

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi minister úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: HUZLY IMRE.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Kramár Jenő és Tomcsik József: Kísérletes adatok a colloidalis fémek therapiás ismeretéhez. (265—266. oldal.)

Brana János: A trachoma Csonka-Magyarországon. (266—268. o.)

sz. Liebermann Tódor: Mikor indikált a tonsillektomia septikus megbetegedés esetén. (268—269. oldal.)

Diagnostika. Linzenmeier György: Vérsejtek sülyedési sebességének mérése egytellen vércseppben. (269. oldal.)

Étrendi előírások. A vesebetegségek diéta kezelése. 10. Vese-diagnostikai étrendek. (269—270. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Bőr- és nemikórtan. — Urologia. (270—272. oldal.)

Könyvismertetés. (272. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 3-i ülése. (272—273. oldal.)

A Magyar Szemorvostársaság VI. tudományos ülése május 6-án, az I. számú szemklinikán. (273—274. oldal.)

A Közkórházi Orvostársulat 1924 május 7-i ülése. (274—275. old.)

A szegedi egyetem barátai és a szegedi orvosok egyesületének május 3-i ülése. (275. oldal.)

Heti krónika. (275—276. oldal.) — Vegyes hírek. (276. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A kir. m. Erzsébet-tudományegyetem gyermekklinikájának (igazgató: Heim Pál dr. egyet. ny. r. tanár) és a Pázmány Péter-tudományegyetem kórtani intézetének (igazgató: Preisz Hugó dr. egy. ny. r. tanár) közleménye.

Kísérletes adatok a colloidalis fémek therapiás hatásának ismeretéhez.

Írta: Kramár Jenő dr. és Tomcsik József dr.

A colloidalis fémek hatásmódjának magyarázata a fertőző s septikus megbetegedések therapiájába való bevezetésük óta sok változáson ment keresztül. Eleinte csupán a fémcomponensben látták a hatásos alkatrészt s a védőcolloidnak jelentőséget egyáltalában nem tulajdonítottak, vagy csupán annyit, hogy az a fémeket a vér elektrolitjeinek kicsapó hatásával szemben megvédi. E fémalkatrész hatásosságát kezdetben baktericid képességében keresték, később azzal próbálták magyarázni, hogy nagy felülete útján a toxinokat adsorbeálva ártalmatlanná teszi. Már ekkor gondoltak egyesek arra, hogy a colloidalis fémek talán nem is közvetlenül hatnak a kórokozókra, hanem talán csak a szervezet befolyásolása (phagocytosis, antianyagtermelés fokozása) által teszik azt a fertőzés leküzdésére alkalmasabbá.

A heteroprotein-therapia fejlődése, a vele kapcsolatos kísérletes vizsgálatok új irányba terelték a figyelmet. Mindinkább szaporodtak ugyanis azok a megfigyelések, melyek egyre több rokon vonást véltek a fehérjék s a colloidalis fémek hatásmódja között fölfedezni. Colloidalis fémek hatására éppúgy, mint fehérje-injectióra, kezdeti leukopenia után myelogen leukocytosis lép fel (Niessen); a reticuloendothelialis sejtek felvevő-képessége előzetes colloidalis fém injectiója után éppen úgy fokozódik, mintha a kísérleti állatot fehérjével kezeltük volna. E vizsgálatokkal a colloidalis fémek fehérjecomponense, a védőcolloid kezd lassanként előtérbe nyomulni, sőt Böttner a collargolban az ezüst hatását már csupán abban látja, hogy az adsorbtív képességénél fogva a védőcolloid fehérjetesteknek fermentatív szétbontását megakadályozza s ilyen módon tulajdonképpen protrahált fehérjehatást tesz lehetővé.

A heteroprotein-therapia hatásmódjának magyarázatára szolgáló theoriák közül a legnagyobb visszhangra kétségtelenül Weichardt protoplasmaaktiválási elmélete talált. E theoria érdekes megerősítést nyert legújabb Vollmer kísérletei alapján. Vollmernek sikerült kimutatni, hogy heteroproteinek hatására a vize-

lettel kiválasztott savak mennyisége csökken. Tudjuk azonban, hogy csökkent savkiválasztás csökkent savképzésre utal; az intermediaer anyagcserének ilyen alkalotikus irányban való eltolódása pedig anyagcseregyorsulásnak a következménye (Michaelis, Freudenberg és György). A fajidegen fehérjék hatására tehát az oxydatív sejttevékenység, a sejtek vitalitása fokozódik.

Az eddigi vizsgálatok alapján közelítő volt a gondolat, hogy ha a colloidalis fémek s a fajidegen fehérjék hatásmódja végső eredményben azonos vagy legalább is hasonló, akkor ennek az analogiának a colloidalis fémek anyagcserére gyakorolt hatásában is meg kell nyilvánulnia. E feltevésből kiindulva végeztük alábbi kísérleteinket.

Vizsgálatainknál úgy jártunk el, hogy a vizsgált kísérleti egyénnél néhánynapos előkísérletben megállapítottuk a vizelettel ürített összes phosphatnak, ammoniának és nitrogénnek átlagos 24 órai mennyiségét, még pedig a phosphatokat Neumann szerint, a nitrogént a mikrokjeldahl-apparátussal, az ammoniát Malfatti szerint. Ezenkívül minden egyes napi vizelet részletben meghatároztuk a H⁺-exponenst Michaelis indikator-metódusa segítségével, továbbá a vizelet összes aciditását titrálás útján phenolphthalein-indicatorral szemben. Az ammonia nitrogénjének az összes nitrogénhez való viszonyából az ammonia-coëfficienst számítottuk ki. Miután ilyen módon képet nyertünk a kísérleti egyén normális adatairól, vizsgáltuk, hogy milyen módon változnak meg ezek colloidalis fémek hatására. E célból intravenásan részben siliquidet (colloidalis siliciumpraeparatum), részben collargolt adtunk, ellenőrzésképpen pedig az egyik kísérleti egyénnél a siliquid alkalmazása után egy idővel caseosant, illetve tejet is fecskendeztünk a farizomzatba.

A mellékelt táblázatból látható, hogy úgy a siliquid, mint a collargol injectiója után a phosphatok mennyisége megkevesbedik, a H⁺-exponens nő, vagyis a vizelet H⁺-concentrációja csökkent, a vizelet összes aciditása is csökkenésre mutat hajlamot — változások, melyek a vizelettel ürített savak mennyiségének megfogását jelzik. Különösen kifejezett volt ezen alkalotikus irányú eltolódás a vizeletben a collargol-injectio után, melynek hatása még az injectiót követő harmadik napon is érezhető volt. Az ammonia-coëfficiens változása már nem volt egyértelmű, amennyiben az egyik alkalommal siliquid injectiója után kifejezett csökkenést mutatott, a második siliquid-, illetve a collargol-injectio után lényegesen nem változott.

Ha összehasonlítjuk ezen adatokat avval a hatással, melyet ugyanazon kísérleti egyénnél fajidegen

fehérjével idéztünk elő, úgy arra a meggyőződésre kell jutnunk, hogy a colloidalis fémek s a heteroproteinek között, legalább is az anyagszerére gyakorolt hatásukat illetőleg principiális különbség nem állhat fenn. Mindkettő therapiás alkalmazásánál tulajdonképpen ingerhatást fejtünk ki, anyagszerelénkülést, az oxidációs folyamatok gyorsulását idézzük elő. Evvel azon-

Collargol-hatás.

H. R. ♂ 6 éves. Egészséges.

	Datum	Összes phosphat	Összes aciditás	Összes N	Összes NH ₃	NH ₃ coeffic.	P _H
Előismerlet	VI/13.	1160	183	5672	338	4'9	5'8
	VI/15.	1287	186	5465	377	5'7	6'1
	Napi közép-érték	1223	185	5568	357	5'3	5'9
	2 cm ³ collargol (6 óra. 38'6")						
	VI/16.	1104	175	6441	405	5'1	6'2
	VI/17.	1057	101	5255	346	5'4	6'6
	VI/18.	1130	147	6372	422	5'4	6'2

F. L. ♂ 11 éves. Pleuritis után gyógyult.

	Datum	Összes phosphat	Összes aciditás	Összes N	Összes NH ₃	NH ₃ coeffic.	P _H
Előismerlet	V/29.	1480	246	4055	315	6'4	6'0
	V/30.	1886	349	6012	305	4'2	5'9
	V/31.	1168	229	4341	280	5'3	5'6
	Napi közép-érték	1511	274	4802	300	5'3	5'8
	3 cm ³ siliquid						
	VI/1.	1081	279	6824	324	3'9	6'1
	VI/2.	1062	234	6786	321	3'9	5'7
	VI/3.	1218	244	4854	310	5'2	5'7
	VI/4.	1457	301	6201	344	4'6	5'7
	5 cm ³ siliquid						
	VI/5.	1069	224	4960	305	5'1	6'4
	VI/6.	1187	198	4436	296	5'5	5'6
	2 cm ³ caseosan						
	VI/8.	1053	176	5794	269	3'8	6'3
	VI/11.	1301	217	5902	516	7'1	5'7
	5 cm ³ tej (39'10")						
	VI/12.	1181	197	6128	353	4'7	6'3
	VI/13.	1620	194	5375	439	6'7	6'2
	VI/14.	1377	147	5142	362	5'8	6'6
	VI/15.	1495	184	4716	436	7'6	5'8

ban távolról sem akarjuk kicsinyíteni a colloidalis fémeknek az erythroplastikus vagy myeloid rendszerre kifejtett specifikus fémhatásának jelentőségét, mégis valószínűnek tartjuk azt, hogy a colloidalis fémek legfontosabb therapiás alkalmazásánál, a fertőző megbetegedéseknél az egész anyagszerét megrázó, felkorbácsoló hatásuk mellett a specifikus hatások csak mint mellékjelenségek szerepelnek.

Ami az anyagszerére gyakorolt hatás mechanizmusát illeti, erre nézve több feltevés lehet jogosult. Böttner a collargolból izolált védőcolloiddal tipikus fehérjehatást tudott kiváltani, míg maga az ezüst nagy mennyiségben (50 cm³-es dosisban) is teljesen hatástalan volt. Böttner kísérletei tehát amellet látszanak

szólni, hogy a colloidalis fémek hatásukat tulajdonképpen védőcolloidjuk fehérjetesteknek köszönhetik. Egy támpontot a mi kísérleteink is nyújtanak. Láttuk, hogy siliquiddel ugyanazt a hatást érték el, mint a collargollal, vagy fajidegen fehérjékkel, a siliquid azonban, mint arról magunk is meggyőződünk, szerves alkatrészt egyáltalában nem tartalmaz, úgyhogy ebben az esetben fel kell vetnünk azt, hogy a colloidalis állapotban levő siliciumdioxyd talán éppen colloidalis állapotánál fogva maga tudja azt a hatást kifejteni, mint a fajidegen fehérjék.

Irodalom: Böttner: Münch. med. W. 1923. jan. — Freudenberg és György: Münch. med. W. 1922. — Michaelis: Die Wasserstoffionenkonzentration. 1914. — Niessen: Klin. W. 1922. — Siegmund: Münch. med. W. 1923. jan. — Vollmer: Klin. W. 2. évf., 12. sz. — Weichard: Münch. med. W. 1918 22. sz., 1919 11. sz., 1920 4. sz., 1921 2. és 12. sz.

A trachoma Csonka-Magyarországon.

Irta: Brana János dr.

A magyar szemorvosok 1923. évi pünkösdi tudományos nagygyűlésén Grósz Emil dr. egyetemi tanár, ama meggyőződésből kiindulva, hogy Magyarország megismerésével a trachomakérdés meg nem szűnt, sőt a csonka határokon belül még újabb gócok is jelentkeznek, a magyar szemorvosok összességét egy újabb energikus trachoma-ellenes akcióra szólította fel.

Ezen fontos és az ország közegészségügyére nézve igen mélyreható indítvány általános helyesléssel találkozott, sőt az indítvány elhangzása után egyesek részéről konkrét javaslatok is tétettek. Én, aki a trachoma-ellenes küzdelmet, úgy a régi hadseregben, mint 1919. év óta szűkre szabott határainkon belül is minden erőmmel támogatom, az akció első phasisának egy, a csonka ország minden területéről összeállított statisztikai és szemléltető térkép megszerkesztését tekintettem, s egy ilyen térkép összeállítására Grósz tanár úr indítványával kapcsolatban azonnal vállalkoztam is.

Ezen összeállítás részéről azért nem ütközött nehézségekbe, mert én már 1920 nyarán az egészségügyi vezetőségemnél elértem azt, hogy a csonka ország összes területeiről a trachomás legénység központilag Budapestben kezeltesék s gyógyulás, vagy felülvizsgálati úton való elbocsátás esetén a további egészségügyi intézkedések esetről-esetre pontosan végrehajthassanak.

A trachomás legénység osztályom a higienikus életviszonyokra, a szemek ápolására, a test ellentállóképességének fokozására nézve rendszeres oktatásban részesül.

Felülvizsgálati úton való elbocsátás esetén a beteg illetőségi vagy tartózkodási helyét pontosan megállapítjuk s a közigazgatási hatóságokat esetről-esetre értesítjük. Az értesítésben a közigazgatási hatóság vezetőjét nyomtatékosan kérjük a hazaérkezett egyén szigorú ellenőrzésére.

A mellékelt térkép, amely az ország bármely részén lakó orvos vagy közigazgatási hatóság hasznos útmutatójánál szolgál, igen könnyen és szemléltetően mutatja, mely területek azok, ahol a gyökeres intézkedésekre sürgős és múlhatlan szükség van.

A trachoma, mint evidenter idült lefolyású és gyakran pannussal, tehát kisebb-nagyobb fokú látásromlással, néha azonban a vakságig is fokozódó szaruhártyabántalmakkal járó betegség nálunk, a nyugati civilizációtól oly magas fokban átvett országban meg nem tűrhető és minden erővel megszüntetendő.

Én, aki a trachomával kapcsolatban évek óta a trachomás constitutióját, életviszonyait, s egyéb úgy somatikus, mint belső organikus elváltozásokkal való esetleges relációt is megfigyelésem tárgyává teszem, az előttünk álló és Grósz tanár úr által indítványba hozott nagy akciót úgy és akkor vélem teljes sikerrel keresztelhetők és eredményesnek, ha munkánkat nemcsak

**CSONKA MAGYARORSZÁG TRACHOMÁS
KATONÁINAK ILLETŐSÉGI HELY
(JÁRÁS) SZERINTI CSOPORTOSÍTÁSA**
990. ESET KAPCSÁN



Összeállította: **Dr. Brana János**
tanácsnok orvos

PEST-P.-S.-K.K.	316
CSONGRÁD	95
BÉKÉS	93
JÁSZ-NK.-SZOLNOK	67
SOMOGY	47
ZALA	46
BÁCS-BODROG	36
FEJÉR	27
CSANÁD	23
SZATMÁR	22
NÓGRÁD	22
SZABOLCS	21
VEZSPREM	20
HAJDU	19
HEVES	17
VAS	17
BIHAR	16
BORSOD	11
TOLNA	10
SOPRON	9
KOMÁROM	9
GYŐR	8
BARANYA	8
ZEMPLEN	6
ESZTERGOM	5
HONT	5
ABAÚJ-TORNA	5
MOSON	4
TORONTÁL	3
GÖMÖR	2
ARAD	1

990

a bakteriologusok, hanem különösen a Duna-Tisza közti területen talajhygienikusok, belgyógyászok, továbbá ezen mocsaras területek köznépének építkezési viszonyait tanulmányozó és az építkezéseket a modern hygieniának megfelelően vezető és ellenőrző szakemberek teljes odaadással és buzgalommal támogatják.

Mikor indikált a tonsillektomia septikus megbetegedés esetében?

Írta: sz. Liebermann Tódor dr.

A tonsillektomia indicióival századszor is érdemes foglalkozni, mert, mint azt a gyakorlat léptenyomon mutatja, még ma is igen nagy bizonytalanság és rendszertelenség uralkodik ebben a kérdésben. És valljuk meg őszintén, ebben nemcsak azok a hibák, akik dacára annak, hogy nem a különszakma képviselői, és a műtét technikai kivitelének módjához, esélyeihez, nehézségeihez vagy ezen nehézségek helyes felbecsüléséhez nem értenek és mégis beleszólnak a műtét időpontjának elhatározásába, hanem hibák maguk a szakemberek is, akik ebben a kérdésben álláspontjukat nem dolgozták ki egységesen, logikusan és következetesen. Ebből azután az származik, hogy senkitől sem hallunk határozott véleményt, mert senki sem bízik abban, hogy álláspontját más esetleg meghallgatott szakember igazolni fogja, hogy napirenden van a felelősség és az indikálás terhének egyik vállról a másikra való áthárítása és olyan huzavona, melynek kárát a beteg látja, akinek többnyire testi épségébe, nem egyszer azonban életébe is kerül a dolog.

Odáig már lassan eljutottunk, hogy az elfogultság nélkül szemlélő és tapasztalataikat regisztráló orvosok nagy többsége felismeri sok, nagy általánosságban a sepsisekhez tartozó megbetegedésnek a tonsillák fertőzéséből származását és azt olyan esetben, melyben más hasonló okot, mint pl. idült prostatitist vagy orális (dentalis) sepsist ki tud zárni, el is ismeri. Kénytelen természetesen elismerni azt is, hogy kíváncsi volna az elsődleges gócot minél előbb kiirtani. És mégis, mikor cselekvésre kerülne a sor, akkor mindennapos az a kijelentés, hogy a tonsillektomia csak akkor lesz indikált, amikor a beteg már nem lázas és összeszedte magát. Hát nem nyilvánvalóan eső utáni köpönyeget kínálnunk ezzel a betegnek? Hát van annak értelme, hogy a tonsillogen polyarthritist szenvedő lázas beteget hagyjuk szinylődni, míg kifejlődik nála a vitium is, míg izületeiben esetleg állandóbb elváltozások is keletkeznek, míg ereje a sokáig tartó láztól és szenvedéstől kimerül? Hát van abban logika, hogy a tonsillogen sepsisben élet-halál-küzdelmét vívó betegnél várunk a láztalanodásra és ölhetett kézzel nézzük, hogy betegünknek septikus metastasisok támadnak, infarctusokat kap tüdejében, amyloidosist veséjében, iritist a szemében, és figyeljük, hogy az intravenásan adott collargol hogyan viszi le a lázat egy-egy napra vagy néhány órára, hogy az, újabban a keringésbe került bacteriumok hatására, újra és újra felszökjék? És látjuk-e ezt az illogikus gondolkodást másutt? Várunk-e a megbetegedett gyökerű fog eltávolításával? Halogatjuk-e az osteomyelitis csont fel-tárását? Nem! Mi ennek az oka?

Nehéz erre olyan embernek felelni, akinek hasonló esetekben sohasem volt ilyen Fabius Cunctator álláspontja, mert ezt az álláspontot mindig annyira ért-hetetlennek találta, hogy meg sem tudta magyarázni, és mert ezirányú kérdésére sohasem kapott választ!

Kiséreljük meg az elképzelhető okokat sorra venni.

Az első ok kétségtelenül az, hogy a legtöbb orvos a tonsillektomiában bizonyos mértékig félelmetes ope-

rátíót lát, mely nincsen teljesen az operateur kezében, és amelynek esélyeit nem akarja rontani azal, hogy egy amúgy is éppen beteg szervezetet hajtja végre. Úgy gondolja talán, hogy az operatio vérvesztéssel jár, ne veszítsen a lázas beteg vért, akinek a szíve úgyis szaporán ver. Arra gondol, hogy a műtét izgalommal jár, ne izgassunk egy amúgy is elesigázott embert. Azt hiszi, hogy a beteget hevesen öklöndözteti a műtét, ne bánt-sunk tehát egy embert, aki amúgy sincsen egyensúlyban.

Mindezekre egy szóval felelhetek: technika. Ezeket a nehézségeket egytől-egyig ki lehet kerülni helyes technikával, körültekintéssel, türelemmel és gondos elő-készítéssel. Előzetes medicatio, gondos és helyes érzés-telenítés, lassú és kíméletes műtét, abszolút gondos sebtöltete mindezen ártalmakat kiküszöbölheti. Ha kell, a beteget az ember ágyában fekvé, öklöndözés nélkül és nem több vérvesztéssel, mint amennyi néhány kicsi, nyélbefogott törő megfestéséhez elég, megszabadít-hatja tonsilláitól.

