, másrészt azon kevés eset, amelyeknél sinusvérzés (spontan ruptura 4, + sérülés 6) következtében kellett alákötni a jugularis internat.

B) Jugularis alákötése nélkül gyógyult 138 (46·78%), meghalt 25 (8·47%). Itt feltűnő a heveny esetek kedvező gyógyulási arányszáma a halálozáshoz viszonyítva (25·15% : 3·76%). A chronikus esetek gyógyulási arányszáma is igen kedvező (21·69% : 4·74%). Azonban az előbbeni táblázat fejtegetésénél láttuk, hogy ezen kedvező arányszám a sinusphlebitisekre esik.

Sajnos, kórányagunk egy nagy része oly súlyos általános fertőzésben szenvedőkből állt, akik közül a kimutatás szerint a kórházi tartózkodás 1—5. napján 34 beteg, 21 beteg pedig 6—10. napján már elhalt. Ezek között tüdőtályog 49 esetben, meningitis 39 esetben szerepelt, akiknél természetesen az orvosi beavatkozás, így a vena jugularis alákötése későn jött, és akik közül idején végzett műtéttel, meggyőződésem szerint, sokakat lehetett volna megmenteni.

Még ezen kedvezőtlen beteganyag dacára is, minden válogatás nélkül összeállítva, az általános gyógyulás 66·44% volt, amely szám az 1926. év végéig összeállított 1235 sinusmegbetegedésre vonatkozó 65%-os gyógyulás (Haymann) eredményéhez méltóan csatlakozik.

A sinus sigmoideus és a vele kapcsolatos szövődmények kérdése még a fejlődés szakában van és különösen a jugularis interna alákötésének értékét több, és minden irányban tökéletesebben észlelt köreket pontos megbírálása van hivatva eldönteni, mégis az eddigi tapasztalataimra támaszkodva, felfogásomat a következőkben összegezném:

1. Az otogen pyaemia ellen való küzdelem tulajdonképpen a lobos dobüreg és melléküregeinek szakszerű kezelésén kezdődik és folytatódik a már kifejlődött szövődmények idején történő sebészi elhárításával.

2. A jugularis interna alákötése az otogen pyaemiás folyamatok megelőzése szempontjából egy igen fontos és eredményes művi beavatkozás, különösen thrombophlebitisnél, ha tüdőtályogok vagy sepsis még nem fejlődtek ki.

3. A jugularis alákötése minden körülmények között csak ott lehet eredményes, ahol az eredeti fertőző gócc (dobüreg, csecsnyúlványüreg) vagy a másodlagosan intracranialis fellépő genyes góccok (sinus transversus, sinus petrosus superior, vena condyloidea, extraduralis tályog, agy- és agyacstályog) feltárattak.

4. Bár a jugularis alákötésének valamely hátrányát észlelésünk tárgyát képező 295 esetben egyetlenegyszer sem tapasztaltuk, mégis nem csatlakozhatom azon felfogáshoz, hogy sinusmegbetegedésnél minden esetben feltétlenül szükséges lenne a jugularis alákötése, mert a heveny dobüregi gyulladás kapcsán keletkezett sinusphlebitiseknél a statisztikai összeállítás szerint igen nagy százalékban a gyógyulás a vena jugularis alákötése nélkül is bekövetkezhetik.

5. Jugularis alákötésének kérdésénél akkor járunk el helyesen, ha szem előtt tartjuk azon indicatiókat, amelyek azt szükségessé, vagy feleslegessé teszik. Ezen indicatiókat részben a kórlefolyás tünetei, részben a feltáró-műtétnél talált kóros elváltozások szabják meg, sőt ezektől függ annak az eldöntése, hogy eseteinként a feltáró csecsnyúlvány-műtét előtt, közbe vagy utána történjék meg az alákötés.

6. A jugularis alákötését a sinus transversusnak egyidejű kiiktatása egészíti ki, mert csak így csökkenthetjük a retrograd thrombusképződés okozta fertőzés lehetőségét.

7. A vena jugularis felső, lekötött esonkja a szükség szerint — de akkor minden esetben, ha széteső thrombust tartalmaz — felhasítandó és a megbetegedett sinusfal külső fala resekalandó.

Tisztelt Uraim!

Midőn ezen tájékoztató előadásom keretében a középfülgyenyedések egyik súlyos szövődményét, a vivőeres öblök gyulladását és a következményes genyverúséget a Szent Rókus-kórház fülészeti osztályán észlelt 295 beteg kapcsán fejtegetve, türelmüket igénybe vettem, ha sikerült figyelmüket ezen súlyos bántalom iránt felkelteni — különösen azon irányban, hogy a fül-eredetű általános fertőzés megelőzése és elhárítása a középfülgyenyedések gyógyításánál kezdődik és az itt tárgyalt szövődmények gyógyításának lehetősége annál nagyobb és biztosabb, minél korábban történik a szakszerű sebészi beavatkozás — akkor nem végeztem felesleges munkát és Semmelweis emlékéért méltóan ünnepeljük meg.

A budapesti kir. magyar Pázmány Péter Tudományegyetem I. sz. belgyógyászati klinikájának közleménye (igazgató: Bálint Rezső dr. egyetemi ny. r. tanár).

A kaliumion hatása a vegetatív idegrendszerre és a vér H-ion koncentrációjára.

Írták: Weiss István dr. és Dunay Beatrix dr.

A különböző ionoknak az egyes sejtekre és az egész szervezetre gyakorolt befolyásáról, az utóbbi években számos közlemény jelent meg, melyek e kérdés nagy jelentőségét bizonyítják. Azon alapvető kísérletek után, melyeket Kraus és Zondek, valamint munkatársaik végeztek, számosan vizsgálták a különböző anionok és kationok hatását a magasabbrendű szervezetre és az egyes szervekre. Az eredmények azonban távolról sem mondhatók egyöntetűeknek. A kationok közül elsősorban a calcium- és kaliumionok befolyását vizsgálták ellentétes eredménnyel; hogy ennek oka mi lehet, arra később még visszatérünk. Az irodalomban talált vizsgálatok szerint a különböző ionoknak és ezek közül elsősorban a calcium- és kaliumnak, a magasabbrendű szervezetben egyik legfőbb szerepköre a vegetatív idegrendszer tonusának szabályozása volna. Főleg az újabb vizsgálatok szerint a vagus és sympathikus idegrendszer tonusának megállapításában az ionokra a hormonokkal csaknem egyenrangú feladat hárul. Bár az ionok ezen hatása kétségtelen, az, hogy ez hogyan jön létre, eldöntve nincs. A szerzők egyrésze azt a hatást, amit állítólag a calcium idéz elő, a kaliumnak tulajdonítja. Mások viszont éppen fordítva, a kalium ilyen hatását calcium adására észlelték. Az eredmények eltérésének valószínűleg a különböző methodikák használata az oka.

A kísérleteket általában kétféle módon végezték: vagy izolált szervet vizsgálták a kalium és calciumnak a vagus és sympathikus idegrendszerre gyakorolt hatását, vagy az egész szervezetre gyakorolt befolyásukat tanulmányozták. Az izolált szervek közül főleg a gyomor bél-szív és uterus viselkedését figyelték meg kalium- és calciumionnal szemben. Az elektrolytek izolált szervre kifejtett hatásával számos munka foglalkozik. Nem célunk az egész idevágó irodalmat részletesen fejtegetni, csak megemlítjük, hogy Kraus és Zondek azon megállapítását, hogy izolált szerveken a kalium mint vagoton, a calcium mint sympathicoton anyag hat, sokan megerősítették, azonban az utóbbi időben néhányan, köztük Jendrassik, más eredményhez jutottak. E munkáknak nézetünk szerint is inkább abban van jelentősége, mert éppen belőlük indultak ki azon vizsgálatok, melyek kideríteni igyekeztek, hogy ezen ionokra milyen feladat hárul a szervezetben.

Jelen munkánkban is elsősorban azt a kérdést akarjuk tisztázni, hogy a szóbanforgó ionoknak és közülük főképen a kaliumnak, milyen hatása van a vegetatív idegrendszerre. Az erre vonatkozó irodalmi adatok ismét eltérők. E kérdéssel leginkább Kylin foglalkozott. Vizsgálatai szerint a calciumion a sympathikus, a kaliumion a vegetatív idegrendszer ingerlékenységét fokozná. Kylin eredményeihez részben a vércukorra, részben a vérnyomásra gyakorolt hatás tanulmányozása útján jutott. Kísérleteire később még részletesebben vissza fogunk térni. Hasonló eredményre jutott Zondek és Benatt a vércukor, valamint Scowill a vérnyomás vizsgálata útján. Ellentétben eredményeikkel mutatta ki Weiss és Benkovich, valamint Quaranta, velük csaknem egyidőben Leites, hogy a calcium a szervezet adrenalinérzékenységét csökkenti, tehát tulajdonképpen mint vagoton anyag hat. Ezen vizsgálatokat később még többen is megerősítették.

Annak eldöntésére, hogy valamely anyag az élő

szervezetben sympathicoton vagy vagoton hatást fejt ki, legalkalmasabbnak bizonyult a Csépai-féle adrenalinérzékenység meghatározás. E módszerrel minimalis mennyiségű adrenalin juttatva a vérpályába, vizsgáljuk a vérnyomásemelkedés ingadozásait, mely tudvalevően az adrenalinnak a sympathikus idegrendszerre gyakorolt hatása útján jön létre. A sympathicoton anyagok az adrenalin vérnyomást fokozó hatását emelik, a vagoton anyagok pedig csökkentik. Vizsgálataink ezen részénél tehát tulajdonképpen mi is, mint Kylin, az adrenalin okozta vérnyomásemelkedést vizsgáltuk. A különbség csak az, hogy míg mi csak igen kis mennyiségű adrenalinot adtunk intravenásan, addig Kylin igen nagy mennyiségű adrenalinot adott subcutan. Hogy ezen különbségnek milyen jelentősége van, arra jelenleg annál kevésbbé akarunk rámutatni, mivel az későbbi eredményeinkből úgyis ki fog derülni.

Vizsgálataink első részénél tehát úgy jártunk el, hogy éhgyomorral lehetőleg ép egyénekkel, (akiknél a vagus és sympathikus idegrendszer részéről semmi eltérés kimutatható nem volt) meghatároztuk a valódi adrenalinérzékenységét, utána KCl-injectiót adtunk. A KCl 5%-os oldatából 4 cm³-t adtunk intravenásan, úgyhogy a kísérleti egyén összesen 0.20 g-t kapott; az injectió ideje átlag 1.5–2 perc volt. Ezen kaliummennyiség, ennyi idő alatt adva, soha semmi kellemetlenséget a betegnek nem okozott. Ezután 15 percen át 2, a legtöbbször 3 ízben megismételtük az adrenalinérzékenység vizsgálatot. Kísérleti eredményeinket a következő táblázatban foglaltuk össze:

1. táblázat.

Sorszám	N é v	Intravenás adrenalininjectio által létrehozott vérnyomásemelkedés				Maximális emelkedés % ban
		KCl-inj előtt	4 perccel a KCl-injectio után	8 perccel	15 perccel	
1	M. P.	25	45	25	25	+ 80
2	B. A.	10	20	25	25	+150
3	St. J.	15	10	15	—	0
4	F. N.	15	35	35	20	+133
5	Zs. P.	10	20	15	—	+100
6	B. L.	20	40	30	—	+100
7	St. J.	15	25	30	25	+100

Vizsgálatai eredményeinket áttekintve azt látjuk, hogy a KCl az esetek túlnyomó részében (7 közül 6-ban) az adrenalinérzékenységet oly irányban változtatta meg, hogy ugyanazon egyén ugyanolyan adrenalinmennyiségre tetemesen nagyobb vérnyomásemelkedéssel reagált. Hat esetben a vérnyomásemelkedés a kiindulási értékhez képest 80–150%-kal emelkedett, középértékben 110%-kal. Összes eseteink közül csak egy esetben maradt a vérnyomásemelkedés változatlan. Azt azonban, hogy KCl-injectio után a vérnyomásemelkedés, vagyis az adrenalinérzékenység csökkent volna, soha sem észleltük. A KCl-nak az adrenalin okozta vérnyomásemelkedést fokozó hatása mindig az injectio utáni első 8 percen érte el tetőfokát és valamennyi esetünkben 20 perc múlva teljesen megszűnt, úgy hogy 20 perccel a KCl-injectio után adott adrenalin csak ugyanolyan vérnyomásemelkedést idézett elő, mint KCl nélkül. Teljesen ellentétesek tehát vizsgálati eredményeink Kylin vizsgálati eredményeivel és így természetesen a belőlük vont következtetésekkel is. Míg mi, mint említettük, KCl-injectio után sympathicoton hatást észleltünk, addig Kylin KCl-injectio után az adrenalinérzékenység csökkenését látta, ami vagotonhatásnak felel meg. Kérdés volt tehát, hogy ezen teljesen ellentétes észlelésnek mi lehet az oka. Vizsgálatai methodu-

sunk, mint már említettük. *Kylinétől* abban tért el, hogy *Kylin* a subcutan adott adrenalin okozta vérnyomás-emelkedést vizsgálta. Éppen ezért megismételtük *Kylin* vizsgálatait éppen úgy, mint ahogy ő végezte azokat. Megmértük tehát 1 mg adrenalint adva subcutan a bekövetkező vérnyomás-emelkedést. Másnap ugyanezt megismételtük, úgyhogy ½ órával az adrenalin-injectio előtt a vizsgálati egyén 5%-os KCl-oldatból 4 cm³-t kapott intravenásan. Az adrenalin-injectio után 3, illetve 5 percenként mértük a vérnyomást. Nyole esetben végeztünk ilyen vizsgálatot. Ezen kísérleti eredményeinket a következő táblázat foglalja magában:

2. táblázat.

Sor-szám	Név	1 mg subcutan adott adrenalin okozta vérnyomás-emelkedés		Maximalis különbség	Maximalis emelkedés %-ban
		KCl nélkül	KCl után		
1	M. P.	25	35	+ 10	+ 40
2	F. N.	45	65	+ 20	+ 44
3	W. B.	20	30	+ 10	+ 50
4	P. A.	30	20	- 10	- 33
5	St. I.	20	15	- 5	- 25
6	Zs. P.	20	10	- 10	- 50
7	B. L.	25	25	0	0
8	St. L.	15	15	0	0

Kísérleti eredményeinket vizsgálva, azt találjuk, hogy nyole eset közül háromban a KCl az adrenalin okozta vérnyomás-emelkedést tényleg csökkentette, ezzel szemben két esetben arra befolyással nem volt, sőt háromban azt kifejezetten emelte. Ilyen módon *Kylin* azon észlelését, hogy a KCl a subcutan adott adrenalin okozta vérnyomásgörbét vagotonná változtatja, saját módszerével vizsgálva sem tudtuk megerősíteni. Az ok, hogy ezen vizsgálati módszerrel nem kaptuk ugyanazon eredményeket, mint az intravenásan adott adrenalin-injectio után, nyilvánvalóan az már oly sokszor rámutatott adrenalin okozta helyi hatásban keresendő. Az adrenalin okozta vérnyomás-emelkedés, ha azt subcutan adjuk, annyi mellékkörülménytől függ (felszívódás, localis hatás), hogy abból a vegetatív idegrendszer tonusára következtetni nem lehet. Természetesen még kevésbé lehet következtetést vonni, ha ezen bizonytalan elváltozásokat még egy további tényező hatása alá helyezzük.

Annak eldöntésére, kimutatható-e a KCl-nak sympathikoton hatása esetleg más eljárásokkal is, megvizsgáltuk, mennyiben befolyásolja az intravenásan adott KCl ugyancsak az adrenalin okozta vércukoremelkedést. Nyole esetben végeztünk ilyen vizsgálatot. Ezen vizsgálatoknál úgy jártunk el, hogy meghatároztuk, hogy 1 mg adrenalin subcutan injectiója után milyen vércukoremelkedés észlelhető. Másnap ezen vizsgálatot megismételtük, de az adrenalin előtt a vizsgálandó egyénnek 4 cm³ 5%-os KCl-injectiót adtunk intravenásan. Az adrenalin-injectio előtt, valamint utána ½ óránként, öt ízben, meghatároztuk a vér cukortartalmát, az *Ernst-Weiss* által módosított *Bang-féle* eljárással. Kísérleti eredményeinket a következő, 3. sz. táblázat foglalja össze.

Eredményeinket áttekintve, azt látjuk, hogy a KCl az adrenalin okozta vércukoremelkedést lényegesen nem befolyásolta. Azon minimalis különbségek, melyek kísérleteink alkalmával észlelhetők voltak, részben a hibaforrások határain belül vannak, részben pedig a physiologias ingadozásoknak felelnek meg. E kísérletekből azonban biztos következtetések nem vonhatók,

3. táblázat.

Sorszám	Név	1 mg subcutan adrenalin okozta vércukoremelkedés		Maximalis különbség
		KCl nélkül	KCl után	
1	St. I.	0.08	0.05	- 0.03
2	W. R.	0.07	0.05	- 0.02
3	B. L.	0.06	0.05	- 0.01
4	F. N.	0.01	0.03	+ 0.02
5	B. A.	0.06	0.07	+ 0.01
6	St. L.	0.08	0.09	+ 0.01
7	Zs. P.	0.06	0.06	-
8	M. P.	0.08	0.08	-

mert a vércukorszint létrejöttében oly számos tényező szerepel, hogy egyik a másikat könnyen ellensúlyozhatja. Egy azonban kétségtelen, hogy ezen kísérletekben is a KCl nem hatott, mint vagoton anyag.

Visszatérve az elsősor közölt kísérleti sorozatunkra, melyből kétségtelenül kiderül, hogy a KCl-injectio a szervezet sympathicus idegrendszerének érzékenységet fokozta, végezetül azt a kérdést akarjuk tárgyalni, hogy a KCl milyen módon hatott. Vajjon ez a KCl elsődleges hatása-e, vagy pedig azt csak másodlagos úton hozza létre. Ez utóbbira két okból kellett gondolni. Elsősorban azért, mert ismeretes, hogy a CaCl₂ a szervezet savbasis egyensúlyát, amint azt *Holló* és *Weiss*, valamint mások is kimutatták, savanyú irányba tolja el, a vér H-ion koncentrációja CaCl₂ után nő. Másodsorban szem előtt kell tartanunk *Csépai*, *Holló* és *Weiss* vizsgálatait, melyek szerint a vér H-ion koncentrációjának megváltozása a szervezet adrenalin-érzékenységét is megváltoztatja. Ezen vizsgálatok szerint, melyeket később még mások is megerősítettek, a vér H-ion koncentrációjának növekedése vagoton, a vér H-ion koncentrációjának csökkenése pedig sympathikotonelváltozást hoz létre. Kérdésessé vált tehát, hogy a kaliumion, mely a calciumionnak mintegy antagonistája, nem okoz-e alkalosítást, ami esetleg szintén megmagyarázhatná a KCl előbb leírt hatását. E célból megvizsgáltuk, hogy a vér H-ion koncentrációja intravenás KCl-injectio után miképpen viselkedik. Kísérleteinknél úgy jártunk el, hogy éhgyomorral megvizsgáltuk a kísérleti egyén vérének H-ion koncentrációját. Ezután 4 cm³ 5%-os KCl-oldatot injiciáltunk intravenásan, majd utána abban az időben, amikor a KCl ugyanazon egyénen más alkalommal végzett kísérletben az adrenalin okozta vérnyomás-emelkedést maximalisan fokozta, ismét vettünk vért H-ion koncentráció meghatározáshoz. Összesen nyole egyénen végeztünk ily irányú vizsgálatot, *Holló* és *Weiss* módszerével. Eredményeinket a következő, 4. sz. táblázat mutatja.

4. táblázat.

Sorszám	Név	Vér pH	
		KCl injectio előtt	KCl injectio után
1	M. P.	7.50	7.56
2	B. A.	7.54	7.57
3	St. I.	7.54	7.61
4	F. N.	7.55	7.56
5	Zs. P.	7.59	7.64
6	B. L.	7.59	7.58
7	St. L.	7.60	7.62
8	W. B.	7.56	7.62

E táblázatból látjuk, hogy KCl-injectióra nyolc eset közül hétben alkalikus eltolódás jött létre. Csak egy eset volt, melyben a vér H-ion koncentrációja KCl-injectio után nem változott. Tehát e kísérletekben is a kaliumion a calciumionnal ellentétes hatást fejtett ki, vagyis kalium intravenás adagolása után a vér H-ion koncentrációja csökkent. Ilyen módon lehetséges tehát, hogy a KCl sympathikoton hatása tulajdonképpen azáltal jön létre, hogy a szervezetet alkalikusabbá tette, amely alkalikus hatás, mint a fentebb említett kísérletek mutatták, az adrenalinérzékenységet fokozza. Azt a kérdést természetesen, hogy a KCl sympathikoton hatása elsődleges vagy másodlagos-e, ezen kísérletekkel eldönteni nem tudtuk. Mindkét eset lehetséges, mert hiszen az is kétségtelen, hogy a kaliumionnak magának is lényeges befolyása van a sejtekre.

Kísérleti eredményeinket a következőkben foglalhatjuk össze:

1. Intravenásan adott KCl-injectio a szervezet adrenalinérzékenységét fokozza.

2. Ugyanezen injectio a subcutan adott adrenalin okozta vérnyomásgörbét — legalább is azonos irányba — nem befolyásolja.

3. Az adrenalin okozta véreukoremelkedést KCl nem befolyásolja.

4. Az intravenásan adott KCl a vér H-ion koncentrációját alkalikus irányba tolja el.

5. Lehetséges, hogy a KCl sympathikoton hatása ugyancsak az általa előidézett alkalosissal függ össze.

Irodalom: Csépai: D. med. Wochenschr. 1921; Kl. Wochenschr. 1923; Wiener Arch. für inn. Med. 10. köt. — Csépai, Holló és Weiss: Wiener Arch. für inn. Med. 10. köt. — Ernst-Weiss: Wiener klin. Wochenschr. 1921. — Holló és Weiss: Bioch. Zeitschr. 1924. — Jendrassik: Klin. Wochenschr. 1927.; Orvosi Hetilap 1927. — Kraus és Zondek: Cit. Zondek: Die Elektrolyte. Springer. 1927. — Kylin: Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. 43. köt.: Klin. Wochenschr. 1925. — Leites: Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. 45. köt. — Quaranta: Ber. üb. d. ges. Physiol. — Weiss és Benkovic: Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. 1925. — Zondek és Benatt: Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. 43. köt.

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

A lipoidok befolyása a toxinok mérgező hatására állatkísérletekben.*

Írták: Surányi Lajos dr. és Jarno Leo dr.

Ransom, Hedon, valamint Noguchi vizsgálataival lett ismeretes, hogy a normalis vérsavó saponin, solanin, cyklamín és digitalinnal szemben antihaemolytikus hatást fejt ki. Landsteiner és v. Eisler pedig kimutatták, hogy a vörösvérsejtek stromái bakteriumtoxinokat megkötni képesek. A vérsavó s nemkülönben a vérsejtek stromái jelentős mennyiségű cholesterint tartalmaznak s így mi sem természetesebb, mint az, hogy az említett anyagok méregkötő (közömbösítő) hatását a cholesterinre vezették vissza. Már Ransom hangsúlyozta, hogy csak az úgynevezett szabad-cholesterinnek van a mérgekkel szemben védő hatása s Hausmann mutatta ki, hogyha a cholesterin OH-csoportja leköttetik, avagy a kettős gyűrű felbomlik, úgy a védőhatás megszűnik.

Landsteiner és Boteri tetanustoxint cholesterinrel, lecithinnel s „Protagon“-nal kezelték s azt találták,

* Ezen dolgozat az Országos Természettudományi Kutató-Alap anyagi támogatásával készült.

hogy a cholesterin a toxint adsorbeálja s ha a tetanus-toxinnal kezelt cholesterinnel állatot oltanak, az mégis tetanust kap; ellenben a protagonnal kezelt tetanustoxin csak igen ritka esetben okozott tetanust, mert a protagon a méreggel kötésbe lép s ez a kötés az állati szervezetben is megmarad. Ezen adat ellene szól Hausmann előbb ismertetett megállapításának mert a kettősen fénytörő lipoid, melyet Lohlein és Stock „Protagon“-nak neveztek, Aschoff megállapítása szerint cholesterinester (kötött cholesterin), az esterben pedig nincs már szabad OH-csoport. Landsteiner és munkatársainak kísérletei tehát azt bizonyítják, hogy cholesterinrel a toxint az azt tartalmazó bouillonból el lehet távolítani és ezen körülményt úgy is bizonyították, hogy ilyen cholesterinrel állatokat oltottak, amelyek elpusztultak.

Kérdés azonban, ha a toxin-oldathoz adunk cholesterint vagy más lipoidot, illetőleg lipoidokat nagyobb mennyiségben tartalmazó anyagokat, hogy ezek állatkísérletben hogyan viselkednének? Lipoidtartalmú anyagok közül könnyen alkalmazható voltak miatt elsősorban a vérsavó és az epe jöhetnek szóba; ezek mindegyike jelentős mennyiségű cholesterint tartalmaz. A vérsavónak azonban hátránya, hogy nagymennyiségű fehérjét tartalmaz és így sterilizése körülményes; az epe viszont haemolytikus tulajdonságokkal bír.

A kérdést vizsgálódó, 1925. XII. 17-én négy drb. körülbelül 250 g súlyú tengerimalacot 1:100 hígítású diphtheriatoxinnal oltottunk be. A toxin hígítása közönséges levessel, illetve Porges és Neubauer eljárása szerint készített 1 pro mille cholesterint vagy 1.5 pro mille lecithint tartalmazó levessel, illetve epével történt. Az eredményt az alábbi táblázat mutatja:

1. táblázat.

Szám	Kezelve lett 1 cm ³	Eredmény
1.	Levessel hígított toxinnal	Elpusztult 6 nap múlva.
2.	Cholesterines levessel hígított toxinnal	Életben maradt.
3.	Lecithines levessel hígított toxinnal	Elpusztult 5 nap múlva.
4.	Epével híg. toxinnal	Abortált 5 nap múlva. Életben maradt.

A cholesterint tartalmazó levessel, illetve epével hígított diphtheriatoxinnal oltott malacok tehát életben maradtak, míg a közönséges, avagy lecithines bouillonnal oltott malacok elpusztultak; az utóbbi (t. i. a lecithines) 24 órával előbb pusztult el. Érdekes a 4. számú malac kísérleti eredménye. Az oltás alkalmával ugyanis elkerülte figyelmünket azon körülmény, hogy az állat terhes s így ezen körülményről csak akkor szereztünk tudomást, mikor az oltást követő 5. napon abortált. Ezek után nagyon is valószínűnek tetszik az abortusnak a toxinnal való oltással, míg életben maradásának az epe cholesterinjének védőhatásával okozati összefüggésbe való hozása.

Ezen eredmény birtokában most egyrészt azt vizsgáltuk, hogy nagyobb mennyiségű toxin alkalmazásánál hogyan nyilvánul meg a lipoidok, illetve az epe hatása; másrészt nagyobb számú állatot oltottunk be, miután az 1—1 állaton végzett kísérletek eredményét abszolút bizonyítónak elfogadni nem lehet.

1925. XII. 30-án 18 drb. malacot oltottunk be 1:50 hígítású diphtheriatoxinnal. A malacok egy része közönséges levessel, másrésze cholesterines, illetve lecithines levessel, vagy epével hígított toxint kapott. 3—3 malac pedig a kezeletlen toxinnal való oltás napjától kezdve naponta 1 cm³ 5% cholesterint, vagy ugyanannyi lecithint tartalmazó olajat kapott bőr alá fecskendezve. Az eredményt a második tábla mutatja.

2. táblázat.

Szám	A toxin hígítási módja és egyéb kezelése	Eredmény
1.	Közönséges levessel . . .	Elpusztult 2 nap múlva.
2.	" " " . . .	Elpusztult 2 nap múlva.
3.	" " " . . .	Elpusztult 2 nap múlva.
4.	Lecithines " " . . .	Elpusztult 2 nap múlva.
5.	" " " . . .	Elpusztult 2 nap múlva.
6.	" " " . . .	Elpusztult 4 nap múlva.
7.	Cholesterines " " . . .	Elpusztult 4 nap múlva.
8.	" " " . . .	Elpusztult 4 nap múlva.
9.	" " " . . .	Életben maradt.
10.	Epével	Elpusztult 5 nap múlva.
11.	" " "	Elpusztult 5 nap múlva.
12.	" " "	Elpusztult 5 nap múlva.
13.	Közöns. levessel + cholesterin-injectio	Elpusztult 5 nap múlva.
14.	Közöns. levessel + cholesterin-injectio	Elpusztult 5 nap múlva.
15.	Közöns. levessel + cholesterin-injectio	Életben maradt.
16.	Közöns. levessel + lecithin-injectio	Elpusztult 2 nap múlva.
17.	Közöns. levessel + lecithin-injectio	Elpusztult 2 nap múlva.
18.	Közöns. levessel + lecithin-injectio	Elpusztult 2 nap múlva.

Az első kísérletnél használt toxinadagnak kétszeresét az állatok tehát rosszul tűrték. Említésre méltó, hogy a lecithin-injectiókkal kezelt állatok a tisztán toxinnal kezelt állatokkal egyidőben pusztultak el, holott a lecithines levessel hígított toxinnal oltott állatok az előbbieket két nappal túléltek. Az epével oltott állatok is elpusztultak a kísérlet ötödik napján s a cholesterines olajjal és toxinnal, illetve cholesterines levessel hígított toxinnal kezelt állatok közül csak 1—1 maradt életben.

Miután e kísérletből kétségkívül kiderült, hogy az alkalmazott toxinmennyiség az alkalmazható cholesterin mennyiséggel szemben túlnagy, az első kísérletet 1926. I. 20-án megismételtük, amidőn 12 állatot oltottunk be 1:100 hig. toxinnal. Az eredményt a 3. táblázat mutatja.

3. táblázat.

Sz.	Kezelve lett 1 cm ³ 1:100 hígítású toxinnal; a hígítás történt	Eredmény
1.	Közönséges levessel . . .	Elpusztult 3 nap múlva.
2.	" " " . . .	Elpusztult 3 nap múlva.
3.	" " " . . .	Elpusztult 4 nap múlva.
4.	Lecithines " " . . .	Elpusztult 4 nap múlva.
5.	" " " . . .	Elpusztult 5 nap múlva.
6.	" " " . . .	Elpusztult 9 nap múlva.
7.	Cholesterines " " . . .	Elpusztult 6 nap múlva.
8.	" " " . . .	Életben maradt.
9.	" " " . . .	" "
10.	Szterilen vett epével . . .	" "
11.	" " " . . .	" "
12.	" " " . . .	" "

E kísérletek világosan bizonyítják a lipoidok hatását a diphtheria-toxinnal végzett állatkísérletek eredményére. A lecithin, bár védőhatást nem tudott kifejteni, a halált az esetek egy részében mégis el tudta odázni; a cholesterin ellenben akár levessel, akár epével adva, avagy pedig olajos injectiókban a szervezetbe juttatva, az állatokat túlnyomó részben megóvta a pusztulástól.

Tetanustoxinnal is kísérleteztünk és e célból 1925. XII. 30-án 9 malacot oltottunk be 1:1000 hig. toxinnal. E kísérletre vonatkozó részleteket a 4. táblázat mutatja.

4. táblázat.

Sz.	A tetanustoxin hígítva lett	Eredmény
1.	Közönséges levessel . . .	Elpusztult 2 nap múlva.
2.	" " " . . .	Elpusztult 2 nap múlva.
3.	" " " . . .	Elpusztult 2 nap múlva.
4.	Lecithines " " . . .	Elpusztult 1 nap múlva.
5.	" " " . . .	Elpusztult 1 nap múlva.
6.	" " " . . .	Elpusztult 1 nap múlva.
7.	Cholesterines " " . . .	Elpusztult 4 nap múlva.
8.	" " " . . .	Elpusztult 5 nap múlva.
9.	" " " . . .	Életben maradt.

E kísérletben említésreméltó, hogy a lecithin a védőhatás semmiféle jelét sem mutatta, sőt az állatok halálát siettette; a cholesterin, bár három állat közül csak egynek életét mentette meg, másik kettőnél azonban az állatok életét a controlokhoz viszonyítva 2—3 nappal meghosszabbította.

A bacillus botulinus toxinjával is végeztünk kísérletet. A toxin hígítása közönséges, illetve cholesterines és lecithines levessel, avagy epével történt. A toxin háromféle hígításban és pedig 1:100, 1:200 és 1:400-as hígításban, 0,3 cm³-nyi mennyiségben lett alkalmazva. Mindegyik hígításféleséggel és mindegyik hígítási fokkal 3—3 egér lett beoltva és így összesen 36 egérrel végzett kísérletről számolhatunk be. Az egereket 1926. II. 20-án oltottuk be és II. 22-re elpusztultak az 1:100 és 1:200 hígítással oltott összes (vagyis 24 drb.) állatok; az 1:400-as hígítással oltott egerek közül azok (3 állat), melyek közönséges bouillonnal hígított toxint, s amelyet lecithines bouillonnal hígított toxint (3 állat) kaptak, elpusztultak, míg a cholesterines levessel hígított toxinnal oltott állatok (3 állat), továbbá azok, melyek epével hígított toxint kaptak, életben maradtak.

A lipoidok befolyása tehát úgy a diphtheria-, mint a tetanus- és botulinus-toxinnal oltott állatokon kimutatható volt.

A cholesterin mindhárom toxinféleséget megkötvén (közömbösítvén), velök szemben nagyrészt megvédte az állati szervezetet; a lecithin a diphtheria-toxinnal a folyamatot lassítani, a tetanustoxinnal ellenben siettetni látszott. Meg kell jegyeznünk, hogy a cholesterines és az epés diphtheriatoxinnal oltott állatok egy részénél bőrnekrosis állott be, melynek helyén nagyobbára gyógyulás következett be.

Krauspe körülbelül 1 pro mille-nyi cholesterint tartalmazó levesben tenyésztett diphtheria-, illetve tetanusbacillust és azt találta, hogy a cholesterines levessel készült diphtheria- vagy tetanustoxin közömbösítéséhez sokkal több antitoxin szükséges, mint az egyidős közönséges levessel készült toxinhoz; a 10 napos cholesterines diphtheriatoxin szövetelhalást okoz, míg az ugyanily idős normallevessel készült toxin nem. A normalis tetanustoxintól viszont elpusztul az állat, míg a vele egyidős cholesterines toxinnal oltott állat életben marad, vagy ha el is pusztul, a folyamat elhúzódó, és pedig *Krauspe* szerint azért, mert a tetanustoxint a cholesterin megköti s így a toxin kevésbé hatásos, avagy csak lassan hasad le.

Azon körülmény, hogy a cholesterines levessel készült diphtheriatoxin sokkalta hatásosabb, mint a közönséges levessel készült, annak magyarázatául szolgálhat az is, hogy a cholesterin, a diphtheriabacillusok önmagukra káros anyagereproductumait megköti s így több az életben levő s toxint termelő bacillus. Magyarázható s talán nagyobb valószínűséggel a fokozott toxintermelés azon lehetőséggel is, hogy a cholesterin a toxintermelés első szakában a képződött toxint megköti; midőn a cholesterin már több toxint megkötni nem tud, a toxinképződés oly körülmények között folytatódik, mint a közönséges levesben, de az állatkísérletben az egész toxinmennyiség, tehát a cholesterinhez kötött és a levesben szabadon levő toxin együttes hatása érvényesül.

Krauspe adatai, melyek *Landsteiner* és *Boteri* e sorok bevezetőjében említett kísérleti eredményeivel részben ellentétesek, részben egyezők, különös érdekeséget nyernek számukra azon körülmény folytán, hogy *Surányi* cholesterines, illetve lecithines táptalajokon a mikrobák fejlődését megfigyelve, azt tapasztalta, hogy azok a kétféle lipoidos táptalajon eltérően viselkednek.

Krauspe nyomán érdekes lett volna cholesterines, illetve lecithines táptalajon a toxinképződés mineműségét megfigyelni, minthogy azonban *Krauspe* adatai csak e sorok megírása közben jutottak birtokunkba, a kísérlet kivételét későbbre halasztottuk.

Irodalom: *Krauspe*: Zentralbl. f. allg. Path. Ergänz. z. 36. köt., 140. old. — *Hausmann*: Kraus-Levaditi. 511. old. — *Landsteiner* és v. *Eisler*: Kraus-Levaditi. 401. old. — *Landsteiner* és *Botteri*: Zentralbl. f. Bakt. Orig. 42. köt., 565. old. — *Lochlein* és *Stock*: Idézve Fexnél, Bioch. Zeitschr. 104. köt., 82. old. — *Noguchi*: Univ. Penns. Med. Bull. 15. köt., 327. old. — *Porges* és *Neubauer*: Bioch. Zeitschr. 7. köt., 152. old. — *Ransom*: D. med. Woehenschr. 1901. évf., 13. füz. — *Surányi*: M. O. A. 1927. 6. füz.

A pécsi m. kir. Erzsébet Tudományegyetem belklinikájának közleménye (igazgató: Angyán János dr. egyetemi ny. r. tanár).

A vér bilirubin-tartalmának meghatározása.*

Irták: *Jendrassik Loránd dr.* magántanár és *Czike Antal dr.*

Az utóbbi évtized folyamán több szerzőnek sikerült módszereket kidolgozni, melyek a vér bilirubin-tartalmának meghatározását lehetővé teszik. Ezen eljárások a gyakorlati célnak nagyjában megfelelnek, fölvilágosítást adnak a bilirubin-tartalom ingadozásáról. Mindemellett nem tekinthetők chemiai értelemben szabatos módszereknek, hisz némely használatos eljárásnál 50%-osnál nagyobb hibák is lehetségesek.

Munkánk célja volt a nagyobb hibákon segítve olyan módszert kidolgozni, mely a vér bilirubin-tartalmának szabatosabb meghatározását teszi lehetővé. Eljárásunkat az Orvos-Természetvizsgáló Vándorgyűlés szakosztályában f. é. augusztus 31-én már ismertettük.

A laboratóriumokban ma használatos módszerek egyrésze a bilirubin saját sárga színét veszi a coloriméteres összehasonlítás alapjául. (*Meulengracht*,¹ *Ernst* és *Förster*,² stb.) Más meghatározásoknál valamely oxidáló szerrel a bilirubint biliverdinné alakítjuk. Ide tartozik pl. a *Sabatini*-féle módszer,³ s mint használatosabb eljárás a *Herzfeld*-féle.⁴ A harmadik csoportot a diazo-reakción alapuló eljárások alkotják, a *Hijmans van den Bergh*-féle és módosításai. Ez a módszer azon alapszik, hogy a bilirubin az Ehrlich-Pröscher-féle diazo-keverékkel pirosas színű vegyületet (diazo-bilirubint) képez, amelynek erőssége aetheres ferrirhodanidékkel, avagy vizes cobaltsulfát oldattal coloriméterben összehasonlítva a bilirubin-concentratio kiszámítását lehetővé teszi.^{5,6,7} H. v. d. Bergh előírása szerint a serumot kétszeres mennyiségű alkohollal hozzuk össze, a kicsapódó-fehérjét lecentrifugáljuk, és az oldat tisztájának lemért mennyiségében hozzuk létre a diazo-reakciót. (1 cm³-hez + ¼ cm³ reagens, + ½ cm³ alkohol). H. v. d. Bergh módszere tehát az epefesték specifikus színreakcióján alapul. A reakciót szintén adó indol és pyrrol az ember vérében nem fordul elő szóbjavó mennyiségben. További tökéletesítésre ez a legáltalánosabban használt módszer látszott alkalmasnak. Ismert hibája a *Hijmans van den Bergh*-féle módszernek az, hogy az alkoholos kicsapáskor a fehérje magával ragadhatja a bilirubinnak igen jelentékeny részét. E hibát különösen azon serumoknál látjuk, melyekben a bilirubin „direct” reakciót ad, vagyis az azobilirubin már alkohol jelenléte nélkül is létre jön, így például pangásos icterus esteiben. „Indirect” reakció esetén, *Hijmans van den Bergh* szerint a fehérje nem adsorbeál bilirubint, tehát módszere a teljes értéket adja.

Az eljárás ezen hibáján többen igyekeztek segíteni. Így *Thannhauser* és *Andersen*⁸ aként, hogy a se-

rumhoz előbb adják a diazokeveréket és csak azután csapják ki a fehérjét alkohol és ammoniumsulfát segítségével. Ezt a módszert szerzőik inkább a direct bilirubin meghatározására kívánják korlátozni, s *Hijmans van den Bergh* és *Muller*⁷ is erre a célra ajánlják. Hibájuk rójká fel ugyanis, hogy gyakran ad összehasonlításra alkalmatlanul különböző színárnyalatokat és gyakran marad opalescens az oldat centrifugálás után. E módosítással mi is foglalkoztunk, tapasztalatainkat más helyütt fogjuk részletesen közölni. Hangsúlyoznunk kell azonban, hogy a *Thannhauser*-féle módszer ugyanúgy használható indirect bilirubin esetében is. Nem szükséges ugyanis, hogy a szín már a diazokeverék hozzáadásakor beálljon. A kapcsolódás ugyanis az alkohol hozzáadására, ennek közvetítése mellett azonnal létrejön. A diazokeverék sósavtartalma megakadályozza, hogy az alkohol az összes fehérjét kicsapja. A kicsapódás az ammoniumsulfát hozzáadására lesz csak teljessé. Ezzel szemben azonban *Thannhauser* és *Andersen* módszere nem alkalmas szabatos meghatározásra sem direct, sem indirect bilirubin esetén. Kisebb hibája még a színárnyalatok egyenlőtlensége, mert ez csak az esetek csekély részében fordul elő zavaró mértékben. Az opalescentián sokszor erősebb centrifugálással lehet segíteni. Még egyszerűbben pedig úgy, ha centrifugálás helyett filtrálunk, mint a mi módosításunknál is tesszük. *Thannhauser* és *Andersen* módszere azonban legtöbbször alacsony értékeket szolgáltat, tehát szintén veszteséggel dolgozik. Direct bilirubin esetében magyarázata ennek az lehetne, hogy az alkoholra kiváló kevés fehérje mégis adsorbeálja a bilirubin bizonyos hányadát. A mi módszerünkkel való összehasonlításból kiderül azonban, hogy indirect bilirubinnál is alacsonyak az értékek s a fehérjeesapadék itt is színezett. Úgy látszik, ammoniumsulfát jelenlétében könnyebben válik ki a festék alkoholos oldatból. Még nagyobbnak mutatkozik az eljárás hibája, ha helyesen számítjuk ki a meghatározás eredményét. E szerzők nem veszik ugyanis figyelembe, hogy az alkoholos serumkeverékhez adott ammoniumsulfát centrifugálás (ill. szűrés) alkalmával különválik, mégpedig úgy, hogy ezen ammoniumsulfátos fázis azobilirubint nem tartalmaz. Ha tehát a serumot (az előírás szerint) 1:5 arányban kevertük el a hozzáadott oldattal, a coloriméterbe került alkoholos fázis a különválás miatt csak kisebb hígításnak tekinthető, mégpedig meghatározásunk szerint 19,2%-al kisebbnek (tehát 1:4,24 nek). Szűréskor az ammoniumsulfátos fázis részben vagy egészben a csapadékkal a szűrőn marad s így nem mindig vehető észre. E helyes számítás alapján kiderül, hogy *Thannhauser* és *Andersen* módszerének hibája rendszeren 2–35% között mozog.

Egy másik „javítása” *Hijmans v. d. Bergh* módszerének *Attilio Martini* olasz szerző nevéhez fűződik.⁹ Ő nem csapja ki a fehérjét, a reakció közvetítésére pedig alkohol helyett 50% ecetsavat alkalmaz. Direct bilirubin esetén valóban sikerült eljárásával színreakciót kapunk, melynek erőssége azonban körülbelül felényi vagy alig több bilirubinnak felelt meg. Indirect bilirubinnál azonban, még igen magas értékek esetén is, csak igen halvány szín jön létre (körülbelül 1/10–1/20-nyi bilirubin-értéknek megfelelően) az is összehasonlításra alkalmatlan, szennyes árnyalattal.

Ugyancsak módosították *Hijmans v. d. Bergh* eljárását *Enriques* és *Sivó*.¹¹ A fehérjét ők sem csapják ki, közvetítőül pedig coffeint, mégpedig coffein-natriumbenzoátot alkalmaznak. *Adler* és *Strauss* vizsgálataiból ismeretes ugyanis, hogy coffein-natriumbenzoát az alkohol módjára a reakciót közvetíteni képes.¹⁰ *Enriquez* és *Sivó* módszerének hibája, hogy a keletkező szín kisebb-nagyobb mértékben barnás-vörös árnyalatú, oly-

* A M. k. Természetudományi Alap támogatásával készült dolgozat.

annyira, hogy a standardékkal való összehasonlítást kétségesse tegye.

A mi módosításunk nem folyamodik új fogásokhoz, de lehetővé teszi a teljes bilirubinérték meghatározását úgy direct, mint indirect esetekben. Mi is először a diazokeveréket adjuk a serumhoz és közvetítőül ugyancsak coffein-nátriumbenzoátot alkalmazunk.*

Miután a színreactio végleg beállt, alkoholt adunk a keverékhez, mely a fehérjéket kicsapja. Azt, hogy a diazokeverék sósavának jelenlétében is a kicsapás praktikuson teljes, a coffein-nátriumbenzoát jelenléte okozza. Centrifugálás helyett szűrést használunk, mégpedig megfelelő keménységű filteren. Legjobb a Schleicher-Schüll-féle 589. III-as (kékszalagos), szintúgy a 602-es papír. A közönségesen használt 597. számú nem alkalmas. A filtrálás epruvettába történjék, a tölesért közvetlenül a csőre ültetve, így jól véd az alkohol párolgása ellen. A tölesért magát óraüveggel fedjük le. A meghatározást a szokásos módon, Autenrieth-coloriméterben, a szokásos standardékek bármelyikével végezhetjük.

A meghatározás menete a következő:

2 cm³ serum (illetve plasma) + 0.5 cm³ telített coff. natriobenzoicum (körülbelül 50%-os) + 1 cm³ frissen készült diazokeverék. Öt-tíz pernyi állás után + 6.7 cm³ alkohol (96%-os), öszerázás, filtrálás. A hígítás (az alkoholos contractio figyelembevételével (így 1:5 arányú, mint az eredeti Hymans v. d. Bergh-féle módszerénél.) Az I. diazooldathoz kevesebb sósavat használunk, mint H. v. d. Bergh és Th.-A., mert a magas sósavtartalom csapadékot okoz (5 gr sulfanilsav + 15 cm³ conc. HCl ad 1000 cm³). A II. diazooldatnál mi is 0.5% NaNO₂-t használunk, de belőle csak 0.1 cm³-et veszünk 10 cm³-nyi oldatra. Célszerű az I. diazooldatot 3-4 hetenként megújítani. Ha a reactio túl lassan áll be, azt ezen oldat bomlottsága okozza. Túl magas értékeknél a kapott színes oldatot még hígítani kell, Ehez 60%-os alkoholt kell használnunk.

Eljárásunk indirect bilirubin esetén a régi H. v. d. Berg-féle módszerrel egyező eredményt ad. Direct vagy átmeneti reactionál azonban sokkal nagyobb értéket. A Thannhauser-Andersen módszerénél az eredmény mindig nagyobb. Példaként közöljük az alábbi eseteket, melyekben a magas bilirubin-tartalom pontos összehasonlítást tett lehetővé.**

166. B. F. arteriosclerosis (indirect):
Hijmans v. d. Bergh (= H.): 2.05 mg%; Thannhauser-Andersen (= T. A.): 1.73 mg%; eljárásunk szerint (J. Cz.): 2.10 mg%.
190. Sch. J. cholelithiasis (indirect):
H.: 2.60 mg%; T. A.: 2.11 mg%; J. Cz.: 2.60 mg%.
195. S. J. icterus catarrhalis (direct):
H.: 14.00 mg%; T.: 16.70 mg%; J. Cz.: 25.80 mg%.
197. K. L. Ce. hepatitis (direct):
H.: 25.06 mg%; T.: 31.49 mg%; J. Cz.: 48.75 mg%.

A serumban végzett meghatározás fölvilágosítást nyújt a bilirubinaemia mértékéről és így klinikailag használható értékeket ad. Föl szeretnénk hívni a figyelmet azonban arra, hogy a plasma és így a vér bilirubin-tartalma a seruménál jelentékenyen magasabb, mégpedig 22-90 átlag körülbelül 50%-al. A meghatározást oxalátplasmában módszerünkkel ugyanúgy végezzük, mint serumban. Példák:

* A reactióban nem a coffein, hanem a nátriumbenzoát a hatásos. Más coffeinpraeparatumok nem közvetítenek, viszont nátriumbenzoátoldat igen. Azért használunk mégis coffein-nátriumbenzoátot, mert a színárnyalat így szebb és állandóbb.

** A Thannhauser-reactiót H. v. d. Bergh és Muller módosítása szerint, azonban szűréssel és főntemlítést átszámítással végeztük.

- Régi Hijmans v. d. Bergh-féle meghatározással:
129. (sz. eset), B. P., obstr. icterus (direct). Serum: 6.70 mg%, plasma: 9.37 mg%, fibrinogen: 0.31%.
130. W. J., obstr. icterus (direct). Serum: 7.58 mg%, plasma: 11.93 mg%, fibrinogen: 0.32%.
132. Sch. N., anaem. pern. (indirect). Serum: 1.50 mg%, plasma: 2.62 mg%, fibrinogen: 0.28%.
139. D. Gy., anaem. pern. (indirect). Serum: 0.57 mg%, plasma: 1.08 mg%, fibrinogen: 0.11%.
- Módosításunkkal:
163. Sz. L., ulcus duoden. (indirect). Serum: 0.55 mg%, plasma: 0.68 mg%, fibrinogen: 0.23%.
137. W. J., obstr. icterus (direct). Serum: 20.95 mg%, plasma: 25.60 mg%, fibrinogen: 0.23%.
198. A. R., icterus catarrh. (direct). Serum: 4.59 mg%, plasma: 5.60 mg%, fibrinogen: 0.36%.
202. S. J. icterus catarrh. (direct). Serum: 15.75 mg%, plasma: 18.75 mg%, fibrinogen: 0.34%.

A fibrinogennek a táblázatban közölt értékei azt mutatják, hogy a kivitt bilirubin hányada és a fibrinogentartalom között nincs arányosság. A veszteséget tehát nem tekinthetjük átlagértéknek, sem nem számíthatjuk a fibrinogentartalom alapján. A meghatározás *Leendertz és Gromelski* refractométeres módszerével¹³ történt. E módszer jó relatív értékeket ad. Absolut értékei azonban még correctióra szorulnak (*Somogyi* szerint, 14), minthogy számítás alapjául a fehérje átlagos (*Reiss-féle*) törési indexét veszi és nem magát a fibrinogent.

Befejezésül szólunk kell még a *Herzfeld-féle* módszeréről, minthogy egyszerűsége miatt némelyek még használják. Ezen eljárás nagyjában párhuzamos értéket ad a diazomódszerrel, absolut értékei azonban körülbelül 10-szer, tehát lehetetlen mértékben magasabbak, mint az már több szerzőnek is feltűnt.¹² A *Herzfeld-féle* eljárás abban áll, hogy a vizsgálandó serumból 1:2 arányú hígítássorozatot készítünk és meghatározzuk, hogy az oxydáló hatású alkoholos Hammarsten-oldat melyik hígításban ad még észrevehető zöld színeződést. *Herzfeld* szerint a concentratio, melyben ez még látszik, 1.6 mg%-al egyenlő. Ezt kell a határhígítással szorozni, hogy a bilirubin-tartalmat megkapjuk. *Herzfeld* azonban a határconcentratiót vizes vagy tojásfehérjével kevert alkoholos bilirubin-oldattal határozta meg. Ha azonban bilirubinmentes serumhoz adunk ismert mennyiségű bilirubint, kiderül, hogy a határconcentratio körülbelül 10-szer kisebb és 0.16-0.20%-ra tehető. Ugy látszik a serum nem fehérjetermészetű, oxydálható anyagai befolyásolják az eredményt. Ezen alapon számítva a *Herzfeld-methodus* helyes nagyságrendű értékeket szolgáltat, természetesen azért nem tekinthető a leírttal egyenrangú módszernek.

Összefoglalás:

A Hymans van den Bergh-féle vérbilirubin-meghatározás eddigi módosításai nem kielégítőek. Használható eljárás, amely mind a direct, mind az indirect bilirubin teljes értékét megadja, abban áll, hogy a diazo-reactiót coffein-nátriumbenzoáttal közvetítjük és utána a fehérjéket alkohollal kicsapjuk, a centrifugálás helyett pedig szűrést alkalmazunk. A vér bilirubin-tartalmáról a plasmában végzett meghatározás ad csak helyes képet, mert a kiváló fibrin magával viszi a bilirubin jelentékeny részét.

A *Herzfeld*-módszer túlmagas értékeit a helytelenül megállapított határconcentratio okozza.

Irodalom: ¹ *Meulengracht E.*: D. Arch. klin. Med. 1921, 137, 38. — ² *Ernst Z. és Förster Gy.*: M. O. A. 1924, 25, 275.; *Klin. W.* 1924, 3, 2386. — ³ *Sabatini G.*: Ber. Physiol. 15, 92. — ⁴ *Herzfeld E.*: D. Arch. klin. Med. 1922, 139, 306. — ⁵ *Hijmans van den Bergh, A. A. u. Snapper*: D. Arch. klin. Med. 1913, 110, 540. — ⁶ *U. a.*: A. A. u. Müller P.: Abderhalden f. Biolog. Arbeitsmethod. IV, 4, 2. —

⁸ Thannhauser J. S. u. Andersen E.: D. Arch. klin. Med. 1921, 137, 179. — ⁹ Martini A.: Ber. Physiol. 18, 105. — ¹⁰ Adler E. u. Strauss L.: Z. exp. Med. 1924, 44, 43. — ¹¹ Enriques E. és Sivó R.: Biochem. Z. 1926, 169, 152. — ¹² Friggér L.: Klin. W. 1923, 2, 532. — ¹³ Leendertz G. u. Gromelski B.: Arch. exp. Path. u. Pharm. 1922, 94, 114. — ¹⁴ Somogyi Zs.: Orvosi Hetilap, 1927, 71, 19. sz.

Megjegyzés Bugyi István dr. „100 epekő-műtét” című közleményére.

(O. H. 1928. 5. sz.)

Írta: *Milkó Vilmos dr.*, egyetemi magántanár.

Bugyi kartárs úr fenti cikkében a 125. oldalon következő kitétel olvasható:

„*Herczel* a cysticus esonkot nem kötötte le, hanem az anterograd kifejtés után kitépte azt.”

Mint boldogult *Herczel* professornak Rókus-kórházi osztályán sok éven át volt alorvosa, határozottan állíthatom, s e tekintetben hivatkozhatom többi volt munkatársaira is, hogy *Herczel* a fentemlített módon sohasem operált. Először is *Herczel* az epehólyagot úgy szólván mindig retrograd úton a cysticus felől távolította el, a cysticus esonkot pedig nem tépte ki, hanem azt igenis minden egyes esetben a leggondosabban lekötötte, amint az olyan óvatos és minutiosus technikával dolgozó sebésztől, amilyenek *Herczelt* ismertük, másként nem is várható. Elismerem, hogy a cysticus le nem kötése, feltéve, hogy azt jól körültaponáljuk, legtöbb esetben múlt epefolyáson kívül nagyobb bajt nem okoz. De már a cysticusnak előzetes lekötés nélkül való kitépése feltétlenül hibás és durva eljárás, melynél könnyen megtörténhetik, hogy a cysticussal együtt a choledochus egy darabját is kiszakítjuk. *Herczel* a cysticust nemesak hogy mindig lekötötte, de azt a lehetőség szerint még peritonizálta is, mégpedig már jóval a *Witzel* ajánlotta subserosus cholecystektomia előtt.

Ezek után azt hiszem, hogy *Bugyi* kartárs úr idézett állítása csak valami tévedésből származhatott.

LAPSZEMLE Belorvostan.

A haemorenalis acetonindexről. *A. Abraham* és *M. Altmann*. (Klin. Wochenschr. 1927, 51. sz.)

A diabeteses coma insulinkezelésénél már régen feltűnt, hogy az egyes betegek elpusztulnak annak ellenére, hogy a ketonuriájukat sikerült megszüntetni, vagy minimalisra redukálni. Sőt vannak cukorbetegség, akik comaszerű állapotban meghalnak, anélkül, hogy vizeletükben egyáltalán kimutatható lett volna aceton és acetecetsav. Ez a megfigyelés keltette fel a szerzőkben azt a gondolatot, hogy az ilyen esetekben az acetonuria talán azért nem jelentkezik, mert a vese nem engedi át a vérben keringő acetontesteket, tehát talán van acetonemia, de acetonuria nélkül. Ez a feltevés azért is közel-fekvé volt, mert az utóbbi időben több szerző beszámolt diabeteses comához csatlakozó veseinsufficienciáról és maradéknitrogennemelkedésről. Szerzők tehát azt vizsgálták, hogyan viselkedik a comás és nemcomás cukorbeteg vizeletének és vérének acetontükre. Eseteinkben azt találták, hogy valahányszor a vérben kimutatható volt az aceton, az megjelent a vizeletben is, és pedig sokkal nagyobb koncentrációban, mint a vérben. Tehát sohasem észleltek acetonaemiát acetonuria nélkül, sőt a vizeletaceton-, véraceton-index mindig lényegesen nagyobb volt egynél (1,3–12,0), de a coma súlyosbodásával ez az index legtöbbször megkisebbedett és közlekedett egyhez. Ebből az következik, hogy comában az acetontestek kiürítése nem tart lépést azok keletkezésével. A haemorenalis acetonindexnek tehát bizonyos prognosztikai jelentősége is van.

Czoniczér dr.

A vesebetegek salakanyagkiürítése az emésztő-csatornán át. *G. Scherk*. (Klin. Wochenschr. 1927, 51. sz.)

Mint ismeretes, az exsudatumok, transsudatumok és a liquor maradéknitrogenconcentrációja bizonyos mértékig a vér maradéknitrogen-tartalmától függ. Ugyanez régen ismeretes, hogy a gyomornedv uraemiában sok ammoniát és huyanyt tartalmazhat. Szerzők főleg a nyálat és a duodenumnedvet tették ugyanezen szempontból vizsgálat tárgyává és azt találták, hogy e váladékok maradéknitrogentartalma is többé-kevésbé párhuzamosan emelkedik a vér maradéknitrogenszintjének emelkedésével. Így tehát uraemiában nagymennyiségű salakanyag (ureum, ammonia) kerül kiválasztásra a nyállal és az epével. Azt lehetne gondolni, hogy a salakanyagok ily módon való kiürítésének szerepe van az uraemiás szervezet méregtelenítésében; ez azonban nem áll, mert a kiválasztott nitrogentartalmú anyagok a bélből ismét felszívódásra kerülnek. Legalább is emellett látszik szólni, hogy a széklet a legsúlyosabb uraemiában sem tartalmaz a rendesnél több maradéknitrogent.

Czoniczér dr.

A hormonok és a vitaminok közötti kapcsolatok. *Prof. E. Vogt*. (Münc. med. Wochenschr. 1927, 50. sz.)

A hormonok és vitaminok között már eddigi tudásunk szerint is igen sok benső vonatkozást lehet találni; ezek lényege biológiai és physikalis-chemiai tulajdonságaik közötti nagy hasonlóságban jut kifejezésre. *Vogt* ennek bizonyítására a következő érdekes pontokat hozza fel:

Úgy az insulin, mint a folliculin és feminin vagy ovoinsulin olyan állati és növényi anyagokból állíthatók elő, amelyek egyúttal sok vitamint is tartalmaznak; hormonok és vitaminok tehát gyakran fordulnak elő egymás mellett a természetben. A hormonok hatásának complex karaktere van és nem mindig egyetlen szervre van kihatással. A női sexualhormon folliculin nemesak a nemi szerveket befolyásolja, hanem az insulinhoz hasonlóan, hypoglykaemizáló hatása is van, viszont az insulinról is kiderült, hogy a petefészekkivonatokéhoz hasonló hatása van nőstények hormonalis sterilisatiójánál. Az „Antisterilitásvitamin E” és az ovariumhormon egymással közeli rokonságban vannak és egymás hatását kölcsönösen befolyásolhatják (így vitamin-szegénység bizonyos körülmények között meddőséget okozhat). Úgy a vitaminok, mint a hormonok (pl. az insulin) besugározatás által activálódnak, azaz fokozottabban fejtik ki hatásukat. Hormonok és vitaminok közös sajátossága, hogy már elenyészően kicsiny mennyiségben is kifejezett hatást fejtenek ki. A diabetes a leghálásabb terepe az insulintherapiának, de a tiszta avitaminosisok is (beriberi, pellagra, spru) kedvezően befolyásolhatók insulinnal. Végül, hogy az insulin spec-truma és a besugározott ergosterinéhoz feltűnően hasonló (*Adam*), továbbá az „E” vitamin és az ovariumhormon chemiai viselkedésükben nagyon hasonlóak és forrponjuk is azonos (*Hartmann*). Látjuk tehát, hogy hormonok és vitaminok között máris igen sok vonatkozás mutatható ki, továbbiak felderítése a jövő feladata.

Arady dr.

A glukhorment hatóanyaga. *Dr. H. Langecker*. (Klin. Wochenschr. 1928, 4. sz.)

Szerző már egy előző cikkében állította, hogy a *Noorden* által propagált új antidiabeteses szer, a glukhorment synthalint tartalmaz és így hatása valójában synthalin-hatás. Ebben a cikkében pontról-pontra bizonyítja, hogy a glukhormentből izolált, vízben oldható hatóanyag valóban teljesen azonos a synthalinnal és azzal úgy chemiai összetételében, mint physikalis tulajdonságaiban tökéletesen egyezik. Physiologiai kísérleteket is végzett a glukhorment hatóanyagával, melyekből kiderült, hogy a hatóanyag kísérleti állatok bőre alá fecskendezve a vércukorgörbének ugyanolyan változását hozza létre, mint a synthalin. Az alapanyag, melyet a glukhorment-tabletták a hatóanyagon kívül tartalmaznak, valószínűleg valamely állati szerv kivonata, de nem fermenthatásnak kitett pankreas, amennyiben az

vízben kitűnően oldódik és így nem porítható. A szerző azt is megvizsgálta, vajjon nem keletkezik-e a pankreas fermentációjánál egy szinthalinszerű anyag, de ilyen izolálása nem sikerült. *Czoniczser dr.*

Sebészet.

Az Eiselsberg-klinika tapasztalatai tetanusnál. *Dr. Otto Hoche.* (Wiener kl. Wochenschr. 1927, 42. sz.)

Aránylag ritka megbetegedés. Húsz év beteganyagából ő csak 25 esetet tudott összeszedni. Ennek egyik okát a gyakori prophylaktikus oltásban látja (4655 eset közül 1300). 25 eset közül 16 gyógyulással, 9 pedig halállal végződött. Röviden közli ez utóbbiak rövid kórlefolysását. Érdekes, hogy 3 eset operatio után lépett fel, fagyás után azonban nem láttak tetanust. Egy esetben a spasmus localis maradt (trismus). A halálozás 36%-nak felel meg, míg *Hoche*gnél 68,2%. Ez a szám még kisebb, ha hozzáveszi, hogy csak 4 halt meg foudroyans tetanusban, 5-nél pedig szövődmény volt a halál oka. Négy a prophylaktikus oltás ellenére is megkapta, s közülük 3 halállal végződött. A 16 gyógyult eset klinikailag lassú lefolyású volt, míg a foudroyansok majdnem mind halálhoz vezettek. Utóbbi oka mély, illetőleg roncsolt sebek. Szokásos kezelési mód: 100 AE naponta intravenásan, subcutan, vagy lumbalisan. Emellett chloralhydrat-, novocain-injectiók a massetekre, opiátok, sedativumok, altatók, teljes nyugalom.

Horváth György dr.

Gyermekkori acut osteomyelitis. *Oscar Hüttler.* (Wiener Medizinische Wochenschrift, 1927, X. 22.)

232 osteomyelitiszes esetről számol be. Eseteiben a megbetegedés leggyakrabban 13 éves korban fordul elő és innen felfelé folyton esökken, úgyhogy 18 éves korban már egy megbetegedést sem észlelt. Ez az az idő, mikor a fiatakorúakat leggyakrabban érik erőművi behatások, illetőleg sérülések. Emellett szól az is, hogy a fiúk kétszerannyian betegszenek meg, mint a leánygyermek. A betegek közül 142 fiú és 90 leány volt. A megbetegedésnek a primaer helye gyakoriság szerint a következő: tibia 34,1%, femur 27,1%, humerus 6,9%, fibula 4,3%. A fertőzést, — amint a bakteriologiai vizsgálat mutatta — az esetek legnagyobb részében (176) a staphylococcus pyog. aur. okozta, 9 esetben talált streptococcust, 3 esetben pneumococcust és 1—1 esetben staphylococcus albus, bakt. typhi- és influenzabacillus, de egy esetben nem észlelt bakt. colit. Az incubatiós idő a statisztikai adatok szerint az esetek legnagyobb számában 12—48 órára teendő. Ezen idő lezajlása után az osteomyelitisnek mint első tünetei jelentkeznek a fejfájás, étvágytalanság, szenoriumzavar, néha delirium és állandó magas (39,5—41 C°) continua láz. A láz azonban lehet intermittáló septikus jellegű is. Pulsus 120—160. Pár nappal később jelentkeznek a localis tünetek. A beteg rész felett a bőr oedemás lesz, ilyenkor bimanualisan vizsgálva, fluctuatio érezhető. Majd a bőr élénk-vörös lesz, később livid színt öltve, jeléül annak, hogy a geny az összes rétegeket már áttörte. Kezelése az acut osteomyelitisnek lehet 1. conservatív, 2. incisív, 3. csontfelvésés és tamponálás, 4. csontfelvésés és varrat, 5. primaer subcrystalis resectio. A conservatív kezelésnél ajánlja az urotropin- és ezüstkészítményeken kívül az omnadint, melyet ő többizben alkalmazott eredményesen.

Matolesy.

Újabbán mindgyakrabban előforduló halálos thrombosisokról és tüdőemboliákról. *Professor Fahr.* (Klin. Wochenschr., 1927, 46. sz.)

Statisztikai adatokból kimutatja, hogy a végzetes kimenetelű thrombosisok és tüdőemboliák az utolsó évben körülbelül tízszeresre emelkedtek. Hangsúlyozza azt, hogy az emelkedés minden szakintézetben kimutatható, de különösen észrevehető ez a belgyógyászati intézetekben s ott is leginkább a szív, az edény és a fertőző megbetegedéseknél. Arra gondol, hogy a mindgyakrabban használatos intravenás injectiók a thrombosis okozója. Dacára annak, hogy nem az alkalmazás helyén

találja leginkább a thrombust, mégis úgy gondolja, hogy az amúgyis thrombosisra hajlamos helyeken az intravenás beadott injectio kiváltja a véralvadást. Lehetőleg minél szélesebbkörű vizsgálatokat kíván végezteni a kérdés tisztázására.

Szenthe dr.

Vizsgálatok a trypsin kimutatására belső és külső bélbetüremkedésnél. *Dr. Traum.* (Deutsche Zeitschr. für Chir. 206. köt., 1/3. füz.)

Háshártyagyulladás nélkül is halálhoz vezető bél-elzáródás okát sokan kísérlék újabban magyarázni. A kutatók nagy része a fehérjebomlástermékek felszívódásában véli az okot megtalálni. *Schönbauer* állatkísérletei és három, emberen észlelt esete kapcsán ugyancsak a fehérjebomlástermékek által okozott mérgezés mellett foglal állást; véleménye szerint ezt a tryptikus fermentumok jelenléte idézi elő. Szerző a heidelbergi sebészeti klinika 40 ileusos esetét tette vizsgálat tárgyává — melyekben rugalmas, betüremkedéses és előző műtétek által okozott szalagos elzáródások vegyesen fordultak elő —; trypsin jelenlétét a sérvvízben, illetőleg a hasüregi exsudatumban egyetlen egy esetben sem tudta kimutatni. *Schönbauer* véleményét nem látja tehát igazoltnak. Vizsgálatait *Abderhalden*, illetőleg *Müller-Jochmann* szerint végezte.

Zágon.

Szülészet és nőgyógyászat.

Alkoholos méhöblítések a gyermekágyban. *J. Brock dr.* (Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 76. köt., 3. old.)

Habár a legtöbb tankönyv elveti a gyermekágyi méhöblítést, a maga részéről mégis melegen ajánlja a gyermekágyi láz első napjaiban az alkoholos öblítést. Eredmény csak akkor várható, ha a folyamat csupán a méhre szorítkozik s nem terjed rá a környezetre. Az öblítést alacsony nyomás mellett, 40%-os alkohollal végzi s nem ismétli meg. Véleménye szerint az alkoholos öblítések előnye abban rejlik, hogy a régebbi desinfectans oldatokkal szemben az alkohol nemcsak a méhür felületet rétegeiben pusztítja el a kórokozó csirokat, hanem a hajlatokba, sőt a resorptio folytán magába a méh szövetébe is behatolva, mélyebben fejti ki desinfectans hatását. Eljárásának helyességét számos kezdődő s végül meggyógyult septikus esetével igazolta.

Szathmáry Zoltán dr.

A portio primaer affectiója. *Hinselmann.* Altona. (Monatschrift für Geb. u. Gyn. 76. köt., 10. old.)

Részletesen ismerteti egy esetét, felhívja a figyelmet az elkülönítő kórismezés nehézségeire. Esetében az erosiohoz hasonló képlet annyiban különbözött a rákos fekélytől, hogy míg az előbbi üvegszerűen egyenletes, halványvörös felülettel bírt s körkörösén két sötétebb vörös, sugárirányú erekből álló gyűrű övezte, addig a rákos fekély felülete a carcinomás fészkektől, elhaló szigetektől egyetlen, vérzékeny. Külön kiemeli a két vörös gyűrű között látható fehéres zóna jelentőségét, melyet már *Falk* is jellemzőnek tartott. Habár az ék-kimetszésben spirochetát nem tudtak kimutatni, mégis a szövettani kép, valamint a specifikus bőrkiütések és positiv Wassermann-reactio igazolta kórismezésük helyességét.

Szathmáry Zoltán dr.

A szülés vezetése szívhajos nőknél. *E. Sachs.* (Deutsche med. Wochenschrift. 1928, 2. sz., 45. old.)

Vitiumos nőknél nem szabad rögtön a terhesség megszakítására gondolnunk. Vitiumos szívgraviditáskor cardiotonicumokra éppen úgy reagál, mintha terhesség fenn nem forogna. A terhesség megszakításával járó psychés izgalom, műtétnél alig nélkülözhető narcosis, a thrombosis veszélye mindig tekintetbe veendő. A terhesség első felében sem a rekesz magas állása, sem toxikus hatások még számításba nem jöhetnek, míg második felében a rekesz által felnyomott szív, nehezített légzés, megnövekedett munkatöbblet, a nagy uterinalis vércső közbeékelődése hatnak károsan a vitiumos szívre. Szerző szerint compensatio elérése után lehet szó a terhesség mesterséges megszakításáról. Kompenzálhatóság szempontjából az acut endocarditisek prognosisa rossz, valamint az extracardialis

complicatióké (nephritis). Szülés káros hatásai a beteg szívre: 1. fájásokkal összekötött lelki megrázkódtatás, amik vérnyomásingadozásokban nyilvánulnak; 2. kitolási időszak veszedelme, nyomással járó munkatöbblet, a lélekzetviesség tartás; 3. szülés után az intraabdominalis vérnyomás csökkenése folytán előálló üregi szívóhatása a szívnek. Tágulási szakban rigid méhszájnál a szerző annak radier incisóját ajánlja. Jó eredménnyel alkalmazta a Stein-féle rectalisan a bélbe adott felületes narkosist is (olajos chininaether-alkoholkeverék). Ez főképp túl izgatott egyéneknek jó. Szív-bajosoknál kik atóniára hajlamosak, 2 cm³ secacornin i. m. adását ajánlja. Ez tartós contractiókat okoz és nemcsak a kései vérzésektől óv meg, hanem a splanchnikus terület ereinek contractióba hozásával megakadályozza az abdominalis erekbe való elvérzést.

Komáromy dr.

Fülgyógyászat.

A bulbus venae jugularis áttűnése és pulzálása ép dobhártya mellett. M. Slobodnik. (Zeitschr. XIX., 3.)

Néhány esete kapcsán ismerteti azokat az irodalomban leírt eseteket, ahol ép dobhártyán keresztül látható volt a bulbus venae jug. áttűnése és pulzálása. Három betegénél hasonlót észlelt. A dobhártya lemezének alsó részén kékesen áttűnő képlet, mely a nyak megnyomására nagyobbodik, kedélyváltozásra (nevetés, stb.) térfogatát változtatja, a dobüregbe nyúló bulbus v. jugularis. Lehet vékonyesonttal fedett, de lehet dehiscencián át szabadon fekvő venarészlet is. Gyermekéknél, főleg ha rachitis ment előre, a dobüreg feneke nem csontosodik el, physiológiásan a 3-4. életévben már csontos ugyan, de előfordulhat lassú csontosodás a 10. életévig. Csontpusztulási folyamat is szabaddá teheti a sinust. Vizsgálatai szerint nem túlrítka ez az anomalia és fontos pathológiás szempontból. Paracentesisnél sérülhet a bulbus, a vérzés csak szoros tamponálásra állítható el; dobüri folyamatok könnyen veszélyeztetik az egész szervezetet, (Thrombosis, peribulb. folyamat, sinusruptura). Két betegének fülzúgásos panaszai, subjectiv fülzörejei főleg fekvéskor jelentkeztek, ami a rosszabb vérkeringésnek (bővebb véráramlás az agy felé és rosszabb visszafolyás horizontális fekvésben) rovására írandók. Műtéti beavatkozásokor gondoljunk ilyen dobüregbe nyúló sinus lehetőségére is.

Zubriczky dr.

A halántékpikkely, csecsnnyúlvány és a sziklacsont pyramisának kétoldali symmetrikus elpusztulása. G. Jung. (Zeitschr. XIX. köt., 3. füz.)

Másfél éves gyermek esetét közli, ki hat hete fülbeteg. Műtét alkalmával kiténik, hogy mindkét halántékesont pikkelyes része hiányzik. A csecsnnyúlvány és pyramis helyén csont alig volt, helyüket sarjszövet tölti ki. Mindkét oldalt hasonló viszonyokat talált, ezért felvetette a kérdést, hogy nem fejlődésbeli visszamaradottság, aplasia forog-e fenn? A szövettani vizsgálat azonban mindkét oldali csontrészeket vizsgálva, kiterjedt csontpusztulást, felszívódást, sarjképződést derített ki; a pusztulási folyamat phasisai jól követhetők voltak. Mivel rövid idő alatt ment végbe a nagy pusztulás, specifikus gümőkóros folyamatnak tartja, bár egyéb erre valló jel nem volt található; Ziehl-festés mindenütt negatív volt.

Zubriczky dr.

Gyermekorvostan.

A gonorrhoeás gyermekek sorsáról. Frank. (Monatschrift f. Kinderheilkunde. 36. köt., 6. füz.)

A gonorrhoea a fiatal korban a vulvában, vaginában és sokszor az urethrában és a rectumban idéző elő változásokat, míg a méhben és az adnexákban úgyszólván soha. Hogy a fiatal korban szerzett gonorrhoea milyen változást és megbetegedést okoz a későbbi életben, arra nézve megoszlanak a vélemények. Egyesek teljesen tagadják, mások határozottan állítják a csekély számban végzett utóvizsgálatok alapján, hogy a gonorrhoea kihatással lenne a sterilításra, a concep-

tióra, az uterus fejlődésére, menstruációra stb. Frank 20 év beteganyagát dolgozta fel; 259 (228 leány és 31 fiú) közül 48-on nem volt megtalálható, 61 meghalt, 13 recidivált. A 137 közül 27 nem engedte meg az utóvizsgálatot. Ezen utóvizsgálat 6-27 év múltán történt. A 3 fiúgyermek közül kettőnél arthritis gonorrhoeicában szenvedett, a harmadiknál még fennállott a fluor. A 107 nő közül 81-nél semmi nyoma nem volt a gonorrhoeának. 79 menstruált s ezek közül 24-nél voltak menstruációs panaszok. A 26 komplikált eset közül salpingitis, sőt a súlyos elváltozások alapján sterilitás 5 esetben volt található, továbbá dysmenorrhoea, endometritis, miktiós zavarok. A csecsemő- és a pubertas-korban szerzett infectio után ritkábban látni később fellépő complicatiókat; az 1-től 10 évig szerzett gonorrhoea után fellépő complicatiók száma a korrall fokozatosan emelkedik. Sterilitas 23%-ban volt biztonsággal megállapítható, amely szám bizonyára magasabb lenne, ha sok nő nem tagadta volna meg az utóvizsgálatot. Összefoglalva azt lehet mondani, hogy a gyermekkori gonorrhoea komoly és tartós ártalmakat aránylag kevés százalékban idéz elő.

Tüdös dr.

Súlyos pyuria kezelése vérinjectióval. Silber. (Monatschr. f. Kinderheilkunde, 36. köt., 6. füz.)

Súlyos septikus haematogen eredetű pyuria esetekben 10-20 cm³ vért injectált szerző mindennap, illetve másodnaponként intramuscularisan. A láz néhány injectio után leesett, közérzet jó, táplálékfelvétel kielégítő és a súlygyarapodás is jó, amellet, hogy a leukocyták nagy száma a vizeletben még hosszú időn keresztül kimutatható volt.

Tüdös dr.

A Paschen-féle kétnapos himlővaccináról. G. M. Wcindrach és N. W. Ssirnew. (Deutsche med. Wochenschrift, 1927, 46. sz.)

Paschen az eddig szokásos termelési módtól eltérőleg a borjúoltás 2 x 24 órás productumának nyirokká való feldolgozását ajánlja, mivel az így nyert pulpa rendkívül virulens, esirákat alig tartalmaz és könnyen standardizálható. Szerzők Paschen előírása szerint állították elő a pulpát és azt 250-szeresen hígítva Groth eljárása szerint vizsgálták. A bakteriologiai és experimentális controlok után 100 gyermeket oltottak, de csak 30%-ban kaptak oltási fogamzást. Szerzők szerint a Paschen-féle vaccina ilyen alakban nem felel meg a gyakorlati követelményeknek, hanem ajánlják, hogy a vaccinat ne 1:250, hanem 1:150, esetleg 1:100 hígításban alkalmazzák.

Beck Rella dr.

Nemlueses chorioiditis göresös rohamokkal járó megbetegedéseknél. M. Lederer. (Jahrb. f. Kinderheilk. 117. kötet.)

Különböző aetiológiájú göresökben szenvedő (epilepsia, hydrocephalia, mikrocephalia) hét gyermeknél észlelt a szerző chorioiditist, melynek nemlueses alakja az első évtizedben meglehetősen ritka. Mindezen esetekben úgy a klinikai, mint a serologiai vizsgálatok a levest teljesen kizárták és más fertőző betegségek sem jöhetnek szóba. Eseteiben szerző a chorioiditist foetalis eredetűnek tartja.

Beck Rella dr.

A csecsemőkori onania kérdéséhez. E. Faerber és T. Demetriides. (Jahrb. für Kinderheilk. 117. köt.)

Az utóbbi években a psychoanalytikus kutatási irány erősen kitágította a gyermeki sexualitás fogalmát. Ily irányú kutatók igen sok jelenséget a csecsemőkori onania körébe tartozónak vesznek fel, melyeket szerzők szerint alapos klinikai vizsgálat után más pathológiás állapotokhoz sorozhatunk. Így pl. már Czerny felhívta rá a figyelmet, hogy a csecsemőkori onania és az epilepsia sok közös tünetet mutatnak. Szerzők több eset kapcsán rámutatnak arra, hogy felületes vizsgálatat csecsemőkori onaniának diagnosztizált kórkép, alapos klinikai észlelés után epilepsiának bizonyult. A csecsemőkori epilepsia sok onaniaszerű tünetet mutathat, melyek könnyen téves diagnosishoz vezetnek. Mindezek alapján szerzők további adatgyűjtéstől és klinikai vizsgálatoktól teszik függővé, hogy szabad-e egyáltalán csecsemőkori onaniáról beszélni?

Beck Rella dr.

KÖNYVISMERTETÉS

E. Merk's Jahresbericht. 1926-os XL. évfolyama megjelent (Darmstadt). A megszokott szép kiállítású, 333 oldalas könyv leltára az év farmakoterapiái és gyógyszervegyészeti eseményeinek. Betűrendben sorakoztatja fel az új szereket és a régiéket is (atropin, co-dein), amennyiben róluk az irodalom valami újat mond. Dícséretes e nagy gyár különben is elismert és termékeny tudományos munkája mellett az a kitartó gondosság, amellyel évente a farmakoterapia terén történt tapasztalatokról beszámol, még pedig objectíven.

Vámosy.

Önmasszázs és tornajáték. Írta: Erdősné H. Irén; előző Lukács P. dr. (Mai Henrik és Fia, Budapest.)

Kedves kis füzet, jó papíron, kívánatos képekkel. Gyógyítást, tudományt nem vándikál magának, de ügyesen írja le és érzékíti módszereit, tornagyakorlatait és ami legfőbb érdeme: le tudja kötni a nőket. A legkomolyabb doctor bácsinak is adódhat olyan bajos patiente, kit e csinos könyvvel foglalkoztatni tud, mert itt minden a formás boka, a szép keblek, a karesú test érdekében van leírva — és így a higiéné is célt ér. Sz.

**Die pharmazeutischen Grundlagen der Arznei-
verordnungslehre.** Von Georg Edmund Dann. (Verlag von Theodor Steinkopf, Dresden und Leipzig, 1927.) 312 oldal. Ára 15 M.

Rövid tan- és kézikönyv orvosok részére a leg-
használatosabb gyógyszeralakokról és gyógyszerekről. Gyakran előfordul, hogy az orvos egy recepten többféle gyógyszert akar együtt rendelni, hogy ezeknek hatását kombinálja. Ehhez azonban természetesen nemcsak a gyógyszerek hatását, hanem kémiai tulajdonságait is ismernie kell, mert megtörténhetik, hogy az együttrendelt gyógyszerek reakcióba lépve csapadékokat adnak (pl. a glykosidák esersavval) vagy pedig a keletkezett reakciós termék mérgező hatást fejt ki (pl. antipyrin + calomel, sublimat keletkezik).

A leendő orvosoknak a gyógyszerek kémiai tulajdonságaira vonatkozó ismereteit akarja bővíteni ez a könyv és meg akarja mutatni gyógyszerészeti szempontból a rationalis rendelés módjait. A receptura általános szabályainak tárgyalása után foglalkozik a különböző gyógyszeralakokkal, melyek pedig folyékony gyógyszerekkel (rázókeverékek, keverékek és oldatok, saturatiók, aromás vizek, stb.) theakeverékekkel, porokkal, pastillákkal, tablettákkal, kúpokkal, kenőcsökkel és pastákkal, elektuáriummokkal, linimentumokkal, tapaszokkal és enyvekkel. Már az oldatoknál is hasznos útbaigazítást ad arra vonatkozólag, hogy bizonyos só-, alkaloida-, stb. oldatokhoz milyen más anyagokat nem szabad hozzáadni, nehogy egymással reagálva nem kívánatos csapadék keletkezzen. A továbbiakban a gyógyszerrendelés gazdasági szempontjaival foglalkozik, vagyis megjelöli az olcsó és a drága rendelési formákat. A recepteken gyakrabban előforduló rövidítések magyarázata után 7 táblázatot közöl, melyek közül az I. a legnagyobb adagokat és ellenmérgeket, a II. a steril oldatok készítéséhez legcélszerűbb oldószereket, a III. a robbanó keverékeket, a IV. a normal cseppszámokat, az V. a gyógyszerek tulajdonságainak rövid összefoglalását, oldhatósági viszonyait, rendelési módját és azt tartalmazza, hogy mellé más gyógyszerekkel együtt nem szabad rendelni. A gyakorlóorvos talán ennek veszi leginkább hasznát. A VI. táblázatban a gyógyszerek latin és német nomenelaturáját, a VII.-ben pedig a szvédjegyzett gyógyszerek tudományos elnevezéseit találjuk. Bizonyos az, hogy a könyvet nemcsak orvostanhallgatók, hanem orvosok is használnak fogathatják, ezért ajánlható minden orvosnak, aki maga szereti farmakológiai tudása alapján receptjeit megszerkeszteni és nem hódol a ma annyira elterjedt specialis rendelés divatjának. Lipták dr.

Chirurgie du tonus musculaire. P. Wertheimer et A. Bonniot. (Masson et Cie. editeurs Paris 120, Brd Saint-Germain. 136 old. Ára 22 fr.)

Leriche, jelenleg strassburgi ny. r. tanár vezeti be előszavával egykori lyoni tanítványai könyvét, mely a sympathicus rami communicantes efferentes s. griseinek átmetszésével foglalkozik. Az első fejezet a bonetani viszonyokat tárgyalja, főként Hovelacque vizsgálatai alapján. A sympathicust részben szürke, részben fehér myelines idegrostok kötik össze a gerincidegekkel, az előbbieket az összes gerincszelvényeken kimutat-
hatók, peripheriás irányúak, az utóbbiak csak a háti

idegek és a két felső ágyékideg részéről léteznek, pre-ganglionalisak, a sympathicushoz visznek. A szürke összekötő rostok átmetszése az a műtét, mely a kóros izomtónust befolyásolni képes. A szürke összekötő rostok pályáinak nagy része a gerincideg két gyökerének találkozási után lép be abba és fut annak elülső ágában a peripheriára, szállítva a körzeti sympathicus vég-készülékek ingerét is a dúchoz. A második fejezet az izomtónusnak a sympathicus idegrendszerrel való élet-tani összefüggését tárgyalja. A sympathicus tartja fenn az izomtónus plastikus voltát, tartósságát, a Sherrington kísérletében fellépő „decerebrációs rigiditást“, mely az adott testhelyzet huzamos megtartásában nyilvánult. Az izomtónus kóros megváltozását tárgyaló következő fejezetben szerzők megemlítik a trauma utáni contracturákat, amelyeknél a rövidívű helyi sympathicusreflexek, az ú. n. azonreflexek fokozottak, amelyek okai Leriche szerint, vagy a hegbe zárt kis neuromák, vagy a trauma, esetleg annak kezelése kapcsán előállott neuritisek. Ilyen esetben a periarterialis sympatektomia is segít rendszerint, de még jobb eredményt ad a rami communicantes átmetszése. Kóros tónusváltozás továbbá a Foix-féle „pyramidalis contractura“, mely nincs összefüggésben sem a plastikus, sem az intentiós tónussal, s melynek bonetani oka a capsula internában ül. Ebbe a csoportba tartoznak a haemiplegia utáni contracturák. Egy harmadik csoport a mesencephalonban ülő laesiók utáni contracturák csoportja, mely megfelel a kísérleti decerebrációs rigiditásnak. A következő typos a Parkinson-betegség, a paralysis agitans képe, amely plastikus tonus fokozódása, az akarattól kevésbé függő, haemiplegiánál rendszerint megkímélt izomcsoportoknak. A Foix-Chavany-féle „pallidus rigiditásnál“ az alsó végtagok extenziós contracturában vannak, míg a felsőkön alig van tonusváltozás. Ezzel ellentétben az „intentiós contractura“ az are-, nyak- és felsővégtag-izmokon jelentkezik. A „flexiós contracturák“, melyeknek képviselője a Little-betegség a sympathicus reflex-pályák fokozott izgalma folytán keletkeznek a gerincvelő alsó szakaszának közreműködésével. Szerzők szerint elméletileg a pyramidalis contracturánál a hátsó gyök átmetszésétől, a többinél a rami communicantes átmetszésétől volna várható eredmény. A műtét javallatokat tárgyaló fejezetben szerzők első helyen említik a cranio-cerebralis sérülések utáni állapotokat, amelyeknél még némi agyműködés megmaradt, ezeknél a műtét a legjobb eredménnyel jár. A vascularis eredetű agy-laesiók közül a diffus agyroncsolással járó haemiplegiák rami communicantes átmetszésére rendszerint nem javulnak, a carotis lekötések utáni, paretikus-contracturas állapotok ellenben igen (Royle). A gerincagyi elváltozásoknál akár traumás, akár sklerotikus eredetűek is azok, ha friss az eset, a műtét eredményes. A gyermekkori spastikus bénulásoknál, amilyen a Little-kór, igen jó hatású a műtét. A Parkinson-betegségnél még tisztázatlanok a javallatok, a kóros plastikus izomtónus, mely itt jelen van, úgy látszik, sokszor nemcsak a sympathicus, hanem a corpus striatum elváltozásai is kapcsolatos (Magnus). A kedvezőtlen műtét eredmények (De Martel, Brüning) ezzel magyarázhatók. A peripheriás sérülések (csonttörés, lágyrészcsoncsolás) utáni contracturas-vascularis elváltozások szembe-tűnően javulnak sokszor már sympatektomia után is, de még inkább, minden esetben a rami communicantes átmetszésére. A műtét technikát tárgyaló fejezet igen alapos, részletes, gondos bonetani tanulmányok alapján kidolgozott, eredetiben olvasandó, referaturnra nem alkalmas. Ismertetve vázlatosan Royle 75 esetét, szerzők részletesen Adson 1. Brüning 2 esetét és 7 saját esetüket közlik az utolsó fejezetben. Első esetükben a 2., 3., 4. ágyéki közlekedő ág átmetszését végezték, hátsó paravertebrális metszésből egy spondylitisek betegénél előbb a bal, aztán a jobb oldalon. A spastikus tünetek javulása szembe-tűnő volt, azonban a beteg két hónappal később spondylitisek tályogja folytán meghalt. Második betegüknél a nyaki sympathicusan végezték az első három ideg közlekedő ágainak átmetszését, a nyaki izmoknak golyvaműtét után fellépett tie-szerű görese miatt. A siker kielégítő volt, a göresök két hónapig szüneteltek, azután néhányszor enyhébb alakban ismét jelentkeztek, de lassanként végleg elmaradtak. A harmadik és negyedik esetben Little-kór miatt az ágyéki 2., 3., 4. közlekedő ágat, valamint ezek alatt a sympathicus törzsét metszték át, mindkét esetben az operált alsó végtag spasmusa csökkent, a járás javult. Az ötödik esetben mindkét alsó végtag és bal kar veleszületett spastikus bénulásában szenvedő fiatal leánynál végezték a bal plexus brachia-

lishoz vezető közlekedő ágak átmetszését, hogy a beteg könnyebben foghassa mankóit. Csekély, de kétségtelen javulást hozott a műtét. A hatodik esetben 10 év előtti harctéri sérülés utáni haemiplegiánál végzett plexus brachialis-hoz menő közlekedő ágát metszés szép sikert hozott, a beteg munkaképes lett.

Az utolsó esetben gázolás utáni fájdalmas, atrophiaival járó neuritises contractura miatt a bal plexus brachialis közlekedő ágainak átmetszését végezték, mely műtét után a fájdalom, valamint a contractura megszűnt, a siker teljes volt. *Összefoglalásként* szerzők hangsúlyozzák, hogy mivel az eddig ismert 89 eset kapcsán halálozás nem merült fel, érdemes a műtétet megkísérlni, minden esetben, midőn a tapasztalatok alapján bármily csekély javulásra is van kilátás, különösen Little-kóránál, valamint agyi és peripheriás sérülések utáni spastikus állapotoknál. *Valkányi dr.*

A Kir. Orvosegyesület február 11-i ülése.

Előadások:

1. J. van Breemen (Amsterdam), a nemzetközi rheumatológus-bizottság ügyvezetője, mint vendég: *Über die klinisch-physiologische Bedeutung der Rheumaforschung.* Az idült csúzos betegségek morfológiai, bonctani tanulmányozása értékes adatokat szolgáltatott, melyeket az élettani kutatás jól felhasználhat, de ma már belátjuk, hogy a kórbonctani tanulmányok csak a legritkább esetekben szolgálhatnak valamely rationalis therapia alapjául. E betegségeknek tisztán klinikai-élettani felfogása nemcsak a diagnostika számára nyújt biztosabb alapokat, de sok esetben a gyógykezelést is döntően irányítja. Előadó ismerteti a rheuma fogalmának és meghatározásának különbözőségét a német, francia, angol és amerikai orvosi gondolkodásban és bírálja a különböző felfogások tudományos, valamint gyakorlati előnyeit és hátrányait. A betegség okát illetően a simplistikus felfogás, amely szerint a rheumás betegségeknek csak egy és mindenkor ugyanaz a kórokozó tényező volna az előidézője, tarthatatlan és a betegségek pathogenesisében többféle tényezővel kell számolnunk. A Nemzetközi Rheuma Egyesület, különösen a következő tényezők figyelembevételét tartja szükségesnek: 1. fertőzések, illetőleg fertőzést fenntartó gócek, 2. substitúciós szerkezeti okok, 3. a bőr vérkeringésének rendellenessége és rendellenes reakciója, 4. külső behatások (klimatikus, socialis, statikus, stb.). Bizonyos, hogy kóroktani ismeretünk, még nem elegendő a rheumás megbetegedések tudományos értékű és nemzetközi használatra alkalmas osztályozására. Tisztán gyakorlati célokra, pl. betegsegélyző pénztári használatra legalkalmasabbnak az angol egészségügyi miniszterium által elfogadott beosztás ajánlható.

2. Bilkei-Pap Lajos: *A rheumaproblémáról.* A rheuma ellen küzdő nemzetközi mozgalom magyar albizottsága és szervezete most bontja zászlaját. Első feladata a rheuma fogalmának tisztázása. Az egyes betegségek megnevezésénél ne használják a rheuma szót, ne beszéljünk ideg-izom és ízület rheumáról, legyen a rheuma egy gyűjtőnév, egy elnevezés a mozgási szerveknek mindennemű fájdalommal esetleg duzzadással járó peripheriás megbetegedései számára. Legyen a mozgási apparatus elhanyagolt bajainak hovatartozásuk és szaktudományuk. A rheumás megbetegedések keletkezését a betegek egyöntetűen valamilyen megfázással magyarázzák. Ezen bajok keletkezésében a diszpozitívok, egy substitúciós készségnek nagy szerepe van. A rheumás emlő külön embertypus. Munka utáni fáradtsága, nyugalom után nehezen tűnik el. Csökkent ellenállóképesség, chronicusságra valló hajlam jellemzik. Ez az „arthritisme“ az arthritikus diathesis. Ezen vosoneurotikus zavarra támaszkodik a myalgia magyarázó theoriák jó része. A szervezet spasmophil állapotában minden exogen és endogen ingerre localis vosoconstrictióval reagál. A primaer ergörös helyileg oxydatív, pangásos, colloidechemiás elváltozásokat, centralisan fájdalmi reakciókat okoz. A rheumás megbetegedések általános megbetegedéseknek peripheriás localisatiója. Csak így érthető, csak így gyógyíthatók. Izületi megbetegedések úgy jönnek létre, hogy az izületi szövetekbe a kórokozókkal szemben fokozott aktivitás van, vagy pedig az izületi felszínnek localis immunitása velük szemben csökkent. („Mesenchymale Bereitschaft“, „erhöhte Impregnierungstendenz“.) A különböző virulentiájú csirok, vagy a külön-

böző minőségű és mennyiségű hormonok kóros anyagcseretermékek vagy statikus elváltozások és a különböző ellenállású izületi szövetek összehatása okozza a klinikai körképek nagy változatosságát. A kórtani haematologiai, röntgenologiai és morfológiai kutatások az izületi megbetegedések létrejöttének mechanizmusát mindeidőig meg nem magyarázták. Izületi gyulladást állatkísérletben létrehozni nem sikerült. Nem az elnevezés, nem a felosztás, nem a diagnosis a fontos, hanem a betegségek pathogenesisise.

3. Benczur Gyula: *A rheumakérdés Magyarországon.* Előadó rámutat, hogy a „rheumás“ betegségek, más szóval peripheriás mozgásszervi megbetegedések tudományos kutatása és az e bántalmakban szenvedők optimalis kezelése Magyarországon éppoly fontos orvostudományi és egészségügyi, socialis kérdés, mint külföldön és ezért kívánatos, hogy Magyarország is bekapcsolódjék a rheuma ellen küzdő nemzetközi mozgalomba. A rheumás bántalmak Európa és Amerika északi államaiban leggyakoribbak, hol az összmegbetegedések 20–27%-a ilyenmű bántalom. Egyes országokban, pl. Dániában több az izületi megbetegedés, mint a tuberculosis. Magyarországon a peripheriás mozgásszervi beteg valamivel kisebb százaléku ugyan (kb. 10–12%), de még mindig elég tetemes ahhoz, hogy a megbetegedést tömegmegbetegedésnek tekintsük. A munkaügyi és népjóléti miniszter adatgyűjtése szerint 1927 októberében az összes munkáspénztárak és kórházi, klinikai rendeléseken 5708 rheumás jelentkezett, ami tekintve, hogy az ország lakosságának $\frac{1}{3}$ részét képező földműves-osztály e statisztikában alig szerepel, szintűgy csak kis számban az intelligens-osztály betegei, azt jelenti, hogy az összlakosság rheumás megbetegedésszáma egy hónap alatt legalább 15–16.000-re, egy év alatt 200.000-re tehető. Ajánlja, hogy a mozgásszervi megbetegedésekre az eddigig nagyobb figyelmet fordítsunk, már az orvosnövendékek érdeklődését is hívjuk fel a bántalmakra, mint igen sok bajt és szenvedést okozó tömegbetegsége; hogy a lakáshygiéne szempontjából a rheumás bántalmak miatt is fordítsunk nagy gondot; hogy a mozgásszervi betegségekben szenvedőket külföldi mintára gyűjtsük lehetőleg össze kezelésükre optimalisan berendezett kórosztályokba, hol a gyógyszerek és balneo-physiotherapia áldásában részesülhetnek. Fontosnak találja, hogy Budapest legalább egyik hőforrása helyén fürdőkörház állíttassék.

4. Schulhof Vilmos: *A rheumakérdés gazdasági vonatkozása.* A rheumakérdéssel való intenzívebb foglalkozást külföldön annak a felismerése indította meg, hogy a népbetegségszámba menő rheumatikus megbetegedések a társadalomra és államra óriási terhet róznak és belőlük származó munkaképtelenség és rokkantság a nemzetközi vagyomnak jelentős esorbítását okozzák. A viszonyok nálunk sem sokkal kedvezőbbek, mint a nyugati és északi országokban. Előadó szerint a népjóléti ministerium adatgyűjtéséből csak tájékoztató számokat nyertünk, de ez az ország összes ily betegének valódi számát meg sem közelíti. Az adatgyűjtésbe nem került be a polgári foglalkozású középcsoport legnagyobb és a földműves-osztály. Az ipari munkások közül is igen sok nem teljesen munkaképtelen, könnyebben beteg és a törvényes pénztári ellátási idejüket már kiélvezett súlyosabb idült beteg maradt ki. Megszámlálhatatlan a kuruzslókhoz járó ily betegek tömege. Néhány békebeli adattal bizonyítja előadó, hogy mindig nagy pénzügyi terhet róttak a munkásbiztosítási pénztárakra az e csoportba tartozó betegségek. A pénztárak gazdasági érdekében figyelmet érdemelnek az ily bajokat simulálók is. A nemzetközi rheumatikus egyik themája a csúzos fájdalmak objectív és biztos kimutatására vonatkozik. Magyarországnak különleges érdeke a rheumaproblema összes kérdéseivel való intenzív foglalkozás, mert thermalforrásaik a rheumás betegségek gyógyításában nagy szerepre hivatottak. Ha intenzív kapcsolatba hozzuk munkánkat a nemzetközi rheumabizottsággal, módunkban lesz ennek a nagy nyilvánosság útján hozzáférközni a külföldi orvosok és betegek érdeklődéséhez, ami nemcsak országos idegenforgalom-gazdasági érdek, hanem gyógyfürdőink prosperitásának és helyes fejlődésének egyik igen fontos feltétele.

5. Dalmady Zoltán: *A rheumaeellenes küzdelem nemzetközi szervezkedése.* Az utolsó három évben 30 államban indult meg szervezeten az orvosok küzdelme a rheumának mondott betegségesoport ellen. Az adatgyűjtés mindenütt azt igazolta, hogy e betegségek orvostani és társadalmi, egészségügyi jelentősége sok-

kal nagyobb, mint aminőnek behatóbb tanulmányozás és gondosabb adatgyűjtés nélkül hittük. Több külföldi államban különleges rheumaambulanciákat, rheumakutatóintézeteket, dispensáriumokat, rheumakórházakat, vagy kórházi osztályokat állítottak fel és gondoskodtak fürdőközházak építésével a balneológiai gyógytényezők socialis felhasználásáról is. Az ambulanciák és a kórházak meglepő nagy forgalma nemcsak azt igazolta, hogy ily intézményekre szükség van, de nagy gyakorlati és tudományos eredményeket is produkált. Magyarországon is ki kell vennie részét a nemzetközi mozgalmából, meg kell alakítani a Magyar Orvosok Rheuma-Egyesületét és megfelelő socialis intézményekkel méltó helyet kell elfoglalnia a világ államai között.

Fischer Ernő: A rheumatismus-kutatás rá fogja irányítani az általános, orvosi figyelmet arra, hogy a rheumatikusnak mondott megbetegedések nagy része statikai okra vezethető vissza. Ezen megismerésnek az orvosi köztudatban való elterjedése két okból volna fontos: 1. Ezen betegek is elsősorban a gyakorlóorvosnál és belgyógyásznál jelentkeznek panaszaikkal, de gyakran a sebészhez, nőorvoshoz, vagy az ideggyógyászhoz fordulnak a rendkívül különböző jellegű fájdalmakkal, amelyek könnyen vezetnek diagnostikai és ennél fogva therapia tévedésre. A felismerés azért nem mindig könnyű, mert a felnőtt korban keletkező csekély statikai hiba is nagy távolhatásokat fejt ki (térdizületi fájdalmak és hydrops, comb- és csípőizületi fájdalmak, lumbago, ischiadikus fájdalmak). 2. Az alsó végtag statikai megromlása rendkívül elterjedt és az emberek ezreinek okoz munkaképességcsökkenést, ennél fogva socialis jelentőségű a helyes felismerés és kezelés. Igen szükséges volna e fontos themának mint határkerületnek kellő kimívelése a belorvosi, nőorvosi és ideggyógyászati szakmák részéről.

Közkórházi Orvostársulat febr. 8-i ülése.

Schuschny Henrik elnök kegyeletes szavakban emlékezik meg *Farkas Dániel*, a szeretetház igazgató főorvosának és *Tornay József* egyetemi magántanár, közkórházi főorvos haláláról.

Bemutatók:

1. **Strausz László:** a) *Linitis plastica*. Nem egységes aetiologiai fogalom, melynek oka a gyomorban lues, rák és különböző okokból kifejlődő idült induratiós folyamat lehet. *Krompecher* számos ilyen elváltozást írt le, különösen pylorus hypertrophia eseteiben, amit sklerosissnak nevezett s a gyomortal megvastagodását idősült venosus pangásos állapotok miatt létrejött víznyelő, illetőleg az ezt követő fibrosus induratio és izomhypertrophia eredményének tekintette. *Briston* írta le először 1854-ben. *Krompecher* szerint a linitis képe alatt gyakran apró sejtű carcinoma rejtőzik, *Konjetzky* szerint részben vagy egészben kigyógyult rostos rák eredménye. *Rivet* és *Marschall* a linitis egy részét lueses eredésűnek tartják, amely később carcinomává alakul át. *Carnot* klinikailag három csoportját különbözteti meg: 1. a gyomor corpusának linitise, a cardia és pylorus beszűrődése nélkül; 2. linitis pylorogastriica, amely leggyakoribb és 3. az egészen ritkán előforduló linitis cardiogastriica.

b) *Cholecystitis luetica*. E kórformát 1892-ben *Riedel* írta le először és annak két csoportját különböztette meg: ikterussal és anélkül járó. Egy 42 éves nőbetegét mutat be, kinek két hónap óta igen erős epetáji fájdalmai vannak, Wassermann ++++. Léptompulat hatalmasan megnagyobbodott és feltűnően érzékeny. A hőmérséklet continuus típusú és feltűnően makacs. A fájdalmak csak erőlyes antilueses Hg-kúrára szűnnek meg, a morphium is hatástalan. *Ewald*, *Wakeles* és bemutató megfigyelései szerint jellegző a lépdaaganat, a continuáló magas láz és a fájdalomosság. Lithiasisnál, illetve cholecystitisnél a fájdalmak körülírtak és időnkint eltűnnek, cholecystitis luetikánál feltűnő az, hogy ilyen tünetmentes pausa mindaddig nincs, amíg a beteg erőlyes *kenőkúraban* nem részesül.

Schwertner Richárd: A Szent István-kórház V., *Kovács József* tanár vezetése alatt álló osztályán az elmúlt évben mintegy öt esetben találtak lues mellett különféle cholecystopathiára jellemző tüneteket. Mind ezen esetekben meg volt a cholelithiasis és cholecystitisre utaló kórelőzmény, valamint a klinikai kórkép. Így az irradiált fájdalmak, a tapintható és érzékeny

epéhólyag, intumeskált máj és némelyiknél a subikterus. Négy antilueses kúrára panasz- és tünetmentessé vált, sőt kettőnél a kúra előtt fennálló hypaciditas normalaciditásnak adott helyet. A rendetlen bélműködés is lényeges javulást mutatott. Természetes a javulás tekintetében nagy jelentőséget tulajdonítanak a fektetések és a rendezett életmódnak, mégis az annyira szembetűnő eredmény a cholecystopathiának a luesel bizonyos fokú összefüggését engedi feltételezni.

Sarbó Artúr felhívja a figyelmet a jódkalira, amely zsigeri luesnél jól hat és amelyre már *Kovács József* sebész tanár a régi időkben rámutatott. Egy fiatal egyénnek makacs, 39–40 C° körüli lázai jódkalira feltűnően gyorsan elmúltak. Hasonló eseteket több ízben figyelt meg.

2. **Kramer Pál:** *Diabetes renalis esete*. Hosszabb ideig észlelt glykosuriát alimentarisán nem tudott befolyásolni. A vércukor a normalis határok között mozgott; sőt inkább az alsó határ felé tendált (0.075–0.115). Diabetikus tünetek hiányoztak; a megterhelési vércukorgörbe normalis lefolyású. I. v. adott dextrose után a vércukortűkőr 1½ óra alatt eléri az eredeti szintjét. Paradox tolerancia: cukormegterheléskor a vércukor emelkedik, míg a vizeletcukor koncentrációja csökken. Insulin a vizeletcukorra hatástalan. Ezzel szemben a vércukor fokozottan insulinérzékeny. I. v. adott 5 E. insulin, *Leo* után, 60% sülyledés 20 perc alatt hypoglykaemia tünetei között. Subcutan adott tonogen után alacsony vércukorgörbe. Az esetet extrainsularis glykosuriának tartja. Kiemeli azon ellentétet, amely a vizeletcukor insulinresistentiája és a vércukor fokozott insulinérzékenysége között van.

Torday Árpád: A hyperglykaemia és a glykosuria közötti viszony esetenként változó. Egy könnyű diabetesben szenvedő betegnél a cukor a vizeletben megjelent, mihelyt a vércukor tükre 0.20 mg% fölé emelkedett. Súlyos diabetes javulásakor a vércukor magas volta dacára a vizeletből eltűnik a cukor, míg kezdődő diabetesnél sokszor alacsony vércukor dacára tetemes cukor lehet a vizeletben. A renalis factornak tehát a cukorkiválasztás fokában jelentékeny szerepet kell tulajdonítani. Ilyen értelemben fogják fel a terhességi glykosuriát is.

Előadások:

3. **Stamberger Imre:** *Fertőző megbetegedésekkel kapcsolatos felső légútmegbetegedésekről*. Felhívja a figyelmet a fertőző megbetegedések kapesán fellépő felső légútszövődmények gyakoriságára, valamint korai kórismézésük és gyógykezelésük fontosságára. Súlyos esetekben, mint azt kórrajzalkivonatokkal bizonyítja, a korai műtét nem egyszer a beteg szeméit, de életét is megmentheti. Végighalad a fertőző betegségek során közel olyan sorrendben, ahogy azok első légútszövődményei a szakorvos előtt gyakoriságuk szerint megjelennek.

Faludy Géza: Kiegészítésképp említi fel, hogy az 1921. évi spanyol járvány alatt oly súlyos gégeszükület jelenségeit észlelte, melyek intubatio alkalmazását tették szükségessé.

Laub László: Előadó nem hangsúlyozta eléggé, hogy az orrmelléküregek szövődményes megbetegedéseinek bizonyára nagyobb számú gyógyulás lett volna elérhető, ha a betegek minden esetben idejében kerültek volna műtétre.

4. **Willner Miksa:** *A vegetatív reflexeknek diagnostikai jelentősége tüdőgümőkóránál*. A vegetatív reflexeknek diagnostikailag a korai kórismézés szempontjából van jelentőségük. Ezzel kapcsolatban a hormonoknak a tonusra és a vegetatív idegrendszerre való befolyásával foglalkozik *Schild* vizsgálatai alapján. Larvált gümőkóránál (activitási tünetek nélkül) a tüdő s főleg a hilus és mediastinalis mirigyek folyamata által kiváltott vegetatív távreflexeknek a vegetatív idegrendszer által innervált síma és harántcsíkolt (szív) izomapparatusokban történő megnyilvánulásából, sokszor még a physikai vizsgálat előtt is, útbaigazítást lehet kapni. Az oldallocalisatio szempontjából a vegetatív reflexjelenségek szintén értékesíthetők, különösen olyan tuberculosis megnyilvánulási formáknál, amikor a minutiosus physikai vizsgálat, pl. haemoptoe vagy adispositas miatt nem vihető keresztül. A vegetatív reflexjelenségeknek sok tényezőtől való függő viszonya és ezek kellő selectálásának hiányossága azonban óvatosságra int. A szervek coordinált viszonyainak megváltozásában feltűnően betekintést enged s így az indirect szervi diagnostikában is fontos szerephez jut.