Lehet orvos, aki a sebgyógyulást tartja rosszabb-nak a septikus, kimerült, lázas betegnél. Utóvérzési haj-lamtól is félhet. Erre azt felelhetem, hogy olyan esetben, mikor a beteget hibánkon kívül már annyira desperátus állapotban kapjuk kézhez, hogy sepsise már tel-jesen megtörte, helytálló lehet ez az ellenvetés. De ezek az esetek vajmi ritkák! Többnyire az observáló orvos hagyta az ügyet már eddig fajulni. Az ilyen beteg pedig már amúgy is elveszett, és ilyenkor még helytelenebb a mentő kísérlettel elállni, mert nincsen veszteni való. Ilyenkor az orvos ne gondoljon saját statisztikájának esetleges romlására, ne védje önös érdekeit, hanem tegyen meg mindent, amitől, ha még oly kicsi valószínű-séggel is, betege megmentését várhatja, ahogyan azt fenköltén és önzetlenül gondolkodó drága mesterünk, *Dollinger*, mindig hirdette és tette is! De mint mondtam, ezek ritka esetek. A küzdelem elején vagy tetőfokán a dolog nem így áll. A még ereje teljében, magas lázzal fekvő beteg gyógyulási hajlama tapasztalataim szerint nem hogy rosszabb volna, inkább nagyobb, mint a láz-talan betegé. Lehet, hogy az activált protoplasma teszi, lehet, hogy a sejtekre éppen a magas hőfok, mint reactio-gyorsító faktor hat így. A hámosodás is gyor-sabb, a beteg hamarabb tud normalisan táplálkozni. Az utóvérzés veszélye pedig semmi esetre sem nagyobb, mint láztalan betegnél. Nem is jutott még senkinek sem eszébe a septikus beteget amolyan haemophil-félének tekinteni, más műtétekkel kapcsolatban és másfajta ope-ratíótól láz miatt elállni!

Gondolhatnánk még arra a körülményre is, hogy a tonsillektomia után a beteg táplálása egy pár napig meg van nehezítve és talán ez tartja vissza az embereket a műtétől. Ez az ellenvetés sem áll meg. A beteg a műtét előtt körülbelül 4 órával kaphat concentrált, folyékony táplálék alakjában (tej- vagy borleves tojással, cukor-al, ovomaltin stb.) bőven táplálékot a műtét napjára. A műtét után néhány órával ismét táplálhatjuk már folyékony táplálékkal és a műtét utáni napokban annyi folyadékot kaphat, amennyit akar. 5 nappal a műtét után, néha már előbb is, már félkemény, pépes táplá-lékra is áttérhetünk, míg 8–10 nap múlva már húsféléket is ehetik. A lázas beteg amúgy sem szokott ettől nagyon eltérő diétán élni.

Még egy gondolatmenet magyarázhatná a műtét-nek állítólagos halaszthatóságát. Az orvos talán azt gon-dolja, hogy a sepsis a tonsillából indul ugyan ki, de az csak mint a lavina megindítója szerepelt. A hegytetőn, ahonnan elindult, azóta már minden csendes, hiszen a tonsilla teljesen gyógyultnak látszik. Feladatunk tehát csak az lehet, hogy egy későbbi újabb lavina-képződés-

nek praeventiv operációval elejét vegyük. Erre pedig ráérünk, amikor a lavina már leért a völgybe. Felelünk erre a következő: Egyrészt a nem-gégész többnyire csak inspectióval vizsgálja a tonsillát és még ez az inspectio sem olyan tökéletes, mint az, melyet az ez irányban gondos gége-orvos végez. De még feltéve azt is, hogy a vizsgálatot gégeész végezte, exprimált, észlelt, és negatív klinikai leletet adott, a tapasztalat azt mutatja, hogy ez a negatív toroklelet semmit sem bizonyít, ha a betegség tényleg a mandulából indult ki. A felszín, vagy az arra kihozható makroszkopikus anyag nem enged meg mindig biztos következtetést. Számos eset közül itt egy különösen jellemzőt szeretnék illusztrálásképpen felhozni. Boldogult *Jendrassik* professor küldött át annak idején a Dollinger-klinikára egy évek óta járni nem tudó polyarthritises beteget mandula kiirtás céljából. A vizsgálattal és voltam megbízva s a beteget, kinek kicsiny, teljesen normalisnak látszó mandulái voltak, negatív lelettel, műtét nélkül visszaküldtem; *Jendrassik* most már határozott műtéti fel-szólítással küldte át pacienseit, mire a műtétet elvégeztem. Néhány héttel később a beteg a maga lábán, úgyszólván gyógyultan, alig sántítva hagyta el a Jendrassik-klinikát.

Végére hagytam az egyetlen argumentumot, mely valamennyire logikusnak látszik. Ez az volna, hogy a mikrobákat tartalmazó mandulát a műtétkor Muzeux-fogóban össze kell szorítani és lehetőnek látszik, hogy ezzel még nagyobb tömegben préseljenék a vér- vagy nyirokpályákba fertőző anyagot. Erre az argumentumra azonban a gyakorlat cáfol rá. Élénken emlékszem egyik esetemre a többi között: a betegnek tonsillogén sepsise volt, negyvenes lázakkal feküdt, fehérvérsejtjeinek száma a normalisnak több mint háromszorosa volt. A műtétet ily magas láz mellett délelőtt 10 órakor végeztem. Délutánra nemcsak a láz szűnt meg, hanem a fehérvérsejtek száma is normalissá vált, hogy úgy is maradjon. Láz azután hetekig nem volt, az egész reconvalescentia alatt csak sokkal később még egy napig.

Ha jól meggondoljuk a dolgot, ezen semmi csodálkozni való sincsen. A tonsillának az összeszorítása tényleg valamivel beljebb préselheti ugyan a fertőző anyagot, de nem egyenesen a nagyobb nyirokutakba, hanem csak olyan helyre, ahonnan könnyebben juthatna azután beljebb, ha a nyirokáramlás azon az úton tovább tartana. Ez a körülmény azonban rögtön a műtét alatt megváltozik. A mandula kihámozása pillanatában ezeket a nyirokutakat átvágjuk, megfelelő tompa operálás esetén összezúzás által el is záródnak. Ott már áramlás tovább nem lehetséges, tehát nincsen is mód arra, hogy valami a mikrobákat a szervezet felé bemossa. Azok ott helyben maradnak, hogy a demarcatiós, gyógyulási folyamat által kiküszöböltessenek. De még egy körülmény is fontos. A tonsillának resistens capsulája van. Ezen keresztül nem olyan könnyen préselődik valami át. Az operatio pedig a capsulától centralisan folyik le. Még arra is gondolhatunk, hogy az érzéstelenítésül befecskendezett novocain-tonogen-oldat egyrészt védő-réteget alkothat a tonsilla mögött, másrészt edény-összehúzó hatásánál fogva már önmagában is megakadályozhatja, hogy a műtét alatt a keringésbe kerüljenek káros anyagok. Mindezen meggondolások, ismétlem, nem bátorító hypothesisek, hanem csak megmagyarázni akarják azt a tapasztalati tényt, hogy a lázas szakban végzett tonsillektomia nem okoz bajt.

Más lapra tartozik természetesen, hogy a septikus szövödményt nem okozó, heveny tonsillitist szabad-e operálni, ami legalább is merész dolog. Erre nézve csak egy-két esetemből leszűrte tapasztalat áll rendelkezésemre, igaz, hogy kedvező. Egy acut tonsillitis kapcsán például gége-oedema támadt. Tracheotomia még elkerülhető volt, de valószínűnek látszott, hogy várákozás esetén rá kerül a sor. Kivettem a heveny-gyulladás tonsillákat. A beteg a leggyorsabban meggyógyult, nemcsak a gége-oedemából, hanem minden szempontból.

Összefoglalva a mondottakat: mindazon esetekben, amelyekben a tonsillából kiindulólag bármiféle, a sepsis legtagabb fogalmába tartozó megbetegedés áll fenn (tehát polyarthrititis, endocarditis, nephritis, iritis, pleuritis, pneumonia stb. stb.), a tonsillektomia haladéktalanul indikált.

DIAGNOSTIKA

Vérsejtek sülyedési sebességének mérése egyetlen vércseppben.*

Irta: Linzenmeier György dr. rk. tanár, a lipcsei nőgyógyászati klinika főorvosa.

A vörösvérsejtek sülyedési reakciója (S. R.) mint a nőgyógyászat egy értékes diagnostikai módszere megállotta a tűzpróbát. Leginkább az acut, subacut és chronikus adnexgyulladások felismerésében és differenciálásában lehet hasznát venni. Sok német női klinikán egyáltalán nem operálnak adnexmegbetegedéseket, mielőtt a S. R. útján meg nem győződtek róla, hogy a gyulladásos folyamat lezajlott és avirulenssé lett.

Makro-módszeremmel és a fahraeusi technika minden más modificációjánál a vért venapunctio útján nyerjük. Minthogy a venapunctio ép nőknél nem mindig könnyű s többször nem sikerül, szükségesnek találtam egy mikro-módszert kidolgozni, melynél egy csöpp vér ujjhegyből vagy a fülcimpából elegendő a sebességmérésre, épp úgy, mint a vörösvérsejtszámlálásnál.

Mikrosediméteremmel ez lehetséges.

A mikrosediméter egy 1 mm átmérőjű hajszálcából áll, melynek felső felében körtealakú kiszélesedés van, amelyben a vért 5%-os natrium citricum-oldattal keverjük a-ig, vagy a-ig natrium citricumot szívunk fel, majd b-ig, illetőleg b-ig vért hagyunk utána folyni, ezt a körtealakú kiszélesedésben keverjük, a keveréket visszengedjük a hajszálcába addig, míg a felső meniscus b-nél áll. A csövet függőlegesen az állványba helyezzük s megfigyeljük a vörösvérsejtek sülyedésének gyorsaságát.

Jegyezhetjük az időt, amely alatt 18 mm-nyire sülyednek a vörös vérsejtek, s akkor oly számokat kapunk, melyek makro-módszeremnek felelnek meg, de lemérhetjük a sülyedés nagyságát 1 óra múlva milliméterekben is, ami különösen a hosszabb véroszlopoknál ajánlható.

A rövid véroszlopok mérése (a-b jelzés) tájékozással szolgáljon a hosszú viszont (a,-b, jelzés) a differenciális finomabbságát teszi lehetővé. Ez utóbbi különösen oly esetekben fontos, amikor naponta sedimentálunk, s görbékét rajzolunk, éppen úgy, ahogy a hőmérőzésnél.

A műszer Huggershof-nál, Leipzig, Carolinenstrasse 13 kapható.

* A Leipziger Gynaekologische Gesellschaft 1924 márciusi gyűlésén tartott előadás nyomán.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

A vesebetegségek diatás kezelése.

10. Vesediagnostikai étrendek.

A vese alkalmazkodó képességét *Schlayer* és *Hedinger* próbaétrenddel vizsgálják. A beteg a tulajdonképeni vizsgálat napja előtt már 3 nappal olyan fűszer-szegény, könnyű vegyes, de kb. egyforma összetételű kosztot kap, amely átlag 8-12 g konyhasót tartalmaz. A folyadékfelvétel e napokon lehetőleg szintén egyforma legyen és pedig kb. napi 2 liter, esetleg ennél valamivel több. Ezen előkészítés azért szükséges, mert, ha a vizsgálat előtti táplálkozás akár túlsók, akár túlkeves konyhasót, ill. folyadékot tartalmaz, ez a vizsgálat eredményét befolyásolhatná.

A vizsgálat napján a beteg reggel 7 órakor ki-
üríti a hólyagját és ettől fogva este 9 óráig minden két
óránál vizel; az este 9-től másnap reggeli 7 óráig éjjel
ürített vizeletét pedig egy külön edényben gyűjti össze.
Eszereint a nappali vizelet 7 külön részletben, az éjjeli
pedig egybegyűjtve kerül vizsgálatra. Minden vizelet-
részletben meghatározzuk a fajsúlyt és a konyhasós-
zalékot, azonkívül összehasonlítjuk a nappali vizelet-
részletek összmennyiségét az éjjelen át kiürítettével.
Amíg egészséges embernél az egyes vizelet-részletek
összetétele igen jelentékenyen ingadozik, addig a meg-
betegedett vesénél azok többé-kevésbé hasonlókká
válnak egymáshoz, azonkívül az éjjeli vizelet épp annyi,
sokszor még több is lesz, mint a nappali.

A vizsgálat napján az eredeti étrendi előírás a kö-
vetkező: Reggelire kap a beteg 300 g tejeskávét cukor-
ral és 50 g kenyérrel.

Tíz órára: 300 g tejet 60–80 g kenyérrel.

Ebédre: Egy tányér üres húsleves, 150 g beef-
steak-et 150 g burgonyapürével, egy zsemlyét és utána
2–3 deci tejeskávét cukorral édesítve.

Uzsonnára: 300 g tejeskávét cukorral és 50 g ke-
nyérrel.

Vacsorára: 5–600 g tejesételet.

Az ilyen összeállítású étrend alapja tehát a más-
félliter tej, amelyet egész napra elosztva csaknem min-
den beteg szívesen és könnyen fogyaszt el. Kényesebb
ízűeknek a tejet tetszés szerinti formában lehet adni:
nyersen, forralva vagy megaludva, hidegen vagy me-
legen, cukorral, vaniliával, fekete-kávéval, kakaóporral
vagy csokoládéval ízesítve. A tej egy részét a burgonya-
püré és a tejesétel elkészítéséhez használjuk fel. Az
előbbinél a tejet az áttört főtt burgonyához hozzáke-
verjük, az utóbbi buzára vagy rizs befőzésével úgy
készül, hogy 300 g tejet egy deci vízzel felhígítva for-
ralni kezdünk és forrás alatt óvatosan 60 g buzádarát
hintünk belé folytonos keverés közben. A tejberizs ké-
szítésére a 60 g rizst előbb vízben megfőzzük és azután
3 deci tejjel feleresztjük. A tejesételet vaniliás, fahéjas
cukorral szoktuk megszórni, de kevés gyümölcs-com-
pote-tal is ízezzük lehet tenni.

A húsétel nem csupán beefsteak lehet, adhatunk
helyette az emésztőszervek állapotának megfelelő bár-
milyen húsfajtát, akár egészben, akár szeletnek zsírban
kísütve, azon elkészítési módok kivételével, amelyekhez
erős sózás vagy fűszerezés szükséges. A burgonyát
püré helyett más formában is készíthetjük. A kenyér-
adagokat nem fontos grammok szerint betartani. A
legegyszerűbb minden étkezéshez egy szelet fehér ke-
nyeret vagy egy-egy zsemlyét adni. A kenyeret magá-
ban is jól lehet fogyasztani, de a caloriatartalom emelé-
sére helyesebb vajjal vagy lekvárral megkenni, főleg a
kisebb étkezőkhez. Ha a folyadékfogyasztás mellett
friss kenyérféle gyomorpanaszokat okozna, meg lehet
azt piríttatni, esetleg kétszersültet rendeljünk helyette.
A konyhasóbevitel mintegy 8–10 g, amit a húsleves,
hús, burgonya és kenyérben az ételek különösebb só-
zása nélkül vihetünk be.

Bár így az étrend eléggé változatos és könnyen
keresztülvihető, frissitől néhány hónaposreket, salá-
tát, egy uborkát, kevés gyümölcsöt, compote-ot, csoko-
ládét stb. is nyugodtan megengedhetünk.

Lichtwitz szerint a veseműködés megváltozásá-
ról az említett eljárásoknál is teljesebb képet nyerhe-
tünk akkor, ha a beteg vesét nagyobb mennyiségű víz-,
konyhasó-, ill. ureummal 3 egymásután következő na-
pon külön-külön terheljük meg. Ennek a gyakorlati
kivitele úgy történik, hogy a beteg 3 napon át azonos
összetételű standard-kosztot kap, amelyhez az
első napon $\frac{3}{4}$ liter vizet, a második napon 10 g konyhasót
és a harmadikon 20 g ureumot adunk és az ezen idő
alatt kiválasztott vizeletet nappal 6, kétóránként ürített
részletben, az éjjelit pedig egybegyűjtve fogjuk fel,
majd azoknak a mennyiségét, fajsúlyát, chlor- és nitro-
gentartalmát határozzuk meg.

Hogy a különböző napok eredményeit össze lehes-
sen hasonlítani, ezen idő alatt a beteg constans össze-
tételű kosztot kap és a folyadékfelvételt is szabályoz-
zuk. Lichtwitz a következő ú. n. *veseprobakosztot* (Nie-
renprobekost) írja elő:

Reggelire: Fél liter tejeskávét, 100 g kenyér és 10
g vaj.

Tíz órára: 100 g kenyér, 5 g vaj és egy tojás.

Ebédre: 250 g tejberizs, 50 g hús és 500 g bur-
gonya.

Uzsonnára: Fél liter tej.

Vacsorára: 250 g tejberizs, 100 g kenyér, 10 g vaj
és egy tojás.

A mi élelmezési viszonyainkat tekintve, ez az
étrendi előírás nem tekinthető célszerűnek. Valamely
standard-koszt hosszabb időn át való keresztülvitele
gyakran ütközik nehézségekbe, mert a betegek az egy-
forma összeállítású étrendet csakhamar megúnják. Mi-
vel az ilyen étrendnél csupán az a fontos, hogy az elfo-
gyasztható élelmiszerek minősége és a mennyisége ma-
radjon egyforma, az elkészítési mód és az elfogyasztás
sorrendje mellékes, sokkal könnyebben érünk célt, ha
csak a nyers élelmiszereket írjuk elő (tehát a fenti ét-
rendnél: másfél liter tej, 25 g vaj, 50 g hús, 2 tojás, 500 g
burgonya, 60 g rizs vagy más cereália és 300 g kenyér)
és az ételekké való készítést az egyéni ízlésre és a kony-
hatechnikai ügyességre bizzuk.

A felsorolásban nincs megemlítve a cukor, holott
az caloriagazdagsága, nagy élvezeti értéke mellett a
konyhatechnika fontos alapanyaga és vesedialátáknál
nyugodtan adható. A közönséges fehérkenyert nativan
tejes italok és ételek elkészítésére használhatjuk, azon-
kívül különféle cukrászati termékek is készíthetnek
belőle. A cukorkák, édességek, csokoládé, lekvár, jam,
compote stb. ízesített cukorból állanak, ugyancsak cu-
korról készül a cukor-tojássárgája-alapanyagból a
piskótátészta és édes omletek egész sora, cukor-tojás-
fehérjéből pedig a cukorhabok és könnyű felfújtak,
kochok. Vaját cukorral elkeverve a vajerémet nyerjük,
cukor-tojássárgája-tejből készíthetjük vízfürdőben mele-
gítve a tejerémet. A maggyümölcsök, mint dió, man-
dula, mogyoró és más, cukorral összetörve szintén igen
ízletes ételek alapanyagául szolgálhatnak.

A két adag tejberizs egyike helyett a rizst gyü-
mölcs-rizsnek vagy rizsfelfűtnak készíthetjük el, a tej
egy részét chadeau-nak adva hozzá. A kenyérnek szánt
lisztből pedig, de azt meghaladó mennyiségben is, főtt
vagy sült tésztát is szolgálhatunk fel. Az előírt hús-
adag oly csekély, hogy inkább ízesítésre, mint táplá-
léknak használható. A burgonyát igen változatosan le-
het elkészíteni és nagy volumenével leginkább az étrend
elegendő telítő-értékét van hivatva megadni. Adhat-
juk, mint berántott főzeléket, zsírban vagy sütőben kü-
lönféle alakban megsütve, zsírban kirántva, azonkívül
lisztrel kevert alapanyagként felhasználva, zsírban ki-
sütve tésztá helyett mint krumpli-lángost vagy vízben
megfőzve, mint burgonyaméltet változatos módokon
ízesítve.

Ehhez a standard-koszthoz egy délelőtti $\frac{3}{4}$ liter
vizet vagy teát elfogyasztatni nem fog nehézséggel
járni. Ellenben a 10 g konyhasó hozzáadása sok eset-
ben nem lesz megengedhető a beteg súlyos állapota
miatt. Ilyenkor természetesen lényegesen kevesebb
sóval végezzük a megterhelést. A konyhasót lehetőleg
már az első 3 étkezéshez tegyük, szükség esetén ostyá-
ban nyelessük le. Az ureumot tízóraira adjuk és pedig
vagy tejjel, kávéban stb. elkeverve vagy pedig szin-
tén ostyában, esetleg két vagy több részletben. Azon
napok között, amelyeken a konyhasó, illetőleg az
ureum-megterhelést végezzük, egy *pihenő napot* kell
közbeiktatnunk, amelyen a beteg csak a standard-kosz-
tot kapja.