Ennek kifejlődése és tökéletesedése pedig lényegesen fog hozzájárulni a korai kórismezés szempontjából annyira fontos aprólékos gümőkórkórisme kiépítéséhez is.

Sarbo Artúr: A tonus-problema nehéz és annak minden részébe betekinteni nem tudunk. Alaptétele az összefüggés a mellősi mozgató szarvak és az izom között. Nem hiszi, hogy ha itt az összeköttetésben zavar áll be, mint pl. a polyomyelitisnél, azon a hormonhatás segíthetne. *Schild* és *Langley*nek a sympathicus átmetszése után beálló myosisra adott magyarázatát valószínűtlennek tartja. Paradox pupillareactio nincs, amit az általa ajánlott, a convergentiát kizáró vizsgálati módszerrel minden esetben be lehet bizonyítani. Tabesnél észlelhető többszöri erős szembehúnyás utáni pupillatágulat abból magyarázható, hogy az alkalmazkodási convergentiára bekövetkező pupilla-szűkület szemnyitáskor a divergálással járó tágulás váltja fel. Enkephalitisnél, ahol a fokozott tonus a c. striatum megbetegedéséből magyarázza, ugyanazon betegnél a hypertoniát válthatja fel. Mások a subst. Semmeringi megbetegedése gondolkodnak. A tonus-problema megoldásától még messzi vagyunk, azonban óv attól, hogy ebben a hormonhatásnak messzemenő jelentőséget tulajdonítsunk.

Willner Miksa: A hormonhatásnak tonustanulmányok és kísérletek szerint a tonus kiváltásában igen nagy szerepe van. Kísérletek igazolták, hogy az állatok jobban tűrték a vagus- és sympathicusátmetszést, mint pl. a mellékvesekiirtást.

A Charité Poliklinika február 1-i ülése.

Bemutatók:

Gellért Elemér és Picker Rezső: *Esetek az urológiai sebészet köréből.* A nephrektomiák egyik leggyakoribb indicióját az egyoldali vesegümőkór képezi, amelynek eredményéről öt, a legutóbbi időben sikerrel operált és gyógyult esettel kapcsolatban számolnak be. A betegek mindegyike azon panasszal jelentkezett, hogy a vizelete gyenges és csak a pontos urológiai vizsgálat derítette ki a geny okát. Minthogy az egészséges vese teherbírónak bizonyult, a gümőkóros vesét eltávolították. Minden esetben a műtéti eredmény kielégítő volt és az utána eszközölt vizeletvizsgálattal tuberculos-bacillusok kimutathatók nem voltak. Ezen öt és régebben operált kórházi eseteinkkel kapcsolatban azon álláspontunknak adnak kifejezést, hogy egyoldali vesegümőkór esetében a korai diagnózis és a korai műtét indikált, mert tapasztalatuk szerint az egyoldali vesegümőkór esetén csak a beteg vese korai eltávolításával akadályozhatjuk meg a gümőkór generalizálódását. A secundaer gümőkóros hólyaghurut már a betegség előrehaladott voltának tünete, amelynek kifejlődését megvárni nem szabad.

Bemutatnak még két sikerrel operált hólyag-diverticulum esetet. A második esetben a széles alapon ülő diverticulum kocsonyásítható nem volt és csak a hólyag előzetes megnyitásával lehetett a diverticulumot eltávolítani. A diverticulumnál követendő műtéti eljárás attól függ, hogy a diverticulum a kismedencében milyen mértékben hozzáférhető és milyen elhelyeződése az uretherrel szemben.

A vándorvise felfüggesztésének, rögzítésének késői műtéti eredményei nem kielégítőek s a vese felvarrásának feltétlen indicióját csupán az ureter megtörése képezi. A vándorvise okozta panaszok egyébként a hízással és a soványodással, valamint a nőknél a terhességgel kapcsolatosan nagymértékben változnak és a műtéti eredmények megítélését befolyásolják.

Szemző György: *Az inoperabilis metastaticus hasi daganat Röntgennel kezelt esete.* 39 éves férfibetegnek bal hypochondriumában almányi daganat volt, mely radiológus vizsgálat szerint a gyomor mögött, annak magasságában, a transversum fölött feküdt. A tumort 10 hónappal ezelőtt eltávolított heréjének primaer daganatával hoztuk vonatkozásba. Próbalaparotomiánál kiderült, hogy inoperabilis sarkoma. Augusztus 8-tól 12-ig négy Röntgen-besugárzást kapott; utána a beteg állapota rohamosan javult; augusztus 22-én a tumor már nem volt tapintható. A beteg november 15-ig 10 kg-ot hízott, vérszejtsülyedése sebessége pedig az eredeti 70 mm-ről 22 mm-re csökkent. Jelenleg, bár testsúlyát megtartotta, a sülyedése sebessége 41 mm-re

emelkedett, bal sternocleidomastoideusának tapadásánál pedig diónyi tömött resistentia tapintható, mely valószínűleg újabb metastasisnak felel meg. Az eredmény tehát bármennyire is számottevőnek látszott, egyelőre csak átmeneti volt. Újabb besugárzások kezelésben fog részesülni.

Körmöczy Emil: A bemutatott esethez hasonló többször látott. Minden esetben korábban — később beállott a reactió, amelyet azután a Röntgen-besugárzás már nem befolyásolt. Többnyire puha kereksejtes sarkomák és lymphogranulomák egyes esetei mutatnak ilyen viselkedést.

Haller Ödön: A bemutatott beteg ámbár jelenleg tünetmentes, nem tekintendő gyógyultnak. Ezen esettel analog olyan beteg jelentkezett néhány hónappal ezelőtt a sebészeti osztályunkon, akinél orrgyöki sarkomát diagnosztizáltunk. Egyszeri Röntgen-besugárzásra a sarkoma eltűnt, két hónapra rá azonban a mandibulán, majd később a nyaki mirigyekben metastasis keletkezett, amely Röntgen-therapiára sem javult. Különösen a kereksejtű sarkomák azok, amelyek Röntgen-sugarakkal szemben sensibilibek és ilyen eredményt mutatnak.

Koppenstein Ernő: A Röntgen-intézetben a legutóbbi évben kezelet esetekről referál. A sarkomák sajátága, hogy Röntgen-besugárzásra és pedig aránylag kis dosisokra egészen rövid idő alatt eltűnnek, különösen ha sejtűsűk. A tumor és a metastasia később ismeretlen okból elvesztik radiosensibilitásukat és ilyenkor nagy dosisokra sem reagálnak.

Rác Jenő: *Az individualpsychologia az orvosi gyakorlatban.* *Adler Alfréd dr.* bécsi orvos által megállapított individualpsychologia (IP) az életstílust két tényezőből teszi össze: a közösségérzésből és az egyéni-érvényesülési ösztönből. Az utóbbinak az előbbivel szemben való túlsúlyabujatásával magyarázza a neurosisok keletkezését. A lelki tényezőkből, erőkből és fenoménekből az egyéniséget alkotja meg és az így felépített és megismert egyén nervosus zavarai nem az okokat, hanem a célt, amelyért ezek létrejönnek, kutatja. Az egyéniség gyökerét tehát a célszerűségben látja. Az egyén létecélja nem mindenkor lehet meg egész világosan, mivel látszólagos ellenmondásokra találunk, melyek azonban mindenkor csak az egy cél érdekében törekvő különböző eszközöknek lesznek módosítói. Vannak egyének, kiknél az életcéli helyessége mellett, a cselekvések helyett, csak a cselekvések látszatoké áll fenn, ezeknek nincs bátorságuk a nyilvános kritikával megbirkózni, mert félnek a bukástól. Az elbátortalanodás kezdetét a gyermekkorban találjuk meg, ami a gyermek helyzeténél fogva tényleges vagy fictiv alapokon épül fel. Az így elbátortalanodott egyén kevesebbnek érzi magát másokkal szemben, kialakul az alacsonyabbrendűség érzése, melynek létrehozásához hozzájárulnak: a nevelés, socialis viszonyok, szervi fogyatékoság vagy esetleg betegség. A szervi fogyatékoságot az egyén eltakarni igyekszik, ezen igyekvés hozza létre a compensatiót, mely lehet, mint az alacsonyabbrendűség érzése, az akaratérő gyökere, létrejöhet túlcompensatio, avagy a neurosis. Az egyik egyénnek van bátorsága cselekedni, ennél az akaratérő fejlődik ki, a másik bátortalan, de azért nem adja meg magát, egy kiutat keres és ez lesz a neurosis. Hogy egy neurotikus egyént meg tudjunk érteni, ismernünk kell az arrangementjét, ily módon aztán emberi sorsok lesznek előttünk világossá és érthetővé. A látszólag visszavonuló egyén is érvényesülni törekszik, a hatalmat óhajtja, de mivel másokban keresi a hibát, martyrsorsra jut. Sorsáért másokat vagy a veleszületettséget teszi felelőssé, mert inkább viseli a szerencsétlenséget, mint a felelősséget. A mult hatása sem a megtörtént eseményektől függ, hanem hogy az egyén miként fogja azokat fel. Ily alapokon állva megértjük, hogy az egész világ olyan visszhangnak fogható fel, mely azt a hangot adja vissza, amit belekiáltunk. A neurotikus egyén kezelésénél meg kell ismernünk az ő létecélját, s ha ez helyes, ennek eléréséhez bátorságot öntünk belé, ha helytelen, ezt értetjük meg vele. Továbbá visszatérítjük őt a közösség útjára, hogy ne csak önmagáért, hanem, socialis értelemben, a közösségéért is cselekedjen. Egyik főfeladata az IP-nek a neurosisuk megelőzése is a nevelés által és hogy organikus megbetegedés kezelése közben ne a beteg embert tekintsük, hanem a segítségünkre szoruló egyént vegyük számításba. (Előadás közben számos praxisból vett példa, illetve eset.)

A Magy. Szemorvostársaság febr. 2-i ülése.

Bemutatók:

1. **Röth A.:** *Glaukoma és anyajegy.* 42 éves férfinak bal homlokán és szembéjén naevus flammeus, bal szemén hydrophthalmus. A bal occipitalis lebeny felületén Röntgen-nel csíkok láthatók. Az anyajegy és a velejáró glaukoma okát féloldali feji sympathicus-zavarban látja.

Csapody I.: A vegetatív idegrendszer említett zavara hormonális eredetű is lehet, amely általános angiomatosis okozta vérmirigyinsufficienciában gyökerezik.

Röth A.: Néhány hasonló esetben belsősecretiósz zavart is találtak. *Avizoni* esetében (haemihypertrophiánál) a sectio tág sellát talált, de normalis nagyságú hypophysist.

2. **Ineze A.:** *Dislocatio bulbi esete.* 48 éves férfinél az orbita fedetlen éles csonttaréj tapintható, amely a szemgolyót 14 mm-rel lejjebb és 5 mm-rel előbbre tolja. A Röntgen diónyi árnyékot mutat. Érdekes, hogy a dislokált szem functiója rendes, sőt stereoskopos látása is van a betegnek.

Lieberman L.: Hasonló esete volt; a kemény tumor (osteoma) mellett támadt növekvő lágy képlet műtetre készített. *Borszéky* tanár operálta; a lágy képlet mucocèle volt.

Blaskovics L.: Hogy e betegnek binocularis látása van, annak okát abban keresné, hogy itt voltaképpen a két bulbus közti magasságbeli hiba olyan, mint amikor fejünket az egyik váll felé billentjük.

Kreiker A.: Lehetséges az is, hogy e betegnél a retina anomalis correspondentiája fejlődött ki ú. n. kettős foveával. De talán *Jendrassik* ismeretes elméletére gondolhatunk, aki a binokularis látás keletkezési módját a cortexbe helyezi.

Id. Imre J.: 1882-ben közölt esetére hivatkozik, amelyben az orbita óriási osteomája a szemgolyót a száj vonalába süllyesztette, e szemén látás is maradt; a daganat kilökődése után a szemgolyó visszakerült majdnem eredeti helyére.

Ineze A.: Nem hiszi, hogy a beteg a dislocált szem által olyan helyzetbe került volna, mintha a rendes szemű ember, ha válla felé hajtja fejét, sőt éppen akkor kerülne ilyen helyzetbe, ha a fejét balra hajtva, a szemét vízszintes síkba hozná.

3. **Csapody I.:** A „colmatage“-ról. Ablatio retinae két esetében ezen eljárással a szem tesztsegenek muló emelkedését észlelte. Punctio skleraet is végzett. A szemeken diffus epibulbaris injectio sokáig látható volt.

Liebermann L.: Ő aequatortáji cauterizést sklerapunctióval kombinálva végzett, eddig egy esetben. A retinaleválás nem fokozódott.

Ifj. Imre J.: A „colmatage“-al öt esetből kettőben az ablatio retinae teljesen megszűnt. Azonban a *Csapody* által ajánlott 50–60 pont helyett 6–9 ponton végzi az égetést, nem közel a corneához.

Blaskovics L.: A „colmatage“ haszna még kétes, de meg kell próbálni; óv a túlságos bizakodástól.

Grósz E.: E kérdésben a szakembert a technika és az eredmények érdekl. *Csapody* 50–60 szúrást eszközöl, ő csak 5–8 égetést végez és puncti skleraeval kombinálja.

Csapody I.: Célja e bemutatással a technika megbeszélése volt.

4. **Blaskovics L.:** *Operált esetek bemutatása.* a) *Az orri oldalon végzett kombinált módszer petyhüdes szemhéjkifordulás ellen.* Az általa ismereteltett kombinált ectropiumellenes műtétet több ízben az orri oldalra helyezte át kisebb módosítással. Tökéletes eredmény. b) *Denig-féle nyálkahártyaátültetés trachomás pannus ellen.* Súlyos, makaes trachomás pannusnál a bulbaris kötőhártyából a cornea felső fele körül 3 milliméteres csíkot távolított el és helyébe szájnyálkahártyát rögzített. A cornea feltűnően tisztult.

c) *Pillavázátültetéssel egybekötött Dieffenbach-Arlt-féle szemhéjkészítés.* Ez esetben e plastika alkalmasabbnak látszott az egyébként kitűnő ifj. Imre-féle íves metszésnél, mert a daganat a szemhéj külső végén volt szélesebb és így sok bőrt kellett volna feláldozni, vagy az íves metszést a halántékra áthelyezni.

Ifj. Imre J.: A bulbaris conjunctiva felső felében körülbelül 8 mm széles lebenyt szab ki, a bulbus alsó felében hasonló, alapjukkal ellenkező irányban, a kettőt megcserezve erősíti új helyzetükbe. Ezt ajánlja a

Denig-féle műtét helyett. Az alsó szemhéj hiányait lehetőleg íves lebennyel fedi.

Csapody I.: Az *Imre-féle* íves metszés egy alkalmazás módját 1923-ban önálló elgondolás alapján dolgozta ki műtéti eljárásá.

Ifj. Imre J.: *Csapody* bizonyos íves lebenyeket magának vindikál, evvel szemben constatálja, hogy 16 év óta a lebeny alakjának variálандó voltát hangoztatja; a *hiány* szabja meg a lebeny íveltségét, stb.-t. Ezek közül az egyik *Csapody*nak az Imre-féle plastikák első közlése után 12 évvel közölt eljárása, amely elvben jó, bár nem új.

Kreiker A.: Vizsgálatai szerint az épnék látszó kötőhártya is lehet beteg. *Denig* valószínűleg trachomás megbetegedésre képtelen anyagot óhajtott átültetni.

Blaskovics L.: Jobbnak véli a szájnyálkahártyát védelmi gátképpen, mint a kötőhártyát, mert az trachomásan nem betegszik meg. Az ívesplastikánál az erős ív kevésbé alkalmas, mert a keletkező másodlagos hiány pótlása bőrfeszüléssel érhető csak el, ami pedig nem állandó.

5. **Licskó A.:** *A kancsalsági műtét eredményei.* Beszámol az 1926-ban ismertetett kancsalsági műtét módosításával elért eredményeiről. Rendszerint csak egy izmon operál. Statisztikája csak azon esetekre vonatkozik, ahol az összetéző kancsalságnál csak egy műtét történt. 80 betegnél az átlag kancsalsági fok 34:14 volt, műtét után 4:14°.

Liebermann L.: Nem helyesli, hogy e közölt statisztikából az utólagos correctióval megoldott esetek kimaradtak.

Licskó A.: Nem vette ki a statisztikából a ki nem elégitő eredményeket. Az antepositio és tenotomia combinatióját nem tartja a műtét hatása megítélésében irányadónak; ha ezeket is bevette volna, statisztikája még jobb eredményű volna.

6. **Kretz T.:** *A látóideg direct sérülése vívókarddal.* Húszéves katonai növendéknek a gombosvégű vívókard a rostélyon át az alsó szemhéjén keresztül hatolt az orbitába és a szemgolyó megsértése nélkül a látóideget szelte át.

7. **Grósz E.:** *Angioma sklerae* gyógyult esetét mutatja be. A gyógyulás 75%-os alkohol egyetlen cseppjének befecskendése útján következett be. Tudomása szerint *ifj. Imre J.* ugyancsak skleralis angiomát gyógyított meg ily módon. A skleralis angioma szerfölött ritka.

Előadások:

1. **Grósz E.:** *A mellső csarnokba luxált hályog operálásáról* első ízben 1894-ben írt s már akkor állást foglalt amellett, hogy a sebészítés felfelé történjék. Azóta a technikát az akinesia, a fonálrögzítés és kötőhártyalebeny készítése nagyon megkönnyítette. A budapesti I. sz. szemklinikán évente 500 rendes hályogműtetre két ilyen műtét esik.

Blaskovics L.: *Czermak* javaslatára kezdte alkalmazni a kötőhártyakötényt, ezt azóta általánosította. Luxált hályognál inkább a *Gayet-féle* sebészítési módot ajánlja.

2. **Kreiker A.:** a) *A szemhéj rákjáról szövettani vizsgálatok alapján.* A debreceni szemklinikán operált 34 eset szövettani képe megfelel a *Krompecher-féle* basocellularis carcinomának, csak elvétve akadt karcinoid rák. A fekélyképződés dominál, amelyet mindaddig a cc. destrualó növekedésére vezettek vissza. A recidiva hiánya azonban arra mutat, hogy a fekélyesedésnek más a létrejövetele módja. Előadó megkísérli ezen daganatfeleség formális genesisét az ép hámsejt oszlási viszonyából levezetni. (E fejtegetés azonban, amely a kísérleti rákkutatás problémáit is érinti, rövid referálásra nem alkalmas.)

b) *A szemüvegek decentrálásának gyakorlati lehetőség és annak mérve* a gyakorlatban sokkal szűkebb, mint általában gondolják, mert a nyers üvegek túlkiecsinnyek.

Röth A.: Az egérrák átolthatósága, a ráksejt mélységbeterjedése, felfogása szerint ellene látszik szólni a rákeredet mechanikai magyarázatának.

Csapody I.: Az olvasópróbák új kiadásának összeállításakor a nyers közzörületek méreteit kereste; azt hiszi, hogy az előadó észleletei csak egy bizonyos gyártmányra vonatkoznak.

Kreiker A.: Az experimentalis rákkutatás anyagában sok az ellentmondó anyag, azért bizonyításához csak feltételeesen használható fel. Megbízható

látszeréseknél tudta meg, hogy 45 mm-nél nagyobb lencsét nem gyártanak.

3. Fazakas S.: *A fossa sacci lacrymalis topographiája különös tekintettel a könnytömlőműtetre.* (Megjelenik egész terjedelemben.)

4. Tóth Z.: *A keratitis photoelectrica.* A „conjunctivitis photoelectricá”-s betegeinél a corneán felületen szurkáltságot talált, tehát a cornea bántalmazottsága a primaer és a conjunctiva izgalma csak secundaer. Az ultrabolyvasugarak okozzák: a keratitis photoelectricát (elektromos fény, quartz) és a keratitis nivalist. Valószínűleg a sejtek chemiájában jön létre változás, de lehet, hogy a folyamat idegzavarón alapszik.

A Magyar Röntgentársaság jan. 25-i ülése.

Napirend előtt a titkár bemutatja a II. nemzetközi röntgencongressus meghívóját, melyet július 23—27-én tartanak Stockholmban. A congressus védnöke a svéd trónörökös, elnöke Gösta Forssell professor, az ismert röntgenológus. A congressus részvételi díja 40 svéd korona (60—65 pengő). Az előadások kivonatát április 1-ig kell beküldeni a titkárságnak. A bejelentett előadások röntgendiagnostikai, therapiái, elektrológiai, fizikai és tanulmányi szakosztály keretében oszlanak meg. Minden ügyben a congressus főtítkársága ad felvilágosítást (Sopiahemmet, Stockholm, Schweden).

Bemutatók:

1. Sereghy Mihály: *Nephrolithiasis.* 23 éves férfi vesetáji fájdalommal jelentkezett, vizeletében látóterenként 2—4 színtelen vérsejt és elvétve egy-egy vörösvértest. A Röntgen-felvétel a baloldalon erősen megnagyobbodott veseárnyékot mutat és ezen belül a vese alsó polusában számos apró kőárnyék látszik. A kődiagnosztikát kétségesé teszi az árnyékok jellege, valamint az a tény, hogy a jobb oldalon a gerinc mellett meszes mirigyárnyékok láthatók. Differenciálás céljából készült oldalirányú felvételen az árnyékok a gerincoszlop előtt fekszenek ugyan, de a pyelogramm az árnyékokat pontosan fedi. Oldalfelvételen a tágult pyelum nem haladja túl a gerincoszlopot; megismételt oldalfelvételen pedig a pyelum részben a gerincoszlop elé kerül, ami a vese nagyfokú mozgékonyására vall. A functionalis vesevizsgálat a bal vese hiányos működését mutatja. A műtétkor megnagyobbodott vesét, tágult pyelumot találtak, az alsó polusban számos apró követ. A hydronephrosist az arteria renalisnak rendellenes ága okozta.

2. Herman János: *Medenceficam.* 27 éves férfi esetét mutatja be, aki a második emeletről leesett. Mivel húgycsővéből vér szivárog s vizelni nem tud, az urológiai klinikára kerül felvételre. A beteg medencéje aszimmetrikus külsejű, ezért Röntgen-felvétel készül. A felvételen a symphysis tátong, a medencecsont articulatio sacroiliacalis része az V. ágyékcsigolya mellé csúszott. A keresztcsont massa lateralis letörött és felfelé csúszott, a csípőcsont egészében ép és kifelé fordult. A fájdalmas és duzzadt bal boka és jobb csukló Röntgen-vizsgálata elváltozást nem mutat. A beteg állandó katetert kap, huszadnapra vizelete rendbe jön és öt hét múlva súlyos medence elváltozása ellenére már járni is tud.

3. Kopáry József: *Dysostosis cleidocranialis.* Bemutatott eseténél csaknem teljes kétoldali kulcsont-niány, a koponyafelvételek a biparietalis átmérő lényeges megnagyobbodása, a baloldali os temporale kifejezett meszeszégénysége a nagykutaes nyitvaradarása a baloldali sinus maxillaris aszimmetriás kisebb volta voltak a legjellemzőbb tünetek. A beteg arcának karaktere az alacsony homlok és kiálló pofacsontok, a lapos, széles koponya. Ez utóbbiakat a bemutató azzal az irodalomban még nem említett tinnel magyarázza, hogy az os zygomaticum processus temporálisai csőkevényesek és az arcus zygomaticus nem záródtak.

Az elváltozás rendszerbetegedés és a főleg kötőszöveti eredetű tehát, a lapos csontokat érinti. Az öröklésre vonatkozólag a nézetek ellenkezők, minden valószínűség szerint, mint a bemutató esetében is, a második generation túl nem terjed. A kórkép előfordulása rendkívül ritka.

4. Mészöly Pál: *Epiphyseolysis capituli femoris non traumatica.* (Egész terjedelmében fog megjelenni.)

Móczár László: A folyamat kórtani vagy kórok-tani magyarázata szempontjából sokkal valószínűbbnek látszik, hogy a fejecs leválását a combnyakban lezajló

ostitis vagy osteomyelitis okozta. Ezt bizonyítja a beteg lázas betegsége, izületi gyulladása és főleg az, hogy éppen a kérdéses izület felett lobos duzzanat volt hosszú ideig.

Mészöly Pál: Tekintve, hogy osteomyelitis semmi tünete a csontokon nem látszik és nem is látszott az osteomyelitis kizárható.

5. Hrabovszky Zoltán: *Páncélszív.* Röntgen-vizsgálatkor a szíven látható meszesedések lehetnek a szívüregeken belül (thrombus) a myocardiumban, a szív tápláló ereiben; a leggyakrabban a szívüregekben fordulnak elő. 65 éves férfit észlelt, aki gyomorpanaszai miatt kereste fel. Átvilágítás alkalmával a szívárnyék balra kissé megnagyobbodott, bal kamra íve kissé elődőm-borodó. A szívesűcs mély belégzéskor nem süllyed lefelé. A II. ferdében vizsgálva a szívet, feltűnt, hogy annak elülső, alsó és hátsó fala körülbelül 1/2 cm vastag intenzív árnyékot adó csészébe van ágyazva. A felvételen a mészburok a szív elülső oldalát az aorta kilépésétől lefelé, az egész alsó falat, a hátsó falat a pitvar-ig veszi körül. Ezenkívül mészfoltok láthatók az aorta ascendensen és meszes kötegek futnak a diaphragma centrum tendineumához. Differentialdiagnosztikai szempontból a myocardium elmeszesedése jön számításba, ezt különböző irányú felvételekkel sikerül a szív árnyékától elkülöníteni. A therapia lehet sebészi, a meszesedés operatív eltávolítása, vagy belső, az esetleges szívdecompensatio kezelése.

Richter László: A páncélszív sebészi therapiája nemcsak azért nehéz, mivel a sulcus coronarius környékén való dolgozás az erek megsérülésének veszélyével jár, hanem a szív működés rythmikájának olyan zavarát is okozhatja, amely teljesen lehetetlenné teszi a további sebészi dolgozást. A mészlemez leválasztásánál elkerülhetetlen, hogy szívizomrostokat, ha keveset is, le ne válasszanak.

Hrabovszky Zoltán: A páncélszívnek a myocardiummal való összefüggésére vonatkozólag hivatkozik Guleke és Lommel vizsgálataira, akik e műtéttel leválasztott páncélon mikroszkoposan szívizomrostokat találtak.

6. Richter László: *Páncélszív esete.* 64 éves férfi cholelythiasis panaszokkal kereste fel. Ezirányú vizsgálatok negatív eredménnyel jártak és mint véletlen lelet került diagnosztikára a beteg páncélszíve. Az elmeszesedés a jobb pitvart és alsó kamrát tömör héj alakjában veszi körül, a szívmozgásokat tökéletesen követi. A páncélszív aethiologiája nem egységes; lehet teljesen tünetmentes és előfordulhat teljes, decompensatióval párosulva. Az elmeszesedés rendszeresen a sulcus coronariusból indul ki.

7. Rencz Antal: *A gyomor- és duodenumfekély fellépésének pariodicitása.* (Egészében fog megjelenni.)

Herman János: Felhívja az előadó figyelmét arra a tényre, hogy a diagnosztizált ulcusok májusi és őszi hirtelen megszaporodása a mezei munkával függ össze, emellett szól az a tény is, hogy az előadó graphikonjai szerint a gyomorcarcinomák száma is ugyanabban az időben emelkedik.

8. Kopáry József: *Spondylosis tabetica.* Lyon közlése szerint az irodalomban eddig 1868 óta körülbelül 45 eset ismeretes. Az elváltozás aethiologiájára nézve két theoria áll egymással szemben. Az egyik a Charcot-féle, mely szerint az ízületek és csontok elváltozásának primaer oka a megfelelő gerincevelő-centrum trophias elváltozása, a másik a Volkmann és Wircow-féle nézet, mely később Rotterben és Kienböckben talál követhető, akik a primaer okot egy előzetes „praearthropathias” „törési stadium” kialakulása után külső mechanikus hatásokra létrejöttnek tartják. Bemutatott eseténél a beteg klinikailag a tabes classikus képét mutatta. A III—IV. lumbalis csigolyákon compressio törés volt található az összes ágyéki csigolyákon arthritis deformansra jellemző elváltozások. A beteg jobb bokaizületében typusos arthropathias elváltozás volt. A teljes fájdalomnélküliség a csigolyatörésekre vonatkozó anemnesis hiánya a diagnosis biztossága mellett szólnak.

Richter László: Kérde, hogy a vérvizsgálat eredménye milyen volt.

Kopáry József: A Wassermann-féle reactio positív volt.

Előadás:

9. Kopáry József: *Erysipelas-esetek Röntgenbesugárzás után.* Már a XVII. század óta ismeretes az orbáncnak a daganatokra, a bőrtuberculosisra és a bőrsyphilisre gyakorolt kedvező hatása, melynek lényege

valószínűleg hasonló a fajidegenfehérje hatásával. A daganatokra való kedvező hatást therapiás eszközül is próbálták felhasználni és több szerző ezirányban említésre méltó eredményt ért el. A debreceni egyetem sebészeti klinikáján daganatos betegek egyetlen esetben sem sikerült orbáncot átvinni. Az előadó 8 esetben közvetlenül a besugárással összefüggésbe hozhatóan orbánc fellépését figyelte meg, melyet a localis röntgenhatás következményének tart. Ezekben az esetekben azonban a daganat befolyását végzetessé tette például az évekig egy állapotban lévő kis epythelioma Röntgen-besugárást után pár héttel ulcus rodenssé lett, mely rövidesen áttételeket képzett. Az előadó felfogása nem egyezik az előző megfigyelők nézetével. Az orbánc, a daganat és szervezet közötti correlatio állásában megdönti az egyensúlyállapotot, egyszer a szervezet s más-szor a daganat javára és ennek a folyamatnak a megítélése előre nem áll módunkban.

Hollaender Leó: Igen feltűnő az előadó eseteiben az orbánc gyakori fellépte a besugárást után. Felmerül a gyanú, hogy endemiás fertőzésről van szó.

Móczár László (Kézirat nem érkezett be.)

Czunft Vilmos: A nagy dosisokkal besugárázott szövetek resistenciája csökkent, s így a fertőzésekkel szemben való ellenállás csökkenéssel magyarázható az előadó eseteiben kifejlődő erysipelas. Ezen feltevés mellett szól először, hogy a besugárástok tekintélyes dosisokkal és aránylag puha sugárással történtek, másodszor pedig, hogy a felsorolt esetekben túlnyomóan exulcerált és széteső daganatokról vagy bőrexulcerációval járó megbetegedésről volt szó, ahol a kórokozó mikro-organismuskok állandóan jelen vannak. Az Egyetemi Röntgen-intézetben sokezer besugárást után erysipelast nem észlelt.

Kopáry József: Az epidemiás fellépésről szó nem lehet. Az orbánc némely esetben ép bőrterületeken játszódott le. Az orbánc fellépését Röntgen-hatásra létrejött localis resistenciacsökkenéssel magyarázza.

A Debreceni Orvosegyesület febr. 9-i ülése.

Bemutatók:

1. **Mandel László:** *Extrem nagy tüdőcaverna és pneumothorax elköltönítése.* A mellkasfalhoz simuló férfiköllyni üreget Röntgen-nel differentiálni nem lehetett. Punctióval megállapítottuk, hogy a folyadék vér (három hét óta vért köpött). Mesterséges légmellet létesítve, kétujnyi levegőköpeny borítja a tüdőt és tolja el medial felé a kérdéses képletet. Caverna volt tehát. Therapia: phrenicotomia, később thoracoplastica.

Kopáry József: A betegnél a Röntgen-vizsgálatot hozzászóló végezte. Az I. átvilágítás alkalmával a kérdéses üreg már alsólebeny cavernára volt gyanús. Pneumothorax és extrem nagy caverna eldifferentiálásánál két számbaveendő körülmény van: 1. a caverna respektálja a lebenyhatárokat; 2. a caverna physikai törvényszerűségnek engedve, nagyjából mindig kör-alakú szokott lenni.

2. **Köntzey Ernő:** *Typhlitis phlegmonosa*-eset mutat be, ahol a féregnyúlvány teljesen ép volta mellett a coecum, colon ascendens és részben a colon transversum falának acut phlegmonosus beszűrődése állott fenn. A beteg állapota nem engedte meg a fenti bélrészletek resectióját, mint egyedüli therapiás beavatkozást. Felhívja a figyelmet a kórkép rendkívüli ritkaságára, az irodalomban mindössze 5-6 eset található. Aetiologiája a betegségnek: a coecum nyálkahártyájának valamilyen sérülése vagy fekélyes elváltozása. A bemutatott esetben bélsárpangás következtében létrejött stercoralis fekélyek streptococcusokkal való másodlagos fertőzése képezte a betegség kiinduló pontját.

3. **Csörsz Károly:** *Ichthyosis familiaris esete.* Családfát mutat be, melyben öt nemzedékre kiterjedőleg 11 férfi és 2 nő ichthyosisos beteg volt. Az utóbbiak két másodunokatestvérnek összeházasodásából születtek. Tüzetesen vizsgálja az öröklődésmenetet illető lehetőségeket s arra a következtetésre jut, hogy a jelen esetben visszaütoen nemhez kötött (recessiv gesehlechtsgebunden) öröklődési mód forog fenn. Ez az öröklődésmenet ichthyosissnál e családfán kívül még csak egy esetben ismeretes.

Preininger Tamás: A családfában feltüntetett ichthyosis-esetek egyikét felszólaló is vizsgálta. Az eset bemutatásával ismerteti azokat a különbségeket, amelyek az ichthyosis és a hyperkeratosis generalista con-

genita (ichthyosis congenita) malignus, illetőleg belignus alakjai között fennállanak (*Kaposi, Riecke, Judasohn, Darier*). A bemutatott eset ichthyosis simplex képét mutatja, miből arra következtet, hogy az egész családfa ugyanezre a megbetegedésre vonatkozik.

Előadás:

Elek László: *Az oedemopathogenesis újabb felfogása önálló kísérletekkel.* Az eddigi teoriák ismertetése *Haidenhaintól Schadeig* részben kritikus alapon. Az önálló vizsgálatok a zsiranyagcsere vonatkozásban modellkísérletek alapján, kapcsolatban a vízvándorlással. A lipaemiás serum mindig több vizet szív fel dialysisnél normalis egyénekénél, míg oedemasoknál a fordított jelenséggel találkozunk. A krystalloidok eltoldásában is különbség van lipaemiás és nem lipaemiás serum között.

Ambrus József: Bizonyos, hogy a szervezetben megjelenő oedemák legtöbbször magas H.-concentratio mellett jön létre, de *M. H. Fischerrel* szemben megállapítást nyert, hogy alacsony H.-concentratiojú, valamint neutralis közegben is bekövetkezik az oedemaképződés. *Donan* ionegyensúly törvényei kétségkívül valamennyi folyamatra érvényesek. Kiemeli, hogy pathologiai és therapiás szempontból az idegszövet oedemája legalább olyan jelentőségű, mint a kötőszöveté. A meningitis basilaris tuberculosissnak a therapiája az agyszövet duzzadásának megszüntetéséből kell álljon, vizsgálatai alapján. (A részletekre vonatkozólag utal az 1927. évi debreceni gyermekcongressuson tartott előadására.)

ORVOSTÖRTÉNELMI JEGYZETEK

A boszorkányok gyógyító és rontó kuruzslásairól.

Írta: *Bálint Nagy István dr.* (Makó.)

(Második, befejező közlemény.)

Gyakran szerepel a periratokban a *gyermekrontás*. Ezalatt azt értették, hogy a kuruzsló, akinek gyermekére megharagudott, megvesztette, csak hogy annak meggyógyításával pénzt szerezzen, „akire nyavalyát eresztett és szép szóval elhitták, az olyanokat megnyomogatta, dörgölte, biztatta és megkönnyebbültek ettől”. A gyermekbetegség és halálozás abban az időben is gyakoribb volt és így érthető, hogy a gyermekrontás és abból való gyógyítás a periratokban oly sűrűn fordul elő. Ha a gyermek megbetegedett, nem keresték az okát, hanem valamely kuruzsló megpökdöste, szemével megverte, tapogatásával megvesztette, megcsókolta s „azóta sinlik, hogy emberi kép nincsen rajta”, megzabolázta, megszagatta, újszülött köldökéből kétiznyit kimetszett, földhöz csapta, megverte, vízbe mártotta, megnyavalyásította, bölesőbeli csecsemőt felesterélte, kezét, lábát kitekerde, járőerejét elfogyasztotta, lába sarkát felkötötte, derekát feltekerde, száját füléhez húzta, vizeletét és egyebet elállította, kezét, lábát rúttal borította, csecstől elidegenítette, orra vérével elindította, nyavalyatörésbe ejtette stb., mint ahogy a jegyzőkönyvek feljegyzik. Mindezen gyermekkori megbetegedéseket különbözőképpen kúrálták. Például: „Éjtszaka gyermeke felettébb nagy kínban volt és reggelre keze-lába felsugorodott, a szemei pedig a fehérjeivel egészen felfordultak, vizeletét pedig olyan volt, mint a vizzel összeelegyített méz, melyet a markába vévén úgy morsólhatta, mint a meszet. Gyomrát kétször háromszor meghúzótta, és azt mondotta, hogy csömör van benne, csak szedjetekek füvet és meggyógyul, ha fűrosztitek.”²⁵ „Fiacskájának fére ment a jobbik orcája és az orra is meggörbült, úgy, hogy negyed napig az egész képe irtóztató figurákat mutatott... Barta Kata három ízben keresztül kocsult a

²⁵ *Komáromy* i. m. 709. old.

kezeit, néki vonta magát, ez után szemeibe köpött a gyermeknek és egész képét megh szorongatta két kezével az ő módgya szerint reá is olvasott“, mire a gyermek megszólalt: „Anyám Asszony, Istennek legyen hála már semmi bajom“. Így olvashatjuk ezt a madari boszorkány periratában, ki 1721-ben 105 évével állott a tek. vármegye ítélő bírái elé. „Gyenge tagjainak alig volt jártányi ereje, esörgő láncok esüngtek kezén lábán, nyilván „hogy meg ne szökjön a vén boszorkány“. Mikor megkérdezték tőle: „Akit az ördögh megh kísért minemü füvekkel kel gyógyitanyi?“, a következőt válaszolta: „Östormén fával, nap után járó kóróval,²⁴ vad meny fával, zsellér monyu kóróval,²⁵ ezetet öszve köl főznyi az nap följövelele előtt hordot vízben circa harmad napigh förödni köl benne.“²⁶ Baronyai Kata, ugyancsak Komárom megyei Kamoésáról való „gonosz. életben élő s tudományos Asszonyi álat“ az 1727-es feljegyzések szerint egy gyermeket, kinek „a szája annyira lekuesolódott, hogy nem is falhatta be az anyja esőését“, úgy gyógykezelte, hogy csak a szájához ért és rögtön könnyen szophatott. Egy másik hat éves leánykának pedig, kinek „az ball lába hátra föll horgattak és sugoróttak csak szaros kezével meg simogadta, s mind azon által a Leánka Estvére kelvén szem látomást meg könnyebbedett, másnapra pedig semmi nyavalyája sem volt.“²⁷ Ugyancsak ez a boszorkány leányka bal lábának öszezsugorodása ellen javasolja: „Főz förödöt nékie három rendbéli, ugymint Ember, Sörtés és Tyúk ganéjokbul s tégy belé hét orsót a hegyével alá és egy mosófát²⁸ s abba ütled egészen, ha meg főzöd, de mikor főzöd az ajtót jól be csináld, hogy senki bé ne mehesen“. Igen tudós asszony volt ez a Baronyai Kata, nagyon értett a búbájossághoz és ördögi mesterséghez (magica et diabolica arte), kiválóságát még halálos ítéletében is megemlítik, „az nyavalyásokat csak kéz illetekkel megh gyógyitotta s egészségre hozta“, de mégis pusztulnia kellett, mert „megh vetvén az világh Teremtőét és megh váltoiát az Hatalmas Ur Istent Teljes Szent-Háromságot Boldogságos Szüz Máriát és a szent körösztseget az ördögh kedviért megh tagadta.“²⁹ Jászberényi Judit, bagotai „nehezen szülő Asszonyokat orvosló, gonosz tévő Asszony“ igen kiterjedt gyermekpraxist űzhetett, mert többnyire gyermekek rontásával és gyógyításával vádolják. Recepturájából valók ezek az épületes és még a boszorkány orvoslásban is nagyon alpári eljárások. „Ha fekete nadárfüvet fekete rákot, forrasztó követ és S. A. (salvis auribus) sörtés hájat, tikmonyat (tojás) az teörésre rakta és azt égett borral megh öntöszte, össze forrot a töröt csont“, vagy a gyermek nyavalyája ellen „mosófát,²⁹ öcet és fésüt³⁰ tegyen feje alá“, gyermekáldás ellen: „első szüült gyermek köldökét háromszor be és ki kel adni az ablakon és kakaş torkába tömve megetetni“³¹

Említésre méltó gyógykezelések még, megnyomrodott gyermeket Sz. Jakab estéjén, szép holdvilágnál egy fával „négy-öt házig meghadarni“, megkötött gyermek lánca feszített lepedője alatt a kötést elvágni, vagy mikor a gyermek olyan mint a „mérő fa“,³² sonkoly vizéből főzött förödőben kilenceszer megfürödni, tej elveszés (apadás) ellen új csuport háromszor telefejni és

²⁴ Heliotropium europaeum.

²⁵ Thesium ramosum.

²⁶ Alapi Gyula: Búbájások és boszorkányok Komárom Vármegyében. 1914. 7. old.

²⁷ Alapi i. m. 21. old.

²⁸ Alapi i. m. 37. old.

²⁹ Mosófűsikár, Andropogon ischaeraum.

³⁰ Fésűfű, Cynosurus eristatus.

³¹ Alapi i. m. 39. old.

³² Olyan sovány, mint a mérőfa, ma is némely vidéken a népszájn élő közmondás.

mormolni: „ne félj, megjön már a te kenyered“. Ha a gyermek leesik és megdagad feje, füvel kell beragasztani; kelevényeket ujjal „kidugdosni“, mire a beteg megkékül, mint a szilva, de meggyógyul. Hörgés, sok zöld turhaforma nyál, enyves turha ellen kerti füvek; szem-száj félrevonás, fülhöz húzódás ellen tapogatás (masszírozás), arcon, kezen-lábon levő rüt fekélyek; szemjárás, mikor a szem a kemence mögé jár (nystagmus) ellen kenőcsök, irak valók. Hideglelés ellen más kútjáról szólatlan³³ vizet meríteni és avval borogatni a beteg gyermeket; csecsemősírás ellen felcserélni a bölcsőbeli szalmát, kéz-láb kimenyülés ellen (ficam) kezét, lábát „mellyére felvinni“, szóval helyretenni; csömör ellen tiszta vajjal kenni a gyomrot, száradás ellen, mikor olyan a keze és a lába, mint a vékony nádpálca, sült puha kenyér a gyógyszer „lévén rajta sajt kenve“. Amint látjuk, ezekben a kuruzslásokban mégis van valami ésszerűség, de sokat találunk a periratokban olyanokat, melyek már csak a babonás agy szüleményei. Pl. „lába ujjának egy kis ütés miatt elesék a körme és valami lelé szegénynek a lábát, de megtekeredett és feláll az nagy lába ujja, a földet nem éri“ a javasasszony csak hozzányúlt és meggyógyult.³⁴ Vagy „fatasszony az fia megnémult, nem szólhat... az gyermek iránt nem lévén semmi reménység, az szája is földre kezd vonulni és az jobb keze is elesik, az szeme is csodaképen járván“ a kuruzsló csak megtapogatta és „ugy szünt meg rajta az nyavalya“.³⁵ Beteg gyermek „ganéjját felkötötték a kéményben“, hogy jelentkezzen az a boszorkány, ki megrontotta. Másik gyermek tejtől betegedett meg, annyira, hogy „hat egész hétig az anyja le nem tehette karjáról, sem éjjel, sem nappal“. A gyermek kinja ellen ezt javallották: „hugyoztassák az maga csizmácskájába az akaszszák a kéménybe, aki valamit csinált a gyermeknek, oda megyen, de harmadnapig tartsák a csizmát a kéményben“. Így is lett, három nap mulva jelentkezett a megrontó, ki egy „polturára bor“ és egy tál lisztért feloldotta a rontásból a beteget.³⁶ Minden erejétől megfosztott, földagadozott, öt hétig kínlódó gyermekét javasasszony utasítására saját szőrének füstjével gyógyította meg az egyik vádlott. Gyermekek járó ereje elfogyott, térdei a mellére húzódtak fel, lábai öszezsugorodtak, de templomból hozott Sz. Márk napi koszorú füstölő pora meggyógyította. Fél esztendő kis gyermeket kirontott a nyavalya, keze, lába megzsugorodott, vádlott megtapogatta, fel is épült.

Sok részletes leírást találunk a periratokban *gyermekek elhalálzásáról*.³⁷ Egyik gyermek leesik az asztalról, elfeketüle, meghala, mert csontját kivették a vállából, a lábából is kivonták. Dagadt volt a feje mint a csöbör, a lába is elkezd esni, hamar elhal, mert fekete disznót fejt a vádlott. Majd rostán által ólmot önt a másik boszorka, mitől a gyermek vizelete és egyebe eláll, nagy kénokban vagyon és elhal. Hajnalban szemétől olyat szedett, abból midőn fürdőt főzött, szintén úgy megaludt, mint a máj, ebben panaszos gyermekét megfüröszttötte, mire csakhamar megholt. Másiknak lába felzsugorodott, abban göb támadt, egész tagját, fejének fél oldalát fájlalta, megpöffendezett és vérrel vizellett, mely miatt meg is holt, de teste nem merevedett meg. Vagy az egyik, szeplős tyukmonyhajat vett be, kitöri hétszer a nyavalya és meghal. Egy másiknak a hasa nagyon megdagadt, holtzénnel, korommal, hagymával és tyukmonyhéjjal volt tele, minthogy a száján

³³ Míg meríti és hazaviszi, nem szabad szólni.

³⁴ Komáromy i. m. 50. old.

³⁵ Komáromy i. m. 371. old.

³⁶ Komáromy i. m. 376. old.

³⁷ Idézések nélkül megtartom az eredeti mondatfűzést.

és az alfélén szüntelen afféléket adott ki, kínlódván mindaddig, míg ötödnapra meghalt. A boszorka bepökött a pitvar közepibe, rá pár napra panaszos kis fiát kilelte a nyavalya és meg is halt. Fenyegetés után olyan nyavalyát bocsájtott a panaszos egy leányára, hogy három egész hétig semmit sem tehetvén kínjai miatt, se kezeivel se lábaival nem birhatott, fejét is hátra szegvén, szólásától is megfosztatott és háromheti kínlódás után megholt. Csecsszopó gyermeknek ecetestejet adtak, melyből az ugyan nem evett, hanem anyja mérgezett tejétől halt el, úgy, hogy meg sem merevedett.

Igy még a halált sem veszik szülői gondatlanság-ból, fertőző betegségekből, törés-ficamokból stb. származónak, hanem azt is a boszorkányok rontása okozza, melyből csak azért nincs már feloldozás, mert az illető rontót azóta már vagy megégették, vagy nincs pénz megfizetni a gyógyszer, illetőleg ráolvasást, vagy a rontó ösmeretlen helyentartózkodik. Nagyon régen történtek ezek, de még ma is sok hasonló és borzalmas emberi eltévelyedésre akad az az orvos, kit sorsa a faluba sodor, hol a boszorkányok üldözése ugyan megszűnt, de nem az emberi butaság, rossz indulat, az örökké élő babona.

Nemcsak a gyermekkori megbetegedések, hanem a *felnőttek sok baja, nyavalyája* is rontásból keletkezik, melyet szintén csak a boszorkányok tudnak feloldani, meggyógyítani. Hemzsegnek a periratok ezektől a gyógymódoktól, babonáskodásoktól, melyeket az eddigiekben nagyobb részt már ismertettem. Nem sok újat találni már ezekben. Ugyan az a gyógyszer, mint már elsoroltam, csak legfeljebb vidékenként a gyógyítás módja változik meg, de a lényeg nem. A boszorkány a beteget megrontja, leginkább asszony személyt, — csodálatosan nagyon kevés felnőtt beteget találunk, ezek is nemi, törés-ficam, vagy valamely daganatos megbetegedés következményeit sinylík. Az asszonyok szülés következményeit, vagy sinlődő (gümőkör, syphilis) betegségben szenvednek. Mindennek a boszorkányok az okai. Ha valaki elszárad és meghal, vagy esontocskájából kiragadják a nyelvét (megnémul), megbolondul, gyomra dagad, rútsága a száján jön ki (hány), hályog lesz a szemén, szeme kifolyik; megbetegedik, hogy minden ganéjja maga alá megy; kis gyermekét szoptatni nem tudja, a gyerekágyban a forróság emészti, szája félrevonódik, megsántul, megnyomorodik, kérge kifakadoz, szerencsétlenség nyomorekká teszi, egész nyáron csuklás gyötri, kemény férfisága megszűnik, fonalast ganéjlik, huddozni nem tud, csecse „megköl“ (mastitis), szívfájása, gyermektelensége, bőséges istenáldása, méhtüzesedés (metritis), rút fekélyek, pupot vonnak hátára, italtól rosszul lesz, az ura hátul éli, vérrel vizek, férfi magját elveszti, teher viselés közben gyereke elmegy, semmit sem emészthet, nem barátkoznak vele a nők, vagy férfiak, — természetesen csak a boszorkányok rontása lehet és csak a boszorkányok hozhatják helyre, illetőleg oldhatják fel a rontásból. És mi módon? „Vakmerő tudatlanságból, mind az városban, mind kívül, oly eszközők által melyeknek erejét s nyavalyáknak eredetét s ezközeinek hozzá való illendőségét nem tudván, sok embereknek általuk végbe vitt feresztése s miatta egy nehánynak következett halála“... mondja az egykori debreceni jegyzőkönyv 1715-ben.³⁸ Sokszor a törvényhez folyamodnak segítségért, midőn a gyanúsított boszorkány megtagadja az orvoslást. Kolozs megyében, 1730-ban jegyezték fel, hogy egy büjös bájoskodással megnyavalyásított az előljáróságához folyamodott, hogy a megrontója, kit meg is nevez, „fájdalmáról consentiáljon, nyavalyájából gyógyítsa meg, egészen addig pe-

dig vagy detentióban legyen, vagy elegendő cautio alatt“. Kérését teljesítették.³⁹

Bő anyagot szolgáltatnak ezek a periratok az ervostörténelem számára, különösen az elmeegógyászati része érdemelne feldolgozást, tanulmányozni ennek a kornak társadalmát, nemcsak a vádlottakat, hanem az esküdtszékek bírait is, kik olyan nyugodt lelkiismerettel hozták meg tömeges halálos ítéletüket. De hiszen még 1718-ban, az akkor már világhírű bécsi egyetem is a „malleus maleficorum“ álláspontján áll, amint egy Szebenből véleményezés végett felterjesztett akta erről tanuskodik; ugyanekkor a lipcei egyetem *Thomasius* hatása alatt már tagadja a boszorkányság létjogosultságát és felmentő ítéletet javasol. A kuruzslást abban az időben lehetett volna üldözni halálos ítéletek nélkül is, igaz ugyan, hogy nagyon sok csaló és a nép tudatlanságát kihasználó szélhámos akadt ezek között, de a legnagyobb részük bábáskodásban megöregedett javasasszony, csontra-kással, gyógyfüvek gyűjtésével és kotyvasztásával foglalkozó munkakerülő és elmebajos képzelődő volt, kiket másképen is rá lehetett volna szorítani a tisztességes munkára. Viszont nehéz kritikát mondani több évszázad eltévelyedéséről, mert abban a korban először is élni kellene és csak akkor tudnánk biztosan felállítani a kérdést: hogy vajjon emberi tudatlanság, céltatos rosszindulat, vagy erotika volt-e az oka a boszorkányok üldözésének?⁴⁰

VEGYES HÍREK

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február hó 18-i tudományos ülésének napirendje: *Bemutatás: Takács László:* Therapiás kísérletek polycythemiánál. — *Előadások:* 1. *Schaffler József:* A bélbetegségek adsorptióis terapiájáról. 2. *Faludi Ferenc:* Therapiás kísérletek mangánnal.

A Közkórházi Orvostársulat február hó 22-i ülésének tárgysorozata: *Bemutatások:* 1. *Rednik Tibor:* A vércukorgörbe mint májfunctiovizsgálati módszer. 2. *Flesch Armin:* Csecsemőkori ruminatio esete. — *Előadások:* 3. *Horváth Árpád:* A decapitációról (Műszer a Kézmárszky-féle ecraseur Nádory módosította kaesának felvezetéséhez.). 4. *Kiss Gyula:* Budapest lakosságának vércsoportelosztódása.

A Magyar Röntgen-Társaság folyó hó 20-i tudományos ülésének tárgysorozata: 1. *Weisz A.:* a) A Röntgen-intézet ismertetése. Metalix-csővek üzembén. b) Az ureter legalsó részében levő kövek Röntgen-diagnosisa. 2. *Füredi A.:* a) Az os lunatum izolált luxatiója. b) Luxatio a sterno-clavicularis ízületben. 3. *N. Leopold M.:* Enostosis ossis femoris. 4. *Schönwald Gy.:* Ovarialis tumor Röntgen-képe.

Személyi hírek. A vallás- és közoktatásügyi miniszter *Jendrassik Loránd dr.* belgyógyászati klinikai tanársegédnek a pécsi tudományegyetem orvostudományi karán egyetemi magántanárként történő kinevezését jóváhagyólag tudomásul vette s öt ezen minőségében megerősítette. — *Prof. C. Oehme* a heidelbergi belgyógy. klin. tanszékére és a poliklinika igazgatói állására kapott meghívást. — *Prof. H. Straub* a göttingai belgyógyászati tanszékre történt meghívását elfogadta. — † *Prof. J. Fibiger*, ki a rákkutatások terén kifejlesztett munkásságáért elmúlt évben a Nobel-díjat nyerte el, 60 éves korában Kopenhágában elhunyt. — † *Prof. F. Marschand*, a nagy hírű pathologus és kórbonenok 81 éves korában Lipésében elhunyt.

³⁸ *Komáromy* i. m. 267. old.

⁴⁰ Ahol forrásmunka megemlítve nincs, az eredeti szöveg *Komáromy* oklevéltárában található meg.

³⁸ *Komáromy* i. m. 432. old.

A Budapesti Önkéntes Mentő Egyesület február hó 23-i tudományos ülésének napirendje: 1. *Fabinyi Rudolf*: Az elmebetegek szállításáról általában és különösen Budapesten. 2. Érdekesebb esetek megbeszélése.

A norma pauperum vénymintáit mellékeltük mai számunkhoz. Multheti kis figyelmeztetésünkre annyi érdeklődő levelet kaptunk, hogy közérdekből szükségesnek tartottuk ezt és szándékunkat a hivatalos taksát kinyomató Magyarországi Gyógyszerész Egyesület előzékenységéből könnyen megvalósíthattuk. Sőt még további érdeklődést is ki tudunk szolgálni, mert kiadóhivatalunkban úgy a február 20-án érvénybe lépő hivatalos taksa, mint a vele egyidejűleg megjelent ú. n. „bővített árszabvány” is kapható, amely a hivatalos szerekén kívül a nem-hivatalos gyógyszerek patikai árát is 146 oldalon tartalmazza. Az előbbi *előre beküldött* 170 pengőért, az utóbbit, melyet utalványon kérünk, 820 pengőért küldjük meg a rendelőknek.

Mellékletünkhöz a következő tudnivalókat fűzzük a benne feltüntetett vényminták rendelkezését illetőleg:

Az 1898. évi XXI. t. c. intézkedik a nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről. Ezen törvényeink 3. §-ának *b*) pontja oly utasítás kiadását tette a belügyminiszter kötelességévé, mely szerint a *hatósági orvosok*, valamint a belügyminiszter által erre felhatalmazott *magánorvosok*, a hatóságilag igazolt szegény betegek részére gyógyszereket az Országos Betegápolási Alap (most: nyilvános betegápolási és gyermekgondozási pótadó, illetőleg államkincstár) terhére rendelkezhetnek. Ezt a szabályzatot 1898. szeptember 24-én adta ki a belügyminiszter 99.000/1898. számú körrendeletével és az 1899. január 1-én lépett életbe. A szabályzat I. melléklete azokat a hivatalos gyógyszereket sorolta fel, amelyek a közalapok számlájára egyáltalán nem rendelhetők. A II. melléklet a mintaszerűleg (normáliter) rendelhető gyógyszerek vénymintáit tartalmazta. Ezt a vénymintagyűjteményt részben megváltoztatta, részben kiegészítette az 1925. évi 98.065. számú népjóléti és munkaügyi miniszteri körrendelet, s annak a 3. és 4. vénymintáján még 1926-ban változtattak valamit (144.069. sz.).

E rendeletek ismertetése során meg kell még említeni, hogy a 110.206/1898. számú belügyminiszteri körrendelet felmerült kérdések alkalmából megállapítja, hogy az Országos Betegápolási Alap terhére történő rendelésre törvényhatósági joggal felruházott városokban csakis a városi tisztii főorvos és kerületi tisztiorvosok jogosultak, s ezeken kívül más orvosok, még a *törvényhatósági kórházak orvosai* sem jogosultak az Alap terhére gyógyszert rendelni.

Ezek szerint az Országos Betegápolási Alap („nyilvános betegápolási és gyermekgondozási pótadó, illetőleg államkincstár”) terhére a tisztii főorvos, városi, kerületi, tisztii, járási, községi- és körorvosok, valamint a népjóléti és munkaügyi miniszter által erre felhatalmazott magánorvosok jogosultak gyógyszert rendelni.

A vényminták rendelhetők magánbetegek részére is. Minthogy azonban az így rendelt gyógyszerek ára a közalapok terhére történő rendelés tekintetbevételével 25% munkadíjkezdvménnyel van kiszámítva, ennél fogva magánbetegek részére történő rendelés esetén a gyógyszerész jogosult lesz az engedménynélküli munkadíjat felszámítani, s így a gyógyszer ára a vénymintáknál feltüntetett árnál valamivel magasabb lesz.

Elegendő a vényre csak a vénymintacímet felírni.

Düsseldorfban április 18–28-ig továbbképző tanfolyamot tartanak a gyermekgyógyászat haladásáról. Pontos felvilágosítást a „Fortschritte der Kinderheilkunde” tanfolyam titkársága (Düsseldorf, Oststr. 15) nyújt.

Értesítés. A Magyar Kir. Országos Közegészségügyi Intézet igazgatója f. évi február hó 19-én, vasárnap délelőtt 11 órakor intézetét (IX. Gyáli-út 4) a Budapesti Kir. Orvosegyesület tagjainak bemutatja.

A II. nemzetközi radiológiai kongresszus 1928 július 23–27-ig tartja üléseit Stockholmban a svéd trónörökös védnöksége és Prof. G. Forssell elnökelete alatt. Érdeklődők forduljanak *Ratkóczi Nándor dr.* egyet. m. tanárhoz, Budapest VIII. Ludoviceum-u. 2. ki szívesen szolgál felvilágosítással és prospektussal.

Az orvosok továbbképzése központi bizottságának közgyűlése. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága 1928 február 10-én tartotta *Grósz Emil dr.* egyetemi tanár elnöklésével XIII. rendes közgyűlést, melyen a vallás- és közoktatásügyi, a népjóléti és honvédelmi miniszterium, a négy egyetem orvosi fakultásainak delegatusai vettek részt. *A lefolyt évben 20 tanfolyamon 470 orvos vett részt* s a bizottság kiadásában megjelenő „Orvosképzés” folyóirat 50 íven 86 továbbképző cikket közölt. Az ülésen megvitatták az 1928. év programját s elhatározták, hogy Budapesten és vidéki városokban négyhetes, kéthetes és egyhetes továbbképző tanfolyamokat fognak tartani. A nagyfontosságú iskolaorvosi tanfolyam ügyében *Gerlóczy Zsigmond* elnöklésével működő bizottság a tanfolyam reorganizációján dolgozik. A nyár folyamán három Budapestre érkező amerikai orvostársaság számára tartandó tanfolyamokról *Johan Béla dr.* egyetemi tanár, *Bossányi Andor dr.* egyetemi magántanár, *Zalka Ödön dr.* és *Kovács Ferenc dr.* egyet. tanársegédekből álló bizottság fog gondoskodni. A tárgyalásban *Scholtz Kornél dr.* államtitkár, id. *Imre József dr.* és *báró Korányi Sándor dr.* egyetemi tanárok, a Felsőház tagjai és *Magyary Zoltán dr.* miniszteri tanácsos vettek részt. Valamennyi felszólaló újból hangsúlyozta, hogy az ország *létérdeke, hogy a lakosságot tudományosan gondolkozó orvosok gyógyítsák és közegészségügyét tudományosan képzett orvosok irányítsák.* Az orvosi tudományok gyors haladása azt kívánja, hogy időnkint valamennyi orvos részesüljön továbbképzésben. *A bizottság 6000 orvos továbbképzéséről gondoskodik s ezzel szemben az állami költségvetésben 1350 pengő támogatás szerepel:* a vallás- és közoktatásügyi miniszterium által kezelt *Szelényi*-alapítvány és a népjóléti miniszteriumtól kapott subventiókkal együtt kb. 10.000 pengő állott rendelkezésre. *A bizottság sajnálatla constatalta, hogy az orvostovábbképzés nagy közérdekű ügyét sem az állam, sem a törvényhatóság, sem a társadalom nem támogatják megfelelő mértékben, annál nagyobb hálával és elismeréssel vette tudomásul, hogy az egyetemi tanárok, magántanárok és kórházi főorvosok a legnagyobb önzetlenséggel és önfeláldozással becsátották tudásukat a továbbképzés szolgálatába, s csakis ez tette lehetővé, hogy a lefolyt évben közel félezer orvos részesülhetett továbbképzésben.*

Az orvosi tanulmányidő meghosszabbítása. Az *Orvosi Hetilap* ezévi 7-ik száma ismerteti a német orvosi szigorlati rend azon reformját, mely szerint a tanulmányi időt 10 félelvről 11 félelvre emelték és pedig a theoretikus félévnek javára, azaz helyreállították azon régebben már érvényben volt rendelkezést, hogy az első szigorlatot (ott Vorprüfung-nak nevezik) csak az ötödik félév után, legkésőbbben a hatodik félév alatt kell letenni. Ez tehát annyit jelent, hogy a hallgatók legnagyobb része csak öt félévet töltene a klinikákon. Ez a gyakorlatban nines így, mert ismeretes, hogy a német orvostanhallgató a tanulmányokra rendszeren 12 félévet s még többet is fordít.

Ami a mi viszonyainkat illeti, a tanulmányi idő meghosszabbításának ideje elérkezett. Az *Orvosi Hetilap* szerkesztősége úgy látszik, hogy csak a theoretikus négy félév meghosszabbítását tartja szükségesnek. Kétségtelen, hogy az alapos theoretikus képzés azon alap, melyen a jó orvosképzésnek nyugodnia kell. Ezért indokoltnak látszik, hogy az ötödik félév még erre szolgáljon, de a hatodik félév kezdetére az összes vizsgáknak befejezést kell nyerniök, nehogy a pótvizsgák a hatodik félév studiumát zavarják. Ez csak úgy lehetséges, ha a physiologia és anatomia vizsgája az ötödik félév közepén megkezdhető (minden reform első postulatuma, hogy a physika és a chemia s anatomia

első vizsgálata a harmadik félév kezdetéig befejezést nyerjen). A klinikai félévek legalább egy félévvel való meghosszabbítása azonban elkerülhetetlen, úgyhogy a quinquenniumot legalább sextenniumra kell emelni.

A gyakorlati évnek a második szigorlat letétele után kell kezdődnie s e szigorlat kezdetét nem szabad a 12. félév végén megkezdeni. A fülészetet, gégeészetet, urologiát, fogászatot, socialhygiene hallgatását nem lehet a gyakorlati évbe, sem az öt klinikai félévbe beszorítani! Ezek számára csak a meghosszabbított klinikai félévek alatt van hely.

Nem szenved kétséget, hogy a tanulmányi idő meghosszabbítása indokolt és szükséges, a kérdés csak az, hogy ez intézkedés nem fog orvoshiányt eredményezni? Minden forum túlproductióról szól, tehát ha valamikor lehetőség, akkor most van itt az ideje, hogy a színvonalat emeljük. De vajjon nem fognak ezáltal a tehetséges, de vagyontalan hallgatók lemaradni? Ezek megtartására szolgálnak az ösztöndíjak. Legfeljebb elmaradnak a tehetségtelen, a hanyag és e mellett vagyoniilag is gyenge hallgatók. De ezáltal a szellemi proletariátus csökken, amire a kormányzat olyan nagyon törekszik.

Az 1926/27. iskolai év második felében az orvostanhallgatók száma a négy tudományegyetemen 2582 volt, ebből 1533 a budapesti egyetemen, 334 a szegedin, 398 a pécsin és 317 a debrecenin tanult.

1922/23 óta ugyan a hallgatók száma 5039-ről 2582-re apadt, de még mindig több, mint amennyire az országnak szüksége van. Nem erőszakos felvételi korlátozással, hanem a színvonal emelésével kell a *qualitást* emelni és a nemzet érdekében való selectiót elősegíteni. Ismételve hangsúlyozom, hogy kevés, de nagyobb ösztöndíjjal kell a szorgalmas és tehetséges fiataliságot támogatni. S ugyancsak ösztöndíjakkal kell a középosztály gyermekeinek segítségére sietni.

Grósz Emil.

A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesülete III. házi hangversenyét folyó hó 10-én tartotta meg a budapesti kir. Orvosegyesületben, nagyszámú közönség előtt, a következő műsorral: 1. *Beethoven*: Zongora-hármas, B-dur, op. 11. Előadták: *Dr. Flesch Arminné, Doctor Zsuzsi, Lévai György dr.* 2. *Haydn*: Ária a Teremtés oratoriumból. *Tschaikowsky*: Lensky áriája az Oneginből. Énekelte: *Földes Pál*, zongorán kísérte: *Gál Félix dr.* 3. *Pierné*: Impromptu Caprice. *Hasselmans*: La source. Hárfán előadta: *Szarvas Klári*. 4. *Cassado*: Zongora-hármas. Előadták: *Kerntler Jenő dr., Gábrriel Ferenc és Zsámboky Miklós* Zeneműv. Főisk. tanárok.

Orvosi gyűlések (Journées Médicales) Rio de Janeiroban. Rio de Janeiro orvosi társadalma július hó 1—5-ig orvosi gyűléseket rendez s ekképen D'l-Amerikában is meghonosítja ezt a nagyjelentőségű intézményt. A végrehajtó- és szervezőbizottság a következőképpen alakult: elnök: *Miguel Couto* professor, a Nemzeti Orvosi Akadémia elnöke; alelnökök: *Jubiano Moreira* professor, a braziliai neurológiai, psychiatriai és törvényszéki orvostani társaság elnöke, *Nascimento Gurgel* professor, a Rio de Janeiroi orvosi és sebészti társulat elnöke; főtitkár: *Belmiro Valverde dr.* A gyűlés július havában való rendezésével a szervezőbizottságnak az volt a szándéka, hogy Brazília szép fővárosa látogatóinak Rio de Janeiro kellemes klímája és legszebb évadja élvezetét tegye lehetővé. E gyűlés programja, amelynek összeállítása folyamatban van, azt célozza, hogy Rio de Janeiroban mindent bemutasson, ami az orvosi szempontból a legtökéletesebb. Rio de Janeiro város nagyszállodái rendes áraikból a gyűlésekben résztvevők számára külön árengedményt adnak s ugyanezt teszik a hajózási társulatok és vasútak a viteldíjakra vonatkozólag. Bővebb felvilágosítást a gyűlés főtitkára (Monsieur le Docteur *Belmiro Valverde*, Secrétaire Général des Journées Médicales, rue Sao José No. 84, 4^o Andar, Rio de Janeiro, Brésil) nyújt.

A Budapesti Orvosok Kamarazeneegyesülete IV. házi hangversenyét folyó hó 24-én, pénteken este 7-9-kor tartja a kir. Orvosegyesületben (VIII, Szentkirályi-utca 21), az Orvostanhallgatók Szimfonikus Zenekarának vendégszereplésével. Műsor: 1. Bevezető beszéd. Tartja: prof. *Vámosy Zoltán dr.* 2. *Nicolai*: Windsori víg nők. Nyitány. 3. *Mascagni*: Parasztszereplés. Ábránd. (A „Siciliana“-t *Imre Vince dr.* énekl.) 4. *Saint-Saens*: Fantaisie. *Schuëcker*: Mazurka. Hárfán előadja: *Szarvas Klári*. 5., 6. *Grieg*: Peer Gynt, I., II., suite. A 2., 3., 5. és 6. számokat előadja az *Orvostanhallgatók Szimfonikus Zenekara*. Karnagy: *Klímes Károly dr.* Vendégeket szívesen látnak.

Helyreigazítás. Az O. H. 7. számában a könyvismertetések rovatában *Belgyógyászati specialis vizsgáló módszerek eredményeinek értelmezése* című könyv ismertetésében a 28-ik sorban „Viszont ez utóbbi” helyett „Viszont tüdőgangraena” olvasandó.

Orvostudorok avattattak a Pázmány Péter Tudományegyetemen az elmúlt hét szombatján: *Bátor Endre, Demeter János, Horn Béla Jenő Jakab, Klein Móric, Kalmár László, Szopkó Ernő Zoltán, Wagner Oszkár*. Üdvözljük az új kartársakat!

Hofmann Oszkár dr. a téli idény alatt San-Remóban folytatott gyakorlatot, felvilágosítással szívesen szolgál. Címe: *Pension La Certosa, Corso Imperatrice*.

Soós Aladár: Étrendi előírások című könyvének második kiadása megjelent és 5 pengőért kapható minden könyvkereskedésben és a kiadóhivatalban.

Ragályos betegségek Budapestén. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint február 5-től február 11-ig előfordult:

Hasi hagymáz	17	(—)	Gyermekágyi láz	—	(—)
Küteges hagymáz	—	(—)	Báránymillő	97	(—)
Hólyagos (ál-)himlő	—	(—)	Járv. fültőmirigylob ..	43	(—)
Kanyaró	226	2	Vérhas	8	(—)
Vörheny	28	(—)	Járv. agygerincagyhártyalob.	—	(—)
Szamárhurut	73	3	Trachoma	—	(—)
Rones. torok-, gégeglob ..	57	6	Veszétség	—	(—)
Influenza	12	(—)	Lépfene	1	(—)
Ázsiai kolera	—	(—)	Paralysis infans	—	(—)

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóórját kedden és pénteken 12—1-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 Leó és Egger I. Budapest VI., „Eggoplast” című prospectusa van mellékelve.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

A Koch & Sterzel Rt. Drezda, Martin és Sigray Rt. Budapest és C. H. F. Müller Hamburg. Röntgenkészülék és Röntgen-lámpagyarak vezérképviselőének és gyári raktárának új címe: *Barta és Székely* (ezelőtt Ericsson Rt. Röntgen-osztálya) Budapest, IV., Múzeumkörút 37. Telefon: 425—32.

LEGTÖKÉLETESEBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉNGES, BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

DR. PAJOR-SANATORIUM
VIII, Vas-utca 17.
Zander- és ortopéd-sebészet

Dr. Fonyó János gynäk. hystológiai laboratóriuma,
VIII, Kőfaragó-utca 12. Tel.: J. 348—67

A leghatásosabb desinficiens

fertőzött sebeknél a

specifikus és
nem specifikus
fluornál a

gonorrhoeánál a

ulceratióknál a

gyomor-bél-
megbetegedéseknél az

Chloramin-

Heyden

mely nem mérgező, nem izgat és phenolnál több mint százszorta hatásosabb. (Staphylococcusokkal szemben a phenolcoefficiens 133.)
Csomagolása 10, 50, 100 és 1000 g porban és 10, 20, 25 à 0,5 g-os tablettában, klinikák számára üvegek 1000 tablettával à 0,5 g.

Gyneclorina,

mely kellemes illatú tablettafarmájú antisepticum, gyorsan hat és desodorál.

Üvegek 25 tablettával à 0,5 g, klinikák számára: 1000 tablettás üvegekben.

Novargan,

egy ezüstproteinkészítmény kifejezett mélyhatással. Még koncentrált oldatban sem izgat.

5, 10 és 25 g-os üvegekben. klinikák részére: 100 g-os üvegek.

Silargel,

mely fémezett, fehérszínű adsorptív-desinficiens, szagtalan, nem mérgező és absolute nem izgat.

25 és 100 g-os dobozokban, klinikák részére: 500 g-os dobozok.

Adsorgan,

jóízű granulatum. Bakteriumokra, toxinokra, rothadási és erjedési termékekre igen erős adhaesív és desinficiens hatást fejt ki.

25 és 50 g-os dobozokban, klinikák részére: 250 g-os dobozok.

Magyarországi képviselő:

WALTER és DUMMEL, Budapest V, Mérleg-utca 10.

**Chemische Fabrik von Heyden A.-G.
Radebeul-Dresden.**



Kísérleti anyag és irodalom az orvos uraknak kívánságra díjmentesen rendelkezésre áll.

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

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

Rheumásnak Belbetegnek Üdülőnek
SZENT MARGITSZIGETI SANATORIUM
Elsőrangú diétás konyha. Röntgen. Tökéletes fizioterapiás felszerelés. Kén-szénsavas forrásfürdők a lakószobában. Közvetlen autbuszjáratok az Erzsébet-térről. Vezető-főorvos: Dr. BASCH IMRE.

25 éves fogorvosi rendelő Budapestén **orvos társat keres**
kevés foghúzási tudással. 5—6000 P betársulási díj. Biztos és tartós egzisztencia. Leveleket »orvos társ jelégére.« Petőfi Irodalmi vállalat, Budapest VII, Kertész-utca 16.

Német orvosi könyveket
havi részletfizetésre szállít FISCHER JENŐ, az Urban & Schwarzenberg magyarországi képviselője VII, Thököly-út 44. Telefon: József 372—70. Kérem az új címekre ügyelni. Kérje havonta megjelenő könyvjegyzékünket.

PÁLYÁZATOK.

Veszprém r. t. város nyilvános jellegű kórházánál nyugdíjazás folytán megüresedett belgyógyászati osztályos **orvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy az 1876. évi XIV. t.-c. és az 1883. évi I. t.-c.-ben előírt képességeiket és alkalmazhatóságukat, valamint a forradalom és kommun ideje alatti magatartásukat igazoló okmányokkal felszerelt és Veszprém vármegye alispánjához címzett pályázati kérvényüket legkésőbb folyó évi február hó 25. napjának déli 12 órájáig hozzám annál is inkább nyújtsák be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe venni nem fogom.

Olyan pályázók, akik már közhivatali alkalmazásban állanak, hivatalfőnökük, illetve a katonai szolgálatban állók előljáró parancsnokságuk, közszolgálatban nem állók pedig állandó lakóhelyük törvény-

hatóságának első tisztviselője útján kötelesek pályázati kérvényüket fenti határidőig hozzám juttatni. Az állás javadalmazása a X. fiz. osztály 3. fokozatának megfelelő kezdőfizetés és lakáspénz.

Veszprém, 1928. évi február hó 7-én.
2057/1928. sz. *Horváth dr., alispán.*

A kecskeméti nyilvános jellegű kórháznál elhalálozás folytán megüresedett egy **orvosi állásra** pályázatot hirdetek. Az állás az állami rendszerű XI. fizetési osztályba tartozik és a 215. kgy. 1927. sz. közgyűlési határozat kormányhatósági jóváhagyásához képest pótitményekkel lesz egybekötve. Az orvosi oklevéllel, működési bizonyítványokkal, életrajzi adatokkal, születési anyakönyvi kivonattal, állampolgárságot igazoló okmánnyal, tisztiorvosi, erkölcsi és kommun alatti magatartást igazoló bizonyítványokkal felszerelt pályázati kérvényeket a város főispánjához címezve, f. évi február hó 25-én délelőtt 12 óráig kell benyújtani a város központi iktatóhivatalába. Esetleges felvilágosítást a város főjegyzői hivatala ad.

Kecskemét, 1928. évi február hó 6-án.
3984/1928. sz. *A polgármester.*

MERAN

(Hochetsch, Olaszország.)

Délvidéki napsütés, igen száraz alpesi levegő, régi, híres gyógyhely.

Legelőnyösebben ismert üdülőhely.

Az összes modern gyógyászati eljárások és természetes gymódok a városi gyógyintézetekben és 8 magán-sanatóriumban.

Kiváló eredmények fekvő és légkúrákkal, sugárzással, diétával és rendszeres sétákkal. Gyógy- és üdülőhely szív-, vese-, vér-, mirigy- és anyagcserebetegeknek, valamint hurutoknál és a légzőszervek megbetegedéseinél.

100 szálloda, pensio, sanatórium.

Legújabbán lényegesen mérsékelt pensio-árak.

Prospektusokkal a fürdőigazgatóság készséggel szolgál.

Bronchitisnél

Köhögésnél, Pertussisnél
Laryngitisnél
asthmátikus rohamoknál

Cardiazol-Dicodid-cseppek

10% Cardiazol + 0,5% Dicodid hydrochloric.

a bronchusokra spasmolytikusan
a köhögési centrumra elektív megnyugtatóan > hatnak.

Adagolás: Csecsemőknek és kis gyermekeknek 2–3-szor naponta 5 csepp, nagyobb gyermekeknek naponta 3-szor 10 csepp kevés cukorra, vagy gyümölcszörpbe. Felnőtteknek naponta 3-szor 20 cseppet.

10 g.-os eredeti csomagolás (Pengő 4.40).



Knoll A.-G.
Ludwigshafen a. Rh.

Irodalmat és mintát díjmentesen küld: Wack Keresztély, Budapest, IX., Rákos-utca 4. Tel. József 38440.

Jód-Calcium-Diuretin-tabl. (Knoll)

asthmátikus és stenokardialis állapotok kezelésére.

Használata könnyű és
nem ellenszenvés.

100 g 1 kg friss
májnak felel meg.

**Perniciosus és egyéb
súlyos anaemiánál**

Procythol—liquid.—Chinoin

teljes hatású májkivonat

Prof. I. Pal wieni orvosi osztályának állandó ellen-
őrzése alatt.

Adagolás: 3-szor naponta 1 evőkanállal.
Forgalomban: 100 g-os orig. üvegben.

Irodalmat kívánatra készséggel küldünk.

Irodalom: Prof. I. Pal: Wiener klin. Wochenschr.,
1927, 43. sz.

Prof. I. Pal: Mitteilungen des Volks-
gesundheitsamtes, 1927, 11. füzet.

CHINOIN—UJPEST

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: **ANTAL GÉZA, HÓGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON**

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi minister úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága:

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA POÓR FERENC

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: **VÁMOSSY ZOLTÁN** EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: **FRITZ ERNŐ**

T A R T A L O M:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Dr. J. Van Breemen: Klinikai-életteni szempontok az idült csúzos megbetegedések diagnostikájában és terapiájában. (231—233. oldal.)

Bilkei Pap Lajos: A rheumaproblemáról. (233—235. old.)

Benczúr Gyula: A rheumakérdés Magyarországon. (235—237. oldal.)

Schulhof Vilmos: A rheumakérdés gazdasági vonatkozásai. (237—239. oldal.)

Dalmady Zoltán: A rheumaelleni küzdelem nemzetközi szervezkedése. (239—241. oldal.)

Szász Emil: A biológiai activitas fogalma és a helyi tuberkulinérzékenység. (241—243. oldal.)

Schaffer Károly: Laufenauer Károly jelentősége. (243—247. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (37—40. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Szemészet. — Gyermekorvostan. — Elméleti tudományok köréből. (247—251. oldal.)

Könyvismertetés. (251—253. oldal.)

A Kir. Orvosegyesület február 18-i ülése. (253. oldal.)

Honvédorvosok Tud. Egy. febr. 14-i ülése. (253—254. old.)

Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának február 13-i ülése. (254—255. oldal.)

A Debreceni Orvosegyesület február 16-i ülése. (255—256. oldal.)

A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának jan. 26, febr. 9. és 16-i ülése. (256—257. old.)

Vegyes hírek. (257—259. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Klinikai-életteni szempontok az idült csúzos megbetegedések diagnostikájában és terapiájában.*

Írta: *Dr. J. Van Breemen* (Amsterdam),
a Nemzetközi Rheumakutató Bizottság vezetője.

A csúzos megbetegedéseket éppúgy, mint a klinikai kutatás bármely más tárgyát, különböző szempontokból vehetjük vizsgálat alá. Ha itt a klinikai életteni szempontokat állítjuk is a homloktérbe, ez nem akarja azt jelenteni, mintha az anatómiai vagy bakteriologiai vizsgálódások értékét nem méltányolnók.

Az idült csúzos megbetegedések kórbonctani vizsgálata rendkívül fontos adatokat szolgáltat, amelyekre a physiologia bátran építhet. A német kutatók közül különösen *Friedrich von Müller* foglalta jól össze ismereteinket és rendezte új szempontból az adatokat az 1913-ban a londoni nemzetközi orvosi congressuson tartott előadásában. *Pommer, Beneke, Preisser, Riemann, Simmons* és néhány orthopaed szakorvos kórbonctani vizsgálatait szolgáltatottak rendkívül értékes, az idült csúzos megbetegedések számos klinikai symptomáját megmagyarázó eredményeket.

A cambridgei *Strangways* szövettani, az amerikai *Nichols* és *Richardson* kórbonctani tanulmányai az ízületek betegségeiről, továbbá francia szerzőknek különböző szervek csúzos megbetegedéseinek bonctani alapjait kutató vizsgálatai lényegesen tágították ismereteink körét. Bizonyos, hogyha mi, gyakorló orvosok e bonctani, szövettani és fejlődéstani tanulmányok eredményeit kellőképpen figyelembe véve, a megfelelő gyakorlati következtetéseket levontuk volna: bizony nem egy ízület megmerevedését tudtuk volna elkerülni.

* A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1928 febr. 11-i ülésén tartott előadás.

Minden arra vall, hogy az utolsó 25 évben, általánossá lett a fölfogás, hogy a kórbonctani tanulmányok csak ritkán szolgáltatnak a rationalis therapia irányait megszabó eredményeket. A működés vizsgálata éppen az életteni jelenségek klinikai vizsgálatával éppúgy, mint más körfolyamatoknál, úgy itt is helyesebb irányba terelték therapiái gondolkodásunkat és eslekvésünket.

Feltűnő, hogy míg az arthritis bonctani tanulmányozásával több ezernyi munka foglalkozik, addig klinikai életteni, működéstani vizsgálatokkal vajmi kevés. Kétségtelen, hogy az arthritisek keletkezésében es idültté válásában a synovialis hártya biológiai tulajdonságainak ismerete (permeabilitás, stb.) a legnagyobb jelentőségű és hogy e szerv működésének biológiai ismerete vezetne az arthritikus diathesis lényegének megértéséhez is. És mégis még csak a kezdet kezdetén vagyunk a synovialis hártya életteni tanulmányozásának. A csúzos betegségek tanulmányozásának morphologiai jellege vezetett arra, hogy a betegségek fölosztása és elnevezése elsörendben anatómiai szempontok szerint történik, bár különböző országokban különböző mértékben. A csúzos betegségek tanában használt terminologia — pedig ez magában is kifejezője lehet a betegség lényegének —, mind a mai napig nincsen a megkívánható tudományos alapokon és éppen ezért alkalmatlan arra, hogy a nemzetközi tudományos érintkezésben használtassék.

A klinikai-életteni szempontok figyelembevétele nemcsak a diagnostika körében értékes, hanem gyógyító beavatkozásaink megválasztásában is, annál is inkább, mert igen sok esetben éppen functionalis therapiát kell alkalmaznunk. Az anatómiai szempontok homloktérbe kerülése igen sok betegségben hosszú időn keresztül gátolta és nehezítette a physikai gyógy módok alkalmazásának kifejlődését, éppen azért, mert ezek az eljárások mindenkor a functionalis therapia céljait szolgálják. Egészen helyesen jegyzi meg *Schober* dr.: „A balneologia tudományának elmaradását az orvosi tudományok más ágai mögött jórészt az okozta, hogy

az orvosi gondolkodásmódot a kórbonctani ismeretek szabták meg.“

Ha végigtekintünk a használatban levő nomenclaturákon, nosologiai felosztásokon és elfogási elveken s összehasonlítjuk a német, angol és a francia irodalomban tükröződő különböző orvosi felfogásokat, nagy vonásokban vázolva körülbelül a következő képet nyerjük:

1. A német nomenclatura és beosztás túlnyomóan a bonctani adatokon épül és igen értékes tudományos megállapításokat fejez ki. Éppen ezért részben használható a nemzetközi érintkezésben is. A pathogenetikus tényezőket általában elhanyagolják s még leginkább az orthopaedek veszik őket figyelembe.

2. A francia beosztások rendszeresen józan felfogást tükröznek vissza és klinikai értékű megállapításokat fejeznek ki, rendszeresen kifejezve a pathogenesist is. Nemzetközi összehasonlító tanulmányokra aránylag kevés alkalmaszhatók.

3. Az angolok felfogása lényegében szintén klinikai jellegű, de mégis más természetű, mint a franciáké. Az angol rheumakutatás régi keletű és magas fejlettségű, s a kórokozó tényezőkre, bár másként, mint a franciák, különös figyelmet fordít. Nemzetközi használatra ez a felfogás és beosztás sem alkalmas. Az angolok orvosi tankönyveiben az eredeti angol felfogás csak ritkán vagy részben jut kifejezésre, mert nagyon gyakran a német felfogás befolyása alatt állanak.

4. Amerikai orvosok, testgyógyászok és belgyógyászok az utolsó esztendőben egész sorát közölték értékes tanulmányoknak, amelyekből a pathogenesist kutatók jelentősége domborodik ki. Ha a „focalinfectio“-nak (gócfolymat, „Herdprozess“) nem tulajdonítunk túlzott jelentőséget és nem tekintjük a betegség egyedüli okának, úgy ezek a tanulmányok, a nemzetközi egységes felfogás szempontjából nagyjelentőségűek.

Mellékesen meg kell jegyezni, hogy még a közelmúltban is túlságosan simplistikus felfogással, egységes okokkal akartuk magyarázni a betegségek keletkezését. A legtöbb betegség létrejöttében többféle tényező pathogenetikusan egybehatásával van dolgunk s ezt a körülményt különösen az idült csúzos betegségek tanulmányozásában kell szem előtt tartanunk, mert különben tévutakra térünk.

A nemzetközi rheuma-irodalom alapos áttanulmányozása és a közvetlen betegszelzés alapján négy tényezőt tartok nagy pathogenetikai jelentőségűnek. A Rheumakutatás Nemzetközi Bizottsága előterjesztésére ezek beható tanulmányozását ajánlja és javasolja. E négy tényező mindegyike a jelenségek olyan körét jelöli meg, amelyek keretében már ma is lehetséges az exact tudományos kutatás. Természetes, hogy e tényezők száma és fogalomköre nem végleges, kiterjesztésük, megváltoztatásuk bármikor lehetséges.

A pathogenetikusan tényezők e megjelölésével egyrészt új irányokat jelölünk a rheumakutatásra, másrészt olyan alapot teremtünk, amelyen az egymástól eltérő felfogások találkozhatnak, amely eszerint a nemzetközi megértés és közös munka útjait egyengeti. Bizonyára sokan meggondolandónak tartják, hogy szabad-e ily tétel hangoztatásával a tudományos munkát irányítani, de viszont örömmel láttam, hogy igen sok országban tetszésre és elfogadásra találtak javaslataim. Javaslataim legnagyobb jelentőségét abban látom, hogy figyelembevételük az ízületi bántalmak olyan szemléletére kényszerít, mely megfelel *Pemberton* felfogásának: „only one branch of the very large tree and con-

stitutes merely the expression on the surface of an underlying pathology“ („csak egy ága az igen terebélyes fának s lényegében csak tükröződése a fölszínen az alapvető kóros folyamatnak“).

Egy másik előny, hogy a klinikai nomenclatura és beosztás, mely mai alakjában immár használhatatlan és a nemzetközi érintkezésben a legkellemetlenebb félreértésekre vezet, klinikai élettani megjelöléseknek ad helyet, melyek lehetővé teszik a nemzetközi érintkezést és a megértő vitatkozást. Korai volna már most valami nemzetközi érvényességű nomenclaturát és nosologiai felosztást tervezni. Minden nomenclatura és minden beosztási shema magán viseli egy-egy kor bélyegét és magától megszűnik, amint ismereteink és tudásunk fejlődésével fönnmaradása tarthatatlanná válik. Majd ha újabb és új szempontokból történt vizsgálatok már kellően bővítették és mélyítették tudásunkat, majd akkor lesz itt az ideje az új nomenclatura megállapításának s az új beosztások megszerkesztésének.

Amint látom, ma még csak alig néhány nemzetközileg megállapított betegség elnevezéssel lehetne némileg a nemzetközi megértést elősegíteni.

Már könnyebben boldogulnánk a különleges szempontokat szolgáló (például társadalom-egészségtani) mondhatni csak statistikákban szereplő egyszerűsített nomenclaturával. Ebből a szempontból beválnak mondható és máris több országban elfogadtatott az angol egészségügyi minisztérium nomenclaturája.

Attérve annak a négy factornak az ismertetésére, melyeket kóroktani szempontból döntő fontosságúknak és a nemzetközi rheuma-kutatás szempontjából irányítóknak tartok, a következőket kell mondanom.

Ez a négy pathogenetikusan tényező a következő:

I. *Gócfolymatok* (Herdprozesse).

II. *A constitutio rendellenességei.*

III. *A bőr vérkeringésének rendellenességei.*

IV. *Külső tényezők.*

Néhány szóval jelezni akarom e megjelölések problémakörét.

I. *Fertőzőes góc.* Nagy jelentőségűek a góc sejteti helye körül végzett hőmérések, Gondosan vizsgálandók és bizonyítandók a fertőzőes góc és a rheumás megbetegedések közötti meghatározott összefüggések. Az anaphylaxia problémája. A vér gondosan vizsgálandó fehér-versejtkép, a véresejtsülyedés stb. stb. szempontjából.

II. *A csúzos diathesis vagy a constitutio rendellenességei.* Gondosan kiválasztott esetekben részletes anyagcserevizsgálatokra volna szükség. Vizsgálni kell a belsőalválasztású mirigyek és az autonóm idegrendszer működését. Vérvizsgálatok. (Eosinophylia, a vér calcium- és phosphattükré. A pH, stb., stb.) A vér és a vizelet tejsavtartalma. Megalvadóképesség és versejtellenállás. A vér hőmérsékletének meghatározása a beteg területeken. Az izom fáradékonyságának vizsgálata ergogramokon. A bőr és a szervezet között fönnálló szervi kapcsolatok tanulmányozása stb.

III. *A bőr vérkeringésének rendellenességei.* A bőr hőmérsékletének pontos észlelése az egész testfölszínen. A vasomotoros viselkedés vizsgálata. (Azt hiszem, hogy a csúzos eredésű betegségek klinikai gyógyításának eredményessége nagyrészt a rendellenes bőrműködés megszüntetésében leli magyarázatát.)

IV. *Külső körülmények (kosmikus, socialis, stb.).* A hidegnek, melegnek, levegőnedvességnek, s általában a klíma hatásainak befolyását behatóbban kell tanulmányozni. Vizsgálandó a munka, a hivatás, hatása stb.

Oly beláthatatlan nagy a kutatás tere, hogy csak éppen néhány odavetett tájékoztatóadattal tudok szolgálni.

Factor I. Gócfolyamat.

Ezt a tényezőt a nemzetközi orvosi irodalom rendkívül különböző jelentőségűnek ismeri. *Ralph Pemberton* a csúzos betegségeknek rendkívül tapasztalt szakorvosa Amerikában egyike azoknak, akik a legelősebben elítélik a gócfolyamatok jelentőségének túlbecsülését s mégis azzal kezdte legnagyobb előadását: „Itt is generally accepted, that focal and other infections are the cause of many cases of arthritis“ (Elfogadottnak tekinthetjük, hogy a legtöbb ízületi gyulladást fokalís vagy más fertőzés okozza). Az európai continens számos szerzőjének nyilatkozatával bátran egybevetjük ezt a kijelentést. Tapasztalásom szerint már Angliában is sokkal alaposabban és gondosabban nyomoznak az orvosok valamely fertőző góc után, mint amennyire az a continensen szokás.

A gócfolyamat és az idült csúzos megbetegedés közötti összefüggés tudományosan még kevésbé van bebizonyítva. *Pemberton*nak és más amerikai kutatóknak vizsgálati eredményei, hogy a béltartalom és az ízületi nedv tulajdonságai között szoros összefüggések vannak, a jövő kutatásai szempontjából nagyjelentőségűek. Kísérletileg igazolhatták ez összefüggés főállását. A per es adott szőlőcukor a legrövidebb idő múlva megjelenik az ízületi nedvben és ugyanígy viselkedik számos más vegyület is. Így tehát bebizonyosodott, hogy a pora, amelynek tudvalevőleg nincsenek erei, jórészt ebből a forrásból meríti tápanyagát és viszont bizonyos, hogy számos a bélből felszívódó anyag részére nyitva áll az út az ízület belsejébe.

Néhány angol rheuma-kutatónak a rheumás megbetegedések és a bélbántalmak összefüggéséről vallott nézete e kísérletek eredményei által egészen új megvilágításba kerül.

Factor II. A constitutio rendellenességei. (Arthritikus diathesis.)

Ha a csúzos betegeken észlelt alkati rendellenességeket klinikai-életteni szempontból vizsgáljuk, leginkább föltűnik az autonom idegrendszer nagyfokú függetlensége a cerebrospinalis, az akaratnak alávetett idegrendszertől. Véleményem szerint itt keresendő az arthritikus diathesis klinikai értelmének lényege.

Míg a franciák fölfogása szerint az arthritikus diathesis öröklődő és családi hajlamosságon nyugszik, addig amerikai szerzők szerint szerzett tulajdonságok is beletartoznak az arthritikus alkati hajlamosság képébe. Így néhány amerikai rheumakutató szerint az ülő életmód, a túlbőséges táplálkozás, stb. az arthritikus diathesist kifejleszti.

Angol kutatók szerint a tejsavnak elégtelen oxidációja egyike azon pathogenetikus tényezőknek, melyek az arthritikus diathesis tüneteinek megjelenésére vezetnek. (*Lewellyn*). Prof. *Buytendijk* eljárása lehetővé teszi, hogy egyetlen csöpp vér savtartalmát kellő pontossággal meghatározzuk, s így a rheuma-kutatás szempontjából nagyjelentőségű, annál is inkább, mert számos angol kutató fölfogása szerint a vér aciditásának változása fontos szerepet játszik a csúzos betegségek keletkezésében.

Itt csak utalhatok *Zimmer* és munkatársai vizsgálatára az *Abderhalden*-féle reakcióval, s csak megemlíthetem azt a fontos kérdést, hogy mennyiben tekinthetjük a belsősecretiók mirigyek zavarait az arthritikus diathesis jelenségeinek.

Factor III. A bőr vérkeringésének rendellenességei.

Csaknem határozottan állíthatjuk, hogy a physikai gyógyeljárások és a gyógyfürdők kedvező hatása a bőr rendellenes vérkeringési állapotának megszűnésében leli magyarázatát. Csúzos betegek gyakori panaszát, hogy beteg tagjaikat hidegnek érzik, a bőrhőmérő objective is igazolja.

A bőr hőmérsékletének pontos meghatározása nagy nehézségekbe ütközik. Eppen ezért utalok *Cobert* vizsgálataira, melyeket Jenában, prof. *Stepp* klinikáján végzett, továbbá *Benedikt* vizsgálataira a Rockefeller-Intézetben, New-Yorkban.

A csúzos betegségek megítélése szempontjából igen fontos a következő megállapítás: Ha egészséges és csúzos betegek öltözetlenül hűvös-nedves légkörben tartózkodnak, úgy hamarosan kitűnik, hogy az utóbbiak hőszabályozása elégtelen.

Factor IV. Külső tényezők.

Ősi tapasztalás, hogy meleg és száraz éghajlat alatt ritka a csúzos megbetegedés, s ha mégis előfordul, enyhébb és gyorsabban gyógyul. Modern észlelések is ezt igazolják. Van *Loghem* (Amsterdam) vizsgálatai a meghűlésről mutatják az utat, hogy miként kell higiénikusoknak klinikusokkal ebben az irányban karöltve haladniok. A klimatikus befolyásokon kívül a külső tényezők közül különösen a hivatás, a végzett munka természetete nagyjelentőségű pathogenetikus tényező. Bizonyos ízületek és izmok túleröltetése a beteges állapot kifejlődésére döntő befolyással lehet. Az ízületi megbetegedésből kellő szaktudással szinte következtethetünk a patiens hivatására. Utalhatok *Plate* (Hamburg) tanulmányára az arthritis deformans és a hivatás közötti összefüggésről.

A németek kórbonnetani alapon épült nomenelaturája és rendszerezése a rheuma-kutatás terén nagy szolgálatokat tett. Most már a német kutatók körében is előtérbe jut a biológiai vizsgálódás. Aki figyelemmel kísérte a Deutsche Orthopaedische Gesellschaft 22. congressusának munkálatait és a *Bier* professor klinikáján *Zimmer* vezetésével folyó kutatásokat, melyek kitűnő tudományos alapozottságuknál fogva pompás eredményeket ígérnek, belátja, hogy a klinikai-életteni szempont homlokterébe nyomulása az idült csúzos megbetegedések diagnostikájában és therapiájában haladást jelent.

A rheumaproblemáról.

Írta: *bilkei Pap Lajos dr.*, kórházi főorvos.

A világháború pusztítása óta felfokozódott állami lelkiismeret, az anyagi terhek alatt roskadozó betegbiztosítóintézetek, a tömegbetegségek prophylaxisára és megdöbentő statisztikákban felfedezték a tuberculosis, a nemi betegségek, az alkoholizmus és csecsemő-pusztulás mellett az emberiségnek egy másik régi nagy ellenségét, rheumatismust. Ez az a betegség, mely előfordulásában sok helyütt felülmúlja a tuberculosis, mely nem öl, de lassú enyészet, elveszett energia, életfogytiglani anyagi teher, melynek nincs otthona, gyógyhelye, nincs klinikája, nincs tudománya. Ennek a veszedelemnek a kifürkészésére és elhárítására alakult meg nyugaton *van Breemen* kezdeményezésére a rheuma ellen küzdő nemzetközi egyesület, melynek magyar albizottsága és szervezete most bontja zászlaját.

Ennél a szervezkedésnél, a rheuma elleni küzde-

lemnél, a rheumakutatásnál az első problema ami felénk mered: mi tulajdonképpen a rheuma, mit értünk és mit érthetünk rheuma alatt? A rheumatismus folyást, elfolyást jelent, ahogy évszázadokkal ezelőtt képzelték, valami erős, sűrű, maró folyadék ömlik szét a szervezetben, mely éles fájdalmakat, szagztatásokat okoz a végtagokban. Az évszázadok elmúltak, de a rheuma fogalma maradt ami volt: a mozgási szervnek valami jövő-menő szétfolyó fájdalmas reakciója. Szabatosabban a rheuma a külföldi álláspont szerint az idegeknek, izmoknak, és ízületeknek mindennemű fájdalmas megbetegedése, melyek nem gyenyednek el. Van rheuma, rheumatoid, van pseudorheumatismus, van rhumatisme tuberculeux, van tripperrheumatismus és így tovább. Valahogy úgy érzem, hogy egészséges magyar orvosi érzékünkkel a külföldet ez úton követni sohasem fogjuk, mint ahogy eddig sem tettük. Mi rheumának ez ideig csupán az izomrheumát, a myalgiát neveztük, az izmoknak jól definiálható merevséggel, fájdalommal járó körülírt elváltozását. De sohasem fogunk egy diabeteses neuritist, egy statikai eredetű metatarsalgiát, egy degeneratív porcfolyamatot, egy gonosepsist, vagy köszvényes ízületi attakot rheumának mondani. És hogy semmi zavar ne legyen, tiszteletteljes ajánlatom az volna, hogy a rheuma szót az egyes betegségek elnevezésénél egyszersmindenkorra hagyjuk el. Mondjunk izom-, ideg- és ízületi rheuma helyett myalgiát, neuralgiát, arthritist, arthropathiát, vagy arthrosist. Ne beszéljünk főképpen ízületi rheumáról, ízületi csúzról. Tartsuk meg a rheuma szót ezzel szemben, mint gyűjtőnevet, mint elnevezést egy egész betegségesoport számára; gyűjtjük össze, foglaljuk egybe *rheumás megbetegedések* néven a mozgási szerveknek mindennemű fájdalmas peripheriás megbetegedéseit, melyeknek nincs szorosabban vett sebészi vonatkozásuk. Tudomásom van róla, hogy éppen orvosi nagyjaink közül egyesek a rheuma szó ellen, mint zavaró laikus fogalom ellen küzdenek. Teljesen magunkévá tesszük ezt az álláspontot, amikor elvetjük a rheuma szót az egyes betegségek elnevezésénél. Hangsúlyozni kívánjuk, hogy nekünk itt a név nem fontos, az elnevezés lehetne más is. Számunkra fontos csak az lehet, hogy az egyes orvosi tudományágakból kimaradt, lecsúszott betegségei az egész mozgási apparatusnak, ezeknek a határeseteknek, az orvosi peripheriák mostoha- gyermekeinek legyen végre otthonuk, hovatartozásuk és szaktudományuk. Hogy mégis rheuma néven kívánjuk összefoglalni ezeket a heterogen betegségeket, annak tisztán praktikus okai vannak. Ez az a szó, amit nem kell magyarázgatnunk, mert az egész világon, ha rheumát mondunk, egy hallgatolagos, évszázados, nemzetközi megállapodás értelmében orvos és laikus egyaránt tudja, hogy itt, az idegeknek, izmoknak, vagy ízületeknek valamilyen fájdalmasságáról, duzzanatáról vagy mozgási korlátozottságáról van szó.

Miután feleletet adtunk arra a kérdésre, hogy mit értsünk rheuma alatt, foglalkozunk röviden a rheumás betegségek keletkezésének problémájával. Dacára, hogy principialisan különböző betegségekről van itt szó, a betegeknek e kérdésben egy az álláspontja. Alig van olyan rheumás beteg, aki betegségének létrejöttét nem megfázással, valamilyen lehüléssel magyarázná. Mind-egyik pontosan tudja hol és mikor fázott meg. És ehhez a „megfázáshoz“ határozottan ragaszkodik és szinte csodálatos gyermekies öröme, amidőn az orvos is magáévá teszi álláspontját. Ez a megfázásos theoria főképp az ízületi megbetegedéseknél legtöbbször átlátszóan utólagos compositiója a betegnek. Az izmok és az idegek fájdalmasságának előidézésében sokszor tagadhatatlan a hideghatás szerepe, amilyen a „jégzaesko-neuralgia“, a hu-

zatra támadt facialis bénulás, vagy a lehülésre hirtelen fellépő torticollis. Elénk tolu egyszerre a megfázásos megbetegedések problémája. Az orvostudomány a megoldásra a lokális hideghatás, a reflektórikus távolhideghatás és az infectio mellett egyenlőre a hajlam, a szerzett vagy öröklött dispositio fogalmát hozza. Teljesen eltekintve most a megfázásos betegségektől ilyen dispositióról, ilyen constitutiós hajlamról a rheumás megbetegedéseknél beszélnünk kell. Sok száz hasonló betegségben szenvedő emberen végzett megfigyeléseink és vizsgálataink alapján állíthatjuk, hogy constitutiós okok egy embertypust kreáltak, a köztudat „rheumás ember“-ét, jellegzetes elváltozásokkal. Ezen elváltozások felderítése, összegyűjtése az eddigi rheumakutatásnak egyik legszebb fejezete. Vizsgálatok vannak arra nézve, hogy az ilyen emberről készült „fáradtsági görbé“-n a fáradtság hevesen jelentkezik és nem tűnik el normalis idő alatt. A végtagoknak erősebb systematikus igénybevétele fájdalmat okoz. Nyugalomba helyezésre a szokásos végtagmerevség lassan mulik el. Az életfolyamatok és a reakciók lassúak, amit chronikusságra való hajlamnak nevezhetünk. Csökkent teljesítőképesség, csökkent ellenállóképesség. Az ilyen ember a barometer süllődését, a temperatura változását megszenvedi, hőregulatója zavart, a hideget nem jól bírja, véreire a primaer vasoconstrictioból nem jutnak ki. Ezek a melegre, a fényre, a vasodilatatióra, az izzadásra vágyók a thermalis fürdőknek állandó lakói. Ennél az állapotnál az angolok és hollandusok „arthritikus diathesis“-ről, a franciák „arthritisme“-ről beszélnek. Véleményünk szerint ezen elnevezések nem éppen helyesek, sőt zavarók lehetnek. Ez a meglevő, általunk is vizsgált vasoneurotikus állapot éppen az ízületeket alig tangálja, de annál nagyobb elváltozásokat idézhet elő a laza kötőszövetekben és az izomzatban. Erre a vasoneurotikus zavarra támaszkodik az okkult izomfájások, a myalgia létrejöttét, lényegét és okát magyarázó teóriák jó része, melyek makroszkopikus, mikroszkopikus és serologiai lelet hiányában nagy számmal támadhattak. Müller infectióról, Hayem „Furchtkontraktur“-ról beszél, Schmidt, Goldscheider, Profanter a tüneteket sensibilis idegvégződéses neuralgiájának tartja, Schulhof hideghatásra bekövetkező keringési zavarral magyarázza. Quincke a myalgiát az urticariával veti egybe és angineurotikus oedemának nevezi, Schade colloid-chemiai magyarázatot adva „myogelosis“-nak, Llewellyn hypothyreoidismusnak, endokrinzavarnak mondja. Mindezen theoriákban van részleges igazság. Mi azt hisszük, hogy a myalgia létrejötté előtt a szervezet egy ú. n. „prae-rheumá“-s állapotban, spasmophyliában van. Éppen ezért exógen és endogen ingerekre egyaránt localis vasoconstrictióval reagál. Ez az érgörcs támadhat hidegre, lehülésre, enterogen intoxicatióra, előidézetik kóros anyageseretermékek, túlzott igénybevétel, trauma egyaránt. A primaer elváltozás mindig az érgörcs, mely elindít egy hatásmechanizmust: vérkeringési zavar a capillarásokban, szövetnedv transsudatio, duzzadás, oxidatiós zavar, anyagesereváladékok pangása, savi concentratio-változás, izomnedvek colloidalis állapotában való eltolódás, rigiditas, érző idegrostoknak központi fájdalmi reakciója, a myalgia.

A különböző rheumás megbetegedések egyetlen közös tulajdonságának talán azt mondhatjuk, hogy nem localis megbetegedések csupán, hanem általános, az egész szervezetre ható kórokoknak peripheriás localisatioja. Áll ez a tétel a myalgiákra, neuralgiákra, de legfőképpen ízületi megbetegedésekre. Sohasem fogunk megérthetni egy ezületi elváltozást, ha azt csupán helyi megbetegedésnek fogjuk fel és nem általános meg-

betegedés symptomájának is tekintjük. Ezt az általános kórokozót sokszor megtaláljuk. Lehet bárminő infectio, lehet belsősecretum hiánya vagy túlsúlya, lehet anyagcserezavar, alcaptonuriánál fellépő homogentisinsav, urikaemia, stb.; néha nem ismerjük, ilyenkor jelenlétét a vérkép ingadozása, a véresejtsüllyedés, a colloidlabilitas, a fehérjefractio, a mirigysecretumok interferometriás meghatározása mutatja. Ezen kórokok izületi megbetegedések előidézőivé vagy úgy lehetnek, hogy irányukban az izületi képletekben egy bizonyos affinitas van, vagy pedig úgy, hogy az izületi szövetek ellenállása, helyi immunitása velük szemben csökkent. Ez utóbbit *Umber* „mesenchymale Bereitschaft“-nak nevezi, az előbbi a Hueck-féle „erhöhte Impregnierungstendenz“, mely az izületi felszínnek, a mesenchymalis syncytiumnak ezen ártalmakkal szemben való physikalisch-chemiai vonzását jelenti. Van tehát egy kórok, egy izületi ártalom, „arthrotrope Noxe“ és van egy gyengült ellenállású, egy lefokozott immunitású mesenchymiszövet. E két tényezőnek egymásra való hatása az eredője az arthritis, vagy arthropathia. A constitutiós affinitásból megértjük, hogy miért kap ugyanannál az általános fertőzésnél az egyik beteg izületi gyulladást, a másik nem. A különböző erősségű vírusok, vagy a különböző kvalitású és quantitású hormonok és a különböző immunitású izületi szövetek összhatása pedig magyarázza az izületi betegségek körképének kaleidoscopszerű változatosságát. Így lehetséges az, hogy lefokozott, gyenge virulentiájú csirok activálódása alkalmával a szöveteknek specialis allergiája és anergiája még a leust, gonorrhoeát, sőt a tuberculosist is egészen szelid klinikai formákra készítheti. Így érthető, hogy az összes infectiós betegségek, mindennemű endokrinzavarok előidézhetik egy és ugyanazt a kórképet, ugyanazt a monoton izületi elváltozást; ugyanakkor egy és ugyanazon kórok az izületekben a legkülönbözőbb klinikai és morfológiai tüneteket okozhatja. Ezt a klinikai kórképet lassan megismerjük. Minden ismeret új ismeretlen elé állít. Tudjuk, leírjuk a haematológiai, röntgenológiai, a kórbonctani és kórszövet-tani elváltozásokat és az izületi megbetegedések természetébe és lényegébe továbbhatolni mégsem bírunk. Egyetlen egy ismert infectiós izületi gyulladásnak sem ismerjük a közvetlen kórokozóját, még kevésbé előállításának mechanizmusát. Nem tudjuk direct mikrobás hatás-e, vagy toxinhatás csupán. Módosított erősségű bakterium okozza-e vagy a sejtek képeznek-e minden ártalomra egy közös toxint, vagy talán egy közönséges saphita lesz valamiképpen pathogenné. Infectiós arthritist állatkísérletekben létrehozni még sohasem sikerült, mert az állat mindig elpusztult előbb sepsisben, vagy toxikaemiában. Egyedül *Seeliger*nek sikerült a synovia H-ion koncentrációjának savanyú oldatokkal való megváltoztatása által az arthritis deformanshoz hasonló degeneratív poresérülést előidéznie.