Soós Aladár dr.

LAPSZEMLE

[Belorvostan.]

Adat az aortaaneurysma kórjelzéséhez. G. Ganter.
(M. m. W. 1924. 3. sz.)

Egy 63 éves betegen aortainsufficiencia tünetei
mellett azt találta, hogy a diastolés zöreje a szívtompulat
felett relative gyöngébben volt hallható, mint az elülső
mellkasfalán: a sternumon és a bordák felett. Ez csak
úgy képzelhető el, hogy a zörejt adó szerv, itt az aorta,
odafekszik a sternumhoz, miáltal az aortafal rezgése
tovavezetődnek. Ez viszont csak tárgult aorta esetén
lehetőséges, feltéve, hogy az aorta dislokált volt és a
sternum elhajlását, mint ez esetben is, ki lehet zárni.
Ganter ebből és a fényképezési pupillából (lues!) aorta-
aneurysmát kórjelzett, jóllehet minden más aneurysma-
tünet hiányzott. A Röntgen-átvilágítás teljes mérték-
ben igazolta a feltevést.

Arady dr.

A Röntgen-átvilágítást végző védelme. Rathóczi
N. (Klin. Wochenschr. 1924. 10. sz.)

A szórt sugárzás, mely a röntgenológust átvilági-
tás közben éri, sajátságos Röntgen-betegséget okozhat.

Tünetei: gyors kifáradás, általános bágyadság, álmoság, öntudatnélküli mély álmok már a délutáni órákban, gyakrabban kínzó fejfájás, néha émelygés; ingerlékenység, térdek, lábszárak reszketése, bizsergés, bőrvizketés. Szerző, hogy a Röntgen-sugaraknak ezen káros, az egész szervezetet érintő hatását kiküszöbölje, mozgatható védőfalat szerkesztett, mely a vállaktól lefelé az egész testet védi s a vizsgálat mozgásában a lehetőséghez képest legkevésbé akadályozza. Rajzokat és méreteket közöl, melyek felhasználásával a védőfal házilag elkészíthető.

Erdélyi József dr.

Adat az arteriális vérnyomásemelkedés kezeléséhez. Prof. Grober. (M. m. W. 1924. 6. sz.)

A glaukoma simplex gyakori hypertóniával együtt. A szemészek azt is megfigyelték, hogy glaukomakezelés alatt sokszor csökken a vérnyomás. Ő pajzsmirigy-adagolásban látta először a glaukomások vérnyomásának csökkenését, de a glaukomások aránylag nagy száma reagál a szokásos helyi pilokarpinkezelésre is vérnyomáscsökkenéssel. Hogy nem-e csak a glaukoma javulásával járó psychés behatás okozza a vérnyomáscsökkenést, megkísérelte a két szert külön-külön és kombinálva alkalmazni más betegséggel nem komplikálódott, egy szerű hypertóniában. A pajzsmirigyből napi 1 tablettát, a pilokarpinból vagy 2-3-szor 0.7 mg-ot, vagy egyszer 1 1/2 mg-ot adott per os. Átlag az esetek felében lecsökkent a vérnyomás, a kezelés abbahagyására azonban újra emelkedett. Az eljárás ártalmatlansága miatt akár hónapokig is folytatható, sőt a hypertonia csökkenése a közérzetet is megjavítja. Azok a betegek, kiknek vérnyomása pajzsmirigytablettákkal csökkenthető volt, várakozása ellenére sem reagáltak testsúlypadással vagy észrevehető anyagcserefokozódással, míg a vérnyomáscsökkenéssel nem járó esetekben a testsúly mindig csökkent. A hatás magyarázata ma még korai, miért is további kísérletezésre buzdít.

Arady dr.

Bőr- és nemikórtan.

A meningealis syphilis endolumbalis salvarsan-kezeléséről. Gennerich. (Münch. med. Wochenschrift 1923. 39. sz.)

A szerző a saját és mások megfigyelései alapján azt állítja, hogy a kezelt luesek 40%-ánál meningealis gyulladás tünetek is elő szoktak fordulni, miért is ezen esetek kezelésének kérdését rendkívül fontosnak tartja. Az endolumbalis salvarsankezelés a legtöbb neurologus és pszichiáter véleménye szerint túlságosan veszélyes és egyúttal felesleges is, mert az általános kezeléssel állítólag ugyanolyan eredmények érhetők el; Forster azonkívül kétségbevonja, hogy az endolumbalisan beadott salvarsan az idegrendszer megtámadott helyeire egyáltalában eljusszon. Gennerich az idegrendszer ezen káros helyein kb. 1 1/2 év előtt chemiailag kimutatta a liquor odadiffundálását és így a salvarsan odajutását is bizonyosra veszi. Így elméletileg meg van adva a módja annak, hogy a vér nagy mennyisége által erősen felhígított, intravenásan beadott, minimális salvarsan helyett pontosabban dozizva juttassuk el a szert az idegrendszerbe.

Az intralumbalis salvarsan-kezelés technikája meglehetősen komplikált (két bürettával és két szűrési csatornával) és a legszigorúbb asepsist kívánja meg. A különböző salvarsan-praeparátumok közül csak a neosalvarsant szabad a liquorba juttatni; a dosisok 0.3-2.5 mg-ig emelhetők. 4-6 intralumbalis kezelés (14 napi időközökben) állítólag eredményhez szokott vezetni. Zavarja az eredménynek megítélését, hogy ezzel a kezeléssel egyidőben intravenás salvarsankezelés is végzendő, amely úton 50-, sőt 100-szor annyi salvarsant viszünk a szervezetbe, mint az intralumbalis módszer mellett.

Gennerich szerint friss esetekben a syphilitikus meningitis teljesen kigyógyítható és a metaluetikus elváltozások elháríthatók. A késői syphilisnél nagyon fontos és nehéz a kezelésre még alkalmas esetek kiválasztása. A tabesnek és az opticus atrophiajának progrediálása gyakran végleg feltartóztatható, a paralysisnél azonban, ha eredményt érünk is el (negatív liquor), és a beteg hosszabb-rövidebb ideig ismét vissza is nyeri szellemi teljesítőképességét, gyakran újabb intralumbalis kezelés válik szükségessé, mert recidivák szoktak fellépni. Ha a kezelés intézeti felügyelet alatt, 2-3 napi, szükség esetén még hosszabb ideig tartó ágybanfekvés mellett történik, akkor hőemelkedésen, általános rosszulléten, főfájáson és hányási ingeren kívül semmi komolyabb kísérő tünet nem szokott jelentkezni és csak

ritkán kell a további endolumbalis kezelést abbahagyni. Életveszedelem mindig technikai hibákra vezetendő vissza (sok liquor hirtelen leboesátása vagy túlmagas nyomással való reinfundálása). Szerző statisztikájában halál 0.1%-ban, átmeneti spinalis izalmi állapot 0.5%-ban fordul elő. Gennerich állításait nehéz ellenőrizni és megítélni. Szerző maga 40-re teszi a meningealis syphilis arányát. Minthogy pedig a központi idegrendszer késői megbetegedése legfeljebb 9-10%-ra tehető, világos, hogy a meningealis folyamatok 70-80 százaléka az eddigi gyógykezelésekkel is meggyógyult.

Steiger-Kazal.

A colloidalis higany intravenás alkalmazásáról syphilisnél. Rothmann. (Münch. med. Wochenschrift 1923. 41. sz.)

Szerző a szervezetbe intravenásan beadott colloidalis higany kiválasztási viszonyait vizsgálva azt észlelte, hogy annak mintegy 55-90%-a 24 óra alatt a vizeletben megjelenik, így tehát a higany elraktározódásáról és innen kiinduló hatásról (Depotwirkung) szó sem lehet, ami egyébként minden intravenásan adott higany-praeparatumba vonatkozik. Igaz ugyan, hogy magas koncentrációjú higany árasztja el a szervezetet és nagyfelületű érintkezése van vele, de a gyors kiválás miatt a hatás mégis felületes. A salvarsannal együtt adott higany- (Linsner-) kezeléskor szerző kísérletei szerint colloidalis Hg csapódik ki, a salvarsan azonban legnagyobb részét változatlanul jut a vérkeringésbe. Ilyenkor tehát tulajdonképpen a higanyhatás igen csekély, és majdnem tisztára salvarsanhatásról van szó.

Steiger-Kazal.

Urologia.

Különböző okokból végzett hólyagmetszések után fellépő hólyagkörüli és medencebeli genyedések. Prof. Legueu és Rochet. (Journ. d'urolog. 1923. XV. 1. old.)

A hólyagmetszések után hólyagkörüli genyedések vagy a hólyag sebének lassú gyógyulása és így a fertőzött vizelet pangása következtében léphetnek fel és terjedhetnek a hólyagkörüli szövetekbe, le egészen a kismedencéig vagy a medence elülső fala mögé (symphysis, os pubis), vagy pedig a műtét sebtől függetlenül később jelentkeznek és csak akkor fedezhetők fel, amikor már a felszín felé vannak áttörőben (a lágyékgyűrűnél, combhajlatban, a canalis obturatoriuson át a comb adductorainál). Utóbbiak okát elrejtett prostatatályogok, vagy megnyílt hólyagfali tályogok is, de főképpen a hólyag és prostata körüli septikus nyirokgyulladások okozzák, amelyek a hosszú idő óta fennálló fertőzés következtében lehetnek kiindulási pontjai tovaterjedő genyedéseknek és következményes pyaemiának. Könnyebben fejlődhetnek ki hasonló genyedések suprapubikus prostatectomiák vagy a hólyagnak daganat miatt történt részleges eltávolítása után, ahol egyrészt a prostata-ágy, másrészt a hólyag megmaradt részét egyesítő varratok útján könnyen terjedhet át a pangó és fertőzött vizeletből a folyamat.

Az ilyen szövődmények elkerülése végett a műtétnél lehetőleg kismértékben szabad a hólyagot praevicalis és peritonealis környezetéből megbolygatni és a hólyag megnyitását magasan eszközölni; prostatectomiánál a hólyag sebet a bőrhöz, vagy az izomzathoz rögzíteni a prostata kihámozásának idejére; alapos drainezés felfelé jól a hólyagsebbe erősített Freyercsővel. Az infectio: láz, helybeli érzékenység, jelentkezések perinealis drainezés egy- vagy mindkétoldali ischio-bulbaris üregén át a gáttájon ejtett bőrmetszéshez. Prostatectomia után fellépett genyedéseknél a fertőzés kiindulását képező prostata-ágyat kell praerectalis metszésből a gát felé drainezni. A hólyag-resectiónál, ahol a leggyakoribb a fertőzés, célszerű a műtétet egyidejűleg a perinealis drainezést eszközölni. A késői és távoliakkal feltűnő genyedéseknél azoknak helybeli széles feltárásán kívül még a kiindulási helyeket: hólyagot, prostatát kell az elmondottak szerint minden esetben hozzáférhetőkké tenni.

Adler-Rácz dr.

Miért gyakoribb a vándorvese jobboldalt? (G. Potet és P. Cordier. Journ. d'urolog. 1923. XV. 161. old.)

Abban, hogy a vándorvese leginkább nőknél fordul elő és túlnyomó részben jobboldali, minden szerző véleménye megegyező, de ennek magyarázatában a legkülönbözőbb, sőt homlok-egyenest ellenkező nézetek jutnak kifejezésre. A kérdést az embryologia idevonalkozó részének tanulmányozása és sok esetben végzett boncolás segítségével tisztázoltnak látták.

A mások által felvetett okokat mind alapos vizsgálat tárgyává téve a következő eredményre jutottak:

Igaz, hogy a baloldali art. renalis általában rövidebb, de viszont a vena jobboldalt rövidebb lefutásával ugyanazon szerepet töltheti be. Egyéb érendellenességek mindkét oldalt egyforma gyakoriak;

a mellékvese semmiféle rögzítő hatással sincs a vesére, miután annak süllyedésében nem vesz részt;

a vese alakja baloldalt gyakrabban mutatkozott rendellenesnek (hosszúak, kihegyezett alsó polus);

a vesék ágát képező hátsó hasfal annyiban áll okozati összefüggésben a vándorvesével, hogy nőknél a gerincoszlop erősebb ágyéki lordosist mutat. Egyébként a mások által leírt oldalbeli különbség (jobbaldalt a veseágyat a máj laposabbá teszi), mint csak a hullán létező, nem okozhat a két vese elhelyeződésében különbséget;

az előlő hasfal ellazulása (többszörös szülés) csak kisfokban praedisponál a vándorvesére, mert idős korban, mikor az izomzat sorvad, igen ritkán találkozunk a kórformával;

a máj akármekkora megnőhet, anélkül, hogy a vesét letolná, miután előtte elcsúszhat. A fejlődés folyamán a máj symmetriásan terjed a hasban és a vesék is ebben az időben fejlődve, nem okozhatja a jobb vese mélyebb állását;

a vese zsíros tokja, melynek megkevesbedésével magyarázzák némelyek a vese süllyedését, tapasztalatuk szerint vándorvese esetében még inkább megszorodik és védőpárnaként szerepel.

A magyarázatot a vesének fejlődése és a tokjával összefüggésben álló hashártyakötegek viszonyai adják meg.

A vese kiválasztó része az ureter szétágazásából eredve, annak fejlődési útja szerint bizonyos dispozióval bír a süllyedésre. A süllyedés a szerv teljes kifejlődése idején (a 30-as évek) lesz a leggyakoribb, ha a falhoz tapadó rögzítőszalagok valamiképpen gyengébbek. A rögzítőszalagok a vesétől befelé a mesenterium eredése, töle kifelé a ligamentum parieto-colicum-ok. Jobboldalt a vastagbél a máj jelenléte miatt nem terjedhet a rekeszig és így a vese felső polusa fölé, mint baloldalt, viszont a keresztben futó duodenum, melynek letapadása késői és nem teljes és ez a bélszakasz, az emésztés folyamán változó ürtartalma miatt, nagy mozgékonyt mutat és így nem képes a vesét eléggé megerősíteni. A vastagbél Röntgen-vizsgálata jól mutatja a bal flexura állandó magas fekvését a mozgékony jobbal szemben. A vese a hasi szervek süllyedését csak akkor követi, ha legerősebb függesztőszalagja, mely a mesocolon tapadásával határos, lazul meg, viszont lesüllyedve nem vonja magával a hasi szerveket. Rendellenes elhelyeződésénél fogva okozhat béltractusbeli zavarokat, anélkül azonban, hogy a rendellenességnek közös oka volna, mint azt egyesek bizonyítani igyekeznek.

Adler-Rácz dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Grundriss der klinischen Therapie innerer Krankheiten von Prof. Dr. Georg Klemperer, unter Mitwirkung von Oberarzt Dr. L. Dünner. Zweite Auflage. Urban und Schwarzenberg, 1924.

Klemperer tanár betegbemutatókával kapcsolatos klinikai therapiái előadásokat tartott a háborúból visszatérő fiatal orvosok számára, melyek egyenként az általa kiadott „Therapie der Gegenwart” című folyóiratban jelentek meg. A könyv tehát voltaképpen ezen előadások gyűjteménye és therapiái vademecumnak szánja, a gyakorlóorvosok és nem a kezdők részére. „Die folgenden Auseinandersetzungen über die Behandlung von Krankheiten sind nur für medizinisch durchgebildete Leser geschrieben, welche sich genügende Erfahrungen über Erkennung und Beurteilung der Krankheiten angeeignet haben.” Hozzátehetjük, hogy olyanok részére, akik már a betegségek gyógyításában is elégséges tapasztalásra tettek szert, mert valójában a kis könyvecske csak arra szolgálhat, hogy a megfelelő fejezet átolvasásából az emlékezés elevenedjen meg, nem pedig arra, hogy azt kritika nélkül tanulgassák fiatal orvosaink, vagy éppen orvostanhallgatóink. Így használva bizonyára hazai orvosi körökben is el fog terjedni a világos és könnyen érthető nyelvezettel megírt könyv, melynek „klinikai diagnostiká”-jához hasonló nagy népszerűségére a szerző joggal számíthat.

Robert Koch. Von Prof. Dr. Martin Kirchner, Ministerialdirektor a. D. Meister der Heilkunde. J. Springer Berlin, 1924.

Az orvostudomány mesterei életrajzáinak sorában Kirchner tanár Koch Róbert életpályáját mesteri módon vázolja. Koch 1843-ban Harzban született, tizenkét testvére volt. 1866-ban Göttingában promoveálták s előbb járárosorvos volt, 900 márká évi fizetéssel. Tudományos dolgozatai alapján a birodalmi egészségügyi hivatalba nyert meghívást, majd a közegészségtan egyetemi tanszékére, végül a később nevét viselő, fertőző betegségek intézetének igazgatója lett. Már 1904-ben nyugdíjaztatta magát, de azontúl is nagy buzgósággal folytatta tudományos kutatásait s e célból a trópusokon nagy utazásokat tett.

Koch az orvosi tudományokban új utakat tárt fel. A mikroorganizmusok világát hozzáférhetővé tette, a járványos betegségek leküzdésére fegyvereket kovácsolt, a közegészségtan tudományos alapra fektette.

Kirchner tanár Koch tudományos felfedezéseit sorra veszi s azok jelentőségét méltányolja. Erre különösen hivatott, mivel mint a porosz közegészségügy főnökének alkalmá volt Koch korszakot jelentő tudományos eredményének értékesítésére. Kirchner tanár Budapesten is több ízben előadást tartott és a német-magyar tudományos kapcsolatot buzgón ápolta s támogatta. A sorozatban Virchow, Ehrlich, Du Bois Reumond s Billroth életrajzai is megjelentek, tehát Németországban már meg is valósították azon eszmét, melyet Korányi Sándor báró egyetemi tanár nálunk már egy év előtt felvetett, mely szerint nagy magyar orvosaink életrajzait a mai generáció okulására kiadjuk. Balassa, Semmelweis, Bókay János, Markusovszky, Korányi Frigyes életrajzai Müller Kálmán báró bevezetésével kerülnek az első sorozatban kiadásra. Remélhetőleg esz-kor az első kötet megjelenhet.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1924 május 3-i ülése.

Elnök: Hutýra Ferenc. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán

Bemutató:

1. Götteche Oszkár: Súlygörbék cukornélküli vajas-lisztes színtéplálék mellett. A Moro által ajánlott vajas-lisztes színtéjet (színtej + 3% liszt + 5% vaj + 7% cukor) Heim professor a táplálék antidyspeptikus hatásának fokozása céljából két irányban módosította. 1. A Czerny-Kleinschmidt-féle vajleves mintájára készíteti a táplálékot. 2. Teljesen elhagyja a cukrot. Az ekként módosított táplálék „cukornélküli Moronak” nevezetik el. Súlygörbéket mutat be, melynek kapcsán ismereteti az indicatíókat: atrophia, chronikus dyspepsia, spastikus hányás, parent. infectiók, tuberculosis, dysenteria, láztalan esetei, postdysenterias vastagbélhurutok. Contraindicált toxikus dysenterianál és mindenütt, ahol alimentaris toxicosis van jelen. Könnyű elkészíthetősége folytán kellő kontroll mellett magánházakban is rendelhető.

Faludi Géza: 3/4 év óta használja osztályán és magángyakorlatában a Heim professor szerint módosított cukornélküli vajas-lisztes színtéjet. Alkalmazta dysenteria, enteritis follicularis, valamint parenteralis infectiók kapcsán fellépő hasmenéseknl. Eredményeivel meg van elégedve, vér, geny és nyálka gyorsan eltűnnek a székletből, melyek homogen, kenőcsszerűek lesznek. Alimentaris intoxicatio, valamint toxicosis gyanúja esetén ellenjavalt. Fontos, hogy a concentrált táplálék mellett bőséges folyadék felvételéről gondoskodjunk.