A rheumás megbetegedések heterogen csoportja íme nem papirkosár csupán, melybe belekerül az unalmas, hétköznapi praxisnak minden érdektelen, kietlen végtagfájása, hanem orvostudományi problémáknak gazdag tárháza. Nem a név, nem az elnevezés, nem a felosztás, még csak nem is a diagnosis a fontos, hanem a betegségek pathogenesise: a constitutiós készség felderítése, a „rheumás talaj“ ismerete az aetiologia kutatása. Csak így juthatunk lassan ebben a derengő „ignoramus“-ban előre és csak így tudunk az élet javairól lemondó, levegőtől, szellőtől reszkető, szenvedő, sokszor nyomorultul mozdulatlanul növényi életet élő rheumás emberen segíteni.

A rheumakérdés Magyarországon.*

Írta: *Benczúr Gyula dr.*, egy. magántanár.

A tudománynak is vannak mostohái. Csodálatos, hogy az orvostudomány, melynek — bármennyire érdekes a pathologia mint önálló természettudomány is, — mégis végső célja az, hogy a betegeken segítsen, néha éppen azon betegségekkel foglalkozik legkevésbé, melyek a legmindennaposabbak, ha azok nem jelentenek közvetlen életvesztést, még akkor is, ha azok mérhetetlen szenvedést jelentenek a bennük szenvedőknek és hosszú időre munkaképtelenné teszik őket. Azt hiszem, hogy többet tanulmányozták pl. a morbus Addisonii, mint a közönséges náthát és nem tudom nem fordítottak-e nagyobb energiát a zsigerek ritka megbetegedéseinek kutatására, mint az emphysema pulmonum tanulmányozására.

Egy eddig mostohán kezelt fejezete az orvostudománynak a „Rheuma“ név alá összefoglalt betegségek fejezete. Vannak e csoportba tartozó bántalmak, melyeket a tudomány elég részletesen kutatott, de a legtöbb e fejezetbe tartozó betegségekre vonatkozó ismereteink még igen hézagosak. Talán épp ismereteink e hiányos volta, az egyes e csoportba tartozó bántalmak összefüggésének bizonytalansága, sőt a nomenclatura különböző volta oka annak, hogy az orvostudósok a betegségek e fejezetével szemben eddig nem tanúsítottak oly nagy érdeklődést, mint ahogy a betegek érdeke ezt megkívánja. Mindnyájan tudjuk és érezzük, hogy bármily laza az összefüggés a rheumásnak nevezett betegségek között, hiszen sem egységes kórokuk nincs, sem nem lokalizálódnak kimondottan egy szervre, mégis jogosult e betegségek egy csoportba való összefoglalása, ha talán ismereteink haladásával a „rheuma“ szót szűkebb értelemben is fogjuk használni, mint ma és a most rheumásnak nevezett betegségeket talán a „*peripheriás mozgásszervi betegségek*“ névvel is fogjuk illetni.

Megmozdult a kultúrvilág a betegségek e csoportjának tanulmányozására, és az ezen betegségeken szenvedők optimalis, az eddigénél tökéletesebb kezelése érdekében. E tény harmonikus, a jó értelemben vett socialis haladással, hiszen a mozgatószervek betegségeiben a szegényebb, a munkásosztály, — mely ha beteg, nagyrészt csak állami, társadalmi intézmények igénybevétele tud magán segíteni. — legalább annyit szenved, mint a jobbmódú, drágább kezeléseket is igénybe vehető osztály tagjai. És midőn a nagy kultúrországokban ily irányú mozgalom megindult, a mi szegény, ideiglenesen megkisebbitett, de a kultúra zászlaját kezéből ki nem ejtő országunknak sem szabad e tekintetben sem visszamaradnia. A rheumakérdés tanulmányozásában a socialis és tudományos kérdések karöltve haladnak és körülbelül egyformán fontosak. Ez ad nekem jogot, hogy e kérdést a tudomány ezen csarnokában is hangoztassam.

A rheuma, a mozgatószervek betegségeinek további tanulmányozása előreláthatólag a betegek kezelésében is haladásokat fog hozni; másrészt megfelelő socialis intézmények útján, kezelés végett egy helyre koncentrált betegek nagyobb száma adhat csak alkalmat a szaktudósnak a részletkérdések tanulmányozására. Előttém szóló előadásában rámutatott a rheuma egyes problémáira. Mindnyájan tudjuk, mennyire egybefonódnak a myalgia, arthralgia, izületi degenerációk, neuralgiás fájdalmak egymással, mennyi kérdés vár e téren megoldásra. Nemrég hallottunk e helyütt e themakörbe vágó szép előadást, melyben előadó, ha talán túlzottan

* Előadatott a Budapesti Orvosegyesület 1928 február 11-i ülésén.

sajnálta is le a rheumatherapia még nagyrészt megoldásra váró fejezetét, érdekes megfigyeléseit közölte a nyaki csigolyák osteopathiás elváltozásairól, melyek néha tévesen izomrheuma diagnózisra vezetnek. Ily és hasonló kérdés tömege vár megfajtásra és csábító volna, ha időm engedné, arról is beszélni, amit egy az Orvosi Hetilap ez évi 6. számában közölt kis cikkemben is említettem, mikép projeciáltatnak sokszor belső szervek megbetegedéseinek a fájdalmak a Mackansie-féle teoriának is megfelelően az izomér-rendszer alapján a testfelületre. Valószínű, hogy a rheumás betegségek pontosabb tanulmányozása általában a fájdalom-pathologia terén is érdekes új részleteket fog kideríteni.

1926-ban az „Orvosi Hetilap”-ban néhány adatot közöltem arra vonatkozólag, hogy mennyi rengeteg úgynevezett rheumás megbetegedés fordul elő Angliában, Hollandiában, a Skandináv államokban és hozzátehetem Finn-, Esztországban, a tengeren túl Észak-Amerikában is. Érthető, hogy az ottani nagyszámú ilyen mű megbetegedés mellett eme országokban fordult legelőször az orvosok figyelme eme bántalmakra, mint tömeges megbetegedésekre. Közelfekvő, hogy a peripheriás mozgószervek megbetegedése az északi kultúr-államokban eme országok klimájával függhet össze. Sok eső, főleg köd és hideg szelek és aránylag kevés napfény jellemzi főleg a Golfáramlat által befolyásolt országok klimáját. Lehetséges volna, hogy faji dispositio is játszik szerepet, még inkább pedig az életmód, főleg a táplálkozás. Hollandus szakorvos mondotta nekem, mily feltűnően csökken utóbbi években ott is a köszvény diagnózis, de a rheumás betegek száma inkább nő, mint csökken. Nyilvánvaló, hogy ott is sok esetet, melyet még húsz év előtt köszvénynek minősítettek volna, ma már nem tekintenek anyagcsere betegnek, hanem rheumásnak. Hogy e tekintetben, midőn a húgysavas lerakódás okozta arthralgiákat, myalgiaikat valószínűsítik ritkaságnak tekintik, mily nagy túlzásba esnek néha (a tudományban ily túlzott kilengések gyakoriak), más alkalommal szándékozom beszélni. Azt hiszem azonban, hogy a sok hús, félvéres hús, mit Angliában, Hollandiában esznek, sokszor nemcsak köszvényesnek, hanem másféle peripheriás mozgószervi betegnek is kárára válik.

Angliában egy nagy statisztika szerint (és a nagy statisztikák mindig igazak) az invalidus pénztári betegek egy hatoda mozgószervi beteg. 1924-ben a „rheumás” pénztári betegek száma 370.000 volt. Körülbelül egynegyede nő, háromnegyede férfi. A 370.000 beteg körülbelül egyharmada arthritis és arthrosis, a többi lumbago, zsába, myalgia. Minthogy a betegek kezelése érdekében eddig aránylag kevés történt, és így hét-, hónapszámra voltak természetesen betegek, a rheumás pénztári tagok eltartása évi kétfélmillió font sterlingbe került és az eme betegségek által okozott munkavesztés értékét három millió fontra becsülik. Természetesen ezenkívül rengeteg a rheumás földműves, valamint az intellektuelek száma, kik között aránylag kevés a pénztári tag. Egy 1926-os, tehát újabb összeállítás (W. Willox) szerint Angliában az összes betegek 27,6%-a rheumás = peripheriás mozgószervi beteg. Hasonló statisztikákról számolnak be a többi északi országok. Egy dán statisztika szerint a pénztári betegek 14%-a idült ízületi lobos, 13% az összes tuberculososok száma, tehát több az arthritis, mint a tbc. Mintegy ironiája a sorsnak, hogy két-három fürdőhelyet kivéve, épp ezen országokban teljesen hiányoznak a rheumás bántalmak egyik közismerten értékes gyógykincsei, a természetes, vulkanikus meleg források.

Németországban Zinner 1927-ben közölt, 10 német tartományban készült összeállítás adatai szerint a tuberculosos és rheumás betegek úgy aránylanak, mint 100 : 96-hoz, más helyütt 100 : 78-hoz. A chronikus, hónapokig-évekig beteg és ellátást igénylő mozgószervi betegek az acutokhoz úgy aránylanak, mint 48 : 1-hez.

A német kórházi és egyéb statisztikákból az is kitűnik, hogy a tuberculosos miatt invalidusok körülbelül 13,4-szer nagyobb kilátással bírnak arra, hogy kórházi ellátásban részesüljenek, mint a mozgószervi invalidusok, továbbá, hogy minthogy a mozgószervi invalidus invaliditástá rendszeren jóval tovább túléli, mint a tuberculosos invalidus (9–10-szer hosszabb ideig) az anyagi áldozat, amit a társadalom az állam eme mozgószervi-invalidusokért hoz, jóval nagyobb, mint az az áldozat, amit a tuberculososokért hoznak. De bizonyosnak látszik, hogyha kellő socialis intézményekkel eme mozgószervi betegeken kellő időben és megfelelőbb kezelésekkel segíteni iparkodnának, a véglegesen munkaképtelenek, a hónapokig nem dolgozhatók, mások támogatásából élők száma tetemesen csökkenthető volna. A németek ebből már eddig is levonták a helyes következtetést, hogy a mozgószervi-, azaz úgynevezett rheumás betegekről kellő intézmények létesítése (kórházi koncentráció, szakszerű kezelés, stb. által) sokkal többet kell tenni, mint eddig történt.

Lássuk most már a hazai viszonyokat. Egész az idejéig e téren egy adatot találtam, azt, hogy 1923-ban a kerületi munkásbiztosító-, vállalat-, magánegyesület- és dohánygyári-, valamint a bányapénztárnál a 268.959 keresetképtelenséggel járó beteg közül 2392 ízületi beteg, 21.936 izomrheumás és zsába, tehát összesen 24.328, azaz 9,4%-nyi mozgószerves beteg volt.

1927 őszén a Nemzetközi Rheuma Ellen Küzdő Bizottság magyar előkészítő albizottsága terve szerint a Kir. Magyar Munkaügyi és Népjóléti Miniszterium értékes adatot gyűjtött, amennyiben elrendelte, hogy az ország összes betegpénztárainál kórházi és klinikai rendelkezéseken egy hónap (október) alatt jelentkező rheumás-arthritis, izomrheumás, zsába, tendovaginitis, bursitis, stb. betegek vonatkozólag töltsenek ki a szétküldött gyűjtőívek és hasonló adatokat szándékozik gyűjteni még egy nyári, talán június) hónapban is. Bármennyire csak informatív és csak a valódi megbetegedések egy bizonyos részét visszatükröző is eme statisztika, megbecsülhetetlen mint áttekintést nyújtó számadat és mint a magyar előkészítőbizottság egyik tagjának engedtesék meg, hogy ehelyütt is hálánknak adjunk kifejezést Scholtz Kornél dr. államtitkár úrnak, Győry Tibor dr. min. tanácsos úrnak és Gortvay György dr. osztálytanácsos úrnak, kik az ügy fontosságának azonnali fölismerése által ezen adatgyűjtéssel talán megtették Magyarországon a mozgószervi megbetegedések elleni küzdelem első fontos lépését.

A befolyt nagy anyagot a hivatalos sortirozás után orvosi szempontból Schulhof Vilmos dr., bilkei Pap Lajos dr. urak és én dolgoztuk föl. Engedjék meg, hogy eme statisztika néhány fontosabb adatát közöljem:

A Magyarországon 1927. évben egy őszi hónap alatt betegrendeléseken jelentkező peripheriás mozgószervi betegek száma 5708 volt. Ezek között 3287 a férfi, 2421 a nő. Az 5708 beteg közül

neuralgiás és neuritises	818
izomrheumás és lumbagos	2589
acutabb ízületi beteg	996
idült ízületi beteg.....	1305

Kor szerint nem mond e statisztika különösen érdekeset, hiszen legnagyobbbrészt pénztári betegekről

van szó és így természetes, hogy a legeslegtöbb beteg 20–60 év közötti.

A beteg férfiak között 1613, tehát 50% rövidebb-hosszabb ideig munkaképtelen volt.

Érdekes adat, hogy e betegek közül hánynak nedves, egészségtelen a lakása. A

neuralgiás neurit. betegek	613 lakása száraz, 200 nedves;
izomrheumás, lumbagós „	1590 „ „ 755 „
acut ízületi bántalmas „	637 „ „ 360 „
idült ízületi bántalmas „	1058 „ „ 495 „
Összesen: 3898 „ „ 1810 „	

Hogy mind eme betegségek aetiológiájában a nedves lakás nagy szerepet látszik játszani, azt hiszem, ezen első adatgyűjtésből is már világos.

Érdekes volna annak megfigyelése is, hogy eme megbetegedések hogyan oszlanak föl a különböző foglalkozást űzők között. De erre e statisztika azért nem mond sokat, mert hiszen aránylag kevés kivételével csak munkásokra, iparosokra vonatkozik, aránylag kevés intellektuel emberre, mert eme osztály legnagyobb részét, ha beteg, mégis magánorvoshoz fordul, kevesebben kórházi vagy pénztári rendelőhöz, de alig jelentkezett e hónapi adatgyűjtés ideje alatt rheumás földműves, pedig a mozgászervi megbetegedések a földművesosztályban bizonyára nem ritkábbak, mint a munkásosztálynál. Ha meggondoljuk, hogy az ország lakosságának körülbelül egyháromnegyede földműves, úgy azt hiszem, nem túlzott, ha fölveszem, hogy a rheumás megbetegedés az országban egy hónap alatt nemcsak 5700, mint statisztikánk mutatja, hanem annak legalább háromszorosa, azaz 15–17.000, vagyis egy év alatt körülbelül 200.000.

E számok eléggé bizonyítják, hogy hiába ámítanók magunkat azzal, hogy nálunk, a mozgászervi, rheumás betegek ellátásának kérdése nem oly fontos, mint a sokrheumás északi államokban, mert ha abszolút számuk kevesebb is és percentualisan is kevesebbek, azaz 20–25% helyett mint amott kb. csak 10%, úgy még mindig tetemesen elég ahhoz, hogy mi is komolyan foglalkozunk a rheuma kérdésével. Ama anyagi áldozat, melyet az eme betegségekben szenvedőkért, hosszú munkaképtelenségük folytán hoznunk kell, a mi szegény országunknak talán nagyobb gondot okoz, mint egy gazdag országban a kétszer annyi ideiglenesen vagy állandóan munkaképtelen betegek ellátása.

*

Ha pedig concretabb formába ölténém, mit tartanék célszerűnek cselekedni, hogy a többi kultúrállammal karöltve mi is bekapcsolódjunk a rheumakutatás és a rheumasok ellátásának socialis kérdéseibe, úgy nagyjában a következőket merném ajánlani:

1. Továbbra is gyűjtsük a kérdésekre vonatkozó statisztikai adatokat.

2. Fordítsunk az eddiginél nagyobb figyelmet a peripheriás mozgászervi betegségekre úgy az egyes eset tanulmányozásánál, mint eme bántalmakra, mint tömegmegbetegedésekre. Ahol alkalom nyílik rá, iparkodjunk kutatni főleg e bántalmak kórokat és gyógytanát. Azt hiszem, hogy főleg az infectiosus ilyenmő megbetegedéseknél a fertőzés kapujának eddiginél alaposabb keresése igen fontos. Lehet, hogy ismereteink haladásával eme betegségek prophylaxisa még eredményesebbnek fog bizonyulni, mint a therapia.

3. Célszerűnek hiszem, hogy már a kezdőorvos, a medikus figyelmét is kellően fölhívjuk arra, hogy a mozgászervi megbetegedések gyakoriságuknál és hosszadalmas voltuknál fogva mily bajt és mennyi szenvedést jelentenek az emberiség számára, úgyhogy ezen-

túl a betegségek e fejezete már az oktatásban sem képezze a tudomány mostohagyermekét.

4. Fektessünk kellő súlyt e betegségekre a közhygiéne szempontjából is, mely tekintetben elsősorban a lakás megfelelő volta bír fontossággal.

5. Hívjuk fel a nagyközönség figyelmét arra, hogy eme betegségeknél is mennyire fontos, hogy mihamarább szakszerű kezelésre bízza magát, nemcsak midőn a baj chronikussá vált és egy ideig helytelenül kezeltek.

6. Mindenek fölött pedig iparkodjunk mi is a külföldi államok mintájára mindent megtenni, hogy a mozgászervi betegségekben szenvedők ezreinek mihamarábbi, alapos, optimalis kezelést biztosíthatunk. Közismert, hogy főleg eme betegek azok, kiknek a physikotherapiás, balneotherapiás gyógytényezőkkel sokszor többet használhatunk, mint gyógyszeres kezeléssel. Ezért kívánatos volna őket legalább lehetőség szerint oly helyekre koncentrálni, hol ily kezeléseknél részesülhetnek, megfelelő erre berendezett kórházi osztályokba, egyszersmind tehermentesítve tőlük más bel- és sebészeti osztályokat, melyekben szanaszét sok oly beteg fekszik sokszor anélkül, hogy lényeges történhetik ott kezelése érdekében. Tekintettel pedig arra, hogy meg ezidőszerint megkisebbedett hazánkban is, megmaradt gyógyforrásaink legtöbbje és pedig nagyrészt épp a fővárosi gyógyforrásaink, thermák, tehát e célra megfelelő gyógyvizek, mintegy magától kínálódik, hogy *legalább egyik gyógyforrás-telepünket a nagy, ilyenmő betegtömeg szolgálatába állítsuk, mint fürdőkórházat, úgy saját etikai imperativisunk parancsa folytán, mint azért is, hogy ne kellessen szegyenkeznünk külföldi bírálat esetén.*

Ha a mozgászervi betegek ezrei számára megfelelő socialis intézmények létesítése által az eddiginél gyorsabb, megfelelőbb gyógyulási viszonyokat tudnánk teremteni, úgy annak anyagi áldozata valószínűleg azért, hogy kevesebbe kerülne majd az ily bántalmakban szenvedők eltartása és hogy kevesebb munkavesztésget okoznának e bajok, bőségesen megtérülne. Hiszen minden ország vagyona végeredményben egyenlő annak a munkának az összegével, melyet lakói végeznek.

A rheumakérdés gazdasági vonatkozásai.*

Írta: *Schulhof Vilmos dr.*, hévízi fürdőorvos.

A rheumatikus betegségek csoport orvostudományos szempontjaival, a szükséges kutatások módoszataival és avval, hogy miképen fogtak a felmerülő kérdések tanulmányozásához a külföldön, kellőleg foglalkoztak az előző előadások. Az ilyen sok homályt és eldöntetlen kérdést magábanfogaló betegségek csoport széleskörű, sokoldalú tanulmányozása némileg hasonlít ismeretlen földrészek vagy vidékek földrajzi felkutatásához, tudományos expedíciókhoz, melyekhez mindig fűződtek gazdasági érdekek. Ily vonatkozásai a rheuma-problema tanulmányozásának is vannak és röviden ezekre óhajtom — különlegesen Magyarország szempontjából tekintve — a figyelmet felhívni.

Bár régóta éreztük, hogy sok a homályos kérdés a rheuma körül és hogy nagyon is elterjedtek a betegségek, melyeket ebbe a csoportba szoktunk sorolni, a kérdéssel való intensívebb foglalkozást nagyobb körben, nagyobb apparatussal csak akkor kezdték meg külföldön is, mikor kormányzati, főleg pénzügyi körök rájöttek, hogy mily hihetetlen összegekbe kerül és a nemzeti vagyonnak mily csorbítását jelenti a megbete-

* Előadta a Budapesti Kir. Orvosegyesület 1928 február 11-i ülésén.

gedési napok óriási száma és a munkaképtelenség, melyeket ezek a betegségek okoznak.

Pedig, mint hallottuk, elég gyakorlati és tudományos kérdés rejlik a rheumaproblema mögött és csodálkozunk lehet, hogy mégis elhanyagolt mostohagyermeké volt ez a betegséges csoport az orvosi bűvárkodásnak. A mostohagyermek aztán azzal állott boszszút, hogy nem használt az orvosok tekintélyének és anyagi érdekeinek és főleg külföldön feltűnően észlelhető, hogy a neurastheniásokon kívül ezekkel a bajokkal táplálkozik a részben megengedett, részben meg nem engedett kuruzslás. De tulajdonképp nem erről a gazdasági vonatkozásról akarok szólni.

Mi magyarok sem áltathatjuk magunkat azzal, hogy nálunk sokkal kevesebb az ilyen beteg, mint az északi országokban és a velük való foglalkozás nem fontos kérdés. A rheumás betegségeket nem okozzák minden esetben klimatikus befolyások, de vannak oly klimás tényezők, melyek a betegek szenvedéseit fokozzák, munkabírásukat csökkentik. Nincs annyi-val kedvezőbb klímánk, mint az északi országoké, amennyivel főleg a háború óta azokban jobb volt a táplálkozás, tehát a szervezet ellenállóképességének fokozása és a jó ruházkodás, tehát a védelem a klíma viszontagságai ellen. *Benczur* tanár rámutatott a népjóléti miniszterium adatgyűjtésére. Mint hallottuk, vagy 5700 gyűjtőlap érkezett be az egy hónap alatt jelentkezett „rheumás” csoportbeli betegekről. Szerény nézetem szerint ez a szám messze visszamarad a valóság mögött. Meggyőződésem, hogy az egy hónap alatt jelentkezett ily betegeknek nagy részét időhiány, stb. okok miatt nem lajstromozták (vidéken egy munkás-pénztári orvos mondta nekem, hogy a gyűjtőlapok lelkiismeretes kiállítására az összes ily betegekről lehetetlen, mert ahhoz nincs elég idejük és emberük). Ezenkívül ez az értékes adatgyűjtés csak pénztári rendelőkészletekre, kórházakra terjedt, de hogyan lehetne lajstromozni azt a sok beteget, ki ilyen bajával évekig járkel, szenved és csökkent munkaképességű és csak ha teljesen munkaképtelen, megy a pénztári rendelőbe vagy kórházba; ezekhez járul még a magánorvosokhoz járó középosztálybeli betegek száma; a kuruzslók klientélájáról itt szó ne essék. A földművesek száma elenyészően kicsi ebben a statisztikában, pedig az ország lakosságának többsége a földművelő, de ezek nem tagjai a munkásbiztosítónak és ősi ellenszenvük a kórházakkal szemben is még elég erős, kórházba főleg csak operatív esetben mennek és rheumás bajaikkal otthon színlődnek. *Benczur* egyik cikkében és mai előadásában közölte az adatot, hogy 1923-ban a munkásbiztosító és hasonló intézeteknél a megbetegedések 0,89%-a volt a polyarthrititis infect. acuta és 8,16% az egyéb rheumás. De ezek a számok csak a fekvő vagy munkaképtelen eseteket foglalják magukban. Hogy mennyi ily bajjal jelentkezőt találtak munkaképesnek, mennyi az olyan pénztári tag, ki ezekkel az idült bajokkal már kiélvezte a törvényes időt, melyben a pénztár részéről betegellátása járt és minden további igénye megszűnt, arról nincs kimutatás. Ez az oka annak, hogy az említett statisztikában a 12 hónapon túl munkaképtelenek alig 3–4 százalékkal szerepelnek és ezek az esetek is főleg szegényházi és gyógyíthatatlan betegek kórházából valók.

A rheumás betegek számának jelentős magasságára rávilágít az az egy-két adat, melyre e kérdéssel foglalkozva akadtam.

Ha az Országos Munkásbiztosító Pénztár békebeli évi jelentéseit nézzük, mindenféle betegségnek megtaláljuk a rovatát, csak a rheumás megbetegedéseknek nincs rovatjuk! De!... például az 1909-i évi jelentésben van

egy rovat „egyéb más betegségek” címen, mely az összes előforduló megbetegedések 40,3%-ával szerepel (míg pl. az összes légzőszervi megbetegedések csak 11,6, az összes fertőző megbetegedések csak 15,6%-kal, incl. tbc., gonorrhoea, lues). Kétségtelenül ebben a rovatban bujkálnak a rheumás megbetegedések is. Az 1912. évi „Jelentés”-ben találtam, hogy az O. P. ezen évben 2798 tagját küldte gyógyfürdőre, ezek közül: arthritis 245 esetben, ischias 112 esetben, izomrheuma 447 esetben, egyéb rheumás bajok 50 esetben volt az okmányyszerű diagnosis, tehát a 2798 fürdőbe küldöttből 854 tartozott a „rheumás” betegség csoportba, ennél nagyobb számmal csak a tüdőbete. került klimatikus vagy sanatoriumi kezelésbe, összesen 1342. A fürdőre utalás szervezése akkor még csak kezdetében volt. igen korlátozott összeg volt e célra előirányozva és ezért szűkösen volt engedélyezhető és a kiutalást eredménytelenül igénylők sokszorosan többen voltak. Több békebeli évből összeállított magánrendelési statisztikám alapján megállapíthatom, hogy a polgári lakosságot legalább is oly mértékben sújtják ezek a betegségek és sokszor egész családokat visznek gazdasági zavarokba a hosszs keresetképtelenség és a gyógyítási költségek.

A pénztárak gazdasági érdekében még egy szempontból kell a rheumás csoport betegségeit nézni. Valamint katonaságnál — főleg a háború idején, a pénztáraknál is ezt a betegséges csoportot választják a szimulánsok. Orvosilag tényleg nehéz abszolút biztossággal valamely objectív tünet segítségével megállapítani, hogy a panaszolt fájdalom igazi-e vagy csak költött és kétségtelen, hogy a rheumaszimulánsok a pénztárakra jelentős terheket rónak. Van rá sok módszer, pl. *Erben* igen jó könyvében közöl ily eljárásokat és sok esetben sikerült is leleplezni szimulánsokat, miben a háború második felében *Dalmady* tanárral együtt a Hadigondozó császárfürdői intézetében, az akkori katonai rheuma-központban nagy gyakorlatra tettünk szert, — de egyenként ezek az eljárások sokszó kétséget nem kizáróak és ha a szimuláns ismeri őket, csődöt mondanak. Az internationalis rheumabúvárkodás egyik mellékthémája: az abszolút biztos fájdalomkimutatás objectív módszerekkel. A német rheumakutatók egyesületének főtitkára úgy informált engem, hogy erre vonatkozó vizsgálatok nemcsak folyamatban vannak, hanem úgy látszik, kielégítő eredményűek és hamarosan közzé fognak tétetni.

Mindabból, amit elmondtam, kétségtelenül világos, hogy egészen eltekintve a kérdés nagy tudományos és orvosgyakorlati jelentőségétől, gazdasági vonatkozások mennyire fontosak teszik a vele való foglalkozást. De hazánkban ezenkívül egészen specialis gazdasági érdeke fűződik ehhez a kérdéshez. A trianoni horzalmasszonkítás sok hirneves, kitűnő fürdőtől fosztotta meg az országot. De éppen a rheumás betegségek gyógyításában fontos szerepet játszó thermal-fürdőinkből maradt néhány, Budapest, Hévíz, Harkány és néhány újabb feltárt forrás, pl. Hajdúszoboszló. Nem lehet itt a célo, hogy eseteljem, mit jelentene nemcsak ezeknek a fürdőknek, hanem az egész ország idegenforgalmának és az idegen pénz importjának az, ha fürdőinket idegeneknek lepnék el nagy számmal, főleg éppen azokból az északi országokból, ahol a rheumás bántalmak és a jó valuta otthonosak, de az olyan thermalforrások, mint a mieink, ritkák. De rá akarok mutatni arra, hogy a mi közönségünk szegénysége és az általános pénzszűke mellett a fővárosi fürdők csak úgy fogják niveaujukat megtarthatni, a vidékiek pedig csak úgy fognak hivatásukhoz és természeti kincsekhez méltóan fejlődni, ha ide tudjuk valahogyan hozni a külföldi betegeket. Tudom, hogy ez csak igen lassú folyamat lehet, mely a

fürdők jó berendezésével és szakszerű vezetésével párhuzamosan haladhat, de elvágjuk még a lehetőségét is ennek az óhajtásnak, ha nem tartunk lépést a külfölddel abban, hogy ugyanazon módszerekkel, a nemzetközi bizottsággal karöltve foglalkozunk intensive a rheumaügy összes kérdéseivel, ha ezt a külföldön elsőrendű fontosságúnak elismert ügykört elhanyagoljuk, ha nem ragadjuk meg a nemzetközi bizottság nagy nyilvánosságát arra, hogy a külföld orvos- és patientsközönségének figyelmét a rheumakérdések kapcsán kiváló fürdőinkre tereljük.

Befejezésül legyen szabad egy megjegyzést tennem. Talán egyeseknek feltűnik, hogy ezzel a témával itt fürdőorvosok újszólván csoportban, tervszerűen állanak elő; ez nem véletlen, mert éppen a fürdőorvosoknak van alkalmuk az ily betegek nagyobb számával foglalkozni. Sejttem, hogy esetleg felmerül a gánés is, hogy persze a fürdőorvosok saját érdekükben fújják fel a rheumakérdés fontosságát. Kénytelen vagyok ab ovo, mint ennek a csoportnak legöregebb tagja, ezen nézet ellen tiltakozni. Itt nem egyeseknek, hanem a tudománynak, az általános orvosi gyakorlatnak és egész országunk minden lakójának az érdekéről van szó. A fürdő gazdasági jóléte is csak tizedik sorban válik a fürdőorvosok előnyére. Külföldön is mindenütt azt látjuk, hogy a rheumakérdésre elsősorban fürdőorvosok önzetlen munkája hívta fel a köz érdeklődését, a küzdelem szervezését is éppen hogy megindították, de a kérdésre figyelmessé téve mindenütt hivatott, neves klinikusok és tudósok vették át a munkát és a kutatások eredményes irányítását.

A rheumaelleni küzdelem nemzetközi szervezkedése.*

Írta: *Dalmady Zoltán dr.* egyetemi magántanár.

Az angol egészségügyi ministerium 1922-ben igen nagy anyagon statisztikai gyűjtést rendezett, hogy tájékozódjék a rheumának mondott betegségek gyakoriságáról és socialhygiénei jelentőségéről. A kérdőíven a rheumás megbetegedéseknek három csoportját különböztették meg, úgymint: a) lázas és subacut ízületi betegségek; b) nem ízületi megbetegedések (lumbago, ischias, izomrheuma, „fibrositis“, brachialgia, stb.); c) ízületi láztalan chronikus megbetegedések. A feldolgozott adatok megdöbbentő képet nyújtottak a rheumás megbetegedések elterjedtségéről és jelentőségéről. Elég az előttem szólók adataira hivatkoznom, kik már említették, miszerint az ipari munkásságnak $\frac{1}{6}$ -át találták rheumásnak és kiderült, hogy évenként 2 millió font összeget fizetnek ki táppénzben; a munkaképtelenség 3 millió hétre terjedő, ami évenként 60 ezer teljes munkaév elvesztését jelenti.

Sir Georg Newman egészségügyi államtitkár nemzeti veszedelemnek mondotta ki a rheumatismust, mert alig van betegség, mely a nemzet idejéből és a nemzet pénzéből olyan összegeket vonna el, mint éppen ez. Az angol egészségügyi ministerium hivatalos jelentése már útbaigazításokat ad és terveket szó a rheumatismus elleni küzdelem nagyarányú megszervezésére. Az angol mozgalommal egyidőben Svédországban is jeleit látják a rheuma elleni szervezkedésnek.

Nem véletlen és az események történelmi rendjének megfelelő esemény, hogy 1921-ben megalakult Londonban az International Society of Medical Hydrology, magyarul mondva Nemzetközi Balneológiai Egyesület,

* A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1928 febr. 11-i ülésén tartott előadás.

mely kezdettől fogva behatóan foglalkozott, még pedig nemzetközi alapon, a rheumakérdésnek a fürdőorvosokat és a fürdőket érdeklő problémáival. Maga az angol adatgyűjtés is jórészt az egyesület suggestiójára indult meg. Mi sem természetesebb, minthogy az angol statisztika megdöbbentő adatainak láttára ez a nemzetközi balneológiai egyesület egyik alapítójának és Hollandia representánsának, *Van Breemen* főorvos úrnak indítványára egy bizottságot küldött ki a rheumakérdés tanulmányozására és a rheuma elleni küzdelem megszervezésére. Ez az *International Commitee on Rheumatism* 1925 áprilisában megalakult, s már 1925 novemberében Londonban a Royal Society of Medicine balneológiai sectiójával kapcsolatban specialis meetinget tartott, amelyen már kilenc állam képviselője vett részt.

Magyarország aránylag korán kapcsolódott a mozgalomhoz. Mint az International Society magyarországi representánsa, jómagam kezdettől fogva érintkezésben voltam a vezetőséggel és Aachenben és Karlsbadban *Benczúr* tagtársunkkal, Oberschreiberhauban *Vámosy* tanár úrral és Lyonban résztvettünk a nemzetközi commitee ülésein.

Hivatalosan 1927 óta *Benczúr* tagtársunk vállalta a magyarországi representáns szerepét, s már mint ilyen vett részt az aacheni összejövetelen. Ez idő óta folynak Magyarországon az előkészítő munkálatok, s ma már mi is statisztikai adatok alapján tudjuk igazolni a rheumaellenes mozgalom szükségességét Magyarországon.

Külföldön önálló egyesületek alakultak a következő országokban: Anglia, Hollandia, Belgium, Svédország, Norvégia, Csehszlovákia, Lengyelország, Németország, Ausztria, Jugoszlávia, Dánia, Franciaország, Spanyolország, Oroszország és az Egyesült Államokban. Szervezkedés alatt áll, de a nemzetközi kapcsolatot már fölvette a japán és a romániai szervezet.

Az International Comitee on Rheumatism alapszabályai szerint a nemzetközi szervezkedésnek pusztán az a célja, hogy egyrészt e homályos kórtani csoport fölfogásában, orvosi megítélésében és nomenclaturájában egységet teremtsen, másrészt szervezze a kutatás irányait és kölcsönösen támogassa a kutatókat, s végül, hogy a tapasztalatok megfelelő közlésével a rheumaellenes küzdelmet gazdaságossá tegye. Nagyon természetes, hogy minden állam orvosi karának és egészségügyi adminisztrációjának teljes és korlátlan szabadsága van a kutatások folytatásában és az egészségügyi kormányzás intézésében, de minden állam delegal képviselőt a nemzetközi bizottságba, ki közvetíti az ott szerzett információkat az otthoniaknak.

Hogy ily nagyszabású nemzetközi mozgalomban nekünk magyaroknak is erkölcsi kötelességünk résztvenni, azt mondanom sem kell, de, hogy érdemes is résztvenni, azt gyakorlati érvekkel lehet bizonyítani.

Ha az ember kritikus szemmel lapozza át a külföldi államok rheumaelleni egyesületeiben elhangzott előadásokat, meglepő tapasztalatok és igen figyelemreméltó gyakorlati tervek, sőt már megvalósult intézkedések egész sorát találja. Anélkül, hogy teljességre törekedném, csak néhány kiragadott pontot említek meg.

Megállapítható, hogy a mozgalom csaknem mindenütt a fürdőorvosok és a physiotherapeuták köréből indul ki. Nem véletlen, hogy nálunk is így áll a dolog. Amint a mozgalom megindult és határozott keretet öltött, az egyesületekben mindenütt a klinikusok, — belgyógyászok, sebészek és orthopaedek, — a pathologusok és a socialhygiene képviselői vették át a szerepet, míg a balneologia és a physikai gyógy módok representánsai megbecsült és jelentékeny, de nem irányító és vezető

szerephez jutottak. Nem meglepő a dolgok ilyen alakulása, hiszen a rheumás jellegűnek mondott betegcsoportot nemcsak a laikusok, de még az orvosok gondolkodásában is jórészt a terapia azonossága kapcsolja össze. Ez a terapia — fürdők és physiotherapiái tényezők alkalmazása — bármennyire elismerten hatásos is, nem kellően tudományosan alapozott. Ha ismeretlen természetű betegségeket ismeretlen hatású gyógytényezőkkel csaknem merőben empirikusan kezelünk, ingoványos és hálátlan talaján járunk az orvosi működéseknek. Már bizonyossá vált, hogy a rheumásnak mondott betegcsoportot alapjától kezdve kell újra tanulmányozni és vizsgálat tárgyává tenni, mert csak a kórtani ismeretek alapján lesz a gyógyító beavatkozások hatásmódja közelebbi kutatások számára hozzáférhető.

A nemzetközi érintkezés máris bizonyossá tette, hogy az exact tudomány nagy kárára a különböző nemzetek orvosai nem egyformán gondolkoznak a rheumás megbetegedések megítélésében. Ugyanazon név alatt különböző betegségeket értenek, s ugyanazt a kóros folyamatot különbözőképpen ítélik meg. A nemzetközi érintkezésnek egyik fontos feladata ez ellentétek kiküszöbölése, s az egységes felfogás és egységes nomenclatura megteremtése. Már jelentékeny haladás mutatkozik e téren, s ez jórészt *Van Breemen* fáradozásainak sikere.

Egy másik fontos feladata a nemzetközi szervekedésnek a szerzett tapasztalások kölcsönös közlése. Nemesak az egyes kutatók, egyes tudományos intézetek tudományos tapasztalásainak, kutatásai eredményének közléséről van szó, hanem a sokkal nagyobb jelentőségű socialis védekezés és küzdelem eszközeinek és eredményeinek közléséről is. Alig mult el 2—3 év azóta, hogy a mozgalom megindult, alig néhány államban történtek komoly és elhatározó lépések a csúszos megbetegedések leküzdésére, s máris a tudományos és gazdasági szempontból egyaránt nagyjelentőségű tapasztalások egész sora áll előttünk. Elég csak néhányat említeni.

A statisztikai adatgyűjtés mindenütt azt igazolta, hogy a mozgás szerveinek peripheriás betegségei sokkal nagyobb számban fordulnak elő, mint azt általában hitték és sokkal nagyobb gazdasági jelentőségűek, — munkaképtelenség és maradandó rokkantság okozásával, — mint azt bárki is gondolhatta volna. A voltaképpen csak kísérlet gyanánt megnyitott rheumaambulantiák, vagy „Gelenksstation“-ok minden várakozást meghaladó óriási forgalma azt bizonyítja, hogy ily intézményekre a betegeknek, a közönségnek égető szüksége van.

A kórházak anyagának átvizsgálásakor és a rheumaambulantiák anyagán szerzett tapasztalatok azt igazolták, hogy igen sok a hibás diagnosis, minek következtében helytelen és eredménytelen a terapia. A csúszos bántalmak, különösen az ízületi betegségek helyes felismeréséhez és gyógyításához különleges szakismeretre és orvosi tapasztalásra van szükség, s a jövőben gondoskodni kell megfelelő szakorvosi képzettség nyújtásáról, úgy e betegségek klinikai ismeretének, mint a megfelelő gyógyító eljárásoknak, így elsősorban a physikai gyógymódoknak és a balneotherapiának körében.

Kitűnt, hogy világszerte elégtelen, célszerűtlen és különösképpen nem gazdaságos a csúszos betegek gyógykezelése. A legtöbb kórház nincs kellően felszerelve a physikai gyógyítás eszközeivel, nem bír megfelelő képzettségű személyzettel s az orvosok nem alkalmazzák e gyógyító módokat abban a mértékben, amiben kellene; ugyanez áll a rheuma gyógyítására bevált fürdők használatáról is.

A rheumaellenes mozgalmat a legintenzívebben Anglia és Németország karolta fel. Az angol egészségügyi ministerium elhatározta: 1. Specialis ambulatorium létesítését, mely a pontos diagnosis céljait szolgálja, s a betegek további kezelésének irányát megszabja. Kapesolva volna dispensaireszerű intézmény, ambulans betegek physiotherapiás kezelését szolgáló intézettel, physiotherapiás eszközöket kikölcsönző hivatallal, stb. 2. Rheumaközpont („Arthritis unit“) létesítését, mely voltaképpen specialis rheumaklinikának és kutatóintézetnek felelne meg. Kórtermek, laboratoriumok, tanterem, statisztikai hivatal, stb. képeznék a részeit és a kutatás, tanítás és az adatgyűjtés központi szerve volna. 3. Rheumakórházak és kórházi osztályok létesítését. 4. A kórházak felszerelését, physiotherapiás berendezésekkel és ellátását megfelelően képzett személyzettel. 5. Fürdőkórházak berendezését. (Még jegyzendő, hogy Buxtonban, Bathban és Harrogateban már igen régóta működnek hatalmas rheuma-kórházak és pl. a Bathban levő kórháznak több mint 200 évre visszanyúló, statisztikailag kifogástalanul földolgozható tudományos följegyzései vannak.)

Németországban ma már több helyen működnek különleges ambulantiák és állomások. Az aacheni, csaknem 400 ágys betegégyelőpénztári fürdőkórházat különleges Rheumaforschungs-Institut-tal egészítik ki, mely a düsseldorfi egyetem égisze alatt dolgozva, a tudományos kutatás mintaszere otthona lesz.

Az egész világon mindenütt egyszerre belátták és megérezték a rheumaellenes küzdelem óriási jelentőségét s alig múlik el hónap, hogy ne halljunk hírt a mozgalom valamely nagyjelentőségű lépéséről, vagy valamely állam nagyszabású intézkedéséről. *Van Breemen* aktiója felnyitotta a világ szemét. Egyszerre meglátták mindenütt a nyomorultak nyomorultjait, kik tehetetlenül, maguknak és mindenkinek terhére, retentő szenvedések között hevernek vackukon, vagy a kórházi ágyon, akik kilószámra szedik a salicylt és használnak bedörzsöléseket, de kiknek csak kiválasztottjai jutnak idejében szakszerű kezeléshez, megfelelő ápoláshoz. Egyszerre vették észre az egész világon, hogy mily horribilis gazdasági kárt jelent a sok-sok lekicsinyelt jelentőségű izomesúz, lumbago, ischias, stb. és egyszerre indult meg a humanitás sugalma és a gazdasági érdek szította mozgalom a rheumás bántalmak leküzdésére.

Vitán kívül áll, hogy a rheumatismus kérdése minálunk is sokkal nagyobb figyelmet érdemel, mint amiben eddig részesült. Már a közölt statisztikai adatok is igazolják, hogy elsődrendű gazdasági érdekünk, megfelelő gyógyítással a munkaképtelenség csökkentésére és elsőrangú orvosi érdekünk a betegek szenvedéseinek enyhítésére törekednünk. A ma már hatalmas betegégyelőpénztárnak külön rheuma ambulantiákat kell szerveznie, be kell vonnunk hévízfürdőinket megfelelő fürdőkórházakkal a rheumaellenes küzdelembe; kórházainkat fel kell szerelnünk a csúszos betegségek physiotherapiájának eszközeivel és orvoskutatóinknak komoly figyelmet és munkát kell szentelniük e betegcsoport természetére és gyógyítása tanulmányozásának. Meg kell szűnnie annak az állapotnak, hogy bizonytalanul diagnostizált csúszos bajban szenvedő beteg aspyrinszedésen és bőrvörösítő bedörzsöléseken kívül nem részesül egyéb kezelésben és idomtalan tömeggé torzulva mérhetetlen nyomorúságban pusztul el. Nem szabad túrnunk azt az állapotot, hogy a rheuma ellen hatásosnak ismert hévízeink millio köbméterszámmal használatlanul ömöljenek s ne jusson használatukhoz más, mint a gazdag.

Mindenkor hangsúlyoztam, hogy a magyar orvosi tudományt, a magyar orvos gondolkodását tartom a legrealisabbnak, a legexactabbnak az egész világon. Az Orvosegyesületben a közelmúltban is nem egy olyan előadás hangzott el, mely bizonyítja, hogy a rheumalenes küzdelem általános emberi érdekű munkájából teljes joggal, sőt bizonyos fensőséggel követelhetünk részt.

Látva a külföldi mozgalmat, látva az ott máris elért eredményeket, ismerve az e küzdelemben értékesíthető erkölcsi és anyagi értékeinket, nemcsak erkölcsi kötelességünknek, de kézzelfogható gazdasági érdekünknek is tartom, hogy e nemzetközi mozgalomba bekapcsolódjunk és Magyarországon is megalapítsuk a nemzetközi szervezettel kapcsolatban álló egyesületet.

Az Ótátrafüredi Tátrasanatorium közleménye.

A biológiai activitas fogalma és a helyi tuberkulinérzékenység.

Írta: Szász Emil dr., az intézet vezető főorvosa.

A Magyar Orvosok Tuberkulózis Egyesületének pécsi nagygyűlésén tartott előadásomban (Bp. O. U., 1926. 47. sz.) azon felfogásomnak adtam kifejezést, hogy a rendkívül fokozott cutan tuberkulinérzékenység alapján, klinikai tünetek nélkül is, activ tuberculosist állapíthatunk meg. A tuberkulinnal (tbkl.) szembeni sensibilizálódást fokozott reaktivitásnak minősítettem és az activitás diagnosizálásánál fenti értelemben értékesíthetőnek tartom.

Most újabb 200 esetnél szerzett tapasztalataim összeállításával foglalkozom és az irodalom erre vonatkozó adatait is keresve, a Berl. klin. Wochenschr. 1926. 29. és a Klin. Wochenschr. 4. évf. 9. számában Bessau-nak arra a felfogására akadok, hogy „inactiv, gyógyult esetekben” könnyen fokozható a tuberkulin-reaktivitás (tbkl.-r), míg activ esetekben nem; ezekenél ugyanis, Bessau szerint, a góc hatása az egész szervezetre, tehát a bőr allergiájára is már ab ovo maximalis és mestersegesen nem fokozható.

Bessau tuberkulin munkálatainak jelentősége megkívánja, hogy ezzel a kérdéssel részletesebben foglalkozzam, még mielőtt utolsó 200 esetem ismertetésével fenti állításomat újból megismételném.

Ahhoz alig férhet kétség, hogy az általános allergia fejlődésének kiindulópontja: az első fertőzés helyén keletkező localis allergia és hogy az végeredményben egy célszerű sejtműködés megnyilvánulása. E tekintetben semmi principiális különbséget nem látok a primaer góc és a perifokális szövetek morfológiai és biológiai functionalis elváltozásai, másrészt az általános, környéki, mondjuk a bőr reaktivitása között.

Ha ez elfogadható, akkor a góc- és helyi-reaktio jelentősége szempontjából ugyanezt kell mondanunk: nincs köztük elvi, csupán fokozati különbség.

Bessau szerint a tuberkulinérzékenység (tbkl.-érz.) különböző formáinak jelentősége más-más. Ezeket a jelenségeket két csoportba osztja: 1. góc- és általános (láz) reactio; 2. helyi-reaktio. Hangoztatja, hogy nem finom kvantitatív különbség van e tünetek között, hanem principiális. Tehát elvi azonosságot lát a góc- és lázas-reaktio között és elvi különbséget e kettő és a helyi-reaktio között. Végső következtetésünk ellentéte ebből a feltevéséből származik, melyet nem helyeslek.

Nem tartom szerencsés formulázásnak már azt sem, hogy a szerző a tubkl.-érz. hordozóját a „tuberculosis szövetekben” látja. Az allergiás reaktivitásnak az ép bőr is hordozója például. Az ismert érzékenységi reakciók feltétele meg van a reactiv, egészséges szövetekben is. Hiszen többek között Bessau állatkísérletei is bizonyítják, hogy nincs szükség „tuberculosisra” a tubkl.-érz. kifejlődéséhez: elegendő előtt vírussal tuberculo-cytá-gócokat létrehozni. A tuberkulin (tbkl.) és tuberculo-cyta (azaz allergiás szövetek) találkozására is túlérzékenység tünetekhez vezet. De lázas reakciót ez nem provokál! Az általános reactio legfeljebb következménye lehet a cellularis reactiónak, akár a tönkrement szövetek bomlástermékei okozzák, akár az allergiás sejtműködés tökéletlenségének következménye-

képen, a tbkl. tökéletlen bomlása. (Más helyen Bessau is kiemeli, hogy a lázas reactionnak semmi köze a védekezéshez. „Solange man Beziehungen knüpfen wollte zwischen d. Tuberkulinallgemeinreaktion und dem specif. Schutz, musste man sich in unlösbare Widersprüche verwickeln.“ Br. Beitr. 67. Ebben benne van a cellularis reaktivitással, tehát a gócreactióval szemben is fennálló principialis különbség elismerése.) Azt hiszem, logikusabb a gócreactiót egy csoportba állítani a helyi reactióval és mint ezeknek esetleges következményét (Depotreaktion-Bessau) a lázat külön tekinteni; hiszen alapjában véve a góc- és helyi-reaktio ugyanazt „jelenti”: tbkl. reactióba lépett allergiás szövetekkel!

Idem per idem bizonyításnak tartom, ha Bessau azt írja: „Nicht weil die Reaktionen (t. i. a góc- és helyi-reaktio) verschieden fein sind, haben sie eine verschiedene diagnostische Bedeutung, sondern weil sie verschiedene aussagen“. Bessau megkülönböztetése ezzel a két reactióval szemben ebben a formában nem olyan meggyőző, hogy biológiai jelentőségük szempontjából a principialis különbséget elfogadhatnók. A gócnak manifest elváltozása (Vorhandensein tuberkulösen Gewebes) és az allergiás szövetek reagálóképessége (Vermögen solches zu bilden) között, biológiai értelemben fennálló principialis különbséget nem látok. Hiszen a tuberculo-cytikus szövet nem is keletkeztetik allergiás készség nélkül. Fel szabad-e vennünk ezt a principialis különbséget, holott Bessauval egyértelműen az általános allergiát s így a bőrt is az első fertőzés helyén beálló biológiai változásokból, tehát a góc felől származtatjuk?

Az allergiás reaktivitás teleológiás értelmezésében is egyetértünk Bessau többek között ezt írja: „Die lokale Entzündung ist immer eine Abwehrvorrichtung des Organismus“. Mégis azt olvassuk más helyen, hogy: „Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass lediglich (eredetiben nem dült betű) die Lokalreaktion ein Ausdruck des Schutzmechanismus ist“. Ezek szerint a góc nem helyi-reakcióból keletkezett volna? A góc keletkezése a Koch bacillusa elleni védekezésnek nem a legelső megnyilvánulása-e, nem az első védő „helyi”-gyulladás (lokale Entzündung)?

A németek salzbrunni tuberculosis nagygyűlésén (1927. VI. 8.) különben Bessau maga a következőket mondja: „Die Tuberkulinreaktion stellt im biologischen Sinne einen neu entwickelten tuberkulösen Herd dar, wofür histologische und insbesondere biologische Beweise vorliegen. Die Tbkl. Lokalreaktion gibt, genau wie die tuberkulösen Herde, auf Tuberkulin das von der Blutbahn herantritt, Herdreactionen.“ Nem ismét a principialis azonosság elismerése ez?

Véleményem szerint a góc- és helyi-reaktio jelentőségének különbözősége nem mechanizmusuk különböző principiumán múlik, hanem elhelyezkedésükön. A különbség klinikai és nem biológiai vonatkozásokban található. Morfológiai szempontból is abnormis, beteg szövetek közelében, más klinikai jelentősége van egy allergiás (gyulladásos) reactionnak, mint pl. az ép bőrön.

Ez alkalommal célszerűnek tartom a „fokális” (és perifokális) allergia fogalmának felállítását az „általános” allergiával párhuzamban. Az első fertőzés helyén keletkező, „fokálisnak” nevezendő allergiás zóna körül, mint mag körül fejlődik ki az egész szervezetnek többé-kevésbé egyenletes, általános, „peripheriás”-nak nevezendő allergiája.

Bessauval egyértelműen, a tbc. elleni védekezés szempontjából, a peripheriás érzékenység (periph. érz.) fellépésében kifejezésre jutó „dynamias momentumot” tartjuk elvi fontosságúnak. De míg Bessau ennek igazolására azt hangoztatja, hogy a gyógyulás folyamán a lázas reaktivitás csökken a tbc.-os szövet kiterjedésével, mint staticus momentummal függ össze szerinte és a helyi (peripheriás) érzékenység fokozódik(?), én másképp érvelnék.

A biológiai activitas kezdete összeesik az allergia első megnyilvánulásával. Az allergia kifejlődésének első lépése: a góc keletkezése a fertőzés helyén. Az immunbiológiai védekezés első megnyilvánulási helye a góc; első szakában csak ez a fokális allergia játszik szerepet. Humoralis távolhatás folytán és útján, teleolo-

giás okokból, ebből a fókusból az allergiás reaktivitás mindinkább ráterjed a peripheriára; talán különleges módon és mértékben a mesenchymalis szövetekre. A fokozati különbség fokális és peripheriás allergia között eleinte igen nagy. Ha elfogadjuk a peripheriás allergia kifejlődésének teleológiás magyarázatát, logikusan fel kell tételeznünk, hogy ez visszahat a góca; kézenfekvő az az elképzelés, hogy hozzájárul a kórokozók bénításához, megvédi a fókusz allergiás sejtjeit a túlingerléstől, a functionalis túleröltetéstől és így a degeneratív morphologiai elváltozásoktól. *Ingerültség szempontjából a góc mindig a periphéria allergiája előtt jár; ezt tartom a logikus feltevésnek. Ez az állapot feltétlen összeesik a manifest klinikai aktivitás idejével.*

Bizonyos immunbiológiai egyensúly akkor áll be, amikor a gócban a kórokozó biológiai tevékenysége annyira legyengült, hogy a fokális és perifokális szöveteket érő specifikus ingerek megkevesbednek. Az aktivitásnak eme stadiumában el lehet képzelni egy klinikailag „inactív” látszó állapotot.

A fokális isopathiás ingerek megfogyatkozásának következménye csak az lehet, hogy a periphéria is kevesebb ingert kap. *A periphéria szabadul fel leghamarabb a fokális eredetű tbkl.-ingerek hatása alól.* Ennek logikus következménye viszont az, hogy a reaktiokészség, más szóval a sensibilizálódásra való készség először a periphérián szűnik meg s csak legutoljára a gócban. *Minél inkább inactívulódik a tbc. elleni küzdelem, annál inkább csökkennie kell a periphéria allergiájának.*

Ha Bessauval egyértelműen, a dinamias elvet a védekezőharc tengelyének tartjuk és egy activan védekező, mozgó fókusz felől kilengő hullámgyűrű játékának minősítjük a periphéria megmozdulását (az allergia kifejlődését), akkor nem célszerű a fokust, a gócot mint a statikus momentum székhelyét is kiemelni. Ami a gócon belül a statikus momentum megtestesülése, az ennél a kérdésnél teljesen elhanyagolható, sőt érthetőség céljából el is hanyagolandó, mert a *degenerált, elhalt, élettelen, sajtos anyag a hordozója ennek az elvnek.* Ezt az élettelen anyagot a *biológiai* erőtényezők sorában mérlegelni legalább is felesleges, s azt hiszem, a kölcsönös megértés is megnehezíti. *A góc, a dinamias erők tulajdonképeni keletkező helye.*

Bessau logikusnak tartaná és teleológiás szempontból érthetőnek tartja, hogy inactívulódás esetén a periphériás (localis) érzékenység csökken. Abból indul ki, hogy aktivitás esetében a góc mindig ad maximum ingerelt, quantitative jobban reagálni nem tud és ennek folytán a periphériát sensibilizálni amúgy sem tudja. (?)

A kiindulópont a góc maximalis teljesítőképességét illetőleg nem lehet helyes, különben egyáltalában nem lehetne tbkl.-nal gócreakciót felidézni; ha tbkl. az activ góc szempontjából indifferens volna, a tbkl.-kezelés kétélűségét soha meg sem ismertük volna; ezzel a feltevéssel érvész a tbkl.-kezelés elméleti indokoltsága, de a tbkl. hatásnak még elméleti lehetősége is.

Minthogy Bessau a védekezés dinamias elvét *ki zárólag* (lediglich) a periphérián látja érvényesülni, *logikusan* következteti, hogy activ tbc.-nál nem indokolt a tbkl.-kezelés, mivelhogy a góc már maximalisan izgalomban van, s így ez úton a periphériát sensibilizálni amúgy sem volna lehetséges. „Hier leistet die Krankheit alles was zu leisten ist“. Ezzel az álláspontjával azonban nem tudom összhangba hozni, hogy néhány sorral lejjebb a tbkl.-kezelés lehetőségeiről írva, ezt mondja: „Wenn es auch unmöglich ist bei Tuberkulosekranken durch Tuberkulin die lokale Reaktionsfähigkeit... zu erhöhen... so ist es doch wenigstens möglich, durch Tbc. die Reaktion am Krankheitsherde selbst zu steigern...“ Tehát a tbkl.-kezelésnek mégis van értelme, mert a gócot ingerelhetjük vele? A dinamias momentumot, a jó védekezés kriteriumát: a spec. szövet képzetére való képességet tehát mégsem vonhatjuk meg a góctól?

A salzbrunni congressuson, arra a kérdésre felelve, hogy inactív, de klinikailag észrevehetően nem beteg egyéneket preventive immunizálni érdemes-e, ezeket mondja: „Die active Tbc. gibt dementsprechend meiner Überzeugung nach nicht das Feld für eine B-Immunsierung* in meinem Sinne. Dagegen würde so eine theoretisch in Frage kommen... solange die Möglichkeit eines endogenen Rezidivs oder die Gefahr einer exogenen Superinfection besteht... immerhin könnte dem Vorsprung, den eine prophylaktische B-Immunsierung haben würde, eine gewisse Bedeutung innewohnen.“ Ezzel a fejtegetéssel szemben joggal felmerül a kérdés, hogy szabad-e kételkednünk egy tbc. aktivitásában, „solange die Möglichkeit einer Recidive besteht“.

Bessau előbbi véleményét: hogy a spec. védekezés fokozása activ tbc.-nál tuberkulinkezeléssel lehetetlen, vagy nem logikus, maga dönti meg.

Csak nagy fenntartással fogadhatjuk el Bessau klinikai tapasztalatát, mely szerint „inactív, klinikailag gyógyult esetekben“ a helyi reaktivitás „rendesen“ könnyen fokozható. *A klinikai „gyógyulás“ ugyanis nem fedi a biológiai inactivitás fogalmát.* A fokális és periphériás érzékenységnek fentebb vázolt kölcsönös eltolódását elképzelhetjük egy klinikai kép keretén belül, oly módon, hogy praktikus szempontból „inactivitás“ mellett, a védő biológiai erőtényezők aktivitása élénk lehet.

Ha a dinamias momentumot a védekezőképesség szempontjából a legfontosabbnak tartjuk, az *aktivitás biológiai diagnosisánál se fosszuk meg jelentőségétől.* A sensibilizálódás lehetősége, a biológiai szöveti reaktivitás területének bővülése és szűkülése, *csakis a biológiai erők aktivitásának lehet a következménye.* Aktivitás, védekezést, mozgást, mobilitást jelent. A sensibilizálódásra való hajlamot, aktivitásra való hajlamot, *inaktivitással* összefüggésbe hozni nem lehet.

„Aktivitás“ alatt tuberculosisnál nem egy kizárólagosan a góca szorítókozó állapotot értsünk, hanem az egész szervezet allergiájára vonatkoztatva azt. *Az aktivitás lényege a fokális és perifériás allergiának kölcsönhatása egymásra.*

Schippenkötter (Br. Beiträge 65.) vizsgálatai szerint valódi phthisisnél, a Ranke III. allergiás stádiumában, intrakután tuberkulininjekciókkal szemben a reaktivitás, hónapokig tartó megfigyelés folyamán is, feltűnően állandó; nem változik; a szervezet nem sensibilizálódik. A phthisis *kiterjedése* erre semmi befolyással nincs. Minden phthisis reaktivitásának, úgy látszik, egy individualis maximuma van; ez néha csak az intracutaninjectio adagolása közben fejlődik ki, de aztán vízszintes niveau marad.

Schippenkötter az izolált phthisis esetén viselkedését összhangba hozza Schürmann felfogásával (Br. Beiträge 57.), aki az igazi phthisist immunbiológiai szempontból — mint az allergia II. szakát — élesen elkülöníti az I. szaktól, mely alatt ő a Ranke I. és II. szakából *összevont* periodust érti. Az I. szakot ő a „progressive Durchseuchung“ periodusának nevezi, melynek biológiai főelve a „dinamias momentum“ (Bessau) jut kifejezésre: a biológiai erőtényezőknek, elsősorban a celluláris reaktivitás változékonyságában, *fejlődőképességében.*

Mihelyt ez a fejlődés elérte maximalis kifejelettsége folytán nyugalmi fokát (mikor is Schürmann szerint, igen erős humoralis védekezés folytán, a humoralis áttételek hiánya jellemző), az izolált phthisis fejlődési feltételei kerülnek előtérbe. Ez az immunbiológiai állapot az izolált phthisis „biologische Ausgangsplatform“-ja, az allergiának egy jellemző egyéni maximuma; ez határozza meg a phthisis kimenetelétől eltérve a tuberkulin reaktivitás fokát, mely fentiek szerint nagyon állandó és nem fokozható. Schürmann mindenben egyúttal a Bessau felfogásának igazolását látja, mely szerint *activ* tuberculosisnál a reaktivitásnak *maximuma* áll fenn, mely nem fokozható. Ebben a következtetésében már nem tudom Schürmannat követni.

Phthisisnél a sensibilizálás lehetőségeit saját tapasztalatom alapján nem ismerem, de Schippenkötter

* B = az inactív, de észrevehetően nem betegek csoportja.

vizsgálati eredményeit, melyek szerint a peripheriás reaktivitásnak — *elsősorban külső megnyilvánulásában* — van egy maximuma, amely egyéni és határt szab sensibilizáló törekvéseinknek, elfogadhatjuk. De elméletben elképzelhető, hogy a generalizálódás szakában is (anélkül, hogy a cellularis erők kimerülését kellene feltételeznünk), előfordulnak esetek, kiknél a peripheria reaktivitásának tünetei nem fokozhatók.

Tisztán spekulatív úton arra az eredményre jutottam ugyanis, hogy a focalis reaktivitással szemben, a peripheria allergiamaximuma sokkal alacsonyabb; míg a gócreaktivitás erőltetett fokozása súlyos degenerációhoz, majd széteséshez vezet, a peripheria (egyénileg maximális reaktivitásának állandóságával) az inger fokozásával szemben bizonyos határon túl passivise viselkedhetik. A speculatio megengedett határát ezzel az okoskodással, azt hiszem, nem léptük túl.

Nem szabad azonban figyelmen kívül hagyni két lehetőséget. Az „aktivitás“ a maga biológiai complikált-ságában, egy functionalis értelemben szintén változó állapot. Ha elismerünk egy „egyéni“ maximumot a peripheria reaktivitásában, sokkal inkább számolnunk kell azzal, hogy az *aktivitás minden phasisának* meg van a peripheriás reaktivitás fokozhatósága szempontjából jellemző maximuma. Ez a maximum nem az „egyénre“, hanem elsősorban az *aktivitásra* jellemző. Egy egyénnek, évek óta stationær, de biológiailag activ betegsége folyamán „maximalis“ érzékenysége egyszerre (talán mint a klinikai reaktiválódás prodromalis tünete) eltölthetik a nagyobb érzékenység irányában, hogy aztán újra megállapodjék egy „maximumon“, előttünk ismeretlen biológiai törvényszerűségek szerint.

Rá kell mutatnunk ezenkívül arra, hogyha már bizonyos fokig önkényes a bőr reaktivitásából az egész szervezet reaktivására következtetni (bár ennek gyakorlati indokoltságát elismerem), hibás okoskodásra vezethet még az is, ha nem ismerve a helyi reakciók szöveti elváltozásával járó hatékony humoralis effectusokat) kizárólag az allergiás jelenségek formái, külső elbírálására szorítkozunk. A szöveti jelenségek külsejében ugyanis fel szabad tételeznünk igazi egyéni constitutionalis különbségeket,* abban az értelemben, hogy az egyik egyén külső megnyilvánulás szempontjából közepes szöveti elváltozásokkal eléri ugyanazt a biológiai hatást, mint a másik szemre sokkal durvább reakciókkal. A cellularis jelenségek külső kiterjedése biológiai hatóképességükkel nem kell hogy arányban álljon.

Feltételezhetjük ezzel az okoskodással még azt is, hogy a peripheriás allergia „immunizáló“ értékét fokozhatjuk anélkül, hogy a sensibilizálódás külsőleg felismerhető legyen. A durva, érzékelhető elváltozások háttérbeszorulását elképzelhetjük, mint a szöveti reaktivitás qualitativ tökéletesedésének megnyilvánulását (*Szász Br. Beiträge* 51.). A védekezés tökéletesedésének *egyik* phasisát így képzelem el és ebben a *lehetőségben* keresem a gyógyulással mindinkább kifejezésre jutó positiv anergia (*Hayek*) — szerintem helyesebben relativ allergia (*Br. Beiträge* 53) — kifejlődésének magyarázatát; ennek további folyamánya volna az általami sohasem látott — de elméleti lehetőségét elismerve, inaktivitási anergiának nevezett — gyógyulási, vagy absolut anergia (*Krämer*).

Utóbbiakat összefoglalva, elismerhetjük, hogy az *isolált phthisis* immunbiológiai viszonyai, a specifikus reaktivitás külső jeleinek fokozása értelmében, a sensibilizálást akadályozzák; a szövetek maximális allergiás ingerültsége esetleg nem fokozható. *De ez a megismerés nem támogathatja Bessau azon felfogását, hogy a sensibilizálás nehézsége „aktivitásra“ jellemző.* Ami az *isolált phthisisre* jellemző, nem vonatkoztatható egyúttal az „aktivitásra“. Minden *phthisis* természetesen activ, de az aktivitás biológiai fogalma nem egyértelmű az *isolált phthisis* immunbiológiai milieujével.

Összefoglalás.

Mivel fel kell tételeznünk, hogy az immunbiológiai egyensúlyra, a góc és a szervezet ép sejtcomplexumának biológiai kölcsönhatása van döntő befolyással, célszerű-

* A reaktivitásnak az „aktivitással“ összefüggő maximumát nem illeti meg az „egyéni“ elnevezés.

nek tartom a szóhasználatban is a „focalis“ és „peripheriás“ allergia fogalmának megkülönböztetését.

Ha az általános, peripheriás allergiát a góc allergiájából származtatjuk:

1. el nem ismerhetjük a principialis különbséget a gócreactio és a peripheriás helyi reactio között, *jelentőségük szempontjából sem: mindkettő a védekezést szolgálja;*

2. egységesen kell értelmeznünk a focalis és peripheriás allergia *változásait* is, azaz: a peripheriás allergia változásait mindig a *gócban beálló változásra kell visszavezetnünk.*

A focalis és peripheriás allergia egymáshoz való viszonya szempontjából egyelőre a következő megállapítások látszanak jogosultaknak:

1. Focalis allergiát el lehet képzelni — a fertőzés első idejében — peripheriás allergia nélkül, de peripheriás érzékenységet „góc“ nélkül nem. Ebből következik, hogy

2. a peripheriás allergiát mesterségesen is csak a góc ingerlése útján lehet fokozni, illetőleg befolyásolni; annál könnyebben, minél ingerültebb a góc, illetőleg minél differensebb volt a góc szempontjából az inger. Más szóval: *minél activabb a góc, annál könnyebben sensibilizálódik a környezet.*

3. A bekövetkező sensibilizálásból következtethetünk a góc állapotára. A focalis ingerlékenység mérlegelése céljából nem kell közvetlenül góctüneteket provokálnunk, mert a peripheriás allergia annak következménye és változékonysága, fokozódása a góc érzékenységének jelei.

4. Az aktivitás tehát egyértelmű a biológiai védekezés pillanatnyi mérlegével, mert nem vonatkozhatik egyedül a góc állapotára, hanem mindig a góc és a peripheria együttes állapotára, egymáshoz való viszonyára, *amely az immunbiológiai helyzetre mindig jellemző.*

5. *Az a tény, hogy a peripheriás allergia a góc hatására fejlődik, kizárja, hogy fokozódásából ennek „inaktiválódására“ lehessen következtetni.*

6. A phthisis specialis viselkedése sensibilizáló törekvéseinkkel szemben, nem a folyamat „aktivitásán“ múlik, hanem az *isolált phthisis* különleges immunbiológiai sajátosságain.

Laufenauer Károly jelentősége.

Írta: Schaffer Károly.*

Nem életrajzot kívánok Laufenauer Károlyról adni; hiszen ilyen irányban egyrészt néhai Kétly Károly báró a Magyar Tudományos Akadémiában 1902-ben, másrészt néhai Moravcsik Ernő Emil a Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályában 1906-ban tartottak róla megemlékezést. Ezek mindegyike annyi melegséggel és oly behatóan tárgyalta Laufenauer pályafutását és élettörténetét, hogy számomra mi sem maradt fenn, ha csak ismétlésekbe bocsátkozni nem akarnék. Én tehát nem a krónikáknak részletekben elmerülő szemével s így emberi melegséggel fogom Laufenauer Károly egyéniségét nézni, hanem általánosabb szempontból óhajtok vele foglalkozni. Erre annyival inkább lehet szükség, mert ő a magyar pszichiatriában és neurologiában alapvető, úttörő munkát végzett és így figyelmünk joggal fordulhat ama idők felé, amelyekben még nem létezett egyetemi, ha-

* Felolvasta a Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályán 1928 február 10-én tartott emlékülésén.

nem csak intézeti pszichiatria; vizsgálhatjuk, hogyan domborodott ki az utóbbiból Laufenauernek mind céltudatosabb klinikai törekvése és miképen valósította ő meg ez irányú terveit. Látni fogjuk, hogy ezekből ő csak a szerény kezdetet tudta megteremteni, mert mi türes-tagadás, súlyos akadályok bénították a klinikai pszichiatriára vonatkozó terveit és csakis a neurologia és az idegrendszer anatómiája terén elért sikerek tudták őt a jelzett kudarcokkal szemben vigasztalni. Pedig elég rugalmas és leleményes küzdője volt ő az élet arénájának, sőt a harc bizonyos fokban éltető eleme volt. *Szikrázó elme* volt ő, aki kedvére való társaságban szinte ontotta magából a szellemes megjegyzéseket; *áthatoló értelem* volt, mellyel mindig a felvetett problémák fenekére nézett, amire kedvenc latin citatuma „respice finem” utalt; a *céltudatos gyakorlat embere* volt, mert úgy klinikájának vezetésében, valamint betegek kezelésében a lényegeset, a fontosat éles szemével rögtön megtalálta; végül a *tudomány nagy értékelője* volt, mi abból látszott, hogy intézetéből a budapesti egyetem egyik legelevenebb, tudományos munkát kifejtő gárda tudott kialakulni. Egészben véve rendkívüli szellemi érték és rugalmasság képviselője volt, aminek köszönhető, hogy a magyar klinikai pszichiatria sajkája a közöny tengerén, erős ellenáramlás által sodortatva, nem merült el, jóllehet, hogy a kedvezőtlen szelek hosszabb időre igen sivár partra hányták. Laufenauer mozgékony szelleme, meg nem hátráló egyénisége kellett ahhoz, hogy ezekben a kemény időkben nem csüggedt el, sőt olyan munkával kompenzálta a hiányokat, mely viszonylagos fejlődést is jelentett.

Nálunk klinikai értelemben véve egy különleges orvosi tudományának megteremtője volt, t. i. az elme-kórtannak, bárha a tényleges alapító *Schwartz Ferenc* volt, aki 1860-ban lett az elme-kórtannak egyetemi magántanára, akinek tanítványai voltak *Bolyó, Niedermann, Laufenauer, Lechner* és *Schwartz Ottó*. Hogy mennyire volt Laufenauer az elme-kórtannak klinikai megalapítója, abból tűnik ki, hogy nem folytatta nevezett társainak intézeti működését, hanem megváltva a Lipótmezei állami elme-egyetemről, hol mint orvos működött, a Szent Rókus-kórház megfigyelő osztályán vállalt rendelőorvosi megbízást 1881-ben, mely osztály az 1882-ben egyetemi ny. rk. tanárrá történt kinevezetése kapcsán egyúttal az elme-kórtani klinika feladatainak szolgálatában is állott. Míg tehát Laufenauer kortársai a megkezdett intézeti szakorvosi pályán haladtak tovább, addig ő már fiatal elmeorvos korában magasra törekvő célt tűzött ki: szakmájának klinikai megalapítását Magyarországon! Hogy ebben része volt úgy az egyéni ambíciónak, mint Balogh Kálmán irányításának, az bizonyos. Mégis vitathatatlan, hogy Laufenauernek a hallgatók iránt való éles szeme, önerejében való törhetetlen bizakodása nyilvánult meg akkor, midőn a nagy munkába fogott, melynek első szakasza az egyetemi magántanárságra irányult munkássága volt. Ez utóbbi kettős irányban mozgott. Egyrészt és eleintén szakmájának gyakorlati részében szorgoskodott, foglalkozván az 1875-ben megjelent kis monográfiájában az elme-egyetem intézetek túltömöttségével, annak okaival és elhárításával, a bromkalium és tejsav altató hatásával, az elmebetegnek colonialis elhelyezésével, a typhusnak az elmebetegségekhez való viszonyával stb. Másrésztől szakmájának Magyarországon addig még ismeretlen, illetve nem gyakorolt finomabb szövegtani művelését tűzte ki magának célul, amit elérendő, 1876-ban utazási ösztöndíjjal Ausztriába és Németországba ment, ahol *Meynert* és *Westphal* tanítványa lett. Ezen irányú munkásságának termékei vol-

tak a kettős hídképződésről, a kisagynak a nagyaggyal való összefüggéséről, az agykéreg látómezejéről, a bénulásos elmezavar kórbetonáról és egyéb kérdésekről írt dolgozatai. Külföldi útjáról visszatérve, 1878 elején egyetemi magántanárrá képesítették s mint ilyen még majdnem négy éven át a Lipótmezőn alorvosi működést fejtett ki 1881-ig, mikor átvette a Rókus-kórházi megfigyelő osztályt. Midőn végül 1882-ben egyetemi ny. rk. tanárrá nevezték ki, élete munkájának második szakaszába lépett, melynek legnevezetesebb mozzanata, hogy 1892-ben ny. r. tanárrá léptették elő, megadván néki az elme-kórtanon kívül az idegkórtanra vonatkozó előadói jogosítványt is. Tanári kinevezetésével kapcsolódott belé Laufenauer, aki addig az elme-egyetem falai közé szorult, az orvosi gyakorlatba és megindította szakorvosi munkásságát, mely csakhamar őt nemcsak ismertté, hanem betegek körében páratlanul népszerűvé tette. Így jutott fel Laufenauer, aki 1898-ban a Magyar Tudományos Akadémia levelező tagja is lett, pályájának csúcsponjtjára, ahonnét rövid 10 évi tündöklés után mint a meteor hirtelen aláhanyatlott, befejezván 1901-ben szívszélhűdés következtében váratlanul földi vándorlását, nagyon fiatalon, mindössze 53 éves korában.

Mi is volt Laufenauer Károly a magyar orvosi tudományra nézve?

Mindenekelőtt egy gyakorlati ágnak klinikai értelemben vett meghonosítója volt és ezzel a magyar orvosi tudomány minden időkre szóló szolgálatot tett. Átvitte az orvosi köztudatba az elme-kórtannak jelentőségét, ami végeredményben az egyetemi tanításban mint kötelező szigorlati tárgy később kifejezésre is jutott. Mint *psychiater* typusa volt a tisztán és élesen látó szakembernek, akit sokszor az intuitio vezérelt; klinikai embereinek nem egy esetben volt alkalmuk csodálni előrelátását vagyis kétes esetekben nyilvánított diagnosisinak helyességét. Mint *tanító* nem volt bőbeszédű, erősen érvelő, inkább állító és a tünetek alapján rávezető. Egyetemi előadásaiiban nem tartozott a fényes és eleven tanárok közé, sőt olykor vonatott modora a kevésbé érdeklődőkre lankasztólag hatott. De tévedett az, aki az ilyen alkalommal nyert benyomásokból vont következtetést előadói képességére. Úgy látszott, hogy a tankönyvszerű közlés nem felelt meg Laufenauer egyéniségének, mert előadói lendülete sokkal inkább akkor nyilvánult meg, hogyha vagy maga a tárgy természeténél fogva vagy pedig a hallgatóság milyensége folytán reá pezsdítőleg hatni képes volt. Így pl. a hysteriáról, az epilepsiáról szóló egyetemi előadásai, orvosegyleti bemutatásai és előadásai mindenkor elevenségükkel, a finom megfigyelésekben rejlő érdekességükkel hallgatóira olykor szinte lebilineselően hatottak. Különösen állott ez a nagyobb közönség előtt, pl. a Természettudományi Társulatban tartott népszerű előadásaira, amelyekben ő az előadói dobogóra lépésének pillanatától fogva megtalálta a hallgatóságával való kontaktust, minélfogva a több mint egy órán át tartó fejtegetéseit a közönség feszült figyelemmel, a találó megjegyzések által szinte lenyűgözve hallgatta. Úgy látszik, hogy Laufenauer a hangulatok és lelki stimulusok embere volt s mint ilyen nem tartozott a kötelezőszerűen is lelkesen előadó tanárok sorába. Mint *klinikus* előszeretettel foglalkozott az epilepsiával, a hysteriával és a bénulásos elmezavarral és e tekintetben a Magyar Belgyógyászat Kézikönyvére utalnék, melynek legkimagaslóbb fejezetei közül az utóbb említett két kórformáról szólók Laufenauer tollából származnak.

Mint klinikus-pszichiater Laufenauer Károly rövid életét nagy csalódással végezte. Nem volt képes elérni azt, hogy elmekórtani klinikát kapjon. Ezen kudarcát néhai Moravcsik Ernő Emil szakosztályunkban 1906-ban tartott emlékbeszédében, valamint a Magyar Elmeorvosok Egyesületének közgyűlésén 1923-ban mondott nagyszabású Laufenauer-emlékelőadásában részletesen ismertette. Valójában utódjára, Moravcsikra hárult ennek a feladatnak a megoldása, aki azt tudvalevően más alapon, mint Laufenauer kontemplálta, befejezésre juttatta. A kudarc abban állott, hogy 1889-ben a Rókus-kórház nyomorúságos osztályait a budai lövőházuteai átalakított bérkaszárnnyával kellett felcserélni; míg a Rókus-kórház központi fekvésével sok hiányt ellensúlyozott, addig a budai elhelyezkedés valóságilag deportatio számba ment. Már csak a nagy távolság és az utazási (lóvasúti) költségek miatt a hallgatóság szinte ijesztően leapadt és bátran mondható, hogy a magyar pszichiatriának, mint klinikai tudományagnak, mester-séges elsenyvesztésével volt egyenrangú ez az áthelyezés. Csupán Laufenauer erélyes, szívós egyénisége volt az, mely ezt a támadást is bizonyos fokig kivédeni képes volt. Hiszen történelmi tény, hogy e fordulat által a pszichiatria művelése és tanítása súlyos csorbákat szenvedett, de egy irányban váratlan előnyt eredményezett Laufenauerre nézve és ez az ő neurologiai irányú munkásságában jutott kifejezésre. E fordulat története a következő:

Az orvoskari tanártestületben elsősorban *Korányi Frigyes* volt az, aki Laufenauernek örök hálára kötelező módon segítségére sietett, felajánlván neki klinikájának második emeletén levő hatágyas női kórszobáját, ahol egy kis, de élénk forgalmú fekvő anyagon Laufenauer folytathatta a hysteriára vonatkozó munkásságát. Meleg collegialis viszony fejlődött ki a két tanszék személyzete között, melynek emlékét én szívesen őriztem meg. *Hirschler Ágoston*, *Terray Pál*, *Ritoók Zsigmond*, *Benedikt Henrik* és mások voltak a főnökök intencióit szíves készséggel megvalósító kartársak, kiknek segítségével valóságos miniatűr női idegklinikát tudtunk vezetni, mely anyagát abból az idegambulantiából nyerte, amelyet Laufenauer a tanártestület hozzájárulásával az orvoskari központi épület földszintjén volt képes létesíteni. Ez egy sötét kis zugból, mint előszobából és egy nagyablakú utcai szobából állott. Itt bonyolítottuk le az egész délelőtti igénybe vevő ambulantiát és itt végeztük délben és az egész délutánra kiterjedő ép- és kórszöveti munkásságunkat. Itt dolgozott néhai *Gyurmán Emil*, a budai János-kórházi belgyógyász-főorvos 1889-ben, itt nyerték kiképzetésüket *Sarbó*, *Pándy*, *Ranschburg*, *Hajós*, *Hudovernig*, részben *Németh Ödön*, *Décsi*, *Sipőcz*, *Ringer*. E helyütt nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy ennek a szöveti laboratoriumnak fejlődéstani előzménye a Rókus-kórház piciny dolgozószobájában rejlett, ahol 1885-ben bold. *Tanagl Ferenc* medikus barátommal együtt kezdtük meg a Laufenauer által hirdetett „Dolgozabéli munkálatok a kp.-idegrendszer ép- és kórszöveti munkálatok” című collegiuma értelmében szöveti munkálatot.

De térjünk vissza a hatágyas kis osztályhoz, amelyet magunk között gúnyosan „klinikoid”-nak nevezünk. Ez ránk, akkor fiatalokra nézve az idegbetegségekkel való kapcsolatot jelentette, mely osztálynak vezetését Laufenauer teljesen ránk bízta, csak nagy időben végzett egy-egy ellenőrző látogatást. Ennek az osztálynak a jelentőségére egy külföldi vendégnek látogatása folytán eszméltem jobban reá: az 1890-es évek legelején *Goldflam* kiváló varsói neurologus látog

gatott el Budapestre és ekkor neki megmutattuk fekvő beteganyagunkat, vagyis a hat ágyat, miközben annak kisdéd voltát mentegettük. Nagy lón azonban meglepetésünk, midőn vendégünk csodálkozásának adott kifejezést afelett, hogy mily változatos összeállítású beteggyűjteményt koncentráltunk a kis helyen. Valójában a hysterián és annak minden klinikai változatán kívül ott a springomyelia, a tabes, a sklerosis multiplex, a myelitis, agytumor és egyéb kórformák képviselve voltak — persze nem egyszerre, mert ehhez hiányoztak a megfelelő számú ágyak, de felváltva. Ezen a beteganyagon csinálta meg *Sarbó Artúr* a hysteriás lázról szóló alapvető pályadolgozatát; az ambulancia anyagán dolgozta ki *Pándy Kálmán* a környéki facialis-bénulás villamos viszonyairól szóló pályatételét; itt végezték *Sarbó Artúr* aortaligaturás és *Hudovernig Károly* a mozgató idegmagvak localisatiójára vonatkozó, a szakirodalomban átment szövettani vizsgálataikat és itt végeztem a magam tanársegédkorombeli ép- és kórszöveti munkálataimat. Persze e felsorolás felette esonka.

Az idegambulantiával egyesített szövettani laboratoriumról még külön kell szólanom. Itt vissza kell nyúlnom a Rókus-kórházi csepp dolgozóhelyiségre, ahol mint harmadéves medikus kezdtem meg agyszöveti munkásságomat. *Tanagl Ferenc* csupán egy félétven át dolgozott itt velem együtt és már a második félétven egy veszettségi eset központi idegrendszerének feldolgozása következtében Laufenauerrel közvetlen érintkezésbe jutván, láttam azt a rendkívüli érdeklődést és méltánylást, amelyet ő a központi idegrendszer morfológiájára íránt tanusított. Felejtethetlen emlék marad számomra az a lenyűgöző hatás, amelyet őreá, aki kármínos festés adta képekhez volt szokva, 1885-ben az első Weigert-es festésű praeparatum (egy nyúltvelőmetszet) látása tett és amely hatás mindannyiszor megisméltődött, valahányszor az első Nissl-festésű, az első Cajal-féle ezüstözési vagy a Marchi-féle osmoniumos módszer adta degeneratív praeparatumot mutattam be neki. Ő, aki akkor már a mindennapos szakorvosi gyakorlat által erősen igénybe vett és így fáradt ember is volt, valósággal felüdülni látszott a mikroszkop nyújtotta képek láttára.

Míg a budai megfigyelőosztály Laufenauer számára csak a gond tanyája volt, ahol ő csodálatraméltó ellenőrzést fejtett ki, mely az átiratokban, felterjesztésekben a vesszőig és pontig terjedő gondosságában, új segédorvosok belépése esetén az administratio minden esínja-bínjának betartása felett való szigorú örkődésében nyilvánult meg, addig a pesti neurologiai és szöveti része az ő klinikájának neki, mint maga szokta volt mondani, csak üdülést, szórakozást és tanulságot nyújtott. Ez volt az ő büszkesége azon élénk tudományos munkásság miatt, mely itt kifejezésre jutott, valamint hogy *Goldflam*, *Edinger* és más külföldi kapacitások itt végzett látogatásai neki igen jól estek. Lélektanilag érthető ezek után, hogy Laufenauer klinikájának neurologiai osztályát előnyben részesítette pszichiatriai osztálya felett, amint ezt *Moravcsik* emlékbeszédében helyesen jegyzi meg. De hiszen ez volt az ő tanári működésének tudományos szempontból lüktető része és tény az is, hogy a neurosisokról tartott előadásai a szöveti dolgozó és ambulancia helyiségében sokkal vonzóbbak voltak, mint a megfigyelőosztályon tartott elmekórtani előadásai.

Ezek után azt mondhatnók, hogy a pszichiatriában az egyetemen ért kudarcért a neurologia kárpótolta Laufenauer-t. Ez utóbbi tárgy volt az, melynek rohamos fejlődése éppen Laufenauer korára is esvén, őt klinikai

szépségével és érdekességével lebilincselte és így a esalódásokért némi vigaszt nyújtott. Bárha sejtette volna a halála után megvalósult viszonyokat: az 1908-ban megnyílt fényes elme-kórtani klinikát, az 1912-ben alapított szerény agyszöveti intézetet és vajjon mily büszke, ragyogó szemekkel tekintene a röpke jelenre, amelyben az elme- és idegkórtani klinika és az agykutató intézet egy fedél alatt, egy kézben összpontosul! Amidőn én a jelent olyannak tekintem, amely Laufenauer ideáljának megfelelt volna, ugyanakkor lehetetlen nekem erre vonatkozóan egy megjegyzést elfojtanom.

Reuter Kamillo az elme-kórtan multjáról, jelenéről és jövőjéről írt cikkében az elme-kórtan tudományos művelése szempontjából igen fontosnak tartja a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetemen eddig fennállott agyanatomiai kutató intézetnek további fennállása tekintetében való biztosítását, annival inkább, mert ez az intézet alapját képezhetné oly általános pszichiatriai kutató intézetnek, mint amilyen Münchenben van. Erre nekem a következő megjegyzéseim vannak. Az olyannyira bonyolult szerkezetű központi idegrendszer felderítése csak különleges módszerekkel és sajátos munkaerőkkel levén megvalósítható, azt a gondolatot érlelte meg a néhai nagy lipesei anatomusban, *His Vilmos*ban, hogy különleges agyanatomiai kutató intézetek állíttassanak fel. Ez a gondolat főképpen a tudományos akadémiák asszociációja révén valóra vált, amennyiben létrejöttek az ú. n. interakadémiai agykutató intézetek, mint pl. *Berlinben* (O. Vogt), *Bécsben* (Obersteiner, jelenleg Marburg), *Zürichben* (Monakow), *Frankfurtban* (Edinger, jelenleg K. Goldstein), *Amsterdamban* (A. Kappers), *Madridban* (Instituto Cajal). Tizenhárom éven át vezetvén mint önálló intézetet a létrejövele pillanatától fogva az interakadémia agykutató intézet jellegével bírt. Agyszöveti Intézetet Budapesten, ennek öncélúságáról nemesak a külföld hasonló intézetei, hanem saját tapasztalataim nyomán is meggyőződtem. Nevezetesen annak belátására jutottam, hogy egy a központi idegrendszer ép- és kórszövet-tanával foglalkozó intézet a megoldásra váró kérdések oly nagy tömegével áll szemben, hogy ilyen kutató intézet, teljesen függetlenül az elme-kórtani kutató intézettől, abszolút létjogosultsággal bír, amint ezt fentvezett intézetek példája bizonyítja. Tapasztalásom szerint az agyanatomiai kutató intézet, mint egy minden klinikai céloktól független intézmény fejlődhetik a legalkalmasabb módon; ilyen intézetnek annyi irányban nyílik alkalma a *programmszerű munkára*, hogy tudományos öncélúsága csak esorbulna egy pszichiatriai kutató intézetnek egészen más természetű munkakörébe való beleillesztése által. E programmszerű munka tekintetében elég lesz arra utalnom, hogy a berlini intézetben *O. Vogt* és *K. Brodmann* a nagyagyvelő kérgének cytológiájával és myelotopographiájával, az amsterdami intézetben *A. Kappers* és tanítványai a közp. idegrendszer összehasonlító anatómiájával, a madridi intézetben *Cajal* és tanítványai az idegrendszer legfinomabb mikrotopographiájával és szövetechnikájával, a zürichi intézetben *Monakow* és tanítványai az agyroszogat és agykórtan alapvető kérdéseivel, Bécsben *Obersteiner* és tanítványai az összehasonlító neurologia és kórszöveti problémákkal foglalkozván: alapvető ismeretekkel gazdagították a tudományt. Talán szabad e helyen a budapesti intézet tudományos munkásságát is érintenem, mely a központi ép és kóros idegrendszerre vonatkozott és többek között oly kérdéseket világított meg, mint a *tabes*, az agyfelszín ép és kóros barázdaképződése, a neurologia kórszövetana és az át-

öröklődő idegbajok kórszöveti lényege. Mindezen intézetek mint a tudománynak öncélú szervei végeztek, illetve végzik kutató munkájukat. *Nézetem szerint az önálló agykutató intézetnek éppen az a rendeltetése, hogy az általa termelt tudományos felderítések és adatok nyujtsanak anyagot és jelöljenek ki irányt a klinika körében tudományosan dolgozó szövetbúvároknak.*

E kitérés után hadd fejezzem be *Laufenauer Károly* tudományos egyéniségének ecsetelését, amelyet azzal a kérdéssel kezdtem meg: mi is volt ő a magyar orvostudományra nézve? *A közöltek nyomán kimondhatjuk, hogy Laufenauer nemcsak a magyar klinikai pszichiatriának, hanem a morphologiai alapon nyugvó neurologiának is nálunk megalapozója volt*, bárha ő maga professor korában túlnyomóan a hysteriával foglalkozott. A történelmi hűség szempontjából itt sietve jegyezzük meg, hogy *Korányi Frigyes, Kéty Károly, Jendrassik Ernő, Korányi Sándor a klinikai neurologiának fényes képviselői voltak ugyan, de vitathatatlan az is, hogy az anatómiai neurologia Laufenauer intézetében talált Magyarországon igazi otthonára. Laufenauer alapvető és irányító munkásságából sarjadt ki részben az a jelen, mely a magyar pszichiatriát és neurologiát a tudományos nyugattal köti össze. Ugyanezt állapította meg 25 év előtt Kéty Károly akadémiai emlékbeszédében, mondván: „Laufenauer és tanítványai alkotják az első, külföldön is számottevő magyar elme- és idegkórtani iskolát“. Mai kulturértékek Laufenauer munkásságából fakadtak és tárgyilagosan mondhatjuk, hogy ő oly fajlagos értékű munkát végzett, mely nélkül bizony sokkal hátrább állnánk.*

Íme, ez volt *Laufenauer Károly* a szakember a legnagyobb általánosságban. A róla adott egyéni rajzban teljes pártatlanságra és valóságosságra törekedtem. Hiszen a mai alkalommal lehettem volna panegyrikos is, amire engem elsősorban tanítványi mély hálám nagyon eszabíthatott volna. De ettől tudatosan tartottam távol magam, sőt talán itt-ott a történelmi valót személyében, egyéniségében mintha erősebben domborítottam volna ki. Amikor ezt tettem, a közelmúltban elhalt egyik kiváló magyar publicistával tartottam, aki a következőket írta: „Nem azt írom, amit érzésem diktál, hanem azt, amit a száraz analízis. Csak a kiesinyek emléke nem bírja meg az egész igazságot. Nagy egyéniségek helye a történelemben van; és a történelemben tiszta igazság nélkül nincs tiszta kegyelet“. *Laufenauer Károly* emléke is elbírja az egész igazságot és így személyének helye a magyar orvosi tudomány nagyjainak sorában van mindenkorra!

T. Szakosztály! A mai alkalommal én nem *Laufenauer Károly* emberi művoltát óhajtottam részletezni, miképpen azt *Kéty Károly* a kartárs és barát meleg szívével tette, hanem vele általánosabb szempontból kívántam foglalkozni. Hogy ezt itt a szakosztályban tettem, nem szorul igazolásra, hiszen *Laufenauer* volt ennek *Kéty*vel együtt megalapítója, illetve első elnöke. Az általánosabb szempont alatt *Laufenauer* jelentőségét a magyar elme-idegkórtanra nézve értettem és e célból szaktudományos jelentőségének most elhangzott szűz analízisére törekedtem. Midőn ezt tettem, ugyanakkor mi, tanítványai, benső szükségét éreztük annak, hogy hálás megemlékezésünknek külső és maradandó jelét is adjuk. Elvégre mi, emlékének letéteményesei is idővel elmúlunk és vajjon akad-e utánnunk oly szakember, aki *Laufenauer Károly* tudományos személyiségének való jelentőségét méltatni képes leendő? A magam részéről az ő emlékének felfrissítésére és rögzítésére törekedtem akkor, mikor tavaly megjelent tanácskönyvem az ő emlékének szenteltem. Amde felmerült

egy maradandóbb emlék felállításának gondolata és így egy régi, bennünk lappangó óhaj vált valóra akkor, midőn arcásának domborművét elkészítettük, mely hála *Vastagh László* úr kiváló művészi erejének, igen jól sikerült és azt a legméltóbb helyre, első tanítványának, *Moravcsik E. Emil*nek domborművével szemben az elme- és idegkórtani klinika falán fogjuk elhelyezni. Ez az emlék nemcsak tanítványai kegyeletét, hanem elsősorban tudományos szereplésének jelentőségét hirdesse és rögzítse az utókor számára!

L A P S Z E M L E

Belorvostan.

A sejtmagkivonatok vérképző hatásáról kísérleti és embernél előforduló anaemiáknál. *O. Larsell, N. W. Jones, B. J. Philipps és H. T. Nokes.* (Journ. of the Americ. med. Association, 1928, 90. köt., 2. szám.)

A csontvelő, lépkivonat és májjal való táplálás, azonkívül mosott sejtmagok, valamint natrium nucleinicum injiciálása által előidézett haemopoetikus hatás valószínűleg mindezen anyagokban előforduló közös alkatrész hatására vezethető vissza. Szerzők destillált víz injiciálásával haemolytikus anaemiát idéztek elő nyulaknál és kutyáknál. Natrium nucleinicum és marhamájból készített nucleoprotein intravenás vagy peroralis alkalmazása után a vörösvérsejtszám és a haemopoesis jelentős megszorodását figyelték meg. Állatkísérleteik eredményei alapján secundaer, illetve perniciosus 12 anaemiaesetében, ahol az egyéb kezelések eredményhez nem vezettek, 1–6 g nuclearis kivonatot adtak peroralisan. II esetben a therapiás eredmény kielégítő volt, egy eset a kezeléssel dacolt. *Györgyi dr.*

Hypoglykaemia sklerodermiánál. *Warfield T. Longcope.* (Journ. of the Americ. med. Association, 1928, 90. köt., 1. szám.)

Generalizált skleroderma egy kifejezett pigmentációval járó esetében rövid ideig tartó éhezés után öntudatzavarral és deliriummal járó rohamok léptek fel. Ezen rohamok alatt a vércukor mélyen a normalis alatt állott. Szerző kiemelendően tartja az ezen esetben észlelt és az Addison-kórra jellemző tünetek nagyfokú hasonlatosságát. Sklerodermiának szerző által észlelt öt másik esetében úgy a vércukor, mint a vér egyéb kémiai alkatrészei a normalissal nagyjában megegyező értéket mutattak. Három esetben az alapanyagcsere a normalisnál alacsonyabb volt és thyreoidea alkalmazása a tüneteknek részben való visszaféjlesztését eredményezte. Egy gyors lefolyású sklerodermiánál a boncolás az egyik mellékvese athropiáját és interstitialis orchitist derített ki. Lehetséges, hogy belsőelválasztású mirigyek működési zavarai sklerodermiánál egy általános kórfolyamatnak ezen mirigyekre való kiterjedéseként foghatók fel és a mirigyek megbetegedésének a skleroderma aetiológiájában különös szerepet tulajdonítani nem kell. *Györgyi dr.*

Az agyvelő bántalmazottsága által előidézett vörösvérsejtszaporodás. *Kamil Schulhof és Mabel M. Matthies.* (Journ. of the Amer. med. Assoc. 89. köt., 25. sz., 2093. old.)

Szerzők házinyulak agyvelejének vegetatív centrumai közelében történt steril kovaföldinjiciálása után a vörösvérsejtek megszorodását észlelték. E kísérleti tényből arra következtetnek, hogy az agyvelőnek szerepe van a keringő vér vörösvértestszámának szabályozásában. Ezzel megmagyarázható *Schulhof* azon tapasztalata, amely szerint epidemiás encephalitis bizonyos eseteiben polyglobulia észlelhető. *Györgyi dr.*

Az essentialis hypertoniánál található vérelváltozásokról. *W. Löwenstein.* (Zeitschr. f. klin. Med. 107. kötet, 1–2 füzet.)

Szerző 50 essentialis hypertonia esetében vizsgálta a vér kémiai összetételét és a következő eredményre jut: Sokszor talál kisebb maradék-nitrogén és vércukor-

emelkedést. A vér K-tartalma nő, Ca-tartalma csökken, úgyhogy a $\frac{K}{Ca}$ -quotiens kettőre, sőt háromra is emelkedhet. Az esetek 40%-ában a vér magas Cl-tartalmat mutatott. *Westphal*l ellentétben az 50 eset közül csak egyben talál hypercholesterinaemiát. Hivatkozva számos irodalmi adatra, melyek eredményeit megerősítik, elutasítja *Westphal* theoriáját, mely szerint a hypercholesterinaemia volna a hypertonia oka; hasonlóképpen nem ismeri el a *Westphal* által ajánlott rhodantherapiát sem, mivel fenti hypothesisen alapul. *Farkas dr.*

Egy peroralisan adott cholinderivatum (pacyl) hatásáról a vérnyomásra és az emésztőmirigyek dinamikájára. *F. H. Lewy.* (Zeitschr. f. klin. Med. 107. kötet, 1–2. füzet.)

A már *Magnus* és munkatársai, valamint *Klee* által vizsgált cholinphysiologiai hatását teszt kutatás tárgyává, miután a Wiernik-gyárnak sikerült számára kifogástalan, állandó cholinpraeparatumot, a Pacyl előállítani. Embernél adva a gyógyszer, a vérnyomást csökkentti, anélkül, hogy bradykardiát idézne elő; ez a hatása különben elég soká tart, mert egy dosis után még 24 órával sem érte el a vérnyomás eredeti magasságát. Átáramoltatási kísérletben a cholin erősebben és tartósabban tágítja az ereket, mint minden más gyógyszer. A Pacyl-kezelésre különösen alkalmasak az essentialis hypertoniák, mely esetekben a subactiv panaszok a vérnyomás csökkenésével együtt tűnnek el. Ezenkívül nem hagyandó figyelmen kívül a Pacyl serkentő hatása a gyomor-, bél-, pankreas-, sőt a vesesecretióra sem, mely hatások igen kifejezettek és különösen e szervek öregkori sorvadásánál fognak nekünk értékes szolgáltatásokat tenni. *Farkas dr.*

Az újszülöttek tuberculosis ellen való preventív vaccinatiója a B. C. G.-vel. *A. Calmette.* (Statisztika és eredmények 1924 júl. 1–1927 dec. 1-ig.) — (Academie de Medecine 1928, jan. 10, Presse Medical 1928, 3. sz.)

Calmette azokról az eredményekről számol be, melyeket újszülöttek gümőkór elleni vaccinatiójával elért. Az eljárás célja, hogy lehetőleg minél hamarabb impraegnáljuk a csecsemő nyirokszerveit egy különlegesen legyöngített élő gümős bakteriumfajtaival, melynek virulentiája a szervezeten belül, ismételt generációk folyamán sem változik meg. A bakteriumok ellenanyagok termelésére bírják a szervezetet, anélkül, hogy alkalmasak volnának a szervezetben gümős elváltozásokat létrehozni. Eme ellenanyagok birtokában a szervezet sikeresen veheti fel a harcot a gümős bakteriumok virulens fajtáival szemben. Hogy e célt elérjük, 48 óras időközökben három ízben viszünk be az újszülött bélcsatornájába specialisan legyöngített élő bakterium-szuspensiót. A kezelés lehetőleg az első 10 napon történjen meg, mert akkor még a bél hámsejtjei élénk phagocytar tevékenységet fejtenek ki, s így nagy mennyiségben képesek felvenni s a nyirokszerveknek továbbadni a bélbe juttatott bakteriumokat. A bél hámsejtjei eme tulajdonságukat a 15. nap után elvesztik, ilyenkor már csak a revaccinációhoz elegendő bakteriummennyiség képes a bél hámsejtjein keresztülhatolni. Továbbá az is meggondolandó, hogy az immunitás kifejlődése kb. 25 napot vesz igénybe. Tehát ajánlatos az újszülöttet minél korábban kezelésbe venni, másrészt gondoskodni kell, hogy az immunitás eléréséig gümős fertőzéstől óva legyen.

A bemutatott statisztikai adatok 1924 július 1-től 1927 december 1-ig terjedő időre vonatkoznak. A vaccinnával kezelt újszülöttek száma 52.772, ebből kétségtelenül gümős anyáktól származott és gümős környezetben él 5749. Ez utóbbiakat két nagy csoportba sorolta *Calmette*. Külön vette a gyermeket egyéves korig és más csoportba sorolta a 2–3½ éveseket.

I. A fertőzött anyától származó fertőzött környezetben élő gyermekek száma az első életév végéig 3808. E 3808 közül elhalt összesen 118 (3.1%), míg Franciaországban a gyermekek általános halálozási aránya az első életévben: 8.5%. A 3808 újszülött közül kétségtelenül gümős megbetegedés következtében elpusztultak.

tult 34 (0.9%), míg a hasonló körülmények között élő, de nem kezelt csecsemők halálozási arányszáma egész Franciaországban 24 és 70% között ingadozik. (Dániában, ahol legkedvezőbb a statisztika: 7.7%.)

II. 2—3½ éves gyermekek száma, akik vaccinaltattak s fertőzött környezetben élnek: 1941. Ezekből meghalt összesen 1.2%. Egész Franciaországban a hasonlókorú gyermekek általános halálozási arányszáma: 1.6%. Kétségtelenül gümős megbetegedés következtében elhalt a II. csoportból 0.2%. Ha a 16 hónaposnál idősebb gyermekek csoportját tekintjük, akkor a halálozási arányszám 0! 298 esetben végeztek revaccinációt, vagyis az eljárást megismételték az első életév végén. Zavaró vagy kóros jelenségeket nem tapasztaltak. A revaccinatio felesleges. Az immunitás tovább tart, mint eredetileg gondolták: tartama kb. 5 évre tehető, tehát arra az időre, mely a legveszedelmesebb a gümős fertőzés szempontjából. Lehetséges, hogy az életben történő folytonos infectio virulens gümős bakteriumokkal fenntartja az immunitást. Az eddigi eredmények mutatják a vaccinatio ártalmatlanságát, s a 16 hónaposnál idősebb gyermekek halálozási arányszáma (0!) igazolja azt, hogy a szervezetben belül a legyöngített gümős bakteriumok nem nyertek vissza virulentiájukat. *Ruttkoi.*

Sebészet.

A Basedow-betegek műtétének Gynergénnel való előkészítéséről és utókezeléséről. *Rütz A.* (Med. Klin. 1927, 42. sz., 1551. old.)

A szerző utal az egy évvel előbb megjelent közleményére. Az egyévi tapasztalata alapján helyesíti előző közleményét azzal, hogy olyan Basedow-betegek, akik gynergénnel nem javulnak, a műtétet nem bírják, ezt boncelettel igazolja (thymus, szív). Ezért azt ajánlja, hogy ezt elkülönítő tünetek használjuk fel az operálandó és nem operálandó betegek megválasztásakor.

Szenthe dr.

Sebészi heveny gyulladással betegségek kezelése bakteriumszüredékkel. *Paul Pick.* (Wiener Med. Wochenschr. 1927, 51. sz.)

E kérdés hosszas fejtegetése után rátér saját vizsgálatainak eredményeire. A *Besredka*-féle antivirust részben módosított alakban összesen 231 esetben alkalmazta. Kétséget e szer fájdalomcsillapító hatásában, mely a sebészileg nem kezelt esetekben ugyanakkora, mint a páraakötésé, a sebészileg helyesen kezelt esetekben viszont a fájdalom e szer nélkül is lényegesen csökken. Az antivirust hatásmechanizmusánál két componenst különböztet meg: az egyik, amelyik túlnyomó, az egyszerű, nedves páraakötés hatása, a másik, mely gyakran előtérbe sem lép, fehérje hasadásterméké, mely mint proteintherapia hat és pedig csak hámbiány esetén. Az antivirust nem tartja specifikusnak. Az antivirust csak a sebészi eljárás alátámasztására alkalmazná.

Horváth György dr.

Vitalisan festett sejtek viselkedése a callusképzésnél. *Partsch-Bielich.* (Arch. f. klin. Chir. No. 147.)

A csonttörések gyógyulásánál ellenőrizhető-e a vitalis festéssel, az ú. n. „Speiderzellen“. Megjelenésükből (hely, idő), elhelyezkedésükből és szaporodásükből a szerepükre lehet következtetni. Vizsgálataik eredménye, hogy a törés után 48 órával jelentkező sejtek a 6. napon találhatók a legnagyobb számban, a 3. héten eltűnnek. Véleményük szerint e sejteknek igen fontos szerep jut a törés helyén levő szövettörmelék, elsősorban a toxikus sejtfehérje bomlástermékeinek eltávolításában, ami megfelel makrophag természetűeknek. Az intraossealisan fekvő, vitalisan festett sejtek már 24 órával a törés után éles határt vonnak az elhaló és az épvelő között. A callus felépítésében ezen sejtek nem vesznek részt.

Pommersheim.

Mastitis kezelése. *Franz Schwartz.* (Med. Klinik. 1927, 51. sz.)

Nincs az a kezelési mód, melyet emlőgyulladásnál meg ne próbáltak volna. Ezeknek egy része sebészi eljárás (sugárirányú bemetszés, ívmetszés az alsó redő-

ben az emlő felcsapásával és a két eljárás combinatiója), más részük pedig conservatív (pangásos vérbőség *Bier* szerint, fehérjeinjekciók, sajátvérbefecskendés stb.). Mindezen eljárások vagy nem vezetnek célhoz, vagy pedig a gyakorlóorvos számára nehezen kivihetők. Ajánlja a melegkezelést, amelyet szerző 72 esetben sikeresen alkalmazott. A meleg lehet akár nedves, akár száraz (lenmagliszt, thermophor vagy bármely más meleg), melyet tartósan olyan magas hőmérsékleten kell tartanunk, ahogy a betegek csak elbírnák. Emellett a melegítés közti időszakban a mellet magasan kötjük fel. A betegek a meleget jól tűrik, gyakran hőmérsékemelkedés lép fel, amely azonban hamar eltűnik, a fájdalom gyorsan enyhülnek és 1—3 nap múlva a geny áttör, 3—4 napig tartó bő genyfolyság indul meg. A környezet lobos beszűrődése hamar visszamegy és 2—3 hét múlva a folyamat meggyógyul. Ez az eljárás nem alkalmazható mastitis phlegmanosánál és retromammaris tályogoknál.

Horváth György dr.

A callus histogenesise és esontosodása. *T. Asada.* (Arch. f. klin. Chir. 147.)

A periostealis callus nem az erek endotheléből, hanem a jól táplált belső periostrostok sejtjeiből — a törés környékében — képződik. A callus képződésénél a capillariskörül nem differenciált sejtek keletkeznek, melyek az erekkel a differenciált zónába belenőnek. Ezek hosszú ideig indifferenciáltak maradnak. Szerző kísérleteinél a porcellus az enchondralis esontosodás szerint történik.

Pommersheim.

A cholecystektomia befolyása a gyomorsavválasztásra. *Dr. Hans L. Popper.* (Wien. kl. Wochenschr. 1927, 46. sz.)