Előadás:

1. Kiss Gyula: Luesreactiók ismert vegyi összetételű reagensekkel. A luesreactiók egységessé tétele eddig nem sikerült. A Wassermann-reactio eredményei megbízhatók az eddigi praecipitációs reactiókéinál. Egységes módszereket nem is lehet elérni egységes reagensek nélkül. A reagensek pedig nem lehetnek egységesek, amíg empirikus módon és a subjectiv momentumok kizárása nélkül állapítják meg hasznavehetőségüket. Ismerni kell a reagensek vegyi és physikai tulajdonságait, hogy mindenki maga tudjon készíteni reagenseket és ne legyen szükség állami ellenőrzésre sem. Előadó vizsgálatai alapján a kérdésnek megoldásához jutott. Megállapította, hogy a szervkivonatokat specifikusan reagáló anyagai a lecithinek. A lecithinek hatását a cholesterin erősen fokozza. A különböző lecithinek hatása nem egyező és az Erlandsen által „másodlagos”-nak nevezett lecithin, vagyis az előzetesen aetherrel kivont szívizomból másodlagosan alkohollal nyert és megfelelő módon megtisztított lecithin, hasonlíthatatlanul hatásosabb minden más anyagnál. A cholesterin magában specifikus hatással nem bír, de a másodlagos lecithin hatását tisztelesen fokozza. Olajsav és olajsavas natrium vagy kalium is nagymértékben fokozzák a lecithin specifikus hatását. A másodlagos lecithin tisztán használható a Wassermann-reactióhoz, valamint az említett erősítőkkal. A legérzeke-

nyebb a cholesterin keveréke a másodlagos lecithinnel. Nincsen olyan szervkivonat, amely az oldott alkatrészek ilyen kis mennyisége mellett ilyen erős specifikus hatást fejtene ki. Ezért hihető, hogy ez az ismert összetételű reagens a szervkivonatoknak leghatásosabb princípiumait — a legalkalmasabb lecithint és a leghatásosabb erősítőt, a chloesterint — tartalmazza. A Wassermann-reactiót el lehet végezni lecithin nélkül tiszta olajsavoldattal is. A praecipitációs próbákhoz a lecithin jelenléte feltétlenül szükséges. Különösen megbízható a másodlagos lecithin, amelyhez nem kell egyéb anyagokat keverni; a legmegbízhatóbb reactiót a tiszta lecithinnel kapjuk, ha még az alkoholt is kirekesztjük. Feltétel azonban az, hogy magasabb koncentrációjú, 5%-os konyhasóoldatot használjunk a praecipitációhoz. Ha a lecithinoldatból az alkoholt elpárologtatjuk és a maradékot 5%-os konyhasóoldattal elkeverjük, egyenmő emulsiót kapunk, amely a legjobb reagens a praecipitációs reactióhoz. Alkalmasság egy olyan emulsió, amelynek 1 cm³-ében körülbelül 1 mg lecithin van. 0.1 cm³ inaktivált serum a lecithinemulsió 0.25 cm³-ével elkeverve a szobahőmérséken néha már néhány perc múlva lupával felismerhető csapadékot ad, ha a serum lueses. 2—3 óra alatt a Wassermann-positív serumok majdnem kivétel nélkül szabad szemmel vagy lupával felismerhető csapadékot adnak, 24 óra múlva a legtöbb Wassermann-negatív serummal is van csapadék. Ha a keveréket ahelyett, hogy szobahőmérséken állani hagyjuk, centrifugáljuk, akkor már 5 perc leforgása alatt a specifikus praecipitatio létrejön. Ez a praecipitációs próba minden eddigien egyszerűbb, gyorsabb és megbízhatóbb. Ha a lecithinoldathoz cholesterin adatik, akkor a praecipitatio létrejön a physiologiás konyhasóoldatban is, azonban centrifuga alkalmazása esetén nem specifikus praecipitációk mutatkoznak. A cholesterin oka ama nem specifikus reactióknak, amelyek a Sachs-Georgi-reactiónál és az ehhez hasonló más reactióknál elég gyakran előfordulnak. Az előadó által ajánlott gyors praecipitációs próba a Wassermann-reactiót megbízhatóság tekintetében legjobban közelíti meg.

Szili Sándor: A Kiss-féle ismert összetételű antigennel 826 esetet vizsgált meg, összehasonlítva ezeket egy hivatalos és egyáltalán kipróbált antigennel, összesen 10 esetben volt eltérés. Ezen ismert összetételű antigen tehát igen jó. Eddigi vizsgálatait, amelyeket leírt egyszerű kicsapódási reactióval végzett, a legjobb eredményeket adták.

2. Ifj. Imre József: *A belső secretiók zavarok tünetei a szemén, különös tekintettel a glaucomára.* A szemészeti irodalom feltűnően kevés adatot nyújt az endocrín zavarok és a szem közötti összefüggés vonatkozásában. Egészen a legutolsó néhány évig semmi más ilyen természetű adatunk sem volt, csak azok a régi adatok, melyek a hypophysisdaganattal s a Basedow-betegséggel kapcsolatosan váltak ismeretessé, továbbá a tetania és a hályogfejlődés közötti összefüggés. Klinikáján rendszeresen gyűjtik az adatokat ilyen összefüggések tisztázására. A hályoggal kapcsolatban észlelték, hogy az uvealis pigment vándorlása nem ritka és hogy gyakran váltható ki a Löwy-féle adrenalin-reactio. Keratoconusos betegeken négy esetben az ovarium hiányos működését, egyben hypothyreosist lelték. Az organotherapia két esetben a kezdődő keratoconus gyógyulásával, egy esetben a folyamat megállításával bizonyította az összefüggést. Glaucomás betegeken Hertel hypothyreosist mutatott ki, s a thyraden-tablettákkal a tensio csökkenését tudta elérni. I. vizsgálatait azt bizonyítja, hogy glaucoma összefüggésben lehet a többi endocrín szervek: hypophysis, ivarmirigyek — különösen ezek — és a pancreas, valamint a mellékvese hibás működésével, s különösen már kissé régebben fennálló esetekben rendszerint több mirigy hiányos működését leljük. Az endocrinologiai vizsgálatokat Szondi Lipót végezte. Az organotherapiás kísérletek az ő leleteit többnyire megerősítették. A szervkivonatok hatása nem egyenlő erősségű és nem minden esetben tartós, igen gyakran egy bizonyos idő múlva nem sikerül a tensiót normalizálni, de vannak megfigyeléseik, melyek alapján állíthatja, hogy egyes esetekben a tensio minden egyéb localis, vagy általános kezelés nélkül tisztán organotherapiával éveken át normalizálható. Ismerteti régebbi megfigyeléseit a tensioszabályozódás és a belső elválasztású mirigyek közötti összefüggésről, s arra a végső következtetésre jut, hogy úgy a szemfeszülés szabályozása, mint a primaer glaucoma-alakok nagy része szoros kapcsolatban van az endocrín rendszerrel.

A Magyar Szemorvostársaság VI. ülése április 6-án az I. sz. szemklinikán.

Elnök: Blaskovics László.

Titkár: Csapody István.

Bemutatók:

1. Horváth Béla: *Vossius-féle lencsehomály.* A szem belsejében idegen test van, mely csak a réslámpa intenzív fényében látható. Emellett a szemtekéhez centiméternyi tárgy ütődött s a lencsetekón a hám degenerációjából kerek homály támadt.

2. Pelláthy Béla: *Kétoldali phlegmone orbitae fülbeli cholesteatomának a vena jugulárisba törése után* 21 éves nő, kinek középfülgyógyedése volt, tonsillitis után bal szemgödri phlegmonet kap, egy hét múlva kidülled a másik szem is s a beteg meghal. Thrombosis az agy-alapi sinusokban s mindkét vena ophthalmicában, mik gennyel teltek. Ebből fluorescens tenyészik, mit kórokol még nem írtak le.

3. Horay Gusztáv: *A trachoma borszesz-tejsavas kezelésének eredményeiről.* Tapasztalatai az észlelési idő rövidsége miatt csak a közvetlen eredményre vonatkoznak. Utóbbi jó a friss, follicularis esetekben; kevésbé jó, ha papillaris hypertrophia van. Végleges vélemény, a baj természeté miatt csak évek múlva mondható.

Horváth Béla: A II. számú szemklinikán egyes, más kezelésre javulást nem mutató esetekben kedvező eredménnyel alkalmazták a szert.

Huber Rezső: Eljárását a kötőhártya lekaparásának hejtesítőjéül főként fájdalomtalan s egyszerű volta miatt ajánlotta. Végleges ítéletet 2—3 év múlva vár.

Id. Imre József: A tejsavnak felhámoldó hatását ismerjük, papillaris formák ellen tehát nem mondható rationalisnak. Jó hatású lehet felszínes csomók ellen, de mire a mélyen ülő folliculusokig jut, és szövetet is roncsol s a hegesezés nagyobb lesz, mint más eljárások után. Várja a további tapasztalatokat.

Kacsó László: A tejsavval való érintésre vizsgálatai szerint a csomók és nyálkásan elfajult sejtek esnek elsősorban áldozatul (elszappanosodnak), az ép sejtek kevésbé. Kezelés után szép hámosodás indul.

Ifj. Imre József: Korainak tartja a szer praxisba viteleit hosszabb tapasztalatok előtt. Aki gyakorlatlan, expressióval is több bajt tesz, mint abrásióval.

Blaskovics László: A tejsav enyhe hatású, súlyos reactiót kevésbé okoz, mint egyéb eljárások. Az eredmények biztatók. Végleges ítélet, különösen a forradásos zsugorodásra nézve még nem mondható.

4. Somogyi Zoltán: *Luxatio lentis subconjunctivalis hét esete.* Ötnek oka ökörszarvódás volt, egyé pusztán kéz. Három tartós gyulladásos izgatottság s a fényérzés hiánya miatt enucleáltak. Egy lencse beavatkozás nélkül felszívódott, kettőt a sérülés után 4—5 héttel tokhasítás után távolítottak el a kötőhártya alól. Egyik esetben a látás 20%-ra volt javítható. Sympathiás gyulladás nem volt.

Blaskovics László: Látott félcamodást is a kötőhártya alá, a lencse félig a csarnokban volt és striata a seb hosszával párhuzamosan támadt (Bowman-hártya ráncolódás?). Mások haemophthalmus és fényérzés hiánya miatt enucleatiót ajánlottak, a beteg várt s később körülbelül 1/10-nyi visusa lett. Ha a kötőhártya nem szakadt át, sympathiás gyulladás veszélye sem sürgeti az enucleatiót.

Grósz Emil: Látszólag sértetlen kötőhártyától fedett inhiartarepedések után láttak sympathiás szemgyulladást, Imre Józsefnek az I. számú szemklinikai anyagáról közölt sympathiás gyulladás esetei közt 12% volt. Osztozik Blaskovics nézetében, hogy haemophthalmus esetében a fényérzés hiánya néha nem végleges. Említ esetet, midőn az inhiartarepedéses szem látása visszatért, míg az általa okozott sympathiás gyulladásban megvakult szem eltávolítása szükségessé vált.

5. Aszalós Imre: *Myasthenia gravis pseudoparalytica operált esete.* A kétoldali szembéjécsüngés napközben mindig fokozódott, ezért a szemhéjemelő előrevarrása helyett vissza kellett térni a Hess-féle műtételhez, mely a homlokizomra hárítja az emelést, hogy így a beteg maga szabályozhassa a szemrés tágságát. Ha később a homlokizom is bénulna, az előrevarrás (Blaskovics) még mindig elvégezhető.

6. Liebermann Leó: *Módosított Meller-féle izomvarrat.* Az ismeretes eljárások tökéletlensége, hogy a közvetlen eredmény a műtét utáni napokban jelentékenyen csökken. Ezért körülbelül 10%-nyi túljavitást java-

solnak, amit vagy az izomvarrattal (illetőleg a resectióval) vagy az antagonista gyengítésével érnek el. Ezzel tehermentesítik a varratot, megcsökkentett feszülés alatt is sokat enged, mert a fonalak, ha csak egyszerűen át vannak öltve az izmon, a rostok közt hosszabban vágnak át s ha harántul vannak lekötve, ugyanez történik a hurok lazulásakor: a lefűzött nyáláb kicsúszik a csomóból. Ez ellen csak a Meller-féle fonálvezetés biztosít: az izom szélének oly behurkolása, mely automatikusan annál szorosabb lesz, mennél nagyobb a feszülés. Ily fonál csak harántul vághat át. Az előadó a Meller-féle hurok mögött még kettőt helyez be s ezeket az elülső mellett horgonyozza el. Mire a hátulsók átvágnak, a feszüléstől mentesített izomrész eléggé megtapadt. (Lásd Budapesti Orvosi Ujság, 1924. jan.) A fonálvezetést modelleken demonstrálja s hangsúlyozza a hátsó tapadások átmetszésének fontosságát. 14 esetéből (15–50°) teljes az eredmény három kivétellel; kettőnél internus bemetszésre volt szükség, tenotomiára egyszer sem.

Lieskő Andor: 3 éve alkalmazza Meller eljárását. Ha nagyobb a kancsalság, a varrat gyenge lehet, ezért Liebermann rögzítését jónak véli.

Kreiker Aladár: A debreceni szemklinikán Blaskovics-műtét után 50%-ban helyreállt a binocularis látás. Az eredmények egyébként is 5°-nál jobbak. Legjobb műtét után 8°, varratkivételkor 5° túleredmény.

Ifj. Imre József: Ha jó látású a kancsalság, minden eljárás jobban beválik, az eredmények az amblyopoknál bizonytalanok. A Blaskovics-féle varratnál az előre-húzott izom teljes visszacsúszását látta.

Huber Rezső: Ha teljes érzéstelenségre törekszünk, a béna izmon kevésbé becsülhetjük meg az eredményt, pedig ez a fontosabb.

Grósz Emil: Az izomresectio és antepositio közvetlen eredményei nem mindig tartósak. Egyik szem nagyfokú amblyopiája kétségtelenül szerepet játszik. A klinikán nem kizárólagosan a Meller-féle eljárást végzik. Saját maga is kísérletet tett U-alakú varrattal, mit az izomlebbe helyeztet, ennél azonban jobbnak bizonyult Blaskovics fordított irányú kettős varrata. Liebermann biztosító varrata célszerűnek látszik.

Blaskovics László: Az izombemetszések a feszülés csökkentésére szolgálnak, tehát biztosítják a varratot. A csomózás célja egyszerű egyesítés legyen, akkor kevésbé vág be.

Liebermann Leó (zárszó): Amely eljárásban az antagonista gyengítése nem szükséges gyakrabban, mint 10–15%-ban, az nem rosszabb, mint az ő módosítása. Azt hiszi, hogy a bemetszés okozta hosszabbítás megmarad; biztosan tartó izomvarratot használva felesleges.

7. Brana János: Kétoldali abducensbénulás operált esete. Agylues az agytörzsbéli idegmagvak progressív sorvadásával. A kancsalság contracturával jár, egy külső egyenesen s két belső végzett műtétet.

8. Brana János: Izomcsípő mögött alkalmazott átkaroló izomoldallvarrat. A Blaskovics-féle U-alakú fonálbehelyezést úgy módosítja, hogy a fonalat megcsúszás elleni biztosításul a rendes beöltés után oldalátkarolással kívülről—befeled az izom szélébe ölti s így viszi az izomlebbe. A resectiót a csípő előtt ejti meg.

9. Vajda Géza: Iris-csípő látásjavító iridektomiához. A horgas csípő szárai közt zárás után 1.5 mm széles rés marad, hogy nem szándékolt becsípődés elkerültesse.

Brana János: Szabályozható iris-csípőjét még az Elschmig-féle megismerése előtt szerkesztette.

Blaskovics László: Tompa horgot ajánl a sphincter-kimetszéshez.

Ifj. Imre József: Jónak tartja Vajda csípőjét.

Id. Imre József: Fontos, hogy az iris-csípő szárai elég merevek legyenek akkor, hogy rendes összenyomásakor ne fogjanak, csak a fogazat.

10. Péterfi Margit: Könytmöltuberculosis két esete. (Szövetvettani készítmények.) 28 éves nő, három hete mogyorónyi rugalmas daganat, váladék nem üríthető. — 38 éves nő, zöldszilványi kemény daganat, a könyvponton át savós váladék ürül. A szöveti kép tipikus.

Előadás:

Kreiker Aladár: Az ideghártya érreflexének keletkezési módjáról. Dimmer szerint a verőerek reflexe a tengelyáramban, a vivőereké a véroszlop felszínén támad. A vöröshíjas fényben végzett megfigyelés azonban azt mutatja, hogy a két reflex egyforma és hogy mindkettő mozdulatlan harántrészekből áll. Noha tehát az érfal átlátszó és törésmutatója az ideghártyáéval

körülbelül azonos, az érfalnak szerepet kell játszania a reflex létrehozásában. A látszólagos ellentmondást kiküszöböli az a megfigyelés, hogy az érreflex szorosan összefügg a felszín-reflex-szel. Az érreflexet utánozhatjuk is, ha két tollszárat vékony fonállal csavarunk körül és csillogóan nedvesen tartott kendővel takarunk le. A tollszár az ér, a kendő a *limitans interna*: a reflex ezen jön létre, de csak akkor, ha az érfal (illetőleg a tollszár) a takaróhártyát *bedomborítja*. Nézete szerint a szemfenék ismert pontszerű reflexeinek is hasonló magyarázatot kell adnunk, ott keletkeznek, ahol az ideghártya nagy ganglionsejtjei a limitans internát kissé kiboltosítják. A nehezen elképzelhető intraparenchymális reflexek feltételezésére nincs szükség, az ideghártyai reflexek Dimmer-féle magyarázata az előadó vöröshíjas fényben tett észleletei és az érreflexeket mindenben utánozó kísérleti összeállítás alapján megdöntöttnek tekinthető.

Blaskovics László: A reflexek új magyarázatának kórhatározási jelentősége is van: a ganglionsejtekből kiinduló felszálló atrophíával a pontszerű reflexeknek el kell tűnniök.

A Közkórházi Orvostársulat május 7-i ülése.

Elnök: Donáth Gyula

Jegyző: Torday Árpád.

Bemutatók:

Mócsy Márta: Rhinogen orbitaphlegmone két gyógyult esete. 2 esetet mutat be, ahol az orbitaphlegmone a melléküreggyulladás megszüntetése után, incisio orbitae nélkül, gyors és végleges gyógyuláshoz vezetett. Egyik esetben a rostacsont volt beteg, másikkal sinus frontalis empyema okozott heves phlegmonet, mely a fényérzést is kioltotta. A látás mindkét betegnél pár nap alatt visszatért.

Lichtneckert István: Az első esetben a középső kagylónak polypusos hypertrophiája állott fenn. Geny nem volt. Műtétnél a rostasejteket nyálkahártyája fel-lazult és kissé megvastagodott volt. Genyét a műtétnél nem talált.

Campián Aladár: A második eset rhinológiai szempontból is érdekes, mert orbitális phlegmoné leginkább rostacsontgyulladásoknál szoktak előfordulni. Jelen esetben a rostacsontot teljesen épnek találta; ezután a sinus frontalist trepanálta és akkor kiderült, hogy abban geny van. A lefolyás és gyógyulás mutatja, hogy a periorbitális phlegmonét ebben az esetben a sinus frontalis genyvedése okozta.

Ilk Viktor: Thoracoplastika két esete. Mult esztendőben tartott előadása kiegészítéseképpen 2 beteget mutat be, kiknél extrapleurális műtéttel nem tudott gyógyulást elérni s ezért intrapleurális thoracoplastikát végzett, a 2–10. bordák s a megfelelő oldali scapula resectiójával. A több szakaszban való operálás elvét hangsúlyozza, miáltal ezen súlyos műtéti traumát gyenge erőbeli állapotú betegek is elviselik.

Pekánovits István: Conservatív álláspontot foglal el a thoracoplastikával szemben, mert az eddigi tapasztalatai azt mutatják, hogy nagy a halálozási arányszám. 12 esete közül csak 8 él. Ennek oka az is, hogy a betegek nagyon későn határozzák el magukat a műtetre. Az eljárás nagy előnye, hogy olyan eseteket képes megmenteni az életnek, akik máskülönben elpusztultak volna.

Csutorás Sándor: Totalis emasculatio penis-carcinoma miatt. 58 éves beteget egy év óta fejlődő, az egész penis bőrét elfoglaló, a scrotumra is leterjedő rákos fekély miatt operálta Pólya főorvos március 8-án. Mindkét oldali ökölnyi ing. hernia radicalis elzárására, a funiculus magas átmetszése után mindkét Scarpa-árokba az összes nyirokesomók (köztük diónyiai) eltávolítása, az urethra átmetszése és vesicális csomójának kivarrása a gátra s végül a penisnek a corp. cavernosumnak a csonttól való leválasztása után a scrotummal és herékkel egy darabban való eltávolítása Pearce-Gould szerint. Teljes gyógyulás. Szövetvettani vizsgálat: laphámrák.

Előadások:

Liebermann Leó: Szemműtési aseptis és local-anesthesia. Szemműtétetknél a legtöbben nem járnak el aseptikus gondossággal; mert a szemet oly műtéti terrenumnak tartják, amelyen tökéletes asepsisre törekedni úgyis hiábavaló fáradság. E felfogás nem joga-

sult, amióta kitűnő kötőhártyaantisepticumokban rendelkezünk.

A szemhéjbőrt — de csakis szemhéji műtétekhez — régóta sterilizálják jódtincturával s szemgolyóműtétek-nél, azonban az egész műtési terület tisztasága érdekében nem szokták, talán mert dermatitistól tartanak. Előadó rájött, hogy t. gallarummal keverve (2 r. t. jodi, 11 r. t. gallarum) nem okoz dermatitist, sőt chronikus blepharitis ciliaris ellen a szemhéjszélthetapiás célból is ezzel szokta esetelni igen jó eredménnyel. A műtési terület sterilitását is teljesen biztosítja, a környezet abszolút sterilitásának biztosítása sem céltalan (steril kabát, steril lefedés, köröskörül, álarc). Gummikeztyű szemésznek nem való. Fontos ellenben a kezek non infectiója (gummikeztyű használata tályogok operálásánál). Igen ajánlja a fapálcikás vattatörlet steril vízbe mártva, kinyomva, úgy aseptikus, mint technikai okokból. Attérve a localanaesthesia kérdésére, hangsúlyozza a subconjunctivalis novocainfelekendezés előnyeit fájdalom szemeken, valamint oly műtéteknél, melyek cocainebeesepentéssel nem érzésteleníthetők eléggé (cyclodialysis, izomműtétek). Az orbitalis novocaininfiltrációt kiterjedtebben alkalmazza; dícséri a könnytömlő-tájék orbitalis vezetési érzéstelenítését (Seidel). Mint technikailag idetartozó, bár nem érzéstelenítés végett alkalmazott eljárást felemlíti a Rochat- és van Lint-féle akinesziát (a m. orb. oculi bénítása), mely szintén megérdemli, hogy a szemészek közkincsévé váljék.

Göbl Albin: Az intravenás gyógyszertherapiáról. Ismerteti annak abszolút indicatióit incompensált stadium, mérgezések, fertőző betegségek eseteiben. Ismerteti a chemo-heteroprotein, antitoxikus serum-vértransfusió, belgyógyászati vérzésesillapítás terén elért intravenás injectiók följényeit. Rámutat a tüneti intravenás kezelés túlzásaira, kiemeli a Hasenfeld osztályán szerzett tapasztalatokat.

Tornai József: Az intravenás therapia ma vezető szerepet játszik az injectiós gyógyítás terén; éppen ezért annak alkalmazásmódjával és hatásmódjával minden orvosnak tisztában kell lennie.

Vermes Mór: A szőlőcukor-oldat intravenás alkalmazását aggályosnak tartja. Az amúgy is magas vérnyomású egyéneknek a hypertoniát fokozhatja és rexishez vezethet.

Faludi Géza: Az intravenásan adott diphtheria-serum gyors kiürülése miatt a hatás az intramuscularis adagolással fokozható és tartóssá tehető.

A szegedi egyetem barátai és a szegedi orvosok egyesületének május 3-i ülése.

Elnök: Meskó Zoltán.

Jegyző: Heiner Lajos.

Előadás:

1. **Löte József:** A gümöbacillus festéséről górcsövi készítmények bemutatásával. Az ismertett eljárás nem használ semmiféle szintelenítőt szert, hanem festékeserén alapul a gümöbacillus elkülönítése. A gümöbacillus megfestésére Ziehl-féle karbols fuchsin és ugyanazon mértékre készült karbols methylenkékét használ. Ha a tüdőveszes köpéssel megterített fedő-vagy tárgyüveget 100 C°-nál egy óráig aszalja az ember, vagy pedig 6–8-szor lángozza, 1–2 perc alatt hidegen is megfestődik a gümöbacillus, különben pedig a köpé-sréteg megszáradása után egyenesen ráteszi az ember a festéket az üvegre, egy percig erős gőzölgéssel melegíti. Ekkor leöblíti a festéket, itatással megszikkasztja a készítményt és egyenesen ráteszi az alapfestéket: fuchsinra 1%-os vizes methylenkék 30–60 percre, vagy 1/4–1/2%-os vizes vesuvint 15 percre; karbol-methylen-kékre vesuvint 3–6 percre, vagy 1%-os vizes eosint 10–15 percre. Igen szép elkülönülés megy végbe.

2. **Molnár József:** „A dosismérés mai állása a Röntgen-therapiában” című előadásában azt a kérdést fejtegeti, hogy a physikai dosismérők adataival milyen nehezen tudják egymást megérteni a röntgenologusok és ennek következtében milyen népszerű a néhány év előtt bevezetett biológiai adagolás. Hangsúlyozza, hogy bár jól felszerelt laboratoriumokban már úgy összehasonlító, mint quantitativ méréseket a legnagyobb pontossággal tudunk végezni, azt mégsem értük el eddig, hogy a kezdő kezébe olyan eszköz kerüljön, mely nek segítségével az vállalkozhatnék a HED pontos leadására.

Egan Ernő és Heiner Lajos felfogása sze-

rint a Röntgen dosismérése ma még nincs kielégítően megoldva. Ezt mutatja egyfelől az, hogy napjainkban is gyakran fordulnak elő Röntgenegések, másfelől az, hogy a német Röntgentársaság 1923. évi nagygyűlésén jónak látott egy bizottságot kiküldeni a kérdés megoldására. Ennek a bizottságnak munkájáról számol be Küstner, aki elkészítette a standarddosismérő apparatust, amely érzékeny, pontos, könnyen kezelhető és amellyel könnyen összemérhetők az eddigi mérőeszközök.

HETI KRÓNIKA

A népbetegségek, különösen a járványok elleni küzdelem akkor lesz igazán eredményes, ha nem külön-külön nemzetekint vesszük fel ellenük a harcot, de egyetértőleg, nemzetközi megállapodások alapján ellenőrizzük és kezeljük a betegségeket.

Számon bevált nemzetközi egészségügyi organizáció a Vörös Kereszt, amely nemzetekint független, helyi intézményekből áll ugyan, ezek azonban a Genfi Konvenció (1864) szerint járnak el. Újabban a genfi központtal szemben a franciák a Vörös Kereszt Egyesületek Ligáját alapították meg, Páris székhellyel. — Értékesek voltak továbbá a háború előtt a nemzetközi congressusok is, mert az eszmék kicserélődése útján közreműködtek az egészségügy javára. Voltak továbbá nemzetközi egészségügyi konvenciók is: így az 1892., 1897., 1903. és 1912. években. Ezeknek főcélja volt az egészségügyi vesztégzárak és a pestis- és cholera-veszedelem, valamint a leánykereskedelem, opium stb. elleni küzdelem egységesítése. Az 1903. és 1912. évi konvenciókba a sárgalázat is bevették, most pedig a typhus, a visszatérő láz, a himlő és a közlekedési utak egészségügye is napirenden van.

Ezeknek a konvencióknak a folyománya volt az 1903-ban, illetőleg 1907-ben Párisban létesített „Office International d'Hygiène Publique”, amelyben az egyes kormányok is képviseltették magukat. Ez javaslatokat hozott a fertőző betegségek nemzetközi leküzdésére vonatkozólag, melyek most, a légi járművekre való tekintettel, átdolgozás alatt állanak.

Határkövet jelent a nemzetközi egészségügy terén az 1909. év, amikor a Rockefeller Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm Disease megalakult (mely később a Rockefeller Foundation-ná fejlődött), és nemzetközi alapon megkezdte az anchylostomia elleni küzdelmet, továbbá az 1916. év, amelyben megalapították az International Health Boardot; ez már eddig is rengeteg áldozatot hozott a világszerte kifejtett egészségügyi küzdelem érdekében.

Mikor 1920-ban a lengyel- és oroszországi kiütéses typhus és visszatérő láz járványa Nyugat-Európát fenyegette, a Népszövetség egy ideiglenes egészségügyi osztályt (Health Section) állított fel, melyet 1923 szeptemberben az „Office International d'Hygiène Publique”-kel egyesítettek és mint Nemzetközi Egészségügyi Szervezetet (International Health Organisation) állandósították. Ez három részből áll: az eddigi Office-nek maradványa a tanácsadó testület; a végrehajtó szerv a Health Committee, amely a hajdani sectióból fejlődött ki, és végül a titkárság.

A Health Committee 16 tagja közül Franciaország, az Egyesült Államok és Olaszország 2–2-t, Anglia, Svájc, Hollandia, Portugália, Németország, Spanyolország, Belgium, Brazília, Egyiptom, Peru 1–1-et delegált. Elnöke Madsen, a kopenhágai serológiai intézet igazgatója.

Az Egészségügyi Bizottság ez év február végén tartotta első ülését, melyen nemzetközi fontosságú dolgokról tárgyalt. Elhatározták, hogy évenként kétszer fogják a teendőket megbeszélni és a szükséghez képest albizottságokat alakítani stb. Átvették a népszövetségnek járványbizottságát, amely már eddig az Athénben, Szalonikiban berendezett központokból irányította a görög egészségügyeknek egy részét: a Kis-Ázsiából Görögországba menekültek (amelyek a jelenlegi lakoságnak egyötödrészt teszik ki) 60%-át, körülbelül 500.000 embert ojtottak be himlő, cholera és typhus ellen.

A malaria már eddig is sok dolgot adott a járványbizottságnak. Oroszországban jelenleg ez a legkomolyabb egészségügyi kérdés, tavaly helyenkint a lakosság 80%-a munkaképtelen volt és az aratás befejezetlen maradt. Az Egészségügyi Bizottság most nemzetközi malariaellenes mozgalmat indít. Eddig már az albán,

görög és perzsa kormány fordult tanácsért a bizottsághoz: most Albániában és Görögországban tanulmányoztatja a bizottság a malariát és támogatja ezeknek kormányát.

A chinin-kérdéssel is foglalkozott a bizottság. Jelenleg évenként 600.000 kg a világ chinintermése, amely 14 gyárból kerül ki. A legnagyobb fogyasztás Oroszországban és a Balkánon van. Tanulmányozni fogják a teendőket arra az esetre nézve, ha a malaria annyira elhatalmasodnak, hogy a chininkészlet nem lesz elegendő.

Perzsiában különösen nehéz a helyzet: a malaria, syphilis, cholera, influenza, pestis, kiütéses typhus, visszatérő, láz, himlő, bélbetegségek, trachoma, has-typhus, továbbá a szarvasmarhák körében az anthrax nagyon el van terjedve. Ez állandó veszedelem jelent a Mezopotámián, Törökországon és Oroszországon keresztül húzódó forgalom miatt Európára nézve is, annál inkább, mert a mohamedánok évente népes zarándoklásokat rendeznek a szent helyeikre.

A rákkal, az anthrax-szal is foglalkozott a bizottság, az opiumfogyasztást illetőleg pedig megállapították, hogy egy egészségügyileg jól berendezett országban az évi és fejenkénti átlagos opiumfogyasztás legfeljebb 0.45 g lehet.

Nemzetközi megállapodás révén akarják a syphilis serodiagnosisát is szabályozni: a kopenhágai intézet volna a központ és az ellenőrző intézet, mely a különböző államok serologiai laboratóriumait összekapcsolná. Azt az óhaját fejtették ki, hogy a Wassermann-reakciókat ne végezhesse bárki, hanem hogy az állami képesítéshez legyen kötve és díjtalanul végeztessék. Ebből a célból serologiai laboratóriumokat kellene a kórházi osztályokkal kapcsolatban felállítani. Németországban már történt is intézkedés ebben a tárgyban: 1924 április 1. óta csak azoknak az orvosoknak szabad a syphilis serologiai vizsgálatait végezni, akik erre külön minősítéssel és engedéllyel bírnak. A német rendőrség üldöz minden olyan hirdetest, amelyet ilyen engedély nélkül nyilvánosságra hoznak.

Hasonló megállapodások történtek a serumok, biológiai készítmények (antidiphtheria-, tetanus-, dysenteria-, pneumococcus-, anthrax-, málta- és serumok, insulin stb.) gyártása, mértékelése és adagolása tekintetében.

Az Egészségügyi Bizottság költségeinek fedezése a Népszövetség 1924. évre 33.600 font sterlinget szavazott meg, a Rockefeller Foundation pedig 19.000 fonttal megtoldotta ezt; ez utóbbi összegből 12.000 font az egészségügyi tisztviselők tanulmányi utazására fordítandó. Már 1922-ben utazni vitt a Rockefeller Foundation Kelet-Európából való 21 egészségügyi tisztviselőt. 1923-ban 14 európai országból és Japánból és az Egyesült Államokból összesen 30 hygienikus tanulmányozta az angol és osztrák viszonyokat, egy harmadik csoport az Egyesült Államokat utazta be; e kitűnő intézmény az idén is folyik; ezen hazánkból is részt vesz néhány orvos, akik főleg a tuberculosissellenes intézeteket látogatják.

Herczeg Árpád dr.

VEGYES HÍREK

KÉRELEM. Kérjük előfizetőinket, hogy előfizetésüket folyóiratunkra a Hetilap címlécén közölt szorzószám szerint küldjék be, melyet hétfőtől hétfőig tartunk érvényesnek a küldőre nézve.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület ülésprogramja 1924. május 17-én. 1. Grósz Emil: A cyclodialysis indicatíói. 2. A Siegrist (a berni egyetemi szemészeti klinika igazgatója, mint vendég): Die Pathogenese und Prophylaxe der Myopie.

A Közkórházi Orvostársulat május hó 21-i ülésének tárgyszorozata. Bemutatások. Elischer Ernő: Kankoin pasztával és Röntgen-terápiával gyógyított mellrák esete. Szecsey Lajos: Súlyos szövödmény gastroenterostomia után. Szikszay Elemér: Európai chyluria esete. Bézi István: Profus bélvérzések kiütéses typhus esetében. Balogh Ernő: A heveny fertőző betegségek kapcsán váratlanul beálló hirtelen halálos esetekről. Előadások. Ilk Viktor: Tapasztalatok rivanollal. Szecsey Lajos: Megjegyzések a perforált gyomorulcusok terápiájához. Sülle József: A digiclininről.

Orvosszakértők és fogházorvosok új díjazását állapítja meg a 17.596 sz. apr. 18-i lg. M. rendelet, mely szerint az előbbiket, valamint a nekik segédkezőket a 14.926/1909 I. M. rendelettel

megállapított díjak négyszerese: az esetenként igénybevevett fogházorvosokat pedig a 42.229/1920 I. M. rendeletben küldött díjak ezerszerese illeti meg. — Evvel a 9.000/1924 I. M. rendelet hatálytalan. —

Prof. Dr. A. Siegrist, a berni egyetem szemklinikájának igazgatója 1924 május hó 15-én csütörtökön és május hó 16-án pénteken délelőtt 1/212 órakor a budapesti királyi magyar Pázmány Péter-tudományegyetem I. számú szemklinikájának tantermében előadást tart, és pedig május hó 15-én: „Ueber Augenverletzungen”, május hó 16-án: „Retrolbulbäre Neuritis” címmel. Az előadásokra az érdeklődő orvosokat és orvostanhallgatókat szívesen látjuk.

Doktorrá avattattak a Pázmány Péter-tudományegyetemen mult hét szombatján: Jausz Konrád, Lénárt György, Mandula Sándor, Molnár Antal, Ármin Károly, Révész Mór, Seress László Ferenc, Simai Gyula Antal, Szerellemhegyi Szász Erzsébet Mária Olga, Tumann Károly Gyula, Weisz János. Köszöntjük az új kartársakat!

Orvosi továbbképző tanfolyamok. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága ez év folyamán 11 tanfolyamot rendez és pedig tavaszkor a budapesti egyetem klinikáin, továbbá a debreceni és szegedi egyetemeken, ugyancsak tavaszkor (juniában) lesz iskolaorvosi tanfolyam. Őszkor Budapest székesfőváros központi kórházaiban, a poliklinikán, az Izraelita kórházban, úgyszintén őszkor lesz a munkásbiztosító pénztári orvosok számára tanfolyam. A részletes program a nyomdák szünetelése miatt május hó közepén jelenik meg. A bizottság irodája: VIII. Mária-utca 39 írásbeli megkeresésre az érdeklődő orvosoknak készségesen megküldi.

Dr. Turán Bódog orvosi működését Franzensbadban („Villa Dr. Turán”) ismét megkezdte.

Ragályos betegségek Budapestén. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint április 20-tól április 26-ig előfordult:

Hasi hagymáz.....	11 (2)	Gyermekegyi láz.....	— (—)
Kütegés hagymáz....	— (—)	Bárányhimlő.....	23 (—)
Hólyagos (ál-)himlő..	— (—)	Járv. fültőmirigylob..	10 (—)
Kanyaró.....	17 (—)	Vérhas.....	7 (—)
Vörheny.....	40 (2)	Járv. agygerincagyhártyalob..	— (1)
Szamárhurut.....	29 (6)	Trachoma.....	13 (—)
Roncs. torok-éségelob	12 (2)	Veszétség.....	— (—)
Influenza.....	8 (—)	Lépfene.....	— (—)
Ázsiai kolera.....	— (—)	Nátház.....	— (—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóórát kedden és pénteken 11—12-ig tartja.

Figyelmeztetjük előfizetőinket, hogy pénzzel bélelt levelek gyakran üresen érkeznek hozzánk!

Ifj. Keleti Leo, a Keleti J. cég néhai megalapítójának fia fenti cég kötelekéből kivált és Ifj. Keleti orvosi műszerész és kötszerész cég alatt Teréz-körút 10 önállóította magát, kéri régi orvos ismerősei szíves jóakarató pártfogását.

A Dr. Pécsi Dani és István oltóanyagtermelő intézete központi irodái IV., Eskü-út 6. sz. alól VI., Teréz-körút 31. szám alá helyeztetett át. Ideiglenes telefonszám 88—00.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

TÁTRA - SANATORIUM
OTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m.

Az ideális tátrai magaslati klímának előnyel egyesítve modernül berendezett fizikai-diétaes sanatorium gyógyító tényezőivel.

ELSŐRANGÚ DIAETÁSKONYHA, ferkőcsarnokok, szabadlégűtő, szénsavas, fenyő-, forró-, fényfürdők, vizgyógyintézet, Zander, quars-, Sollux-, diathermia-, villanyos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratórium. Indicatíók: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, adipositas, asthenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, convalescentia. — Tuberculosisok, fertőző- és elmebajok kizárva. Sanatoriumi napi pousálár 65 Kc-től fölfelé. — Főorvos: dr. Rutich Jenő. Menetgyűrtében, világoztást nyújt, fürdővizumot szerez dr. Adorján László. Vigadó.

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

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi minister úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: HUZLY IMRE.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Jacobovics Béla: A Caronia-Sindoni-féle vörhenyvédoltásokról. (277—278. oldal.)

Petényi Géza: A főzelékfélék vitamintartalmának vizsgálata mennyiségi szempontból. (278—279. oldal.)

Róth Miklós: Az egészségesek és vesebajosok extrarenalis víz-anyagcseréje. (279—281. oldal.)

Étrendi előírások. A vesebetegségek diéta kezelése. 11. A diéta prophylaxis. (281—282. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Gyermekorvostan. — Szülészet és nőgyógyászat. — Bőr- és nemikórtan. (282—284. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 10-i ülése. (284—285. oldal.)

A Magyar Szemorvostársaság VII. tudományos ülése május 4-én, a II. számú szemklinikán. (285—286. oldal.)

A szegedi egyetem barátai és a szegedi orvosok egyesületének május 10-i ülése. (286. oldal.)

Heti krónika. (286—287. oldal.) — Vegyes hírek. (287. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A római egyetemi gyermekklinika közleménye (igazgató: Prof. G. Caronia).

A Caronia-Sindoni-féle vörhenyvédoltásokról.

Írta: Jacobovics Béla dr. tanársegéd a budapesti egyet. gyermek-klinikán (igazgató: Bókay János dr. egyet. ny. r. tanár).

A vörheny aetiologiájának nagyfotosságú kérdését kutatva, már 1915-ben sikerült *Di Cristinának* — Caronia előzetes vizsgálatait után — vörhenyreconvalescens betegek serumából s hámlopikkelyeiből vaccinát készíteni, amellyel vörhenyt ki nem állott gyermekeket oltva — s ezeket a vörheny különböző szakában levő beteg gyermekekkel összefektetve — azt tapasztalta, hogy egyik sem betegedett meg vörhenyben. Caronia, később Spolverini hasonló vizsgálatokkal ugyanilyen eredményeket kapott, a vaccinának szélesebb körben való alkalmazását azonban megakadályozták azok a nehézségek, melyek ennek nagyobb mennyiségben való elkészítésénél mutatkoztak. Ezért *Di Cristina* hámlopikkelyekből készült vaccinával kezelt lovakat s a fentemlített vaccina készítéséhez — ember-reconvalescens-serum helyett — az ily módon immunizált lovak serumát használta.