Az eddig megjelent közleményekben a legtöbb szerző epehólyagkiirtás után gyomorsavcsökkenésről számol be. Ezzel szemben kimutatja, hogy az epehólyagkiirtásnak semmi befolyása nincs a gyomorsavértékekre. A műtét után másfél évvel vizsgálva, mely időt szükségesnek tart arra, hogy a szervezet a betegség és a műtét okozta ártalmakat kiheverje, a betegek nagy részénél normalis, sőt egyrésznél magasabb savértékeket sikerült kimutatnia. Kivételt képeznek szerinte azon esetek, amelyeknél gyulladással, vagy mechanikai szövődmények szerepeltek, mert ezeknél 50%-ban an, illetőleg subaciditást talált.

Pollner dr.

Felnöttek sphasmophyliájának és tetaniájának csont átültetésével való kezeléséhez. *I. M. Krinicki.* (Arch. f. Klin. Chir. 47. köt., 3. füz.)

Oppel spondylitis miatt végzett *Albee*-műtét után vércalcium szintjének lényeges emelkedését észlelte és ez arra indította, hogy tetaniás és spasmophylias betegeknek csontátültetést végezve, a vércalcium szintjének emelésével a göresös állapotot befolyásolja. Néhány eset igen biztató eredménnyel járt, az összes kóros tünet a műtét után már egy héttel megszűnt. Heteroplastikus csontátültetést végez. Az eredmények jobbak, mint a parathyreoidea átültetésénél, azonban tartósság szempontjából még nincsenek tapasztalatai.

Herresbacher.

Strumektomia különös tekintettel a javallatra és késői eredményre. *Troell A.* (Arch. f. klin. Chir. 147. köt., 2. füz.)

337 operált golyvaesetről számol be, melyek közül 144 klinikailag normofunct., 193 toxikus golyva volt. Az elkülönítésnél többnyire elég támpontot talál a klinikai vizsgálatban, melynél a fősúlyt a tapintásra és a beteg általános állapotára — szívtünetek — helyezi. Értékes útbaigazítást szolgáltat a *Krogh* szerint mért anyagforgalom jellemzője, melyet utóbbi évben kivétel nélkül alkalmaz. A műtét javallatát úgy állítja fel, hogy csak azon golyvát operálja, mely panaszt okoz. Legnagyobb részt mechanikus panaszok szerepelnek, kisebb részben ideges panaszok, gyors növekedés, kozmetikai okok stb., míg Basedow-golyvát kivétel nélkül a toxikus tünetek miatt operáltak. A Basedow-golyva műtéti javallatát elsősorban az anyagcserevizsgálatok adják és azt tapasztalta, hogy igaza van *Landström*nek, aki azt mondja, hogy semmiféle gyógyszer, általában conser-

vativ gyógyódnak ninesenek olyan jó eredményei, mint a műtéti eljárásnak. Fontosnak tartja a belgyógyászati előkészítést, mely az anyagcsere intenzitást leállítja, de még fontosabb, hogy a műtét időpontja az anyagcsereintenzitás esési időszakára jusson. Műtéti halálózása az atoxikus golyvák műtéteinél, beleszámítva a rosszindulatú golyvákat is, 2%, a toxikus golyváké 6-7%.

Herresbacher.

Szemészet.

A könnytömlőgyenedés kezelése Besredka-féle bouillon-vaccinával. *Avogusewitsch és Nikolaewa.* (Zeitschrift für Augenheilk. 1927. dec.)

A szerzők a Besredka-féle antivirust chronikus daeryocystitistnél úgy alkalmazták, hogy az előbb kiöblített könnytömlőt vele átfecskendezték. Eleinte mindig heterogen vaccinát használtak és ha ez javulást nem hozott, akkor autovaccinát készítettek. Az átfecskendést többször megismételték. 31 beteget kezeltek ekképen: az eseteknek körülbelül a felében kedvező volt az eredmény. Végleges véleményt még nem mondanak.

Horay dr.

Adatok a szemnek a himlővédőtással kapcsolatos bántalmihoz. *Jese, Laibach.* (Zeitschr. für Augenheilk. 1927. dec.)

Két esetet közöl: *I.* Egyéves gyermeknek a himlőoltás után erősen megdagad a karja, majd görcsös állapotba esik magas lázzal, végtagjai megmerevednek. Az oltás után 14 nappal a gyermek nem lát, szemfenék ép. Nyole nap múlva gyógyulás, a látás visszatér. — *II.* Tizenöt hónapos gyermek az oltás után súlyos általános tünetek között az egyik szemén izzadmányos uveitisben, a másik szemén embolia art. centr. ret.-ben megvakult. Az első esetben nyilván encephalitises centralis látászavarról van szó, a másodikban metastatikus ophthalmiáról. Mivel a himlőoltás rendkívül ritkán okoz ilyen súlyos *belső* elváltozásokat a szemén, feltehető, hogy nem a vírus mint ilyen a káros tényező. A vaccina-vírusnak inkább *indirect* szerepe van: valószínűleg a latens encephalitises folyamatot mozgósította az első esetben és múltó zavarokat idézett elő a központi látópályákon. A második esetet a szerző a csecsemőkori kryptogen metastatikus chorioretinitisekhez sorolja.

Horay dr.

A neuritis retrobulbaris kezelése az orrnak cocain-adrenalinval való tamponálásával. *K. Mylius, Hamburg.* (Zeitschrift für Augenheilk. 1928. jan.)

A szerző elismeri ugyan az orrmelléküreg-bántalmak fontos szerepét a neuritis retrobulbaris aetiologiájában, mégis azt tartja, hogy az utóbbi időben sok szerző ezt túlzásba vitte. Ő 13 esetben 4%-os cocain és 1/100-es adrenalin-oldatba mártott vattával 1/2 órán át tamponálta az orrüreget — és mindenkor a beteg szemén látásjavulást észlelt. Az aetiológia a legtöbb esetben sklerosis multiplex volt; a rhinogen eredet csak kevés esetben látja bizonyítottnak. Szerinte a cocain-adrenalin tamponade eredményessége sem bizonyít a rhinogen eredet mellett. Nem hiszi, hogy a tampon vértelenítés által hatna, talán inkább az anaemiát felváltó hyperaemiának van jó hatása.

Horay dr.

Gyermekorvostan.

Az acidotikus-toxikus exsiccosisok pathogenesisé a gyermekkorban. *W. Seckel.* (Klinische Wochenschrift, 1927, 49., 2316.)

A vizsgálat tárgyát két gyermek viselkedése képezte szénhydrateltvonásra. Az egyik beteg gyermek már előzőleg is hajlamot mutatott acidotikus hányásra, a másik controll-gyermeknél hasonló hajlam nem állott fenn. A szénhydratot egyidejűleg mindkettőtől elvonva, az elsőnél esakhamar hatalmas súlyvesztés állott elő toxikus légzéssel, magas hőmérséklettel, ugyanakkor a vizelet bővelkedett acetonnal és accetsavban, az alkalireserve a vérben jelentékenyen csökkent. A vér és vizeletváltozások sokkal korábban jelentek meg,

mint a hányás, ezek tehát nem a hányás következményei. A controll-gyermeknél szintén nagymennyiségű acetonnal és accetsav volt a vizeletben, a vér bicarbonattartalma csökkent, azonban mindezek az elváltozások sokkal lassabban léptek fel, mint az első esetben. Hányásra a controll-gyermeknél nem került sor. A beteg gyermek ezek szerint constitutiójánál fogva hajlamot és érzékenységet mutatott az acidosisra. Az általános acidosis nem lehet oka a nagyfokú elesettségeknek, mert ez a controll-gyermeknél a kifejezett acidosis dacára sem jelentkezett.

Csapó dr.

A Koplik-foltról. *N. Iavorone.* (La Pediatría, 1927, 12. füz.)

Egyik tüdőbeteg gondozó nagy anyagáról, epidemia kapcsán észlelt megfigyeléseit közli. Az általa megfigyelt esetek 96,6%-ánál talált Koplik-foltot; a kiütés előtt egy nappal 20%, két nappal 10%, három nappal 32%, négy nappal 28% és öt nappal 6,6%-ban.

Három esetben látta a foltok atypusos megjelenési helyét, még pedig az ajak nyálkahártyáján. Koplik-foltot sohasem észlelt olyan gyermeknél, akinek előzőleg láza ne lett volna. Három esetben, akiknél láz kíséretében Koplik-foltot látott, kiütés sohasem jelentkezett, ami bizonyítja, hogy a folt az egyetlen biztos tünete lehet a kanyarós fertőzésnek.

Kocsis István dr.

Lehetséges-e diphtheria ellen peroralisan immunizálni. *Walter Pockel.* (Klinische Wochenschrift, 45, 2137, 1927.)

32 Schick-positív gyermek közül 28-nál sikerült 10–30 normalkacsnyi előlt diphtheriabacillus peroralis adagolása által negatív Schick-reactiót elérni 6–8 hét után. Az így elért immunitás azonban nem nagyon erős, a vérszumban 0,01 antitoxin-egységnek mindig kevesebb volt található cm³-enként. Ennek alapján a diphtheriaellenes biztos védelemről beszélni a peroralis adagolás által egyelőre még korai, lehetséges azonban, hogy a negatív Schick-reactióban kifejezésre jutó szövet-immunitás sokkal fontosabb, mint a serum antitoxintartalma.

Csapó dr.

Vér katalitikus hatása különös tekintettel a gyermekkorra. *H. Bischoff.* (Archiv f. Khk. 82., 23.)

Vérkatalase meghatározást végzett felnőtteknél, gyermekeknél és csecsemőkönél összesen 452 esetben. Vizsgálatai szerint a vérkatalase felnőtteknél 16:1, gyermekeknél 16:8, csecsemőkönél 14:1. A vérkatalase függ az egyes capillaris régiótól, ahonnan a vért vesszük, mert az egyes régiók között nagy és szabálytalan értékváltozás észlelhető. Így általában a vérkatalaseszám nagyobb, hogyha a vért a fül capillarisaiból vesszük, mintha a sarok vagy ujj capillarisaiból vennénk. Az individualis változás kb. 10%-ot tesz ki. Gyermekeknél a vérkatalaset nem befolyásolja sem a quarfénykezelés, sem pedig egyes betegségek, pl. tüdőbete, typhus, pertussis, pneumonia, morbilli, scarlatina, exsudatív diathesis, atrophia. Táplálékfelvétel után kb. 60 perccel mérsékelt esés észlelhető.

György dr.

Purpura fulminans kórképe. *Knauer.* (Jahrb. f. Kinderheilk. 1927 nov.)

Hat éves leánygyermeket észlelt, kinél varicella nyomán purpura fulminans lépett fel. Családi anamnesis negatív. Az egész testre kiterjedő vérzés és véres székek magyarázatát a fibrinogen megkevesbedésében látja. Ezen esetben normalis alvadási idő mellett in vitro a vér nem alvadt meg; thrombopenia nem volt kimutatható. A gyermek meggyógyult ismételt vértransfusio segítségével.

György dr.

A csecsemők ruminatiója. *Abraham.* (Arch. f. Kinderheilk. 82. köt., 2/3. füz.)

A csecsemők ruminatiójának ismert kórrajzát egészíti ki szerző három, általa igen pontosan megfigyelt eset részletes leírásával. Ezen megfigyelésének lényege, hogy a ruminatio semmi összefüggésben nincs a pylorospasmussal (ellentétben *Finkelstein, Lust, Aschenheim, Freund* nézetével). A betegségnek sem anatómiai elváltozások (ép gyomorchemismus), sem reflex úton magyarázható kiváltás nem lehet az oka. Véleménye szerint

a csecsemő bizonyos jóleső érzéssel ruminál, amit bizonyít, hogy a hányásoknál nem szenved, ellenkezőleg, kielégült arecal nyeli újra le a felbőfögött gyomortartalmat. Bizonyítaná ezen állítását az is, hogy a csecsemők a ruminálást önkényesen váltják ki az ökölnék a szájba dugásával, amit szerző ábrával is demonstrál. A therapiát illetőleg legfontosabbnak tartja atropin mellőzése mellett a pépes étkezéssel kívül a psychikus gyógymódot: idegen környezetet, állandó felügyeletet, hasrafektetést, esetleg a kezek kikötését is.

Rohrböck Ferenc dr.

A gyermeki féregnyúlvány röntgenképe. I. Siegl. (Arch. für Kinderheilk. 1928. 82. köt., 1/2. füz.)

51 egészséges gyermek közül 37-nél (73%) sikerült egyszerű methodikával az appendixet láthatóvá tenni. A methodika lényege: bariumsulfat darapépben, álló betegen való átvilágítás, a Holzknacht-féle distinctor alkalmazása. Az appendix telődése a coecumával körülbelül egyidejűleg következik be, 4–6 órával az étkezés után. Telt coecum mellett a féregnyúlvány többször kiürülhet és újra telődhet. Az ép appendix rendszerint a coecum alsó felszínéről indul el, különböző hosszú, tollszárvastag, símafalú, mozgatható, időnkint activ befűződéseket mutat, főleg ürülés előtt.

König dr.

A Bessau-féle 10%-os rizsnyák hatása a gyomor és a duodenum elválasztására. Kufarew és Patuschinsky. (Arch. für Kinderheilk. 1928. 82. köt., 1/2. füz.)

Szerzők két operált kutyán végezték vizsgálataikat. Az egyik kutyának Pawlow-Heidenhain-methodusa szerint izolált „kis gyomra” volt és fistulás „nagy gyomra”, — ez az állat szolgált a gyomorelválasztás tanulmányozására, — a másik kutyának gyomor- és duodenumfistulája volt, ennél figyelték a duodenum secretióját. A nagy körültekintéssel megejtett kísérletekből kiderül, hogy a 10%-os rizsnyák alig van hatással a gyomorelválasztásra, — ezzel szemben fokozza a duodenalis nedvek kiválasztását, főleg a pankreas és bélnedvekét, növeli a bélnedv alkalitását pH 6.5-ről pH 7.2-re. Az ily módon nyert nedvek trypsin és diastase emésztése igen jó. Mindezek alapján a kísérlet is alátámasztja a Bessau által felállított indiciók jogosultságát, különösen, ami e tápláléknak a savanyú erjedéses dyspepsiáknál való alkalmazását illeti.

König dr.

A gümőkóros bőrfolyamatok kezelése gyermekek-nél. Paula Werth. (Archiv f. Kinderheilk. 1927, 2–3. f.)

Szerző a lupusnál pyotropinnal elért jó eredmények alapján a bőrgümőkór más formáinál a pyotropinnal enyhébb hatású Unna-féle „zöld kenőcsöt” alkalmazta. Utóbbi hatására a gümőkóros szövet beolvadt, a fekélyképződés után pedig gyors hegesezés indult meg. A kezelés alapfeltétele, hogy a zöld kenőcs szabadon érje a gümőkóros szövetet, a bőr alatti sipolyokat tehát a kezelést előtt fel tární. A kezelési idő egy hónaptól 10 hónapig tartott. A kezelés veszélytelen, más gyógyító eljárásokkal egyidejűleg is alkalmazható és nagyon jó kozmetikai eredményeket ad. A gyógyulás tartósságának megítélésére még további megfigyelések szükségesek.

Paunz János dr.

Különös tüdőlelet nirvanol-intoxicatióval. Klara Pilz. (Arch. für Kinderheilk. 82. köt., 2–3. füz.)

Nirvanolnak chorea minor-nál kifejtett hatásmechanismusa még nem tisztázott, de kétségtelen, hogy a nirvanol-kezelésnél fellépő intoxicációs tünetek nagy befolyással vannak az általános állapotra, 10 éves leánygyermekét észlelt, akit nirvanollaal kezeltek; naponta 0.3 g-ot kapott. A következő napokban az incoordinatio csak fokozódott és a hatodik napon cyanosis, dyspnoë és erős köhögés lépett fel. Később magas láz, hányás kíséretében, mire a nirvanol elhagyták. A tüdőről készített Röntgen-felvétel mindkét oldalt a hilusból kiindulólág kiterjedt árnyék volt látható, amely csaknem az egész tüdőmezőt kitöltötte. Előbb centralis pneumonia-ra vagy bronchopneumonia-ra gondoltak, de később ezen diagnosis nem bizonyult helyesnek. A dyspnoë később javult és a gyermek két nap múlva láz-

tan lett, a tüdőlelet is javult, amennyiben később csak erősebb hilus volt észlelhető, kissé erősebb ágrajzolattal a rekesz felé. Az incoordinatio csaknem teljesen megszűnt és a nirvanol-kezelés után a 16. napon az intoxicációs tünetek teljesen megszűntek.

György dr.

Elméleti tudományok köréből.

Synthetikus ephedrin. K. K. Chen. (Proc. Soc. Exp. Biol. and Med. 1927, 25, 148.)

A természetes és synthetikus ephedrin az optikai aktivitásában különbözik; a természetes ephedrin balra forgat, a synthetikus pedig optikailag inactiv. Általános tapasztalat az, hogy több jól ismert anyag racemás módosulata kevésbé hatásos, mint az l-módosulat (például: adrenalin, homatropin, hoocyamin, stb.). Szerző összehasonlította az általa előállított természetes ephedrint a Merck-féle synthetikus ephedriannel (ephethonin). Utóbbinak a hydrochloridja 187 C°-on olvad, opt. inactiv vizes oldatban; cuprihydroxyddal vörös színt ad, mely aetherrel kioldható. A synthetikus ephedrin pharmacologiai hatásai: mydriasiót okoz accomodációs bénulás nélkül; intravenásan 2 mg pro kg., kutyán, macskán vagy nyúlón vérnyomásemelkedést okoz, mely 25–30 percig tart; a pulsusfrequentiát növeli, főként atropinózis után; a veseereket, az orr és melléküregek nyálkahártyáinak ereit szűkíti. Ergotamin csökkenti ugyan a vérnyomás emelő hatását, de nem fordítja ezt meg, mint az adrenalinét. Nagy morphinadag okozta vérnyomáscsökkenést megszünteti, épp úgy, mint az arecolin nagy physostigmin okozta bronchialis spasmust. Tengeri malac uterust contrahálja. Qualitative tehát teljesen hasonlóan viselkedik, mint a természetes ephedrin. Quantitative vizsgálva a synthetikus ephedrin emberen 50–100 mg-nyi mennyiségben a vérnyomást néhány Hgmm-rel emeli, de sokkal kevésbé hatásos, mint a természetes ephedrin, a kaukázusi fajtánál a synthetikus ephedrin valamivel kevésbé hatásos mydriaticum. A MLD mindkét drogra nézve fehér házi-nyúlón 60 mg pro kg. Általában véve a vérnyomást emelő hatástól eltekintve, embernél alkalmazva, nem észlelhető nagy különbség synthetikus és természetes ephedrin között.

Stasiak dr.

Emésztetlen fehérjék felszívódása a bélesatornán keresztül. M. Walzer. (J. of Immunology. 1927, 14, 143.)

Érzékeny serologiai reakciókkal (praecipitatio, complementkötés) való vizsgálattal egyeseknek sikerült kimutatni, hogy igen kevés fehérje lebontatlanul juthat be a szervezetbe a bélesatorna falán keresztül, mások azonban ezt nem tudták megerősíteni. Szerző igen érdekes technikát dolgozott ki ennek az immunitástani szempontból fontos kérdésnek a tanulmányozására. Tojásfehérjével és halfehérjével szemben allergiás gyermekek savójával intracutan oltásokat végzett egészséges egyéneken. Ismeretes, hogy ezek az oltások a szomszédos bőrterületre kiterjedő passiv allergiát hoznak létre. Szerző ahelyett, hogy a megfelelő fehérjék localis injectiójával vizsgálta volna az érzékenység kifejlődését, a sensibilizáló injectiót követő nap reggelén éhgyomorral nyers tojást, illetőleg heringet etetett a kísérleti egyénekekkel. Az étkezést követő néhány perc múlva, de legkésőbb egy órában belül az intracutan injectio helyén pruritus, majd kiterjedt erythema, néha vesiculaképződés volt észlelhető. A tünetek gyorsan visszafejlődtek. 200 egészséges egyéneken ezernél több esetben ismételve meg ezt a reakciót, egy-két kivételtől eltekintve, minden esetben positiv reakciót észlelt, melyből arra következtet, hogy éhgyomorral elfogyasztott fehérjékből egy kevés lebontatlanul jut át a szervezetbe physiologiai körülmények mellett is. Arra, hogy a fehérjék valóban változatlanul jutottak át a bélesatorna falán, egyrészt abból következtet, hogy eddigi immunitástani ismereteink szerint nem lehetséges hasonló reakciók kiváltása lebontott fehérjékkel, másrészt abból, hogy a reactio néha az étkezés után pár perc múlva már észlelhető, ezen idő alatt pedig lebontással való felszívódásra nem lehet gondolni.

Tomcsik dr.

Rendellenes emberi isohaemagglutininekről. G. R. Lacy. (J. of Immunology. 1927, 14., 189.)

Szerző súlyos bakteriemiában szenvedő egyének-nél megismételt transfusio és véresoprtmegtartozás alkalmával változásokat észlelt ugyanazon egyének savójának haemagglutinintartalmában. Egyik betegnek a savója autoisohaemagglutinint is tartalmazott, három beteg savója pedig a saját vörösvérsejtjeit nem agglutinálta, ellenben más egyénekből származó bármilyen típusú vörösvérsejtet agglutinált. Ezen rendellenes esetek mindegyikében tokos baktériumok (pneumococcus, B. lactis aerogenes, tokos coli) voltak kimutathatók a vérben. In vitro végzett kísérletekben sikerült kimutatnia a szerzőnek, hogy csak tokos baktériumok jelenlétében jön létre rendellenes vagy spon-tan haemagglutinatio.

Tomcsik dr.

Anaphylaxiás kísérletek paramaeciiummal. S. G. Ramsdell (J. of Immunology. 1927, 14., 197.)

Az anaphylaxiás reakciónak egyes sejtekre való hatása kevésbé ismeretes. A síma izomsejtek anaphylaxiánál való összehúzódásának ismerete arra indította a szerzőt, hogy a contractilis állományban gazdag paramaeciiumokkal végezzen kísérleteket. Ringer-oldatban suspendált paramaeciiumokat passive sensibilizált, tojásfehérjét praecipitáló nyúlsavóval. Négy óra múlva, a Ringer-oldat váltása után, tojásfehérjét adott a suspen-sióhoz és a paramaeciiumok rövid idő múlva bekövetkező mozgásváltozásából, valamint protoplasmaválto-zásokból következtetett a reakcióra. Minthogy BaCl hasonló elváltozásokat idéz elő, a paramaeciiumokon, előbbi elváltozások anaphylaxiás shocknak tekinthetők.

Tomcsik dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Syphillis und innere Medizin. Hermann Schlesinger. I. rész: Die Arthrolues tarda und ihre Therapie. 1925. 165 oldal. — II. rész: Die Syphillis der Baueinge-weide. 1926. 283 oldal. — III. rész: Die Syphillis des Zir-kulations- und Respirationstraktes und der innersekretorischen Drüsen. Syphillis und Blutkrankheiten. 1928. 234 oldal. — Julius Springer, Wien.

I. rész: Részletes munka, a legbővebb, amely evvel a themával foglalkozik. A betegségnek négy típusát és ezek keretén belül még két megjelenési alakját különbözteti meg. A localis vagy multiplex izületi és izület-körüli elváltozások lueses eredetének megállapítása nem könnyű és így gyakran rejtve is marad. A diagnosis szempontjából fontos a gyakran jellemző localisatio (sternoclaviculáris izületben vagy keratitis parenchy-matosa mellett symmetriás genitis). A fájdalomra jellemző és az éjszakai exacerbatio. A működészavar aránylag jelentéktelen; a Röntgen-vizsgálat letele sok-féle lehet. Fontos az esetleges punctiós folyadék gyakran positiv Wa-reactiója. Szerző rendkívül fontosnak tartja azt, hogy a betegség a szokásos rheumaellenes szerekkel szemben refractaer, míg antilueticumokkal szembeni érzékenysége ex juvenibus a diagnosis szempontjából is sok következtetésre jogosít. Herxheimer-reactio nemesak nagyon gyakori, de a diagnosis egyik legértékesebb támasza. Mindezen támpontok mellett is a betegség lueses voltának megállapítása ritkán sikerül teljes biztonsággal; oka ennek különösen az, hogy a hereditolues eseteinek kivételével a szervezet egyéb lueses elváltozása feltűnően ritka, a Wa-reactio pedig az esetek nagyobbik felében negativ. Szerző bőséges symptomatológiát ad, nagyon részletes, becseületes, a részletekre bőven kiterjedő munkát végez, ám érveit a betegség más izületi bajokhoz való nagy hasonlósága és teljes bizonyító értékkel bíró tünetek ritka és kevés volta miatt az olvasót teljesen meggyőzni alig tudják.

II. rész: A munkának ez a része sokkal bővebb, mint az első és sokkal ismertebb lueses elváltozásokkal foglalkozik. Legrészletesebben a máj syphilliséről szól. A lueses májbetegségeket hat típusra osztja fel. A diagnosis itt sokkal meggyőzőbb támpontokon nyugszik, mint az arthrolues eseteiben. Két momentumot tart legfontosabbnak: a constitutiós lues és a máj betegségének megállapítását. A specifikus reactio — specia-lisan a seroreactiók — gyakran cserben hagynak. Fontos a fájdalom, amely itt is főleg éjszaka kínozza a

beteget. Gyakori a láz és természetesen egyéb, a máj más betegségeinél is meglévő tünetek: ikterus, ascites, léptumor, functiozavar. Legfontosabb talán a máj kóros elváltozásának jellemző volta, amely legtöbbször tapintással, pneumoperitoneum készítésével és Röntgenvizsgálattal állapítható meg. A differentialediagnosis szempontjából szóba jöhet malaria (positiv Wa-reactio!), májtályog, echinococcus, máj és epehólyagcarcinoma, stb. és az nagyon nehéz — gyakran lehetetlen is cirrhosis hepatitis különböző alakja és Banti-kórral szemben. Fontos itt is az antilueses kúra hatása, a provokáló eljárások jellemző eredménye és a luesnek egyéb szervekben gyakori előfordulása. A korai therapia jó eredménye gyakori. Jó összeállítását adja a lueses ikterus, a salvarsanikterus és a hevenyész sárga máj-sorvadásnak. Kár, hogy a salvarsanikterus pathogene-sisének meggyőző magyarázatát szerző sem tudja adni; szerinte azt esetleg a forszírozott salvarsan-adagolás okozza luesesen bántalmazott májon. A ritkán felismert gyomorlues nagyon gazdag tünettanát ismerteti. Hang-súlyozza, hogy a Wa-reactio akár positiv, akár negativ volta egyaránt alig értékesíthető, éppen úgy, mint ahogy itt az „ex juvenibus“ következtetéssel is nagyon óvatosnak kell lennünk. A diagnosist, amely biztosan csak nagyon ritkán állítható fel, leginkább az esetleges multiplex gyomorstenosis, az an- vagy hypaciditas hosszú bacillusok nélkül, a kiterjedt mucosaelváltozá-sok a gyomor orális részén, az általános lues és külö-nösen a májlues, valamint multiplex hasonló eredetű vékonybélstenosisok, hosszantartó gyomorcarcinoma-tünetek megfelelő rosszabbodás nélkül támogatják leg-jobbán, de azok is csak együttesen. A bél-luesre szintén a multiplex stenosis jellemző, amely a bél felső szakaszán támad. A specifikus therapia jó hatása támogatja a diagnosist. Sokszor szükséges a sebészi therapia is, különösen akkor, ha carcinoma ki nem zárható. A pan-kreas luesével nagyon keveset foglalkozik; felismerése nehéz, therapiája kétséges. Szerző szerint lueses eredetű diabetes ritkán fordul elő. A lép syphillisének tünetana szerint ötféle alakját különbözteti meg, de ezeket röviden tárgyalja. A diagnosis nehéz akkor, ha más szerv luesesen nem beteg. A hepatolienalis betegségek sok ismert alakjával az összetévesztés gyakori, azoktól az elkülönítés nehéz. A positiv Wa-reactio nem mindig bizonyító; specifikus gyógyszerre esetleg góc- és általános reactiót észlelhetünk. A vese lueses megbetegedései közül a nephrosissal foglalkozó fejezet a legtöbb posi-tívumot nyújt; tünettanában azonban újat alig mond. Érdekes, hogy szerinte a vizeletben spirochaeták kimutatása lehetséges. A lueses nephrocirrhosis differentia-diagnosisa alig lehetséges, mert az a primaer vagy secundaer nephrocirrhosis, illetőleg sklerosissal min-denben egyezik.

A III. rész a belorvostan körébe tartozó legérde-kesebb és talán legfontosabb lueses megbetegedéseket tárgyalja. A szív lueses betegségeit két részre osztja: az első részben a korai betegségek ritkább alakját, a másodikban a késői lueses elváltozásokat tárgyalja. Ez utóbbi fejezetben figyelmeztet arra, hogy a vezetési zavar alapja mindig szervi elváltozás, amiért is komoly betegségnek tekintendő. Míg az aorta lueses eredetű stenosisa nagyon ritka, addig a pulmonalis billentyűk megbetegedése aránylag gyakoribb. A kétkegyű billen-tyű lueses megbetegedése szerző szerint kétséges, de leg-alább is nagyon ritka. Az aorta luesének tárgyalására 80 oldalt szentel. A tárgyalás alapjául szolgáló beosztás a szokásos. Ő is fontosnak tartja többek között a II. aortahang ékelttségét nem fokozott vérnyomás mellett és a Röntgen-vizsgálat széles árnyékát, amely ritkán hiányzik; a gyakoriak mellett sok ritkábbat is sorol fel. Negativ Wa-reactio szerző szerint sokkal gyakrab-ban fordul elő, mint az általában az orvosi köztudat-ban él. Általában annál inkább számíthatunk positiv Wa-reactióra, mennél idősebb a beteg és mennél kife-jezettebbek az aortalues tünetei. Az aorta insufficien-tiája a betegek 21–80%-ában fordul elő a különböző szerzők adatai szerint. A diastolés zöreij karakterére jellemző, hogy magasan hallható és fölfelé vezetetik; a majdnem állandó systolés zöreij úgyszólván sohasem aortalueses jele. Az angina pectoralis betegek átlag egyharmada lueses. A kétoldali brachialgia ilyen bete-geken ominosus jelentőségű. A cardialis dyspnoë kér-désével röviden foglalkozik. Különös és paradoxon-képen hangzó véleménye, hogy aorta- (és ideg-) lues az utóbbi években való gyakori előfordulásának oka az erélyes és kiterjedt specifikus kezelés következménye. Ez lehetséges, de arra is gondolhatnánk, hogy több eset

ma azért van, mert a bajt könnyebben ismerjük fel, mint azelőtt. A szövődmenyes aortalnes prognosisa aránylag rossz; a döntő momentum a szívizom állapota. Az angina pectoris súlyos szövődmeny. Supravulvaris aortitis gyakran feltűnő sokáig panaszmentesen stationaer maradhat. Az aorta aneurysma nagyon jó és bőséges összefoglalását adja; újat azonban alig mond. Szerző a therapia tekintetében nem áll radicalis állásponton; erélyes specialis kezelés kárát gyakran látta és mérsékletre int. Kétségbevonja azt, hogy lényeges anatómiai gyogyeredmény volna elérhető, de a subjectiv javulás kétségtelen. A peripheriás érrendszer luesével röviden foglalkozik. Az általában kevésbé ismert tüdősyphilis négyféle typosát ismerteti a következő fejezetben a szerző. A diagnózis nehéz, de adott esetben sikerülhet. Tuberculosisal gyakran fordul elő és ennek lefolyására kedvezőtlenül hat. Lues és anaemia perniciososa összefüggésének kérdése még lezárván nincsen; ugyanez áll polycythaemia és leukaemiára is. Lueses akromegalia létezése ezen betegség természeténél fogva is eleve valószínű; szerző az irodalom adataiból következteti, hogy a basalis agylues a hypophysis környékének különös részesevével hasonló tünetek okozója lehet. Ugyanígy vélekedik a hypofunctio hypophysibetegségek esetleges lueses eredetéről is. A lueses eredetű Addison-kór létezésének felvételére elég támpont nincsen. Lueses betegek jóbasedow ritka.

A három részből álló elsőrangú munka igazán értékes. A tárgykör, amit feldolgozott, állandóan az orvosi érdeklődés középpontjában van és ezért ez a kimerítően összefoglaló munka közkedveltségnek fog örvendeni. A könyv második részének újabb kiadása bizonyonnyal kibővítve fog megjelenni.

Boros.

Biologie und Pathologie des Weibes. Ein Handbuch der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Herausgegeben von J. Halban u. L. Seitz. Urban & Schwarzenberg. Berlin—Bécs. Lief. 36.

A 340 oldalra terjedő kötetet teljesen kitölti a női húgyszervek megbetegedéseinek, valamint ezek és a női nemiszervek közötti kapcsolatok tárgyalása Litzko bécsi tanár és Schiffmann magántanár tollából. Rövid bevezetés után a vizsgáló eljárásokat ismertetik, elég részletesen. Ezután a húgyutak és pedig anatómiai sorrendben, előbb a húgyúti, majd a hólyag, a húgyvezeték, a vesemedence és végül a vese megbetegedéseit tárgyalják, megjegyezvén, hogy a kankós, valamint egyéb húgyesőből, továbbá a nephritis és nephrosis tárgyalása a gyűjtőmunka más helyén található. Különösen részletesen ismertetik a hólyaggyulladást, valamint a vesemedencegyulladást. Nagy gondot fordítanak az ureter-műtétek, -varratok pontos leírására. Ezeket sok, jól érthető ábrával érzékelik. Az egyes fejezetek után következik a felhasznált irodalom pontos ismertetése. A tárgyalást összesen 67 ábra teszi érdekesebbé. Nyole igen szép színes tábla fejezi be (részben görösövi ábrákkal) ezen, a nőgyógyászatban igen sok kapcsolatban levő megbetegedések és elváltozások tárgyalását. Prof. Berecz.

Gedächtniswissenschaft und die Steigerung der Gedächtniskraft. Von Dr. Engelen-Düsseldorf. IX. Auflage. (Verlag der Ärztlichen Rundschau, Otto Gmelin, München, 1927. 143 old., Ára 3-50 M.)

Ha az emlékezőtehetség fokozásával foglalkozó könyv 8 év alatt 9 kiadást ér el, a mai viszonyok között kétségtelenül legalább is azt jelenti, hogy hézagot pótol. Talán a világháború izgalmai járultak hozzá, hogy ilyen könyvre szükség volt. Amint ezen válságos évtized általában csökkentette mindnyájunk ellenálló képességét, nem maradhatott hatás nélkül az emlékezőtehetségre sem. A szerző először is az emlékezőtehetség agyi localisatiójával és annak hygienéjével foglalkozik és ha Kantnak ismert postulatuma: 8 óra munka, 8 óra pihenés, 8 óra alvás, ... a mai viszonyok közt általában nem is viheto keresztül, annyit legalább a fejlődés korszakában is meg kell követelnünk, hogy a szellemi elfoglaltság ne tartson egyhuzamban túlhosszú ideig és ne legyen egyhangú, hanem a lehetőség szerint változatos. Közoktatásunk mai rendszere még az elemi iskolákban sem respektálja az orvosoknak évek óta hangoztatott ezirányú tanácsait. Ma tél idején is 8 óraker, vagyis oly időpontban kezdődik a tanítás, amidőn az elemi iskolások legtöbbször még ágyban kellene lennie és ma is csekély megszokással 5 órán keresztül folyik a tanítás, holott már régen tudjuk, hogy a concentratio és a recipiálóképesség mennyire csökken óráról-óra. Ranschburgnak ezirányú közismert kutatásaira a szerző is több ízben hivatkozik. Hogy mindez nem válik a me-

moria előnyére, azt nem kell külön hangsúlyoznunk. Nem sokkal jobb a helyzet a középiskolákban sem. Az emlékezőtehetség fokozásának különböző módjait nagyon részletesen tárgyalja és többek közt a Taylor-systemához hasonló munkamegtakarítást is ajánl egyes esetekben. Az egész munkán azonban vörös fonalként húzódik végig az itt is hangoztatott régi aranyelv: Mens sana in corpore sano. Orvosok, paedagogusok és szülők egyforma haszonnal forgathatják a sok tapasztalattal és alapos tudással megírt könyvecskét. Vajda K. dr.

Die Lagerung verletzter und erkrankter Gliedmassen, Leerschienen und verbandlose Wundbehandlung. Geh. Med. Rat Prof. Dr. Braun (Zwickau). Verlag von Johann Ambrosius Barth. Leipzig. 1928. 118 old. 101 ábra. Ára 12 M.

A kitűnő fényképekkel ellátott könyv két részre oszlik. Az elsőben a kötés nélküli sebkezelést ismerteti. Genyedő és sarjadó sebeket nem borítja kötésekkal, hanem a Härtel-féle drótpillangók segítségével sátozt készít följük. A drótvázat egyszeres mellréteggel borítva száraz sátozt képez, melynek eredménye a sebek kiszáradása. Ha a drótvázra vízhatlan anyagot feszít ki, akkor a páras sátor alatt a sebek nem száradnak ki. A kötés nélküli kezelés mellett könnyű az állandóan csöpögő antiseptikumok alkalmazása. Tapasztalatai szerint a kötés nélküli kezeléssel lényegesen csökken az erősen váladékos sebek rossz szaga. A száraz és nedves sátor változtatását a sarjadzások minéműsége szabályozza. Túlbő sarjadzásokor a kiszáritás indokolt, a renyhe granulatiót a páras környezet elősegíti. Az alsó végtag töréseinek és nyílt sebeinek kezelésében a merev, üres vassíneket, az ú. n. Braun-síneket használja (Leerschienen). A vasvázat tricotpólya-menetekkel borítja a szükség szerint. Két mintáját mutatja be. Az egyik segítségével az alsó végtag semiflexiós helyzetbe hozható, a másik nyújtott térd mellett alkalmazható. A két-féle helyzet a törvégek eltoldódásának kiegyenlítésére szükséges. Az extenziót mindig Schmerz-kapocok segítségével alkalmazza. Még genyedő sebek mellett sem lépett fel fertőzés vagy hosszantartó sipoly. A bokacsontokon és a combbütökön húzókapcsokkal úgyszólván minden fajta nyujtás kivihető. A törések extenziós kezelése csak úgy tökéletes, ha állandó Röntgen-ellenőrzés alatt tarthatjuk. Ez pedig csak a bemutatott hordozható Röntgen-készülék segítségével lehetséges. A Braun-sínek előnye, hogy fertőzött sebek mellett lehetővé teszi a fentvázolt kötés nélküli kezelést. Hasznos útmutatásokat ad a törvégek helyretevéséről, az extensio fokát és tartamát illetően. Azon tételt, hogy a distalis törvégnak oly irányt kell adnunk, mint ahogy a centralis áll, a töréskezelés kategorikus imperativusának mondja. Ugyancsak két főmódot szerkesztett a felső végtag töréseinek extenziós kezelésére és alkalmazásuknak úgyszólván minden lehetőségét szemléltetően bemutatja. Akinek alkalma volt látni, hogy Prof. Braun Németország egyik legmodernebb intézetében, a zwickaui Krankenstift kórházában miként kezeli a legsúlyosabb bányasérüléseket, bátran mondhatja, hogy könyve a gyakorlatórvos, de különösen a klinikusok számára nagy értékkel bír.

Horváth Boldizsár dr.

Physikalische Grundlagen der Lichttherapie. H. Guthman. Urban és Schwarzenberg, 1927. Ára: 12-14 M.

A 214 oldal terjedelmű könyvben a therapeutikus célokra felhasznált fényforrások sugárzását, az egyes fényforrások sugárzásának a térbeli elosztódását, spectralis összetételét, a bőrfelszínről való reflexióját analizálja a szerző bőven ismertelve az erre a célra szolgáló mérőberendezéseket. Tekintettel arra, hogy a nagy általánosságban a fénytherapiát teljesen empirikus úton nyert tapasztalatok alapján alkalmazzák, az orvos igen sok olyan értékes adatot fog ebben a könyvben találni, amely csak rendszeres kísérletezés útján állapítható meg, de a gyakorlatban hasznosan értékesíthető. A szigorúan vett physikalis részen kívül körülbelül 100 oldal terjedelemben a sugárzásoknak az egyes izolált emberi szövetekben, majd magában az élő szervezetben való elnyelődését, a bőralatti szövetekre gyakorolt mélyhatását és a különböző hullámhosszúságú sugarakkal szemben való bőrérzékenységet tárgyalja. Az elõíráshoz egy kevés physikai alapismeret szükséges. Leginkább a specialista forgathatja haszonnal, amennyiben a logikus gondolatmenettel felépített s világos nyelvezettel megírt könyv nagyszámú táblázataiban sok értékes adat áll a rendelkezésére.

Czunft Vilmos dr.

Lehrbuch der operativen Geburtshilfe. Von Prof. Dr. Georg Winter. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Bécs, 1927.

A Halban és Seitz által szerkesztett „Biologie und Pathologie des Weibes“ című nagy gyűjtőmunka 23. és 24. füzetében jelent meg Winter és tanítványai mesteri tollából a szülészet műtéttana. Hogy a gyakorlóorvosoknak és orvostanhallgatóknak is rendelkezésére álljon, néhány új fejezettel kibővítve és kissé átdolgozva, külön könyvalakban ismét kiadta munkáját. A könyv elején Benthin „Asepsis und Antisepsis“ cím alatt részletesen foglalkozik a beteg előkészítése-, fektetésével, a ninfectio óriási fontosságával, majd ugyanó az altatásról ír s szülészeti műtéteknél jobbnak tartja az inhalációs narkosist. A könyv végén Winter az anya sérüléseinek kórisméjét és gyógykezelését ismerteti közel 20 oldalon át, majd Naujoks a magzat sérüléseit, azok kórisméjét és gyógyítását, a következő fejezetben pedig a magzat tetszhalálának kezelését írja le. A könyv utolsó fejezete a vetelés kezelése, melyet szintén Winter írt meg a legapróbb részletekre is kiterjedő pontossággal. A többi fejezetet az Orvosi Hetilap 1926. évi 35. számában részletesen ismertettük. A könyv a maga részletességével és pontosságával, gördülékeny stílusával, az orvosi könyvirodalom egyik legnagyobb értékű alkotása, mely úgy a szak-, mint a gyakorlóorvosoknak igen nagy hasznára lesz.
Prof. Berecz.

Röntgenkunde. Dr. Gerhard Hammer. Breitens-Repetitorien Nr. 75. Verlag Johann Ambrosius Barth, 1927.

A Röntgen-diagnostikát és Röntgen-therapiát tárgyalja rövid, tömör összefoglalásban. Mint repetitorium természetesen nem arra a célra szolgál, hogy belőle akár a Röntgen-diagnostikát vagy Röntgen-therapiát a kezdő elsajátítsa s amint a szerző az előszavában ki is emeli, hanem inkább arra alkalmas, hogy a medikus, aki rendszeres röntgenológiai oktatásban nem részesül, a különböző előadásokon szerzett Röntgen-diagnostikai és therapiái vonatkozású ismereteit rendszerbe tömörítse. Az ilyen célú tabellaris rendszerű művekkel szemben az a nagy előnye, hogy a terjedelméhez képest természetesen röviden, de mégis magyarázatokat is ad. Jó szolgálatot tesz még a gyakorlóorvosnak is abban, hogy a szerzett ismereteit rendszerben tartsa, azokat felfrissítse és kétes esetekben útbaigazítsa.

Czunjt Vilmos dr.

A Kir. Orvosegyület február 18-i ülése.

Bemutatás:

Takács László: *Therapiás kísérletek polycythaemiánál.* Nagyobb mennyiségű víz ivása után a vér átmennyiség bizonyos mértékben felhigul, a haemoglobin, a vörösvérsejtszám s egyes pathológiás esetekben a vérnyomás is csökken. A Wolheim és Brandt vizsgálatai szerint hypo-, iso-, és hypertoniás szőlőcukor, vagy hypo- s isotoniás NaCl-oldat intravenás injekciója után hasonló eltulodásokat kapunk. Dest. víz befecskendezése után elváltozások a legkifejezettebbek. A vörösvérsejtszám, haemoglobin s vérnyomás csökkenésével egyidejűleg a vér összmenyisége is csökken, a vér NaCl-tartalma pedig emelkedik. Ezek az eltulodások megegyeznek az érvágások után észlelt elváltozásokkal, így ezen beavatkozásokat mint „vértelen érvágások“-at alkalmazhatjuk. Előnyük azonban, hogy rendszeres, akár naponkénti használatuknál sem anaemizálnak, illetve nem vezetnek kóros csontvelőizgalomhoz. Ezek alapján a II. sz. belklinikán egy Gaisböck- és egy Vaquez-typusú polycythaemiánál therapiás célból adta a destilláltvíz-injectiókat, mindkettőnél jó eredményt látott, csökkent a haemoglobin, a vörösvérsejt s a vérnyomás, javultak a betegek subjectív panaszai. Az említett elváltozások mikéntjének a magyarázatára E. Mayer, Wolheim-Brandt vizsgálatai alapján felveszi, hogy egyrészt a capillarissok endotheljének átbocsájtó képessége változik meg, másrészt a vér electrolyt és colloid viszonyainak megváltozása játsza a szerepet s ezeken kívül valószínűleg még a lép- s májdepót szerepét is tekintetbe kell venni a keringő vérmennyiség csökkenésében.

Előadások:

1. Schaffler József: *A bélbetegségek adsorptiós therapiájáról.* A II. sz. belklinikán adsorgannal nyert tapasztalatairól számol be acut enteritis-, typhus abdo-

minalis-, paratyphus-esetek észlelése alapján. A szert az adsorptiós therapia legsikerültebb készítményének tartja. (Teljes egészében megjelenik.)

2. Faludi Ferenc: *Therapiás kísérletek mangannal.* Előadó colloidalis magándioxyd-oldatok intravenás adagolásával elért eredményeiről számol be ép, primaer és secundaer anaemiás egyénekben a II. sz. belklinikán végzett kísérletei alapján. Kifogástalan előállítási eljárással készített oldatok reactiós jelenségeket nem váltanak ki. Ép egyéneken rendszeres adagolásra a vörösvérsejtszám emelkedni kezd, a haemoglobinindex egy alá csökken. Anaemia perniciosás betegeken az esetek többségében mangankezelésre remissio következik be. Secundaer anaemiáknál a gyógyulás időtartama lényegesen megrövidíthető. Ugyanílyen eredmények mutatkoznak a manganfehérjevegyületek belső adagolása után is. A mangan hatásosságát vashoz közelálló kémiai tulajdonságával magyarázza. A csontvelő erythropoetikuss részének elektív ingere lévén hathatós tényezője a vörösvérsejtképződésnek. (Részletesebben megjelenik ugyan- ebben a lapban.)

Honvéddorvosok Tud. Egy. febr. 14-i ülése.

Előadás:

1. Török Béla: *Az anaemiákról.* Az anaemiák előállhatnak, ha a vér egyrésze a keringésből elvonatik, vagy ha a csontvelő kevesebb vörösvérsejtet képez. Maga az anaemia tünetet és nem betegséget jelent; haematológiai értelemben jellemző vérképre vonatkozatható. Az ú. n. anaemia perniciososa szintén csak tünete a Biermer-féle megbetegedésnek. Az anaemia perniciososa megbetegedés klinikailag jól körülírt kórforma, haematológiai lag csak egy jól körülírt vérkép.

Klinikailag önálló kórkép alakjában mutatkozó anaemiákhoz tartozik a chlorosis. Aetiológiájában az öröklés, a terheltiségi viszonyok, de különösen a belső secretio, a mensis megváltozása játszzák a szerepet. Klinikai tünetei szívdobogás, fülzúgás, fejfájás. Ennél nagyobb szerepet játszanak a vérzési, posthaemorrhagiás, constitutionális, öregkori, inanitiós és bélférgek mérgezése következtében létrejövő anaemiák. Ezeknél az alapbetegség kezelése mellett a therapiában főként a fény, táplálkozás, magaslati klima és bizonyos mértékig a gyógyszeres kezelés játszzák a főszerepet. Az anaemia perniciososa létrejöttében constitutionális és praedisponáló momentumok játszanak szerepet. Chronikus, remissiók szakoktól megszakított, esetleg szabálytalan lázakkal járó, átlag 2–3 évig tartó megbetegedés. Ami a gyógyíthatóságát illeti, ismereteink mai állása mellett teljesen infaust. Therapiákkal elérhetjük az attackok megrövidülését, a remissiók meghosszabbodását. Legutóbbi időben főtt májban gazdag diétát ajánlanak, naponta 120–240 g mennyiségben.

Még legjobban az arsen adagolása és a transfusiók váltak be. Jelenleg a vértömlesztés az agglutinatio és a haemolysis fogalmának ismeretére van alapítva. Moss négy csoportra osztja a vért agglutinatio szempontjából.

Az első csoportba tartozókat universal recipienseknek, a negyedik csoportba tartozókat universal donatoroknak nevezzük. Az agglutinációs próba lehet direct és indirect. Az indirect módszernél legajánlatosabb a wieni II. és III. csoportbeli „Haemotest“, vagy esetleg a hasonló magyar „Haemotyp“ néven forgalomba hozott standardserumot használni. A vértömlesztés lehet direct (sebészi) és lehet indirect, mikor az adó vért venapunctio útján lebocsátva, előzetes kezelés után beadjuk. Ez a kezelés megnyilvánulhat a vér citratozásában és defibrinálásában. Angliában és Amerikában csaknem mindig a citratos rendszert használják, ezek közül legjobb a Merke-féle eljárás, mellyel 500 cm³ vért 10 perc alatt könnyen transfundálhatunk. El kell ugyan ismerünk azt, hogy a legjobb eredményt a teljes vértömlesztéstől várhatjuk, de mivel ennek kivitelére csak ritkán vannak meg a feltételek, azért az indirect transfusio előbb említett formája a használhatóbb.

Hozzászólnak:

László Benő, Kovács Lajos és Jankó Béla, kik a vércsoportmeghatározást és a vértömlesztést katonai szempontokból világítják meg.

2. Schiff György: *A hypertonia diaetikája.* A hypertonia kezelésében, noha az az általános érdeklő-

dés központjában áll, a diatás therapia nem részesül elég figyelemben. Egyenként tárgyalja azon tényezőket, melyek a hypertonia diatetikáját alkotják. A hús-, illetőleg állati fehérje megvonása részben praktikus tapasztaláson, részben állatkísérleteken alapszik. A só és vízszegény diateta fontossága. Therapiás vizlökéskísérletek. A dohány káros hatása a vérnyomásra. Az alkohol- és a coffeintartalmú italok nem, vagy alig fokozzák a vérnyomást. Hogyan állítsuk össze a diatétát, ha a hypertonia köszvényvel, diabetsel, obesitással stb. társul? A diateta egyhangúságát igyekezzünk leküzdeni. Az individualizálás fontossága a diatétában.

Kovács Lajos a fehérje és dohány káros hatására mutat rá.

Az Erzsébet Egyet. Tud. Szöv. orvosi szakosztályának február 13-i ülése.

1. Görög Dénes: Kettős patellaképződés régi törés következtében, 54 éves női holttest boncolásakor a térdizületben talált elváltozásokat demonstrálja. A comb és az alszár 130°-os tompa szöget zárnak be, a térd merev, a jobb alsó végtag megrövidült és pes equinus-tartásban áll. Az izületet megnyitva, kitűnt, hogy kérges összenövészek tartják az ízfelszíneket, a planus popliteum táján pedig a femur a tibiával csontosan összenőtt. A patella helyén két csontdarab van, melyek nagyság és alak tekintetében nagyjában jól fejlett térdkalácsoknak felelnek meg, a proximalis darab a musculus quadriceps femoris inával szabályos módon függ össze, a proximalis és distalis darabot mintegy 1/2 cm kérges kötőszöveti szalag köti egybe, a distalis patella a lig. patellae propriumban folytatódik. Az anamnestikus adatok alapján kiderült, hogy a beteg 50 évvel a halála előtt, 4 éves korában szenvedett térdizületi törést és ennek következménye az elváltozás. A térdkalács a harmadik következő életévben kezd el több elcsontosodási magból elcsontosodni. Úgy látszik, a sérüléskor létrejött törvégek mindegyikébe jutottak csontmagok s így a törvégek tovább fejlődtek két, aránylag szabályosan fejlett patellává.

2. Geiger Ernő: A normalis és pathológiás cukoranyagforgalom mechanizmusáról. A vércukor szabályozását két berendezés végzi. Az egyik berendezés központi, ennek adaequat ingere maga a vércukorconcentratio magassága. Hypoglykaemia esetén a cukorközpont a splanchnicus útján fokozott adrenalintermelésre ad impulsust és ezáltal emeli a normalis nívaurra a vércukrot, a hyperglykaemia esetében pedig a vagusok útján fokozottan mobilizál insulint és ezáltal a normalisra nyomja le a vércukor szintjét. A másik berendezés peripheriás és ennél nem a vércukorconcentratio-magasság, hanem valószínűleg az emésztőtractusban termelődött secretinszerű anyagok növelik az insulinsecretiót.

A cukoranyagcsere zavarai közül ma már ismeretes és gyakorlati jelentőséggel bír a pathológiásan fokozott insulintermelés is. Pathológiásan csökkent az insulintermelés a legtöbb diabetes esetében. Az újabb kutatások szerint azonban nem szabad minden diabetest a Langerhans-szigetek hypofunctiójára visszavezetnünk, hanem gondolnunk kell a vércukorszabályozó berendezés zavarára, az antagonistikus hormon túlproductiójára, továbbá olyan anyagcserezavarokra is, melyek a kellő mennyiségben keringő insulint nem engedik érvényesülni.

Az insulin hypoglykaemiát kiváltó három componensből tevődik össze: az insulin fokozza a peripheriás cukorelégést, gátolja a májban történő cukorképzést és végül a szénhidrátok eddig ismeretlen úton való polymerizálódásához vezet. Az insulin hatásmechanizmusát tárgyalva, előadó bővebben foglalkozik a Löwy-féle kísérletekkel, melyek az insulin adsorbtions theoriájához és a glykaemin felfedezéséhez vezettek.

Angyán János: A rendkívül tartalmas saját és mások vizsgálatain alapuló referáló előadás kapcsán számos ponton támadhat a belorvosnak olyan gondolata, amelyhez megjegyzéseit hozzáfűzheti. Úgy mint, ahogy mások is észlelték a vezetése alatt álló klinikán is nem egy példáját hozhatja fel azoknak az eseteknek, amelyekben a vércukortartalom és a hypoglykaemiának mondott roham kifejlődése egyedül a vércukortartalom csökkenéséből nem értelmezhető. Így egy észlelése alatt álló esetben 440 mg%-os éhgyomri vércukorérték mellett és a napi vércukorgörbének 372–85 mg% között

való ingadozása mellett 193 mg%-os értéken fejlődött ki a hypoglykaemiás roham. Nem cukorbeteg egyén 30–40 mg%-os vércukortartalma mellett éhgyomorral adott 0.01 mg insulin hatására a vércukor tartalma 16–17.9 mg%-ra csökkent le, anélkül, hogy hypoglykaemiás rohamnak megfelelő tünetek észlelhetők lettek volna. Az akromegalia nem szolgáltathatja igazoló példáját annak, hogy a hypophysis hyperfunctiója az insulinhatás erősségét csökkenti. Klinikáján Szilárddal együtt végzett vizsgálatokban két akromegaliás úgy viselkedett, mint két fokozott agy nyomási tünetekben szenvedő más beteg, úgyhogy a fokozott insulin-tűrés okát centralis hatásból gondolja magyarázhatónak. Klinikáján folytatott vizsgálatok alapján, bár ezen vizsgálatok még folyamatban vannak, az a véleménye alakult ki, hogy az insulin hatása után észlelt cukorfogyás magyarázatul nemcsak a szénhidrátok polymerizálódása, hanem a fehérjéhez való kötődése Bierry értelmében is szerepet játszhat, amennyiben Bierry kimutatta, hogy az insulin a fehérjéhez kötött cukor mennyiségét növeli.