Szorgos kutatások után 1921-ben sikerült *Di Cristinának* vörhenybeteg véréből s csontvelőjéből — megfelelő táptalajon — egy virust izolálni, amellyel fiatal nyulakat oltva, ezek mindig egy jellegzetes — cachexiával járó — betegséget kaptak s röviddel utána elpusztultak. Később *Di Cristina* előbbi vizsgálati eredményeinek megerősítésül az általa izolált vírusok tenyésztésével egészséges gyermekeket oltott, akiknél — dacára, hogy vörhenybetegekkel voltak együtt — sohasem látott egy megbetegedést sem. Hasonló kutatásokat végeztek legújabbban Caronia s Sindoni, akik *Di Cristina* aetiológiai kutatásait folytatták s a vírus fajlagosságát igen érdekes módon bizonyították. Elölt vagy legyengített virulentiajú csírákkal oltottak vörhenyt még ki nem állott gyermekeket, majd ezeknél — amellet, hogy állandóan vörhenybetegekkel voltak együtt — a vörheny első szakában levő gyermekek garatváladékával végeztek garat-ecseteléseket. Sohasem láttak egy megbetegedést sem. Ezen eredményektől felbátorodva Sindoni rendszeresen végzett prophylaktikus vaccina-oltásokat oly gyermekeknek kik vörhenyt még nem állottak ki s a vörheny-fertőzés veszélyének voltak kitéve. Összesen 292 gyer-

meknél végzett ily oltásokat s egy esecsemő kivételével — akinél a védoltás csak három nappal bátyja megbetegedése után történt — egy esetben sem látott vörheny-megbetegedést. Sindoni ezirányú közleményeinek megjelenésekor a római gyermekklinikán tartózkodtam s örömmel ragadtam meg az alkalmat, hogy a klinika diphtheria-osztályának igen alkalmas beteganyagán, Caronia tanár szíves engedélye folytán, én is hasonló irányú megfigyeléseket végezzek. Megfigyeléseim eredményeinek kellő értékeléséhez meg kell jegyeznem a következőket: a római gyermekklinika földszintjének balszárnyán van a nagy vörhenykórterem s ennek közvetlen szomszédságában ugyanazon folyosón van két kisebb szoba diphtheriás betegek részére. E három kórterem teljes érintkezésben van egymással. Az orvosok a vörhenybetegknél megejtett vizsgálatok után ugyanazon orvosi kabátban mennek a diphtheriás betegekhez. Az ápolószemélyzet a vörheny- s a diphtheriás betegek-nél állandóan közös. Mint érdekes tény kell még megjegyeznem, hogy — tekintettel a klinikán még egyelőre fennálló helyszűkére (a klinika jobboldali szárnya még építkezés alatt áll) — a torokdiphtheriában s enyhe croupban szenvedőket átlag a 3—4-ik napon, az intubál-takat pedig az extubatio után áthelyezik a vörhenybeteg-kórtermébe s ezen betegek hazabocsátása innen történik. A vegyes fertőzés veszélyének lehetősége tehát igen nagy. Megfigyelt eseteim a következők:

Név:	Védoltások: 2 cm ³ vaccina	Klinikán tartózkodott:
M. K.	3-szor	13 napig
P. I.	3 "	10 "
B. G.	3 "	12 "
A. U.	3 "	12 "
T. B.	3 "	10 "
S. P.	3 "	7 "
K. F.	3 "	14 "
P. A. M.	3 "	8 "
F. A.	3 "	7 "
M. C.	3 "	12 "
B. A.	3 "	90 "
V. A.	3 "	60 "
V. F.	3 "	21 "
B. M.	2-szer	"
B. A.	3-szor	10 "
A. A.	3 "	8 "
P. E.	3 "	60 "
P. A.	3 "	7 "
V. R.	3 "	6 "
S. O.	3 "	25 "
C. M.	3 "	25 "

* A második oltás után vörhenyben betegedett meg.

Név:	Védoltások: 2 cm ³ vaccina	Klinikán tartózkodott:
S. L.	3	10
M. C.	3	25
S. K.	3	12
R. V.	3	30
G. E.	3	40
B. R.	3	25
S. S.	3	54
P. C.	3	8
M. A.	3	29
F. G.	3	8
C. A.	3	8
O. S.	3	15
S. S.	3	10
D. M.	3	30
C. G.	3	8

Összesen 36 diphtheriás beteg közül a klinikai ápolás ideje alatt csak egy betegedett meg vörhenyben a klinikai tartózkodásának 2-ik napján. E gyermeknél nem sokkal a második védoltás után jelent meg az exanthema s egy nővére vörheny s diphtheria miatt a klinikán állott ápolás alatt. A klinikáról elbocsájtott gyermekek egy része a klinika járóbetegrendelésén maradt még 8–10 napig ellenőrzés alatt, egy részét pedig — miután már előzőleg is a klinika rendelésén kezeltetett — még hosszabb ideig sikerült megfigyelni. A megfigyelés ideje alatt nem volt egy vörhenymegbetegedés sem észlelhető.

Ezen 36 gyermek kivül még 6 olyan család gyermekei kaptak vaccina-védoltásokat, amely családok egyik gyermeke vörhenyben megbetegedvén, ezt a klinikára szállították be. Ezen 6 családnak összesen 28 gyermeke részesült védoltásban, akik közül egy 1½ éves, kettő 2 éves, három 3 éves, öt 4 éves, öt 5 éves, három 6 éves, három 7 éves, négy 8 éves és kettő 10 éves volt. Ezek közül hasonlóképp egy sem betegedett meg vörhenyben.

Mint látható, a vörhenyvédoltások ezen eredményei teljesen egyeznek a *Sindoni* által már előbb közölt védoltások eredményeivel.

Ez alkalommal szabadon *Caronia* tanárnak s munkatársainak leghálásabb köszönetemet kifejezni azon készséges támogatásért, amelynek segítségével sikerült a római egyetemi gyermekklinika fertőző osztályán s laboratóriumában *Bókay* tanár közbenjárása folytán, az ő kiváló kutatásai módszereit megismernem.

Irodalom: *Di Cristina:* Osservazioni e ricerche sulle reazioni immunitarie nella scarlattina ecc. La Pediatria fasc. 7. 1916. — *Caronia:* Sulla presenza di speciali anticorpi nel siero di bambini scarlattinosi. Pathologica Febbraio 1914. — *Caronia:* Contributo alla vaccinoprofilassi della scarlattina col metodo Di Cristina. La Pediatria fasc. 7. 1918. — *Di Cristina e Pastore:* Ricerche d'immunoprofilassi nella febbre scarlattinosa. La Pediatria fasc. 1. 1919. — *Di Cristina:* Ricerche sull'etiopatogenesi della scarlattina. La Pediatria fasc. 24. 1921. — *Di Cristina:* Osservazioni e ricerche sull'etiologia e patogenesi della febbre scarlattinosa. La Pediatria fasc. 1. 1923. — *Caronia e Sindoni:* Ricerche sull'etiologia della scarlattina. La Pediatria fasc. 14. 1923. — *Sindoni:* Sulla vaccinoprofilassi della scarlattina. La Pediatria fasc. 5. 1924.

A m. kir. Erzsébet-tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Heim Pál dr. ny. r. tanár).

A főzelékek vitamintartalmának vizsgálata mennyiségi szempontból.

Írta: *Petényi Géza dr. egyetemi magántanár.*

Egy előző közleményben leírtam, hogyan lehet vizsgálni csecsemőknl vitaminhatásokat éppen olyan pontosan és szemléletesen, mint állatkísérletekben. E módszer felhasználásával számos kérdést lehet eldönteni; az egyik legközelebb fekvő volt, milyen mennyiségek szükségesek a főzelékből, hogy ilyen hatásokat elérjünk? A szokásos diaetikus előírásokból nem sok tájékozódást nyerünk. A nagyobb gyermekek és felnőttek számára készült

kosztfarmák valamennyije tartalmaz valamiféle főzeléket, kivéve a kizárólagos tejkúrát, amit azonban szintén csak speciális esetekben rövidebb ideig használnak. A főzelékek kiválasztása s mennyisége rá van bízva a fogyasztók ízlésére s amennyiben orvosi előírás van, az rendszeren tiltó szokott lenni, amikor a gyomor és béltractus állapota bizonyos főzelékfeleségeket kontraindikál. A csecsemő-táplálásban régi szokás, hogy spenót, sárgarépa és burgonyával kezdik a főzelékadást a második félévben. Hogy van-e feltétlenül szükség főzelékfeleségekre s ha igen, melyekre s milyen mennyiségben, idáig nem képezte kérdés tárgyát.

A dolog megközelíthetőnek látszik a következő megfontolás alapján: bizonyos tejtaplálás mellett jól fejlődő gyermekeket addig tartunk ezen táplálék mellett, amíg a növekvésük megáll. Ezen állapotot jellemzi, hogy a táplálék fokozásával nem, főzelék adásával azonban azonnal megindítható a növekvés. (Exogen ártalmak s infectio természetesen kell hogy kizárhatók legyenek.) Ilyen növekvési zavarnál meg kell állapítani, mennyi az a legkisebb főzelékmenyiség, amely megindítja a növekvést s egy további normális fejlődést biztosít. Az egyes főzelékfeleségeknél megállapítva ezt, össze lehet azután őket hasonlítani. Ezt a tápértéket, mely a táplálék caloriamennyiségétől teljesen független, a németek „biologische Wertigkeit”-nek vagy „Sondernärwert”-nek (*H. Aron*) nevezik. Azt hiszem, egyik megjelölése sem praegnans, nagyon kevésbé fedik a fogalmat, amit ki akarnak fejezni. Helyénvalóbb lenne ezt, mint *Funk* teszi, a táplálék „vitaminérték” vagy „vitamin-tápértékének” nevezni.

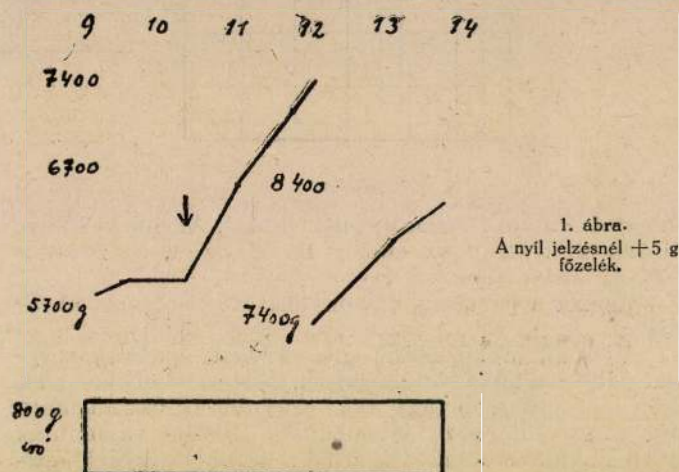
E kísérleti elrendezés ellen több ellenvetést lehet felhozni. Az egyik, hogy a vitaminok tényleges quantitativ meghatározására ez előreláthatólag nem lesz alkalmas. Quantitativ meghatározásokról csak akkor lehet szó, ha a kémiai természetük közelebbről megállapítható lesz. Az ősszes úgynevezett „biológiai” mérési módok, amikor valamely szervfunctio vagy bármilyen életjelenség változásából következtetünk egy anyag mennyiségére, kevésbé pontosak s csak nagy fenntartással értékelhetők. A mi esetünkben nincs is arról szó, hogy „mérjük” physikai értelemben a vitaminok mennyiségét, hanem, hogy nagy határok között tájékozódjunk a még éppen hatást kiváltó főzelékmenyiségről. Hogy ilyen módon kaphatunk-e felhasználható, határozottsággal értékelhető adatokat, arra nézve egyedül a kísérleti eredmények adhatnak választ, előzetes theoretikus megfontolások nem. Számításba jövő ellenvetés az is, hogy valamennyi ilyen gyermeknél többé-kevésbé súlyos táplálkozási zavar ment előre, qualitative is különböző károsítást szenvedtek, az előrement táplálkozástól függően, különböző az egyes gyermekeknél a kiindulási pont, elképzelhető tehát, hogy ugyanazon főzelékmenyiségre is más lesz a reakciójuk. A csecsemőket tényleg súlyos táplálkozási zavarral szoktuk felvenni. Addig azonban, amíg egy-egy ilyen kísérlet kezdődik 3–4–6 hónap szokott eltelni, néha még több is. Hónapokon át tartó jó fejlődés előzi meg a kísérletet, s a legtöbb gyermekeknek a súlya 5–7 kiló között volt. Hónapokon át valamennyien ugyanazt a táplálékfeleséget kapták, csak a táplálékmenyiségben volt súlyuknak megfelelően 2–300 g-nyi különbség; az anyagcsere lefolyása, amennyire ez táplálék által lehetséges, a több hónapon át tartó azonos diéta következtében egyértelműen volt determinálva.

Valamennyi kísérletben burgonyapürét alkalmaztam. A kísérletek menetét itt nem részletezem. Utalok az előző közleményre. Az idáig általában szokásos adag többnyire 100 g főzelék volt. Először 50 g-ot adtam, azután fokozatosan csökkentettem az adagot 30, 15, majd 5 g-ra. Azt a meglepő eredményt kaptam, hogy ezen méretek között variálva a főzelék mennyiségét, ugyanazt a hatást kapom. 1 kávéskanál burgonyapürével (5 g) ugyanazt a rapid súlygyarapodást lehetett elérni, mint 100–200 g-mal. Illusztrálásul csak egy példát hozok fel:

S. L. tízhónapos hatkilós csecsemő. Hathónapos korban 4200 g-mal felvéve. Kezdeti anyatej-, majd Moro-táplálék mellett lassú gyarapodás, íróra jó fejlődés. Tízhónapos korban megáll a hízás 800 g író mellett. Háromhet

stagnálás után 1 kávéskanálnyi főzelék. Azonnali gyarapodás, amint a görbe mutatja. Az adott mennyiségeknél a testsúly nem játszik szerepet ölkilós gyermeknél épp olyan reactio kapható, mint egy hétkilónál. A csecsemő korának sincs nagyobb befolyása. Hathónapos és 13 hónapos teljesen egyformán viselkedik. Igen fontos az az észlelés, hogy ez a kis mennyiség (5 g) nemcsak megindít egy acut súlygyarapodást, hanem elegendő a további fejlődéshez is, a közölt esetben a főzelék adásától számított négy hónap alatt 2300 g volt a gyarapodás s közben a gyermek bőrszíne kifogástalan volt, a motorikus funkciók javultak, a csontfejlődés zavartalanul haladt előre s állandóan jókedvű volt.

Az a körülmény, hogy ilyen nagy testsúlydifferenciák mellett egyformán hatásos volt 5 g, továbbá, hogy olyan rapid a kezdeti súlygyarapodás s kielégítő a későbbi fejlődés, valószínűvé teszik, hogy még 5 g-nál kevesebb



mennyiséggel is tudunk hatást elérni. Végeztem 5 g-nál kisebb mennyiséggel is kísérleteket, ezek azonban kisebb számúak és rövidebb időtartamúak, semhogy végleges ítéletet mondhatnák róluk. Annyi bizonyosnak látszik, hogy egyes esetekben még 0.5 g burgonyapüré adása után is súlygyarapodások jönnek létre, azonban a kielégítő fejlődéshez ez a mennyiség nem elég. Ezek a kísérletek még csak a kezdetükön vannak. A publikálásukat mégis már most kezdem meg, egyrészt, mert évek fognak eltelni, míg ez a kérdés különböző táplálásmód mellett a különböző vitaminokra nézve feldolgozható lesz; a rendkívül hosszú megfigyelési idő, 6–8 hónap, sokszor még több is s az a körülmény, hogy sok kísérlet elvész azért, mert nem lehet az illető gyermeket ennyi ideig az osztályon tartani, érthetővé teszik ezt; másrészt indokoltá teszi a közlést az, hogy az eddigi eredmények is igen fontosak mind theoretikus, mind praktikus szempontból. Kiderül ezekből, hogy lehetséges ilyen módon az egyes főzelékelemek legkisebb még ható dosisát, az egyes főzelékek minimumát megállapítani; ez a még hatásos mennyiség sokkal kisebb, mint ahogy ezt idáig gondolták; a szokásos adagnak egy csekély törtrésze elegendő. 0.5 és 5 g között van a napi mennyiség, ami mellett kielégítő fejlődés lehetséges.

Praktikusan is fontos ez a megállapítás, mert ezáltal lehetővé válik, hogy bármilyen korú s táplálású csecsemőnél D-vitaminnal egészítsük ki a táplálékot.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter-tudományegyetem III. számú belklinikájának közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr. ny. r. egyet. tan.).

Az egészségesek és vesebajosok extrarenalis vízyangcseréje.

Írta: Róth Miklós dr. a klinika volt adjunktusa.

(Négy görbével.)

Az emberi szervezetben 24 óra alatt a vízmennyiség különböző utakon kerül kiválasztásra. Az extrarenalis leadott víz legnagyobb része a bőrön keresztül a perspiratio insensibilis útján hagyja el a testet. Erre

vonatkozólag már rég történtek vizsgálatok. Santorio önmagán végzett kísérletet: mérlegen állva, az elfogyasztott táplálékot és folyadékot lemérte, s miután a kísérlet alatt kiválasztott vizeletet és székletet levonta, azt találta, hogy a bevitt táplálék $\frac{5}{6}$ része a bőr és a tüdő útján távozott. Dodart¹ 1725-ből hasonló eredményekről számol be. Lavoisier és Segum 1790-ben azt tapasztalta, hogy az ember 24 óra alatt egy liter vizet is leadhat, extrarenalisán. A vízyangcserének pontos vizsgálata Pettenkoffer és Voit nevéhez fűződik, az ő kísérleteiből tudjuk, hogy a növényevők több, a húsevők kevesebb vizet adnak le a bőrön keresztül. Az ember a kettő között áll olyképen, hogy a vízvesztéséből 60% esik a vizeletre, 40% a transpirációra. A bőrnek 24 órai vízkiválasztása kiteheti a testsúly $\frac{1}{10}$ -ét s körülbelül kétszerese annak a vízmennyiségnek, amely a tüdőfelület útján a kilehelt levegővel telített állapotban kerül kiválasztásra. 3000 cm³-nyi vízbevitelből átlag 2000 cm³-nyi jut a vizeletre, 100 cm³-nyi a székletre, 300 cm³-nyi a kilehelt levegőre s 700 a bőrkiválasztásra.

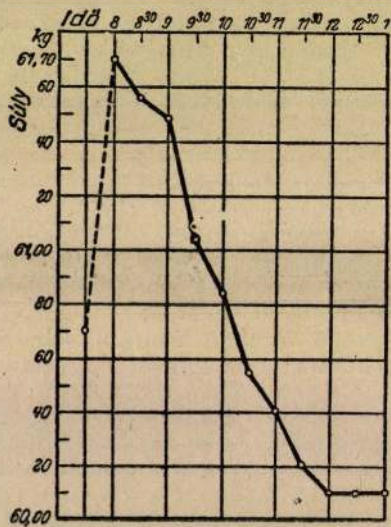
A vesék és az emésztőcsatorna útján távozó vízmennyiség könnyen meghatározható, ezért a vízyangcserére vonatkozó vizsgálatok legnagyobb része ezekre a tényezőkre vonatkozik. Sajnos, ezek a teljes vízkiválasztással nincsenek állandó összhangzásban úgyannyira, hogy constans számokat felállítani nem lehet; a legpontosabb értékeket még a tüdők által kiválasztott vízmennyiségről kaphatjuk. A kilehelt levegőről feltételezzük, hogy az vízzel telített; így a légzéssel leadott vízmennyiséget számbajövő hiba nélkül meghatározhatjuk, ha a hőmérséklet, a levegő relatív nedvessége, a bizonyos idő alatt kilehelt levegő térfogata és hőmérséklete ismeretes. Más feladat, ha a bőrön át történő vízvesztésüket akarjuk meghatározni. Ez, az egyéb úton kiválasztásra kerülő vízmennyiség levonásával állapítható meg, az eljárás azonban komplikált. Az ezen irányban, nehézkes és óvatos methodikával végzett kísérletek oly eredményeket adtak, amelyek az előbb említett kezdetleges módszerrel nyert értékektől semmi tekintetben sem különböztek.

A kérdés nem csupán élettani jelentőségű, sok tekintetben a pathologia is szorosan összefügg vele. A vesék és a bél, illetve a bőr és tüdő útján történő vízkiválasztás közti antagonizmus, amely bizonyos kóros, néha azonban élettani esetekben is tapasztalható, a laikus előtt is ismeretes. Nyáron, amikor az ember erősen izzad, a vizelet kevesebb, míg télen, amikor a perspiratio insensibilis, csökken, több és gyakoribb. A klinikai tapasztalat is azt mutatja, hogy olyan esetekben, ahol a vesék vagy a bél útján erősebb a vízvesztés, a bőr száraz (diabetes, diarrhoea), viszont máskor a bőrnek vikariálisan megnövekedett perspiratioja kompenzáló szerepet tölthet be. Az élettanból ismeretes, hogy a perspiratio insensibilis külső és belső körülményektől függ. Külső tényező a levegő hőmérséklete s nedvessége; e kettőnek befolyása nem állandó, mert az egyénenként változó. Egyazon egyénnél a perspiratio insensibilis nagyjában a környező hőmérséklettel arányos. Belső tényező alatt értendő a bevitt táplálék mennyisége és minősége, az izomzat munka- vagy nyugalmi állapota, melyhez a fokozott vagy csökkent szív működés adódik, psychikus befolyások (félelem, öröm, harag), diaphoreticumok hatása. A belső körülmények befolyása még nincs eléggé tisztázva; mégis klinice fontos lehet azoknak a figyelembevételére. Hogy a táplálék neme és tömege mi módon hat, nem tudjuk, annyi azonban kétségtelen, hogy a milieu interieur megváltoztatása révén. Erre vonatkozólag történtek vizsgálatok. Janssen² szerint az egészséges ember — 1000 cm³ testfelületre számítva — 0.34–0.36 g vizet választ ki, a vesebeteg ezzel szemben csak 0.237–0.270 g-ot. Schweckebecher³ azt találta komplikált methodikájával, hogy két vesebetegnél csökkent volt az elpárologtatás útján történő vízvesztés. Tausch⁴ 490–1450 cm³ tejet tartalmazó üveggel mérte le betegeit, a tej megivása után $\frac{1}{4}$ óránként újra mérte őket. Kiderült, hogy egészségeseknek a megivott tejnek 9.2–13%-a volt az egy órai súlyvesztés, míg 5 vesebetegnél, ahol a vérserum

fagypontesökkenése $0.61-0.68^\circ$ volt — mindössze $1.6-8$ százalékot tett ki.

Hasonlóképpen értelmezendők Paessler⁵ megfigyelései. Paessler vesebetegeknél több olyan oedema-esetet látott, ahol a vizenyő felszívódásakor a vizeletválasztás sokkal kevésbé emelkedett, mint az a testsúlycsökkenésnek megfelelt volna. Így egy heveny vesegyulladás kiállott beteg egy nap alatt 7 kg -mal lett könnyebb, míg a vizeletmennyisége ugyanezen napon csupán 900 cm^3 -rel gyarapodott; nem volt észlelhető sem hasmenés, sem jelentékenyebb izzadás. Ennélfogva kétségtelen, hogy a perspiratio insensibilis igen erős mértékben emelkedett.

Míthogy a perspiratio insensibilisnél a physikai tényezők szerepe elvitathatatlan, Korányi Sándor⁶ a vesebetegek csökkent elpárologtatását a testnedvek megnövekedett molekuláris koncentrációjára vezeti vissza és a javulásoknál beálló nagyfokú perspiratio insensibilis magyarázatát a kórosan megnövekedett molekuláris koncentráció súlyosodásában látja. Grüner⁷ volt az, aki ezt a felfogást elsősorban megerősítette. Grüner indirekte határozta meg a perspiratio insensibilist, úgy, hogy a kísérlet alatti súlyvesztéséből a bevitt táplálék, a kiválasztott vizelet és széklet súlyát levonta. Vizsgálatai azt mutatták, hogy konyhasóretentio esetében csökken a perspiratio insensibilis útján történő vízleadás. A molekuláris koncentrációnak a perspiratio insensibilisre gya-



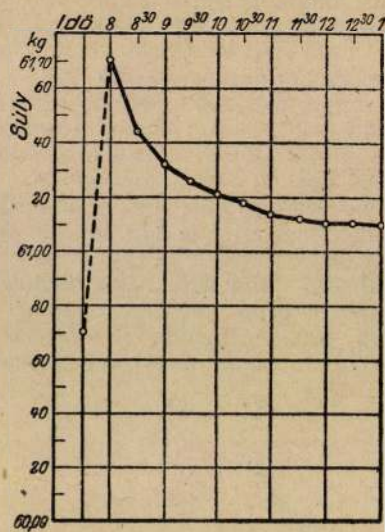
1. tábla.

korolt ezen befolyása nem csupán kórtani jelentőségű, a therapia szempontjából is fontos a kérdés beható vizsgálata.

A kérdésnek ez a fontos volta késztetett azt alapos vizsgálat tárgyává tenni. A kísérleteket éveken át végeztem. Céljuk volt elsősorban a perspiratio insensibilis vizsgálata, egyszerű módszerrel, normális viszonyok között. Egy további feladat volt tisztázni, hogy kimutatható-e valamilyen összefüggés a per os bevitt anyagok molekuláris koncentrációja, illetve a „milieu interieur” koncentrációja közt egyfelől s a perspiratio insensibilis közt másfelől. Végül magyarázatát kerestem a perspiratio insensibilis mértékében tapasztalható individualis különbségeknek.

A normális esetek kísérleti technikája a következő volt: A vizsgálandó beteg reggel 7 órakor egy liter vizet ivott s utána lemértük a testsúlyát. A következő öt óra alatt megmérjük félóránként a testsúlyát, úgyszintén a félóránként leadott vizeletmennyiségét, utóbbit levontuk az ugyanakkor talált súlyvesztéséből. A mérések $15-16^\circ\text{C}$ hőmérséklet s nagyjában azonos hygrometer-állás mellett történtek. A betegeken kórházang, alsónadrág s papucs volt. A mérleg dg-nyi pontossággal mutatott. Az így nyert értékek mutatták a súlyvesztést, mely a bőr és a tüdő útján leadott víz összegének felel meg. Vizsgálataim száznál több esetre terjednek ki, belőlük a következők állapíthatók meg:

A súlyvesztés görbéje normalis egyéneknek az azonos physicalis viszonyok mellett az esetek nagy részé-



2. tábla.

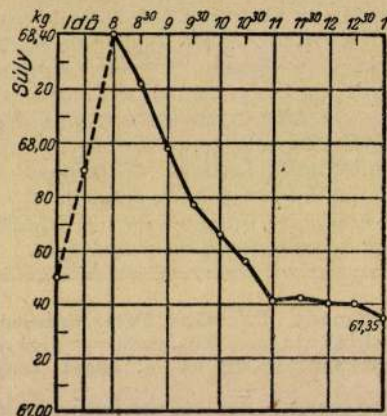
ben egy bizonyos „normaltypust” mutat. Az ötórás kísérleti idő alatt lead az ember $1\frac{1}{2}-2\text{ kg}$ -ot, azaz átlag $2-3\%$ -át testsúlyának.

Ezeket a normális viszonyokat az első tábla ábrázolja.

Vannak olyan egészséges egyének, akiknek súlyvesztése hasonló berendezéssel, hasonló körülmények között mérve, kisebb vagy akár nagyobb, valószínű, hogy ezek, mint különböző symphatico-, illetve vagotonias emberek különbözően reagálnak: akiknél ugyanis nagyobb súlyvesztés volt észlelhető, azok fokozott pilokarpin-érzékenységet mutattak, viszont a kisebb súlyvesztésű egyéneknek fokozott atropin-érzékenység volt található.

Elvi jelentőségűek voltak azok a kísérletek, amelyekben a konyhasófogyasztásnak a normális perspiratio insensibilisre gyakorolt hatását néztük. Ha egy ilyen egyének a vízivás után 15 g konyhasót adunk (ostyában), a súlyvesztés csökken a kísérleti idő alatt, a görbe laposabb lesz. Egy ilyen kísérletet mutat a második tábla.

Sok, normális egyéneken végzett hasonló kísérlet azonos eredményre vezetett; ezek a normális egyének perspiratio insensibilisben két fontos tényezőnek a szerepét bizonyítják. Az egyik a bevitt oldat koncentrációja, a másik a belsősecretiós szervekben s az idegrend-

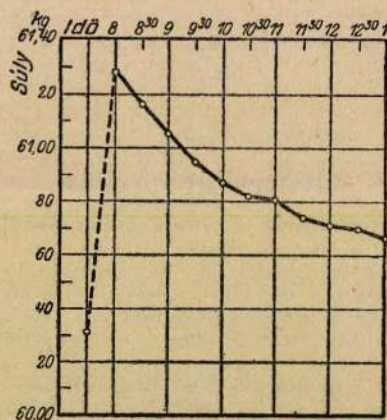


3. tábla.

szemben uralkodó egyensúly. Mindaddig, míg a szervezetben feles számú NaCl-molekulák cirkulálnak — miként az ötórás kísérleti idő alatt 15 g konyhasóbevitel esetében — a perspiratio insensibilis a normálisnak alatta marad. Legtanulságosabbak a különböző, vesebetegeken megejtett vizsgálatok voltak. A harmadik tábla egy gócnephritisben szenvedő betegen végzett

kísérlet eredményét mutatja. Az egynapos kísérlet ép vesefunctiót mutatott s — miként látható — a perspiratio insensibilis görbéje is normalis lefutású. Egész másképp reagáltak hypostenuriás esetek, konyhasóretentio esetében csökkent a perspiratio insensibilis, miként az a negyedik táblázatból leolvasható.

Ha tehát a „milieu interieur“ sóretentio irányában megváltozik, a bőrön át történő folyadékvesztesség alászáll. Ahol — mint pl. egy acut nephritis esetében — javult a veseműködés, ott a perspiratio insensibilis görbéje is lassú közeledést mutat a „normaltypushoz“. Ezt látjuk az acut nephritisnél, illetve izolált nephrosisszerű oedemákkal jelentkező diffus vesemegbetegedéseknél. Ezen megfigyelések praktikus jelentősége kézenfekvő. Az acut, illetve erős oedemával járó vesebetegségeknek régén alkalmazott izzasztó eljárásokat eredménytelenségük miatt törölték a therapiából. Régén a főcél az volt, a vesebetegét mindenáron megizzasztani, hogy így a retineált molekuláknak legalább egy részétől megszabaduljon a szervezet. Számos kísérlet azonban azt mutatta, hogy az izzadság aránylag moleculaszegény. A perspiratio insensibilis vizsgálata is arra vezet, hogy mindaddig, míg a belső concentráción a toleranciának megfelelő diéta segítségével, vagy bármi más módon nem segítünk, a bőrkiválasztás nem érvényesülhet. Először a veseműködésnek kell javulnia, ha ez megtörténik, támogatja a perspiratio insensibilis, nélküle azonban a perspiratio insensibilis elenyésző marad. A sóretentio az izzadságelválasztást is befolyásolja. Erre a körülményre *Korányi Sándor* tulajdonképpen már régén figyelmeztetett. Azt találta ugyanis, hogy reten-



4. tábla.

tiót mutató vesebetegségeknél pilokarpin semmi, vagy csak kislehető izzasztó hatást fejt ki.

Ezen egyszerű technikával végzett kísérleteknek főleg az ő nagy számuk kölcsönöz döntő jelentőséget. Úgy látszik hogy tisztázzák teljesen a perspiratio insensibilis és a veseműködés közti összefüggés kérdését és mindenben igazolják *Korányi Sándor* régi felfogását mely szerint a vesebetegcsökkent perspirációja a szövetnedvek emelkedett molecularis concentrációjára vezetendő vissza.

Vizsgálataimnak eredménye a következő pontokban foglalható össze:

1. Normalis egyének perspiratio insensibilise azonos physikai tényezők mellett meglehetősen egyforma típust mutat.

2. A kivételek valószínűleg a vegetatív idegrendszer különböző érzékenységeire vezetendők vissza.

3. Nagyobb konyhasóbevitel laposabbá teszi a perspiratio insensibilis görbét.

4. Vesebetegségeknél, mindaddig, míg retentio van jelen, csökkent a perspiratio insensibilis.

Irodalom: ¹ Idézve *Luciani*: Physiologie. — ² *Janssen*: v. ö. *Rosenstein*: Nierenkrankheiten. Berlin, 1894, 145. old. — ³ *Schwenckebeger*: D. A. f. kl. Med. 1903, 79. köt., 51. old. — ⁴ Idézve: *Korányi-Richter*: Physikali-

sche Chemie und Medizin, II. köt., 173. old. — ⁵ *Paessler*: D. A. f. kl. Med. 1906, 87. köt. 569. old. — ⁶ báró *Korányi Sándor*: Belgyógyászat kézikönyve, 1898, V. köt. Berliner kl. Wochenschr. 1899. — *Grüner*: Zeitschrift für kl. Med. 1907. 64. köt., 455. old.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

A vesebetegségek diatás kezelése.

11. A diatás prophylaxis.

Ha valamelyik betegünk vizelete albument tartalmaz, úgy ez a körülmény, amennyiben a fehérje nem a húgyutakból származik, a vesék kóros állapotára hívja fel figyelmünket. Azonban nem minden albuminuria vesemegbetegedés következménye és ilyenkor teljesen felesleges a beteget bármilyen étrendi korlátozással gyötörnünk, mivel olyan therapiail eljárásunk, amellyel az albuminuriát befolyásolhatnánk, ezidőszert nincsen.

A kedvező kimenetelű nephritis acuta vagy meggyógyul vagy chronikussá válik. Mindkét esetben a vesék már nem azonos teljesítőképességűek, mint voltak a betegség előtt, tehát bizonyos *kíméletre* szorulnak. Az idült vesebajok teljesen nem gyógyulnak meg, lefolyásukat lényegesen megrövidítheti a beteg célszerűtlen életmódja vagy a baj acut rosszabbodása és complicatiói. E folyamatokba therapiákkal beavatkozni nem tudunk, ellenben a mi feladatunk lesz a betegségnek a szervezetre ható általános következményeit megelőzni, vagy ha ilyenek már kifejlődtek, azokat enyhíteni.

A megbetegedett vesének ártó momentumok elhárításánál talán a táplálkozás szabályozása, az ú. n. *diatás prophylaxis*, a legfontosabb. Főleg a meggyógyult vagy az olyan vesebetegeknek van erre szükségük, akik a tökéletes compensatio stadiumában vannak. A vese kímélését szolgáló étrendi előírásaink ezen enyhe alakjainál a beteg táplálkozását két szempont szerint szabályozzuk:

1. *Igyekedjünk az olyan tápanyagok bevitelének a mérséklésével, amelyek anyagcsere-termékeinek a kiválasztása a veseműködés feladata (fehérje, konyhasó és víz) a vesét tehermentesíteni;*

2. *kizárjuk a táplálkozásból mindazon élelmiszereket, amelyeknek egyes alkotórészeit, akár káros ingerhatással, akár gátlóhatással, a veseműködés ártalmára lehetnek (hús, extraktív anyagok, fűszerek, élvezeti szerek stb.).*

Az utóbbi években a vesefunctionalis diagnostika haladása következtében az ilyen *fűszer-, só-, fehérje- és folyadékszegény* étrendi előírásaink lényeges változásokat mentek át és ma már több olyan élelmiszert nyugodtan megengedhetünk, amelyet azelőtt gondosan kerültettünk.

A magas fehérjetartalmú élelmiszerek közül talán a hús fogyasztása terheli meg legjobban a veséket. Ennek a magyarázata valószínűleg az *extraktív anyagokban* keresendő, amelyek közül a kreatin, illetőleg kreatinin kiválasztása vesebetegeknek annyira meg van nehezítve, hogy annak a vérben való felhalmozódása gyakran kimutatható. Az extraktív anyagtartalom nem függ a hús fajtájától, barna és fehér hús között tehát e tekintetben nincs különbség, ellenben nagymértékben befolyásolható az elkészítés módjával. Így pl. lényegesen több az extraktív anyag a füstöléssel, besózással vagy pácolással készült hal- és húskonzervekben, a kiakasztott vadhúsokban (haut-gout), ezért ezeket a vese-kímélő étrendből teljesen töröljük.

Csökkenteni lehet viszont az extraktívanyag-tartalmat a hús megfőzésével, tehát a *főtt húst* előnyösebbnek kell tartanunk, mint a sültet. Nálunk leginkább a marhahúst, ritkábban a sertéshúst, néha a tyúkhúst szokták főve fogyasztani. Az egészben főtt marhahúst körítéssel és rántásból készült mártással kedvelik. Ha vágógépen áthajtjuk, a húshachée-t nyerjük, amely sokféleképpen elkészíthető farce-alapanyagot szolgáltat. Farce-nak nevezi a francia konyha az olyan tölteléket, amely egy főanyag, mint hús, tojás stb., egy lazítóanyag, mint kenyér, zsemlye, burgonya, rizs stb. és valamilyen kötőanyag, mint tejföl, tej, vaj, rántás stb. összekeveréséből keletkezik. Tölteni szoktak vele vagy főzeléket, mint töltött kalarábé, cékla, uborka stb., vagy tésztaneműt, mint húslépeny, hús-pie, hús-timbale, húspirogi, hús-roulade stb. Ha a húshachée-t kevés forró

vízzel elkeverve, szitán törjük át, úgy a húspurée készül belőle, amelyet ismét vagy hűsgelee-ben fagyasztunk meg, vagy tojáshab belekeverésével vízfürdőn hűspudingnak, sütőben pedig hús-soufflée-nek készíthetünk el.

Magas extraktívanyag-tartalmuk miatt a *zsigerék* is csak mérsékelt szerepeljenek az étrendben, akkor sem mint különálló ételek, hanem csak konyha-technikai segédanyagként ízesítéshez. A velük készült, rendszeresen sózott és fűszerezett hentesárúk: hurkák, kolbászok, paszták és pástétomok élvezetétől a vesebeteget el kell tiltanunk.

Övünk kell továbbá a beteget a *túlságos húsfogyasztástól*. A leghelyesebb, ha csak ebédre eszik húst és 200 g-nál nem többet naponta. Hetenként egy vagy két hús-bőjtnapot is tanácsos tartatni, esetleg figyelmébe ajánljuk a vegetáriánus konyha ízletes ételeit. A főétkezéseknél különben igen jól lehet a húsételt *tojással* helyettesíteni. Amióta a tojástól való félelmünk a vesebetegek diatájában alaptalannak bizonyult és naponta 2–4 darabot még súlyosabb esetekben is megengedünk, igen sokat nyert változatosságban az étrend. A tojás egyrészt sokféleképpen készíthető étellé, mint keménytojás, tükörtojás, buggyantott-tojás, rántotta stb., másrészt pedig csaknem nélkülözhetetlen konyha-technikai segédanyag tészta, sütemények, levesek, sauce-ok, kocho, panirozott fritüre-ök stb. készítéséhez. Mivel sok tojásfehérje nyers állapotban fogyasztva esetleg albuminuriát okozhat, azon tojásételeket, amelyek készítésénél a fehérje nem alvad meg, mint pl. lágytojás, sauce mayonnaise és hollandaise stb., inkább kerülessük.

Ma már alig akad orvos, aki vesebeteget a compensatio stadiumában kizárólagosan teiaetával kezelné. Ellenben vegyes táplálékhoz igen célszerűen adhatunk napi egy literig annyi *tejet*, amennyit a beteg kíván. Adhatjuk azt tetszésszerűen hőmérséken, formában, mint aludttejet vagy yoghurtot stb., többekévesebbé cukrozza, esetleg kávéval, vagy kakaóval ízesítve. A tejtermékek közül a tejfelt, tejszínt, túrót leginkább konyhatechnikailag használjuk fel. A savanyú tejjel a legtöbb étel ízt javítani lehet. A tejszínnel kevert, cukrozott tojássárgájából főzhető a tejerme, amely igen sok fagylalt alapanyagát képezi. Az igen sűrű tejszín habba verhető, amit megcukrozva cukrászsütemények töltésére használhatunk. Megfagyasztott tejszínhabból készülnek a parfait-k. A sajtok közül csak az édes, zsíros eréme-sajtféléket engedjük meg, a száraz, kemény és csípős fajtákat tiltsuk el.

Bátran engedhetjük felhasználni dermesztésre a gelatine-t, mint degradált fehérjét. Igen kedvelt tej-eréme- és gyümölcsgelee-k készülnek vele. Az aspiquek, extraktívanyag-tartalma miatt, már ajánlatos az óvatosság, a sertés- vagy malackocsonyát pedig, különösen ha az a szokásos erősen befőzve és fűszeresen készült, a legjobban az étrendből teljesen törölni.