Kramár Jenő: A csecsemőpathologia köréből fűz néhány adatot az előadáshoz. A csecsemőkori intoxicatio tulajdonképpen anyagcsereösszeomlás, melynél súlyosan zavart a szénhidrátanyagcsere is. Az alimentaris glykosuria, a hyperglykaemia, a cukormegterhelés utáni diabetesstypusú vércukorgörbe, a szövetek glykogenszegényége a pankreas belsősecretiós tevékenységének elégtelensége mellett szólnak s logikussá teszik az intoxicatio insulintherapiáját. Hogy az eredmény nem olyan szémbeszökő, mint ahogy azt némelyek várták, annak természetes oka, hogy a szénhidrátanyagcserezavar csak részjelensége az intoxicatio tünetcomplexumának, már pedig az insulinmedicatióval biztosan csupán ez utóbbit javítjuk, bár nincs kizárva az sem, hogy a szénhidrátanyagcsere s a vízháztartás szoros kapcsolata folytán a csecsemőnek csökkent vízkötési képességét is előnyösen befolyásoljuk.

Rötth András: A szem diabeteses elváltozásainak insulinnal szemben való viselkedése különböző. A diatával insulin nélkül is befolyásolható tünetek, mint pl. a fénytörés transitorikus elváltozásai, az alkalmazkodás gyengesége, szemizombénulások, lipaemia retinalis insulinra gyorsabban javulnak, az eddig irreversibilisnek ismert tünetek: cataracta és retinitis diabetica insulinra sem gyógyulnak. Azonban igen nagy nyereséget jelent az, hogy insulinnal a diabeteses hályogban szenvedő egyén vércukrát a műtét előtt normalis értékre hozhatjuk, aminek az az eredménye, — amit saját tapasztalataikkal is megerősíthet, — hogy a diabeteses hályog kivonása után nem nagyobb a postoperativ gyulladás veszélye, mint a más eredetű hályog műtete után.

Jendrassik Loránd: Osztja az előadó nézetét, aki a cukorregulatio újabb megismert mechanizmusát az önszabályozás Pflüger-féle törvényének bizonyító példájaként tekinti. A Pflüger-féle törvény azonban analog az élettelen rendszerekre érvényes Le Chatelier—Van't-Hoff-féle elvvel s e hasonlóság az autoregulatio alapjelenységének magyarázására nyit perspektívát.

Ha az *O. Loewytől* talált jelenségek végleges bizonyítását nyernének, úgy a további lépés volna: az insulin hatását egyszerű physiko chemiai modellkísérletben utánolni. Az adrenalinhatás L. szerinti módja újszerű pharmacologiai mechanizmust jelentene; hatás a befolyásolt szervben termelt más anyag révén. Pusztán abból, hogy a hypoglykaemiás tünetek nem járnak párhuzamosan a hypoglykaemia fokával, még ne következtessünk arra, hogy nem a cukorhiány a közvetlen ok. Isolált szerveken végzett kísérletek bizonyítják, hogy ugyanazon állatfaj egyedei is igen különbözően bírják el a tápláló folyadék bizonyos alkotórészeinek hiányát (pl. calciumot, glukoset). Másrészt tudjuk, hogy a hatások jórészt nem az anyagoknak egyszerű jelenléte, hanem concentratiójuk megváltozása idézi elő, a változás sebességétől függően. A régi „hypoglykaemiás” megjelölés nem volna jogosult akkor, ha az insulinpraeparatumok mellékanyagai okoznák a tüneteket. Ha azonban a cukorhiány által kiváltott további anyagcserezavarok szerepelnek is okként, nem indokolt az ajánlott új elnevezés.

Reiner László: Megjegyzi, hogy az a két felfogás, melyek szerint az insulinhatás ferment activáló, illetve a cukor adsorbtióját fokozó, egymásnak nem okvetlenül mond ellent. Az adsorbtio megelőzi a ferment útján való bontást, annak úgyszólván előfeltétele. Ismerünk ilyen ferment activáló adsorbenseket. Ilyen pl. *Willstätter*

vizsgálatai szerint a ca-szappan, amely a lipaset actíválja. Ezzel kapcsolatban talán megemlíthető, hogy *Kende* még az insulin felfedezése előtt izolált pankreasból egy szappanszerű anyagot, amelynek insulinszerű hatása volt.

Kérdezi az előadót, hogy *Allen* karbonetani statisztikájában figyelemmel volt-e a boncoltak életkorára. Nem valószínű, hogy fiatal egyéneknél is 50%-ban talált volna pathológiás elváltozást a pankreasban. Hiszen ebben az esetben nem is volna megállapítható, hogy mi a normalis. Talán főleg öregek hulláit boncolta, akik közül egyesek iatens diabetesben szenvedtek.

Szépe István: A pathológiás cukoranyagforgalommal a szülésznek is kell foglalkozni, mert a terhességi toxicosisoknak (eklampsia, hyperemesis gravidarum) is a szénhydratanyagcsere-zavar képezne az okát. Ez az anyagcsere-zavar más jellegű, mint a diabeteses, ami mellett szól talán az is, hogy úgy mások, mint saját vizsgálatai szerint hyperemesisnél normalis vércukorértékek vannak. A therapiában — szénhydratanyagcsere-zavarról lévén szó — a szülészeti klinikán is megpróbálták az insulinkezelést, s ha nem is száz százalékban az eredmények, bizonyos irányban jó eredményt ígérnek vizsgálataik.

Heim Pál: Az insulinnak nemcsak a vércukorszabályozásban van szerepe, de amint a klinikai tapasztalat mutatja, a bőrgenyedések leküzdésére, bizonyos lázas állapotok megszüntetésére is sikerrel alkalmazhatjuk e hormont. Az előadó kiemeli, hogy az alkalosis fokozza az insulinhatást. E szempontból figyelemreméltó, hogy amint *Kramár* és *Hensch*, *Ambrus*, stb. kimutatták, hogy rachitisnél fokozott a pankreas külső funkciója és *Waltner* szerint a belsősecretio is élénkebb. A rachitis acidosisal jár és az acidosis, amely csökkenti az insulinhatást, talán ezáltal növeli az insulinproductiót és amint *Waltner* állítja, a rachitis talán a túlkompensált tetania. Az insulinnak nemcsak egyféle, de bizonyára többféle rendeltetése van és ismereteink továbbfejlesztésére fontos, hogy meggondolásaink középpontjába egyéb funkciót is beállítsuk.

Geiger Ernő: Hypophysiskivonat az insulinhatást gátolja, többek között ez is amellel szól, hogy a hypophysis és a Langerhans-szigetek között egy hormonalis antagonismus áll fenn. *Bierry* vizsgálatának nem tulajdonítható nagyobb jelentőség, mert a kötött cukor viselkedését illetően igen kitűnő kutatók más eredményekhez jutottak. A kötött cukor mennyiségének insulin hatására észlelt megnövekedése különben nem szólna *Loewy* teoriája ellen, mert ezt a jelenséget a vérecolloidok fokozott cukorfixációjára lehetne visszavezetni.

Saját kísérletek alapján ismételtelen rámutat arra, hogy a „hypoglykaemiás” tünetsoport elnevezés helytelen és megtévesztő. Az insulinhatás nem hasonlítható össze a *Kende* által vizsgált szappanok hatásával, az utóbbiak azért gátolják a glykogenolysist, mert a fermentatio substratuma egy burokkal veszik körül. Az *Allen* által vizsgált hullák korát nem ismeri. Az insulin által létrejött glykogenfelhalmozódás fetetlenül javítja a májsejtek functionalis állapotát, ezt igazolják különösen a diffus májbetegségek egyes eseteiben észlelt szép therapiás eredmények.

feszülést érzett, egy hét múlva pedig a hátában, karjain és az arcán. Ekkor kereste fel a klinikát. Bőre különösen a nyakon feszes, páncélszerű, kemény, a marmák megnagyobbodtak és szintén kemények, még a has és lábak bőre a legpuhább, de ez is keményebb a rendesnél. A folyamat lassan progrediál, pár nap óta a fascia palmaris zsugorodása észlelhető. Wassermann +++. Hogy a skleroedema külön kórképe, vagy a sklerodermia különös alakja, arra az eset további észlelése talán majd értékes adatokat szolgáltat.

Előadás:

Verzár Frigyes: *A táplálkozás befolyása hormonok és gyógyszerek hatására.* A szervek együttműködését az idegrendszer és a belsősecretióis systema szabályozza. Van azonban még egy szabályozó mechanizmus is, amelyet „környezet (milieu) regulatiónak” nevezhetünk. A szervek reagáló képességét, az idegrendszer és a hormonális rendszer szabályozó hatását ugyancsak a szervezet összetétele befolyásolja a táplálkozás révén. Ezt az eddig összefoglalóan még nem tárgyalt kérdést kívánja az irodalom és saját intézetének vizsgálatai alapján megvilágítani. A táplálék befolyását *méreg-hatásokra* a következő példák világítják meg: *Ellinger* a cantharidinsav, *Salant* és munkatársai az ol. chenopodii és natriumtartarat, *Hooper* a salvarsan, *Reach* a picrotoxin, *Hunt* az acetonitrilre bizonyította be, hogy a kísérleti állat táplálása befolyással van ezen anyagok toxicitására. Másrészt a bőrnek gyulladáásokat okozó hatásokkal szemben való resistenciájának különbségeit írta le *Luitlhen*. Zabbaletetett állatok sokkal érzékenyebbek, mint a répával etetett állatok. Ezt a Ca- és Na-ionok kölesönös viszonyának megváltozásával magyarázta. A sebgyógyulás különbségeit látta *Sauerbruch*, *Aberhalden* és *Wetheimer* is és ismeretes, hogy a vitaminhiányok (főleg az A-factor) bőrbetegségekkel járnak. A szénhydratanyagcsere mélyreható különbségeit mutatta ki, különbözőképpen táplált állatokon *Aberhalden* és *Wertheimer*. Nyulak zabkenyér-táplálék adreanalinra érzékenyek, insulinra érzéketlenek. Répa-zöldség táplálékon fordítva. Subcutan glucose resorptiónál előbbieknél a hyperglykaemia nagyobb. Zsírral és szénhydratmentesen etetett patkányok adrenalinra érzékenyek, insulinra nem. Sok szénhydrattal etette fordítva. Az *intermedier oxydatiók* intenzitása is változik. Zabbaletetett nyulaknál a benzoosavból és a phenylpropion-savból sokkal gyorsabban lesz hippursav, a halogenbenzoliből mercaptursav; viszont kreatinból nem lesz kreatinin. Saját intézetének vizsgálatai kétségtelenné tették (*Zih*), hogy B-vitamin hiányában az egész szervezet *basalis anyagcsereje* feltűnően csökken és a B-vitamin hatására újra emelkedik. Ezt régebbi, főleg *Vásárhelyi* kísérletei alapján úgy magyarázta, hogy itt jellegzetesen csökken a pajzsmirigy inkretiója. Ezért csökken a basalis anyagcsere. *Zih* kísérletei meggyőzően kimutatták azt, hogy a *thyroxinnal szemben nő* az állatok *érzékenysége*, ha B-vitaminmentesen tápláljuk őket. Ugyanazon mennyiség most sokkal nagyobb, 16% helyett 36%-os emelkedést is okozott az állat oxygenfogyasztásában. Sikerül tehát a táplálék minőségének a változtatásával a szervezetet egy hormonnal szemben érzéketlenné tenni. De nemcsak mesterségesen adagolt hormonnal szemben változik az állat érzékenysége, hanem nyilvánvalóvá lett, hogy a pajzsmirigy inkretiója oly feltűnően csökken, hogy még a fehérje *tápanyagok specifikus dinamikai hatása* is majdnem teljesen eltűnik. Ezt *Árva* bizonyította be több egybehangzó kísérleti sorozatban. Lehetséges, hogy a specifikus dinamikai hatás nem közvetlenül a pajzsmirigy, hanem a hypophysis ingerlésén alapul, ahogy azt *Kestner* állítja, de abban az esetben is e lehet az incretio csökkenését bizonyítja. Másrészt azonban olyan tapasztalatot is tettek, hogy csakamájolaj, amelynek — hússal zsír helyett adagolva — vegyesen normalisan etetett állatoknál nincs számbavehető specifikus dinamikai hatása, olyan állatoknál, amelyeknek a táplálékában az A- és B-vitamin hiányzik, erősebb specifikus dinamikai hatást fejt ki. Ez nem függ össze a csakamájolaj vitasterinjeivel, hanem a zsírsavfractio adja ezt a hatást. Megemlíti azokat a tapasztalatokat is, amelyeket a táplálék minőségének állatok pszichikai viselkedésére való hatásáról tettek. Ezek a kísérletek azt bizonyítják, hogy a táplálék minőségének a megváltoztatásával, specialisan a B vitaminnak a táplálékból való kivonásával incretumok ellen az érzékenységet fokozni lehet, de másrészt a táplálkozással az incretiót magát is lehet csökkenteni. Magyaráz-

A Debreceni Orvosegyesület febr. 16-i ülése.

Bemutató:

Csörsz Károly: *Luxatio coxae congenita és a Dupuytren-féle zsugorodás előfordulása ugyanazon családban.* Két családát mutat be, ahol a luxatio coxae congenita Dupuytren, brachyphalangia és egyéb kézdeformitas ugyanazon családban öröklődött. Elemzi a luxatio öröklődési módját s vizsgálja azt az öröklődési és alkattani lehetőséget, amely a kétféle anomalia kapcsolatának magyarázatára szóba hozható.

Király Péter: *Lymphogranulomatosis inguinalis.* 35 éves férfit mutat be, akinek az inguinalis árkaiban nagyszámú, egész galambtojásnyi mirigy tapintható. A kórkép kivizsgálása lymphogranulomatosis mutató. Érdekessé teszi az esetet az, hogy a lymphogranulomatosis körülbelül egyidejűleg az alsó végtagokra szorítókozó súlyos polyarthritissel kezdődött. Ilyen esetet újabbán hírtart le.

János Gyula: *Buschke-féle skleroedema.* Negyvenéves asszony. Január elején lázas lett, ízületei megduzzadtak, pár nap múlva nyakán, majd mellén bőr-

tul felvehető, hogy vagy a feltételek változnak, amelyek mellett a hormonok hatnak, vagy az, hogy maga a hormonképzés csökkent a szervezetben. Az inercitumokkal való kísérletek ez utóbbit teszik valószínűvé. Lehetséges azonban, hogy más esetekben más factorok megváltozása (vegyszerhatás, ionok viszonya) az oka a szervezet változó reakcióképességének. De az elszórt tapasztalatok ma még nem magyarázhatóak egységesen. Fontos azonban a klinikus szempontjából az, hogy a *hormonalis regulációt, vagy mérgek hatásosságát befolyásolhatjuk a táplálék minőségének a megváltoztatásával és így farmakologiailag hathatunk gyógyszerek nélkül is.*

A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának jan. 26-i ülése.

1. **Deutsch Máttyás:** *Férfikankó Röntgen-felismerésének bakteriologiailag érdekes esete.* (Kézirat nem érkezett be.)

2. **Kup Gyula:** *Endocarditis ulcerosa lenta-esetek.* A szegedi egyetemi kórbontani intézet 2251 boncolási eset közül az összes szívesetek statisztikáját közli. 481 esetből 10 esetben találta meg az endocarditis ulcerosa lenta tüneteit. A férfinem eseteiben négyszer gyakrabban szerepel, mint a nőnem. Az átlagos életkor férfiaknál 35-6, nőknél 26-5 év. Az utóbbi időben a boncolási esetek kapcsán a lenta-esetek szaporodást mutattak. A lenta-esetek kórbontani diagnosztikáját három componensből építi fel: 1. Schottmüller-trias. 2. A vér bakteriologiai és mikroszkopiai vizsgálata. 3. A herék és epitheltestek szövettani vizsgálata. Három olyan esete is volt, melyeket nem lehetett élesen elválasztani a többi fekélyes billentyű-bántalmaktól. A boncolási esetekben a fajlagos kórokozó (*streptococcus viridans*). A fent leírt kórbontani elváltozások létrejöttéhez nem feltétlen szükséges.

3. **Purjesz Béla:** *Az endocarditis lentáról.* Az egyetem Szegedre költözése óta eltelt hat esztendő alatt a klinikán észlelt 17 esettel kapcsolatban.

Február 9-i ülése.

1. **Filep Aladár:** *Fistula cervicis uteri laqueatica.* A szegedi női klinikán hét év alatt megfordult nagy beteglétszám (kb. 20.000) mellett is mindössze két esetben került észlelésre. Az elsőt *Polgár dr.* ismertette 1925-ben a magyar nőorvosok congressusán. Bemutató esete hasonló *Polgáréhoz*. Mindkét esetben ép, virginalis, de igen szűk külső méhszáj mellett a portio vaginalis hátsó falán közel a hüvelyboltozathoz újjbegynyi szabálytalan sipolynyílás volt, melyen át a cervicalis csatornába, illetőleg a méhüregbe lehetett jutni szondával. A fistula c. l. legtöbbször 4-5. hónapos terhességgel kapcsolatban fejlődik ki. Bemutató hangsúlyozza, hogy egyéb okok mellett nagy szerepe van a fistulák létrejöttében a curetelt, vagy más műszerrel való átfúrásnak. A bemutott esetekben is nagy valószínűséggel műszeres átfúrásra vezethető vissza a fistula keletkezése. Therapia gyanánt a cervicalis csatornának a külső méhszájra a fistuláig terjedő felhasítását és újravarrását ajánlja.

Polgár István: Szerinte gyakoribb a spontán, mint a violens cervixrepedés a hüvelyboltozat felé. A sipoly eredete legtöbbször olyan méhrepedés, mely a méh legalsó szakaszán történvén, nem a hasüreg vagy a medence kötőszöve felé, hanem a hüvelyboltozat felé nyílik, mivel a repedést előidéző akadály még mélyebben van a méhnyak, illetve a külső méhszáj merevségében. Ha gyógyításra egyáltalán szükség van, akkor portio amputációt és Emmet-plastikát kell végezni.

Filep Aladár: Elismeri, hogy ezen fistulák a hátsó cervixfal spontán rupturája útján is keletkezhettek; a bemutott esettel kapcsolatban azonban éppen a műszeres perforatio elég gyakori voltára akart rámutatni. A therapiát illetőleg jobbnak tartja a cervix felhasítását és újravarrását, mert ez az élettani viszonyokat állítja helyre; a külső méhszáj rigiditását kis bemetszésekkel azután meg lehet szüntetni.

2. **Papp Gábor:** *A méhfüggelékgyulladások calciumkezeléséről.* A szegedi női klinikán a calciumot vizsere injecciók alakjában összesen 43 esetben alkalmazták úgy acut, subacut és chronikus adnexgyulladások és tumorok eseteiben. Ezek közül 20 ambulans és 23 fekvő beteg volt. Tapasztalása szerint a calcium jó eredménnyel alkalmazható heveny és félheveny gyulladásoknál, de még idült szakban is nem egyszer sikerül a folyamat kedvező befolyásolása. Calcium adagolásával a betegség lefolyását megváltozhatjuk.

3. **Kálló Antal:** *Daganateseteket mutat be.* Az elsődleges májrák két typosos megjelenési alakja kapcsán általában az azokról kialakult mai ismereteiket, s különösen azok mikroszkopos diagnostikáját boncolgatja. Majd egy óriási méretű (16 kg) fartájéki myxomatousus lágyfibroma-esete kapcsán a kötőszövetnek úgynevezett mucoid metamorphosisát s a daganatok növekedésének kérdését fejtegeti. Bemutatásait az orszok által kezdeményezett s Magyarországon először a szegedi egyetem kórbontani intézetében meghonosított úgynevezett „Talalaeff-táblák (gelatinba ágyazott nagy szervszletek) körözésével kíséri.

Machánszky László: A bemutott imminensnagyságú fibroma mollét a városi közkörházban dec. 14-en operálta és a beteget most bemutatja. A daganat öt éve áll fenn, de csak az utolsó félévben nőtt oly rohamosan, hogy a beteg cipelni alig bírta. Erőbeli állapota az utolsó 2-3 hétben rohamosan romlott. Felvétele alkalmával az elesett, lesoványodott, legyengült beteg lázai 39-7 C°-ig emelkedtek. Mivel a szervezet átvizsgálása alkalmával a láznak és a beteg leromlásának más okát adni nem lehetett, mint a nagy daganatban lefolyó nekrobiotikus folyamatokat, a beteg megmentése céljából határozta el magát és a 16 kilós, mintegy két arasz által körülfogható kocsonyon ülő, a gát baloldali heiyet foglaló daganatot eltávolította, amiközben ki-tűnt, hogy a daganat a kismedence kötőszövetéből indul ki és magával vongálta a gát izomzatát, mintegy 25-30 cm-ny hosszúságban a rectumot, a sigmaeacs egy részét, a vaginát és a nemi szerveket. Eltávolítás után a seb-üregét, melynek kitapintása alkalmával mélyen fel lehetett haladni a keresztcsont vájulatába, gaze-csíkokkal tamponálta s a sebet szűkítve, a sarjadzás utáni gyógyulást segítette elő. Beteg a műtét után még 14 napig lázas volt. Lázá litikusan szűnt, étvágya, erőbeli állapota javult, s jelenleg fentjár és a kb. 15 cm-nyi hosszú sarjadzó sebet leszámítva, gyógyultnak mondható. A daganatban nagyfokú vérteltség és pangás volt, ez magyarázza annak hirtelen növekedését és a benne mutatkozó bomlási folyamatokat.

Február 16-i ülése.

Bemutatás:

1. **Molnár József:** *Hernia mediastinalis esete.* Fia-tal férfi mellkasának Röntgen-képeit mutatja be. A beteg jobboldali pneumothoraxkezelésben részesült s a 15. töltés után megejtett Röntgen-vizsgálat az elülső mediastinumnak a bal mellkasfelbe való hólyagszerű bedomborodásodás mutatta ki. Elkülönítő diagnosztikájától szóba jöhet a pneumocardium. Fontosnak és szükségesnek tartja töltés előtt és után is Röntgen-vizsgálatot végezni.

2. **Szarvas András:** *A pellagra idegrendszeri tünetei és az extrapyramisus rendszer.* Egy pellagrás psychosis bemutatása kapcsán elmondja, hogy a Tisza-medence mentén, Szegedtől Lajosmizsraig terjedő községekben pellagraesetek fordultak elő. A saját és az irodalmi esetek alapján összefoglalja a pellagra idegrendszeri tüneteit és arra az eredményre jut, hogy a pellagrás idegrendszeri elváltozások az extrapyramisus rendszer megbetegedéseinek alapulnak. Kiemeli a vegetatív idegrendszer, főként a hypothalamusban lévő sympathicus központ szerepét, amely szerepelne az exacerbatiók periodicitásánál is. Ebben az irányban való kísérletek végzését ajánlja az egyoldalú szénhydrat táplálás kóroktani szerepének a magyarázására.

3. **Poór Ferenc:** Ismeri előadó dolgozatát, azonban néhány hét előtt az O. H.-ban megjelent munkájában csupán és kizáróan a szegedvidéki és a szegedi bőr-és belklinikán észlelt eseteket tárgyalta, kimutatva a betegségnek szórványos és autochton előfordulását Szeged vidéken, de az előadó *kecskeméti* eseteire nem terjeszkedhetett ki. Ami előadónak azt a nézetét illeti, hogy a pellagránál már a kezdeti szakban is mindig volnának idegrendszeri eltérések, nem osztja, viszont valószínű, hogy a kezdetben kifejezett idegtünetek nélküli esetek egy részénél később ily eltérések kifejlődhetnek. Tagadhatatlan s ezt mindig el is ismerte, hogy vannak pellagraesetek, melyek már kezdetüktől fogva súlyos idegjelenségeket mutatnak. Hozzájáró eseteit az idegrendszert illetően mindenkor megvizsgálták a belklinikán is, s nem tételezhető fel, hogy az ideglet felvételénél elnézés történhetett volna.

4. Szász Sándor: *Pentabi a keratitis parenchymatosa gyógyulásánál*. 16 esetben alkalmazták a pentabit, ebből 3 esetben a Wassermann-reactio változásainak észlelése végett. Két tuberculotikus és két lueses eredetű esetén a Wassermann-reactio negatív volt, többinél pozitív. Tíz betegnél semmi befolyás nem volt észlelhető, 2 betegnél az egyidejűleg alkalmazott konyhasó subconjunctivalis befecskendezések mellett lassú javulás, egy esetben gyors gyógyulás és a teljes látásélesség visszanyerése volt az eredmény, anélkül, hogy a másik szem gyulladásának kitörése megakadályozható, illetve annak gyógyulása befolyásolható lett volna. A Wassermann-reactio az esetek többségében változatlan maradt, néhány betegnél kismértékű eszkennést mutatott a reactio positivitása. Mellékhatások ritkák. A pentabi adta eredmény nem jobb a protein-higanykenő kúránál; korai, nem súlyos esetknél, s közbeiktatott specifikus kezelésként ajánlja.

5. Vitéz Berde Károly: *A thallium epiláló hatásának befolyásolása hormonokkal patkányokon*. Szerző napi kétféle mg Kahlbaum-féle thallium acetiumot adagolt per os 60 drb fiatal fehér patkánynak 90 napon át. Az állatok 4–8 főnyi csoportjaival a thalliumsón kívül különböző hormonkészítményeket etetett (extr. parathyreoideae, thyreoideae, thymi), egy csoportnak subcutan adagolt adrenalint (Tonogen-Richter), egy csoport tagjait pedig fiatalon castrálta a kísérlet előtt. A 90 napos kísérlet végéig az állatoknak több mint kétharmada maradt életben, de közülük a csak thalliummal kezelt controllok, továbbá a thallium mellett adrenalinnal és castratióval befolyásolt állatok szőrzetén semmi ritkulást vagy kopaszodást nem észlelt. Míg a parathyreoideával és thyreoideával kezelt állatoknak csak kisebb részén mutatkozott a kísérlet ideje alatt a thallium-alopecia megindulása, a thymus kivonattal kezelt csoport minden tagján beállott ez a jelenség. A thymus kivonatának a thallium-alopecia kialakulására gyakorolt serkentő hatása három tekintetben nyilvánult meg: egyfelől a szőrzet kihullásának korai kezdetében, másfelől abban, hogy a szőrzet kihullása minden állatnál megindult, s végül, hogy az állatok egyharmadánál az alopecia teljessé is vált. A kísérlet eredménye szerint a thallium epiláló hatása a thymus hormonjának jelenlétében és segítségével könnyebben és kiadósabban érvényesül, ami a therapia számára ajánlatossá teszi a két szer kombinált alkalmazását.

Vásárhelyi János: Más okból szintén kísérletezett thalliummal fehér patkányokon. A thallium acetiumot nem belsősecretiók szervekkel, hanem azok nélkül adta, neki, *Berdével* ellentétben, sikerült teljes kopaszodást létrehozni patkányokon. *Berde* negatív eredményeinek okát abban látja, hogy ő igen kis adagban adta a thalliumot, másrészt pedig a kísérletekhez használt állatok nem voltak elég fiatalok. Idősebb, teljesen kifejlett állatokon teljes kopaszodást hozzászóló sem látott. Kísérletei folyamatban vannak és a thymuskivonattal való kombinált alkalmazást ki fogja próbálni.

Szentkirályi Zsigmond és Varga Kálmán: (Kézirat nem érkezett be.)

Vásárhelyi adatai megerősítik előadót azon nézetét, hogy egyfelől patkányoknál a 0.0001 g thalliummennyiség elégtelen, másfelől, hogy a thalliumhatás kialakulásában a thymusnak szerepe van. Az iontophoretikus alkalmazást illetőleg utal *Laquerrier* és *Lehmann* vizsgálataira; a thymusadagolás gyakorlati hasznát pedig csak az elkövetkezendő vizsgálatok fogják igazolni, vagy megcáfolni.

VEGYES HÍREK

Tanulságos jogesetet képez a budapesti törvényszék, mint fellebbezési bíróság egyik tanácsa által 1924-ben 2113. száma alatt hozott ítélet egy szaklap általi indított perben, melyben az egy olvasóját 3 évi (!) előfizetési díj miatt perelte. Az alperes azzal védekezett, hogy ő a lapot nem rendelte meg, hanem a kiadóhivatal küldte neki, amit ő — elismeri — egyszer sem küldött vissza, sőt olvasott is.

A bíróság ítéletét így indokolta:

„Habár a felperes szaklap az alperestől megrendelési levelet felmutatni nem tudott, mindazonáltal a postai közegek és a kiadóhivatali alkalmazottak beigazolták, hogy az alperes három éven át, megszokott

nélkül kapta a lapot. Emellett alperes is elismerte, hogy a szaklapot gyakran olvasta. A szakemberek üzemi és üzletük helyes folytatása céljából a szakmájukbeli szaklapokra éppúgy szükségük van, mint bármely szerző számára vagy üzemgépére s így a szaklap olvasója a lap olvasásával szellemi ellenértéket nyert, amit hallgatólagosan elismert és föl is használt. Ennélfogva alperes a három évi előfizetési díjat a kamatokkal és költségekkel együtt végrehajtás mellett megfizetni köteles.“

Ha ez az ítélet így döntött egy olyan esetben, midőn az alperes *nem rendelte meg* a lapot, mennyivel inkább megállja helyét oly esetekben, midőn a kiadóhivatal megrendelőlevelet tud felmutatni, vagy ami ezzel bírósági döntés szerint egyenértékű: kimutatja, hogy alperes még mindig előfizetője a lapnak, mert lejárt ugyan előfizetése, de a lapot be nem szüntette, további küldése ellen nem tiltakozott sem írásban, sem a lapok visszaküldésével még akkor sem, mikor a hátralékos díj megfizetésére ismételt felszólítást kapott.

Ezt pedig figyelemzetésül közöljük mindazon Kartársakkal, kik még 1926-os előfizetési díjaikkal, sőt még régebben tartoznak és akik eddig semmiféle felszólításunkra sem reagáltak, azonban lapunkat állandóan kapták, elfogadták és kétségkívül olvasták is, tehát hasznukra fordították. Ezúton jelentjük nekik, hogy *lapjuk küldését március hó végével beszüntetjük*, ha addig tőlük tartozásuk kiegyenlítésére, vagy legalább elismerésére és részletekben törlesztésére levelet nem kapunk, — *ellenük a keresetet a budapesti központi járásbírószágon beadjuk*.

Kartársi szeretettel kérjük olvasóinkat, akik előfizetésükkel 1–2 negyed óta hátralékban vannak, hogy hátralékukat rendezni szíveskedjenek és ne hagyják így halmozódni. Az Orvosi Hetilapot anyagi alapjában ingatja meg 6–800 példány folytonos hitelben szétküldése és — senki sem kívánhatja tőlünk, hogy 2–300 lap-példány 1–2 évi előfizetési díjáról az előfizetők nemörödomsége miatt lemondjunk.

Sz.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület február 25-i ülésének napirendje: *Bemutatás: 1. Hollaender Leó: Hernia diaphragmatica paraoesophagea. 2. Ertl János: a) Multilocularis agycysta, lövés után igen gyakori epilepsziás rohamokkal, műtét után hat évvel gyógyult állapotban. b) Kifehélyesedett és kiterjedt nyelvgyökök, mely reáterjedt a szájalapra, állasontra, garatívekre, gyökeres kiirtás utáni 5. évben. c) Recidivált bucca-carcinoma gyökeres kiirtás utáni 9. hónapban (egy műtéti phasis bemutatása). d) Többször operált törés utáni felkar-pseudartrosis műtétilag helyreállítva (transplantatio és drótvarrat nélkül). — *Előadás: Bakay Lajos: Csontok és ízületek néhány megbetegedéséről a rheumakérdés kapcsán.**

A Magyar Orvosok Röntgen-Egyesülete február 29-én délután 6 órakor az egyetemi Röntgen-intézet (Üllői-út 26) tantermében tartandó tudományos ülésének tárgysorozata. *Bemutatások: Herman János: Röntgenleletek lúgmérgezeteknél. (A mult ülésről elmaradt tárgy.) Hrabovszky Zoltán: a) Az os lunatum malatiája. b) Fájdalmas os tibiale externum. Sereghy Mihály: Interlobaris exsudatumok. Előadások: Hollaender Leó: A vastagbél-tumorumok röntgendiagnosztikájában használatos eljárásokról. (A mult ülésről elmaradt tárgy.) Gál Félix: Kis röntgendosisokkal elért meglepő javulások menthetetlennek hitt méhrákos betegeknek.*

Az Országos Balneologiai Egyesület 1928. évi kongresszusát és közgyűlését április hó 21, 22-én rendezi Budapestben. A kongresszusra előadásokat *április hó 1-ig* lehet dr. *Dalmady Zoltán* egyet. m. tanár főtitkárnál (IV, Papnövelde-utca 10) bejelenteni.

Az Orvoseképzés 1928. évi első füzeté, mely *William Harvey* emlékének van szentelve, a vérkeringésről szóló munkája 300 éves évfordulója alkalmából, folyó évi február hó végén jelenik meg a következő tartalommal:

Emile de Grósz M. D.: „William Harvey“. *Grósz Emil* dr. egyetemi tanár: „William Harvey.“ *Baron A. Korányi M. D.*: Criticism of the methods of bloodless measuring of bloodpressure.“ *F. Verzár M. D.*: „The influence of diet on the sensitivity to hormones and drugs.“ *Báró Korányi Sándor* dr. egyetemi tanár: „A vértelen úton való vérnyomásmérés módszereinek kritikája.“ *Verebélj Tibor* dr. egyetemi tanár: „Az állások gyulladási.“ *Hüttl Tivadar* dr. egyetemi tanár: „A szervezet acidosisának vizsgálata és annak jelentősége sebészi szempontból.“ *Fenyvessy Béla* dr. egyetemi tanár és *Vidakovich Lajos* dr. Baranya vármegye tisztifőorvosa: „Tanulmány a falu hygienéje köréből, különös tekintettel a tuberculosisra.“ *Hainiss Elemér* dr. egyetemi tanár: „A szopós eseesemők constitutiós dystrophiájáról.“ *Sz. Liebermann Leó* dr. egyetemi tanár: „A trachoma kezelésének alapelvei.“ *Csépai Károly* dr. egyetemi magántanár: „Új adatok a Basedow-kór és hyperthyreosisok diagnostikájához, pathológiájához és therapiájához.“ *Fekete Sándor* dr. egyetemi magántanár: „A női nemzőszervek megbetegedése kapcsán jelentkező fájdalokról.“ *Wietrich Antal* dr. egyetemi tanársegéd: „Az idült és heveny cyanmérgezésekről.“

Előfizetni lehet az „Orvosi Hetilap“ kiadóhivatalában (VIII, Üllői-út 26, II. em.), valamint 22.968. sz. postatakarékpénztári csekk számláján.

Nemzetközi iparegészségügyi kongresszus és munkásvédelmi kiállítás lesz Budapesten ez év szeptember 2–8 között. A nagygyűlés szervező- és végrehajtóbizottsága február 8-án délután 1 órakor tartotta alakuló ülését a népjóléti és munkaügyi ministerium nagy tanács-termében. Az ülést *Vass* minister nevében *György Tibor* egyetemi tanár, h. államtitkár, a szervezőbizottság elnöke nyitotta meg és a kormány nevében felkérte az orvosi és közegészségügyi tudomány nagy számban megjelent képviselőit, hogy a congressus sikere érdekében közreműködjenek és a végrehajtóbizottságot az előkészítő munkálatokban támogassák. Ígéretet tett a népjóléti minister nevében, hogy a nagygyűlés tapasztalatait és tudományos eseményeit a január 1-én életbe lépett munkásbiztosítási törvény, valamint a társadalombiztosítás most előkészítés alatt álló másik nagy ágazatában, a rokkantbiztosítás terén érvényesíteni fogja. A világháború óta ez az első nemzetközi orvos-congressus Budapesten és a kormány teljes tudatában van culturalis jelentőségének.

A nagygyűlés végrehajtóbizottságának elnökévé *Verebélj Tibor* egyetemi tanárt, alelnökévé *Friedrich Vilmos* egyetemi rk. tanárt, főtitkárává *Gortvay György* egyetemi magántanár, ministeri osztálytanácsost választották meg. A nagygyűlés alakuló ülése 30 tagú szervezőbizottságot választott, amelynek tagjai között *báró Korányi, Bakay, Grósz Emil, Blaskovics, Fenyvessy, Rigler, Herczog* és az orvosi közelet más jelességei. *Szegedy-Masszák Elemér* és *Schilling Zoltán* ministeri tanácsos, *Pap Géza* államtitkár, *Kovrig* egyetemi magántanár, stb. szerepelnek. Elhatározta továbbá a nagygyűlés, hogy fővédnökül *Horthy Miklós* kormányzó úr Ó Főméltóságát, védnökül *Vass József* m. kir. népjóléti és munkaügyi ministert, *Herrmann Miksa* m. kir. kereskedelemügyi ministert és *Mayer János* m. kir. földművelésügyi ministert, díszelnökökül *Dréhr Imre* és *Scholtz Kornél* államtitkárokat, *Ripka Ferenc* főpolgármestert és *Sipőcz Jenő* polgármestert kéri fel.

Verebélj Tibor egyetemi tanár a felkért szakemberek közreműködéséről biztosította a congressus vezetőségét és megköszönte a kormány támogatását.

Ezután *Gortvay György* számolt be a nagyszabásúnak ígérkező congressus eddigi előkészítő munkálatairól, melynek eredményeként a legelőkelőbb külföldi szakemberek már eddig is 15 referatutumot és 45 előadást jelentettek be, ami a congressus sikerét már eleve is biztosítja. A világ munkásvédelmi tudósainak Budapesten való tanácskozása különös jelentőséggel bír reánk nézve most, amikor a socialhygienének, a gyakorlati munkásvédelemnek és a socialis gondozás kiépítésének

új útjai és lehetőségei nyitnak meg számunkra — mondotta *Gortvay* beszámolójában és e tanácskozások nemcsak a hazai tudományokra fognak termékenyítő hatást gyakorolni, hanem remélhetőleg az e téren elért külföldi tapasztalatok új, fontos nemzeti intézmények eszméit is el fogják hinteni.

Azután még hat szakbizottságot alakítottak. Nagy örömmel vették a népjóléti minister elhatározását, hogy a congressussal kapcsolatban munkásvédelmi, iparegészségügyi és balesetvédelmi kiállítást rendeztet a Népegészségügyi Múzeumban, amelyre az egész magyar ipari érdekeltség kilátásba helyezte támogatását.

Mindennemű felvilágosítással a nagygyűlés irodája (Népegészségügyi Múzeum, VI, Eötvös-u. 3. Hivatalos órák délután 3–5. Telephon: T. 298–67.) szolgál.

Röntgen-kurzusok. A napokban jelent meg a német Röntgen-Társaság 19-ik congressus-körirata, mely a programmon kívül a következő igen érdekes határozatot tartalmazza:

A német Röntgen-Társaság a leghatározottabban állást foglal az ellen, hogy orvosok bármely cégnek vagy gyárnak a Röntgen-tudományokban bevezető, illetve oktató kurzusokat tartsanak. Az ilyen gyorskurzusokat a cég által árusított vagy újonnan bevezetett készülékek eladása érdekében tartott üzleti kurzusoknak minősíti a gépek, készülékek eladása céljából. A német Röntgen-Társaság nem emel kifogást az ellen, hogy ilyen kurzusok physikalis és technikai themái (tehát a gépkezelésbe való bevezetés) technikusok és physikusok által megtarthatók legyenek.

A német Röntgen-Társaság, melynek tagjai sorában jelentékeny számú magyar röntgenologus foglal helyet, az ilyen vállalkozást alapszabályainak VI. paragrafusába ütközőnek tartja, mely paragraphus sanctiója a társaságból való kizárást jelenti.

A német Röntgen-Társaság ezen határozatát mindenkinek, aki a Röntgen-szakmával szakszerűen foglalkozik, örömmel kell üdvözölnie. Nálunk Magyarországon is tartanak begyakorló gyorskurzusokat, amelyek igen szomorú és káros eredményekre vezetnek. Ezen káros hatás különösen vidéken tapasztalható. Még az egész alsó néprétegből való betegek is követelik megröntgenezésüket azzal, hogy e nélkül nincsenek alaposan megvizsgálva. Kisebb vidéki helyeken Röntgen-készülék nélkül letellepedni ma már azt jelenti, hogy a Röntgen-gépet nélkülöző orvos magángyakorlata a concurrentiával szemben elmarad. Ennélfogva minden orvos igyekszik egy kisebb Röntgen-gépet beszerezni olyan módon, hogy a gyárban egy 8–10 napos kurzust vesz, amely tulajdonképpen tisztára a technikára szorítkozik, azután a röntgenezést minden tudás és kritika nélkül gyakorolja. Hogy ebből milyen károk, mulasztások és ártalmak származnak, annak hordereje könnyen belátható.

A Röntgen-szakma ma már annyira specializált és olyan nagy méreteket öltött szakma, hogy azt mint mellékes eljárást alkalmazni nem lehet. A szakma elsajátítása nagy tapasztalatot és hosszú időt kíván és legalább kétszázötven óra gyakorlat szükséges valamely intézetben ahhoz, hogy valaki ezt a szakmát önállóan is művelhesse.

Igen kívánatos lenne, ha nálunk működő Röntgen-egyesületek hasonló határozatot hoznának, miután egyelőre az ilyen Röntgen-charlatinizmus ellen másféleképpen védekezni nem lehet. A népjóléti miniszterium annakidején arra az álláspontra helyezkedett, hogy mivel az orvosdoctor med. univ. joga van minden beavatkozást, módszert és gyógyeljárást alkalmazni. Ha ezzel azonban kárt okoz, akkor műhibát követ el és kénytelen annak büntetőjogi következményeit viselni.

Akinek volt alkalmatlansága, mint szakértőnek, Röntgen-egészséget véleményezhetni, az legjobban tudja, hogy azzal a rettenetes kínnal és szenvedéssel és évekig tartó betegséggel, mely semmi gyógyhajlamot sem mutat, a büntetőjogi következmény egyáltalában nincsen arányban. A pénzbüntetés vagy életfogyatékos állapot megállapításának, a beteg rettenetes szenvedéseit egyáltalában nem compensálja. Ugyancsak gyakorlatlanságból a diagnostika terén is nagy hibák és mulasztások történhetnek, amelyek (csak az ulcus és gyomorcarcinoma példáját említem) a kellő időben beavatkozás elmulasztására vezetnek és így a beteg életét veszélyeztetik.

Az Országos Balneológiai-Egyesület által kitűzött pályakérdésekre a pályamunkák beküldésének határidejét az elnökség március 20-ban állapította meg.

Az egyiptomi kormány a kairói orvosi fakultás centennáriuma alkalmából f. évi december 15—22-ig terjedőleg ünnepi keretek között nemzetközi egészségügyi kongresszust rendez Kairóban. A kongresszuson részt vehet mindenki, akit Egyiptom egészségügyi viszonyai és intézményei érdekel. A kongresszus tárgyai az összes orvosi szakmákat érintő tropikus megbetegedések, parasitologia, bakteriologia, hygiene. A kongresszuson való részvételre március végéig kell jelentkezni. Előadások bejelentésének határideje 3 hónap a kongresszus kezdete előtt. Tárgyalási nyelv arab, angol, francia, német vagy olasz. A szervezőbizottság kilátásba helyezi, hogy az utazási és egyéb költségek tekintetében számbavehető mérséklést sikerül kieszközölnie.

Részletekre vonatkozólag a szervező-bizottság titkára, Dr. H. Péretz (Kairó 152, Rue Kasr-el Aini) a jelentkezőknek készséggel rendelkezésre áll.

Helyreigazítás. Mult heti számunkban a 225. oldalon nem a Magyar Röntgentársaság, hanem a Magyar Orvosok Röntgen-Egyesületének január 25-i ülését közzeltük. A helytelen cím szedéshibából származik.

Orvodoktorra avattak a Budapesti Pázmány Péter Tudományegyetemen 1928 február 18-án: *Bárdossy István, Bernolák Béla, Bolyos Benő, Czágán-Boer József, Csanády Sándor, Esik Károly, Faragó Endre, Jaeger Miklós, Somogyi László, Suba Lajos.* — Üdvözljük az új kartársakat.

A „Nemzetközi Rheuma Ellen Küzdő Egyesület” magyar fiókegyesülete február 26-án, vasárnap délelőtt 11 órakor tartja alakuló gyűlését a „Budapesti Orvosok egyesület” nagytermében.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint február 12-től február 18-ig előfordult:

Hasi hagymáz	11	(1)	Gyermekágyi láz	—	(—)
Küteges hagymáz	—	(—)	Bárányméreg	76	(—)
Hólyagos (ál-)himlő	—	(—)	Járv. fültömirtályos	34	(—)
Kanyaró	226	1	Vérhas	10	1
Vörheny	30	(—)	Járv. agygerincgyhártyalob.	—	(—)
Számárhurut	70	5	Trachoma	15	(—)
Roncs. torok-, gége	55	4	Veszétség	—	(—)
Influenza	12	(1)	Lépfene	—	(—)
Aziaszi kolera	—	(—)	Paralýsis infánt.	1	(—)

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

LEGTÖKÉLETESÉBB ERŐS BACTERICID HATÁSÚ ANTISEPTIKUM A
LYSOFORM
OLDATBAN SZAGTALAN, NEM MÉNGES BŐRNEK ÉS MŰSZEREKNEK NEM ÁRT.

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

TABL. FERRI PROTOXAL. SINE ET C. ARS. DEÉR

változatlan tisztaságban, összetételben és hatásban minden gyógyszerárban kapható.

„Jó pásztor” gyógyszerár, Budapest IX, Ráday-u. 18.

Reagensok és normaloldatok

Dr. G. Grüber & Co. Leipzig a vizelet, széklet, vér és gyomortartalom vizsgálatához. festékek, festéköldatai, kémikáliái mikroszkopiai és bakteriologiai használatra, valamint összes egyéb készítményei eredeti csomagolásban állandóan raktáron.

Dr. DEÉR ENDRE laboratóriuma, Budapest IX, Ráday-utca 18. Telefon: József 23—23

FŐORVOS



PALACE-SANATORIUM DR. HECHT

Modern physikalisk-diaetikus magaslati gyógyhely, 1080 m magas.

SEMMEERING

Különlegesség: Hízó-, diéta-, nap-, levegő- és Lahmann-kurák.

Röntgen-Diathermia és

az összes villamos gyógyászati felszerelések, kvarzlámpák lejutányosabban
Lüders és Kanis Röntgen és Elektromedikai Műszaki vállalat
Budapest VII. kerület, Miksa-utca 5. szám.
Telefon: József 430—26 Sürgőnycím: Röntgen Budapest.

Székesfővárosi SZÉCHENYI-GYÓGYFÜRDŐ Városliget.
970 méter mélységből feltörő 7A C° kénes rádióaktív forrás. Medence- és különfürdők, iszapgyöngyölések, szén-savas- és pezsgőfénnyfürdők. Elektrotherápia, diathermia, hőlégkezelések, gyógyászat. Javallatok: Idősült csúsz, izületi izzadmányok, köszvény, elhízás, ideggyengeség, idegzsábák, (különösen ischiás) szívbetegek. női bajok. Ivókúra.

ETRA Röntgen és Diathermia
Tel.: J. 304-58. ETRA r-t. Budapest VII, Róza-u. 25.

Dr. Fonyó János gynák. hystológiai laboratóriuma, VIII, Kőfaragó-utca 12. Tel.: J. 348—67.

Dr. Mandler Ottó gyógyintézet, Kálvin-tér 10. Elektro-thermo-hydrotherapia, Zander, Inhalatorium.

Német orvosi könyveket

havi részletfizetésre szállít FISCHER JENŐ, az Urban & Schwarzenberg magyarországi képviselője VII, Thököly-út 44. Telefon: József 372—70. Kérem az új címre ügyelni. Kérje havonta megjelenő könyvjegyzékünket.

PALYÁZATOK.

A szegedi m. kir. állami gyermekmenhelynél lemondás folytán megüresedett *segédorvosi állásra* pályázatot hirdetek. Az állást a nagym. népjóléti és munkaügyi miniszter úr kinevezés útján két évre tölti be. Javaldalmazás az állami tisztviselők X. rangosztályának megfelelő fizetés, egy bútorozott szobából álló lakás, fűtés és világítás, valamint 50% megtérítés mellett elsőosztályú élelmezés. Felhívom tehát mindazon nőtlen orvosdoctor urakat, akik a gyakorlati évüket már kitöltötték és gyermekgyógyászati előképzettségükkel rendelkeznek, hogy amennyiben ezen állást elnyerni óhajtnak, a nagym. népjóléti és munkaügyi miniszter úrhoz intézett kérvényeiket f. évi március hó 3-ig a szegedi m. kir. állami gyermekmenhely igazgatójához nyujtsák be. A pályázat követelményeinek meg nem felelő pályázó kérvénye nem fog tekintetbe vétetni.

Szeged, 1928 január 15.
261/1928. sz. Kovács Ödön dr., egy. magántanár, igazgató-főorvos.

Baja város közkörházánál üresedésbe jött, a XI. fiz. osztály 3. fokozatának megfelelő fizetés, természetbeni lakás, valamint térítmény ellenében nyujtandó fűtés, világítás és I. oszt. élelmezéssel javaldalmazott sebészeti *alorvosi állásra* pályázatot nyitok. Folyamodni óhajtókat felhívom, hogy kellő képzettségüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényeket mélt. Bisztrai-Balku Gyula főispán úrhoz címezve legkésőbb f. évi febr. 29-ig közvetlenül a bajai közkörház igazgatóságánál nyujtsák be. Az állásra elsősorban műtői oklevéllel bíró, vagy azon orvosok pályázhatnak, akik igazolni tudják, hogy valamely sebészeti osztályon már működtek. Az állás f. évi márc. 15-ig elfoglalandó.
Baja, 1928 febr. 1. 1670/1928. sz. Polgármester.

Isotoniás kombinált
VAS-ARSEN

subcutan injectiók:

FERTONIN-CHINOIN

1 cm³ = 0.05 g Fertonin = 0.0025 g komplexen kötött vas + 0.05 g Arsoninnak megfelelő arsen.

Befecskendezése abszolút fájdalomtalan!
Helyi reactiót, csomóképződést sohasem okoz!
Gyorsan és maradék nélkül szívódik fel!
Vashatása gyors, egyenletes és tartós!

10 és 20 ampullás (1.1 cm³) dobozok és 100 ampullás kórházi csomagolás.

Irodalmat és kísérleti anyagot kívánatra készséggel küldünk.

CHINOIN-UJPEST

Diathermiás és Röntgen-készülékek

precíziós szolid kivitelben. Állami és privátklinikák, szakorvosok állandó szállítója. Elsőrangú referenciák. — Fizetési feltételek: megegyezés szerint.

MARTIN ÉS 'SIGRAY R.T.
ELEKTROMOS MÉRŐMŰSZEREK GYÁRA

Budapest VI, Botond-utca 10. — Telefon: L. 914-64. és L. 992-08
Vezérképviselő: Barta és Székely Budapest, IV, Múzeum-körút 37.

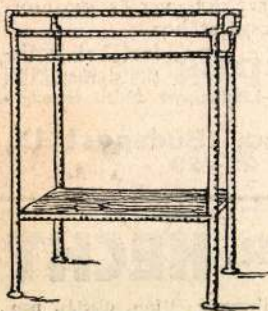
Dr. BARTA calciumtherapiás készítményei:

DESOFORM (Calcium tribromphenylicum.) Sebhintőpor, hol a calcium-componens véralvasztó és bactericid tulajdonsága fokozza a tribromphenolsav desodoráló, szárító, abszorbeáló hatását. Nem izgató, homlás nélkül sterilizálható pontos vegyület Ca (C₆H₅BrO₂), melyből gátek, kenőcsök műszabály szerint készíthetők. 50-60%-kal olcsóbb a Xeroform, Dermatol vagy Jodoformnál. (Törvényileg védve és szabadalm zva.)

CALCIFOR (Syr. calcii sulfo-guajac comp.) — Hatóanyaga a sulfoguajacolsav calciumója, tehát káliumot nem tartalmaz javalva a tbc. különböző esetekben, bronchitis és rachitisnél. Haemoptoenál is adható guajacol.

SEDATIN (Syr. calcii bromati comp.) — A calciumnak a bromra történő antagonista hatása folytán bromizmust nem okozó nervinotonicum.

Dr. BARTA ENDRE gyógyszerészeti laboratoriuma
(Budapest-)Pesterzsébet, Vágóhid-u. 17. Telefon: József 28-13.



FISCHER PÉTER ÉS TÁRSA R.T.

ORVOSI MŰSZERGYÁR
BUDAPEST IV, KÁLVIN-TÉR 3. SZ.
Félemelet. Telefon: J. 319-24, J 378-82.

*Orvosi berendezések,
kedvező fizetési feltételek.*

Stilles, Stockholm

rozsdamentes műszereinek magyarországi egyedárúsítója.

• **NERVOPLAST = ORKENY** •
• TONICUM • SEDATIVUM •
FERGLOBIN-ORKENY
MINDENMŰ ANAEMIANÁL
GUAJAGLOBIN-ORKENY
A TUDÓBÁNTALMAK SPECIFIKUMA
SANOLAN-ORKENY
HAEMORRHOIDÁK ÉS SZÖVŐDMÉNYEINÉL
ORKENY HUGO
*** CSILLAG *** GYÓGYSZERTÁRA ***
BUDAPEST, VIII.
RÁKÓCZI-ÚT 39. SZÁM

MERAN

(Hochetsch, Olaszország.)

Délvidéki napsütés, igen száraz alpesi levegő, régi, híres gyógyhely.

Legelőnyösebben ismert üdülőhely.

Az összes modern gyógyászati eljárások és természetes gyógymódok a városi gyógyintézetekben és 8 magán-szanatóriumban.

Kiváló eredmények fekvő és légkúrákkal, sugárzással, diétával és rendszeres sétákkal. Gyógy- és üdülőhely szív-, vese-, vér-, mirigy- és anyagcserebetegeknek, valamint hurutknál és a légzőszervek megbetegedéseinél.

100 szálloda, pensio, sanatórium.

Legújabbán lényegesen mérsékelt pensio árak.
Prospektusokkal a fürdőigazgatóság készséggel szolgál.