Soós Aladár dr.

(Folyt. köv.)

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A vékonybél szerepe az anaemia perniciosus keletkezésében. *Seyderhelm.* (Klin. Wochenschr. 1924. 14. sz.)

Azon kísérletek, melyek az anaemia perniciosus gyógyítását egy az ileumon, közel a coecum határához készített anus praeternaturalis révén kísérelték meg, csődöt mondtak ugyan, de azon tapasztalatok, melyeket a műtétek után szereztek, a szerző felfogása szerint közelebb hoznak bennünket a betegség lényegéhez. Megfigyelte ugyanis, hogy oly esetekben, midőn a műtét átmeneti javulást okozott, a megnyitott ileumból 1–2 napig sötétbarna, faecalis jellegű és a vastagbél florájára jellemző bakteriumos összetételű (coli) tartalom ürül ugyan, de már 1–2 nap múlva ez a vastagbél jellegű béltartalom teljesen megváltozik: világos lesz, száraz, eltűnik és a bakteriumos kép is teljesen elveszti korábbi, a vastagbél florájára jellemző összetételét. Oly esetekben azonban, midőn a műtét még átmeneti javulást sem okoz, a sipolyból ürülő béltartalom mindvégig megtartja a vastagbélre jellemző tulajdonságokat. Azon esetek javulnak tehát, melyekben a vastagbél kiiktatása után a vékonybélben megszűnik a korábbi kóros fehérjethadás. Nem a vastagbél tehát az anaemia perniciosus kiindulási helye, mert hiszen ott mindig van fehérje-

rothadás, hanem a vékonybél, ha az vastagbél szerű állapotba jut, mikor is a benne keletkezett mérgek a kedvező felszívódási viszonyok folytán hatni tudnak a szervezetre. A külső okokon kívül dispositionnak is van szerepe: a primaer achylia gastrica és a skandináv szerzők által megfigyelt degeneratívus jelek a vékonybél nyálkahártyáján. Az állapot megjavítása, azaz a bélfloa megváltoztatása a táplálék megváltoztatásával már csak azért sem sikerül, mert a betegek nem bírják el azon szénhidrát tömegeket, melyek e célra szükségesek lennének. Mindenesetre lehet azonban némi viszonyt találni a táplálék összetétele és a vizelet urobilin- és urobilogen tartalma között.

Kiss József dr.

Méhszúrások után kifejlődött acut myelosis két esete *W. Parrisius és H. Heimberger.* (D. Arch. f. klin. Med. 143. k. 5–6. f.)

Mindkét eset acut myelosis typusos kórképében, vérzéses diathesis-sel, sepsises jelenségek közepette néhány hét alatt halállal végződött. A sejtek legnagyobb része myeloblast és myelogen monocyta volt, de egyik esetben az oxydase-reactiót ezeknek csak 53, másik esetben 4%-a adta, ami ezen myeloid sejtek atypusos voltára utal. Mindkét esetben a betegség kifejlődését nagyszámú méhszúrás előzte meg és meglehet, bár nem bizonyítható, hogy a betegséget a méhszúrás okozta. Ismeretes, hogy a méh haemolyzáló mérge lovakon halálos kimenetelű, léptumorral járó megbetegedést és sepsist okozhat. Lehet, hogy toxikus ártalom, amilyen a méhszúrás is az endokrin szervek correlatió-zavarát idézi elő, ami *Naegeli* szerint a leukaemia oka lehet.

Boros dr.

Kolorimetriás eljárás a vérsavó húgyanyag-tartalmának meghatározására kis vérmennyiségben. *Y. Nakashima és K. Maruoka.* (D. Arch. f. kl. Med. 143. k. 5–6. f.)

Szerzők a vizsgálatot 0.5 cm³ vérből nyert savón végzik a Schiff-reactio felhasználásával: ureumoldat sósavval és furfurollal vörösszínű lesz. Szerzők tapasztalták, hogy óncchlorid a reactiót erősíti. Ilyen módosítással a kolorimetriás reactio az ureum quantitativ meghatározására alkalmas és klinikai célokra eléggé érzékeny. Összehasonlító vizsgálataik szerint középértékben az ureumra a maradéknitrogen 60.8%-a esik.

Boros dr.

Gyermekeorvostan.

A keratomalacia gyakori fellépéséről. *R. Gralka.* (Monatschrift f. Kinderheilk. 1923. 24. köt.)

Szerző által észlelt 30 keratomalacia-esetről számolt be, melyeknek nagyobb része a második félév után lépett fel, főleg a tavaszi hónapokban. Az időszakos fellépést azzal magyarázza, hogy a csecsemő e betegség keletkezésében oly fontos vitaminokat a tejjel kapja, amely annál gazdagabb lesz vitaminban, minél több zöld táplálékot kapott az állat. Erre természetesen főképp nyáron van alkalom, viszont tavaszra már az állat tartalék-vitaminkészlete is elfogyhat. A csecsemők egy részénél lisztártalom kapcsán fejlődött ki a baj, más részük emlőn tápláltaknál, azonban az anyák táplálékából hiányzott az A-vitamin. Ezen tényezőkön kívül individualis dispositio és előrement infectiók segítik elő a keratomalacia fellépését. A therapiában női tejet és csukamájolajat alkalmazott igen jó eredménnyel.

Beck Rella dr.

A serum és vér chlor-tartalom-változása a gyomorsecretióval kapcsolatban. *W. Schober.* (Monatschr. f. Kinderheilk. 1923. XXIV. köt.)

Szerző csecsemőknél a serum chlortartalmát étkezés után 2–3 órával csökkentnek, míg a vérben a chlort emelkedettnek találta. Számításai azt mutatják, hogy a serumban a chlor csökkenése nincs olyan fokú, hogy pusztán ebből származhatna a gyomorsavban kiválasztott chlor. Valószínűnek tartja hogy emésztés kezdetén a szövetekből jut chlor a vérbe és választódik ki innen a gyomorba, majd mikor a táplálék a bélbe jut, chlor szívódik fel a vérbe, ahonnan a szövetekbe jut. A látszólagos ellentétet a serum és a vér chlortartalma között az emésztés alatt szerző úgy magyarázza, hogy a szövetekből a vérbe jutó folyadék chlortartalma kisebb a serum és nagyobb a vér chlortartalmánál, ezért emelkedik a vér és esik a serum chlortartalma.

Beck Rella dr.

Peritonitis tuberculosa a csecsemőkorban. *S. Pétremond.* (Zeitschrift f. Kinderheilk. 1923. XXXVI. köt.)

Ezen, a csecsemőkorban igen ritka kórkép néhány esetét közli az irodalomból a szerző, egy általa észlelt eset kapcsán. A kórkép diagnosisa intra vitam igen rit-

kán lehetséges, mert a localis tünetek bizonytalanok, leginkább kachitisre vagy enteritisre emlékeztetők és az exitus általános atrophia képében áll be. A prognosis nagyon súlyos, mert rendszeren egyéb szervek tuberculosisával kapcsolatban jelentkezik.

Beck Rella dr.

Az erythrodermia desquamativáról. J. Wittmann. (Zeitschrift f. Kinderheilk. 1923, XXXV. köt.)

A szerző általa észlelt 74 esetről számol be. Az összes csecsemők három hónapnál fiatalabbak voltak és $\frac{3}{4}$ részük emlőn táplált. A szerző e megbetegedést önálló kórképnek tartja, nem pedig az exsudativ diathesis részjelenségének. A betegség aetiologiája tekintetében nem foglal állást. Avitaminosis mellett szól szerinte a kísérő hydrolabilitás, a keratomalacia és xerosis gyakori előfordulása a kórkép kapcsán és a citromnedv hatásos volta. Viszont megjelenési ideje és módja az infectiosus betegségekre emlékeztet.

Beck Rella dr.

Urotropin a csecsemő-intertrigo kezelésében. H. Siemchen. (Archiv f. Kinderheilk. 1923, LXXIII. köt., 4. füz.)

Szerző Cooke tapasztalásából kiindulva — mely szerint a csecsemő-intertrigót a székletében előforduló bacterium ammoniagenes által a vizeletből termelt ammoniak okozza — mint húgy-desinficiens, urotropint adott, 0.30—1 g.-ot pro die, étkezés közben. Közölt 30 esete közül 25 3—14 nap alatt gyógyult, helyi kezeléssel nélkül (természetesen a táplálkozási zavart gyógyítani kell), egy esetben epithelizáló kenőcs (pellidol) vált szükségessé, egy koraszülött intercurrents betegségben halt meg, három gyermeknél hányás lépett fel, mely a gyógyszer kihagyására következmények nélkül megszűnt.

Véli dr.

Antigenek és antitestek övsömörnél. Arnold Netter, Urbain és Weissmann. (Société de Biologie. Paris, 1924, jan. 19.)

Az övsömör fertőzőes eredetének bizonyítására szerzők complementkötési kísérleteket végeztek. Az antigen egy testszerte aberrált hólyagokat is mutató övsömörben megbetegedett felnőtt szolgáltatta; egyfelől a hólyagcsák tízszeresen hígított bennéket használták fel, másfelől a pörkösödő hólyagokból kivonatot készítettek oly módon, hogy 0.2 g porrá dörzsölt pörköt 10 cm³ phys. NaCl-al emulgeáltak s az emulsiót 24 órai jég-szekrényben való tartás után 5 percig centrifugálták. A továbbiakban technikájuk a Calmette- és Massol-féle módszernek felelt meg: állandó serum (0.2 cm³) és antigenmennyiség (0.3), emelkedő alexin (complement-dosis), leolvasás antitest-egységekben, 4 friss és 2 régebben lefolyt zosteres beteg savóját vizsgálva, a hólyagbennékel egy esetben, a pörkökből készült antigennel pedig valamennyi esetben sikerült az antitesteket kimutatni, míg az egészséges egyének vérsavóival, valamint az impetigós, illetve vaccinatiós pörkökkel végzett kontrollvizsgálatok negatív eredményekhez vezettek. Az antitestek mennyisége a megbetegedés első napjaiban még csekély, a 20—21 napig emelkedőben van, azután csökken, de jelenlétük még 8, illetve 9 hó múlva is megállapítható volt.

Szirmai Frigyes dr.

A meningitis tuberculosa és meningitis cerebrospinalis epidemica összefüggésének kérdéséről. E. Stransky. (W. kl. W. 1924, 2. sz.)

A szerző egy meningitis tuberculosában elhalt 17 hónapos gyermeket észlelt, aki négy hónappal a gümös agyhártyamegbetegedés előtt meningitis cerebrospinalist állott ki. Gümőkóros családi terheltség nem volt. A gyermekkorai fertőző megbetegedések nem gyakran fellépő gümös agyhártyalob keletkezését úgy kell felfognunk, hogy a fertőző betegség bacteriumainak toxinjai okozzák az elsődleges laesiót az agyburkon, s az így legyengült ellenállási helyeken, a keringésbe jutott tuberculos bacillusok könnyebben megtelepednek. Ebben az esetben, az elsődleges megbetegedés a járványos agyhártyalob volt, melynek teljes gyógyulása után fejlődött ki a gümös agyhártyalob.

Venetianer Piroška dr.

Gummosus syphilis a csecsemőkorban. Krausz. (Archiv f. Kinderheilk. 73, 4. f.)

Kéthónapos csecsemőnél a következő klinikai tünetek állottak fenn: pseudoparalysis luetica, megnagyobbodott máj és nyirokesomók, lueses arc, hangosabb légzés a bal tüdő felett, Wassermann-reactio ++. Neosalvarsan-kezelés dacára a 23. napon exitus. Boncolási lelet: jobb tüdő gummája mellett mindkét tüdő infiltratiója, hepatitis és osteochondritis luetica. A szövettani vizsgálat a tüdőgumában szórvaányosan spirochaetákat mutatott.

Paunz dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A szoptatási nehézségekről. Seitz. (Klin. Wochenschrift 1923, 44. sz.)

A szoptatási nehézség eléggé gyakori, szoptatási lehetetlenséggé azonban csak ritkán válik; jóakarattal és kellő szaktudással rendszeren leküzdhető. A tejelválasztás physiologiájának ismerete s a belőle adódó szoptatási szabályok helyes alkalmazása biztosítják a szoptatás sikerességét és egyszersmind prophylaxisai sok szoptatási nehézségnek. Szoptatási nehézség oka lehet az anya részéről a tejhiány. A primaer, tehát anatómiai alapon — a működő parenchyma kevesebb értékű, gyengébb fejlettsége kapcsán — fellépő hypogalaktia ritka, rendszeren infantilis asszonyoknál található. A secundaer akkor lép fel, ha az adaequált physiologias inger, a szívás, a rendszeres kiürítés hiányos, vagy teljesen hiányzik. Rendszeren a magzat részéről fellépő nehézségek kapcsán lép fel, esetleg nem helyesen kezelt emlőrhagadeok mellett, ritkábban gyermekági láz kapcsán. A hypogalaktia lehet relatív, amennyiben nagyobb gyermeknek a normalis tejeleválasztás néha nem elegendő. A diagnosis felállítása csak a második hét végén lehetséges, szopás utáni pontos súlymérések után s a többi oki lehetőség kizárása kapcsán. A kezelést illetőleg: gyakrabbi szoptatás, az emlő kiszívata napjában többször tejszívóval, emellett hyperaemizáló eljárások jönnek számításba: Bier-harang, diathermia, melyekkel az esetek harmadában sikerül eredményt elérni. Laktagóg gyógyszer nincs. Gyengén táplált asszonyoknál tápanyagokkal lehet fenti eljárásokat támogatni. Ha a therapia hatástalan, táplálékpótlásról kell gondoskodni, amikor is törekedni kell, legalább az első négy héten asszonytejjel táplálni s csak azután szabad a természetellenes táplálásra áttérni. Felfőzött asszonytejjel az eredmények épp oly jók, mint nyerssel. A szoptatási nehézségek második csoportja az emlő anatómiai elváltozásain alapszik. A bimbó alakhi hibájának nincs oly nagy jelentősége, mint általában felveszik, még papilla circumvallata (invertita) obtectánál is lehetséges a szoptatás. Az esetleges nehézségek csak relatívak, ügyesebb gyermek magától megküzd velük; ha nem, úgy a bimbó dörzsölgetésével, esetleges bimbószívó segítségével az akadályok leküzdhetők. Gyakori ilyenkor a rhagadeképződés; ennek, valamint a tej pangásnak elkerülésére fokozott mértékben kell ügyelni. Rhagadeok nehezített szoptatás s a gyermek ügyetlensége kapcsán keletkeznek, támogató momentumként járul ehhez a bőr túlérzékenysége s a szülés előtti hiányos előkészítés. Fájdalmasságuk nehezíti a szoptatást, aminek kapcsán tej pangás s következményes secundaer hypogalaktia léphet fel. A diagnosis könnyű, sok esetben a gyermek melaena spuriaja hívja fel a figyelmet. A kezelést illetőleg fontos a szoptatás folytatása, nagy fájdalommasság esetén bimbóvédővel. A rhagadeot legjobb szárazon kezelni, esetleg jóddal érinteni s mullgaze-zel lefedni. Jól bevált a mesterséges napfénykezelés, míg a lapissal való érintés elővigyázatosságot igényel, amennyiben az edzett részek alatt fertőző csírok telepedhetnek meg. Igen fontos a prophylaxis, az emlő edzése a szülés előtti hónapokban. A tej pangáshoz vezető szoptatási nehézségek kapcsán mastitis léphet fel, rendszeren pangásos parenchymás formájában, míg rhagadeokhoz lymphangitis s interstitialis mastitis szokott társulni. A fertőződést legtöbbször maguk az asszonyok idézik elő. A megbetegedett emlőből is kell szoptatni, hogy a további tej pangás elkerültesse; a tej a magzatra mindaddig nem veszélyes, míg nem nagy a geny tartalma. A mastitis rendszeren végső lánészeme a sorozatos szoptatási nehézségeknek: rossz bimbó, szopási ügyetlenség, rhagade, pangás, mastitis. Ideges functionális szoptatási nehézségek közé sorozzuk a nehézkes tejladaást, a galaktorrhoeát s a bimbók túlérzékenységét. A tejleadás nehézségének oka lehet a sinus és ductus lactiferit körülvevő izomzat túlságos tonusa. Gyakran járul ehhez még psychikus, ideges componens is. Főképen először szülőknél, a tejelválasztás megindulásakor észlelhető. A diagnosis, előzetes mérés után, tejszívással állítható fel, hogy a hypogalaktia kizárható legyen. A therapia fokozott tejszívásból áll. A bimbó túlérzékenysége, ha rhagade kizárható, alkoholos edzéssel gyógyítható, esetleg bimbóvédő használatával. A galaktorrhoea lényegesebb kezelést nem igényel. Psychikus insultusok csak ritkán bírnak nagyobb befolyással a tejelválasztásra. A gyermek részéről szopási nehézség okai lehetnek: anatómiai anomáliák a szájjában, localis vagy általános megbete-

gedések s ideges functionalis zavarok. Az első csoportba tartoznak a nyúlajk, a farkastorok, s a facialis paresis, amelyek kapcsán fellépő szopási nehézségekkel a tapasztalat szerint a gyermekek jórésze maga megbirkózik s így az emlőre helyezés rendszeresen keresztülvihető. Az étvágy csökkenésével a legkülönbözőbb megbetegedések okozhatnak szopási nehézséget; congenitalis stridornál s rhinitisnél ehhez még a dyspnoe okozta akadályozás is járul, ez utóbbi esetben a szoptatás előtti H_2O_2 -becsöppentés az orrba tesz jó szolgálatot. Mindezen szopási nehézségek kezelésre szorulnak, hogy a gyermek hiányos táplálása s a tej pangás elkerültesse. A deficit kiszívással s kanálanként való adagolással pótolandó. Nehezebbé még a szoptatást a szopási gyengeség és lustaság. Az előbbinél izomgyengeségen alapuló képtelenségről (kis gyermekek), az utóbbinál a szülési trauma okozta somnolentiáról (nagy, jól fejlett gyermekek) van szó. A differentialis diagnózis gyakran nehéz. A gyengeségnél napjában gyakrabban, a lustaságnál hosszabb ideig kell szoptatni. Rendellenes ideges működés kifejezői a szopási ügyetlenség, a bim-bótól való irtózás s az önkéntes éhezés. Az első a szülés utáni néhány napon physiologias, ha tovább fennáll, szopási nehézséggé lehet; oka valószínűleg a hiányosan kifejlődött szopási reflexpályában keresendő, kezelése gyakori szoptatás utánneteléssel. Az emlőtől irtózó gyermek már eleve nem fogadja el az emlőt s így a diagnózis felállítása könnyű. Kezelése átmeneti éheztetés, egyes étkezések kihagyása s az éjjeli szoptatási szünet meghosszabbítása által, közben a tej rendszeresen kiszívandó. Szintén ritka az önkéntes éhezés, melyet a szoptatások közötti szünetek meghosszabbításával lehet befolyásolni. A hányás, nyáladzás csak ritkán lesznek szoptatási nehézséggé, inkább gyengébb gyermekeknél; ilyenkor gondos táplálásra, esetleg utántáplálásra helyezendő a főszű. Makacs hányásnál a differentialis diagnózis szempontjából fontos a pylorusstenosis lehetőségét szem előtt tartani.

Liebmann dr.

Bőr- és nemikórtan.

Börtuberculosisnak fénytherapiája. (Discussion of the Artificial light Treatment of Lupus and other forms of Tuberculosis.) (British Medical Association. Ann. Meeting 1923. British Medical Journal 1923.)

Axell Reyn és I. H. Sequeira értekeznek a fénytherapiával elért eredményeiről. Különös érdekességet az kölcsönöz a két cikknek, hogy a szerzők nagy beteganyag alapján Finsennek eredeti gyógy módját igyekeznek előtérbe helyezni. Hatásosak a vörös, sárga és zöld sugarak is, elsősorban azonban az ibolyántúliak, amelyekben a napfény után — ahonnan azonban a levegő sokat elnyel — a szénívlámpa fénye a leggazdagabb, míg a higanylámpák fénye túlkeves, hosszú hullámú sugarat tartalmaz. Az iverfényt kvarzlenesek gyűjtik és víz hűti. A készülék helyi alkalmazásában a lencse a bőrre szoríttatik, miáltal a bőr vértelenítését is elérjük. A szerzők a lupusnak 70, a lymphomák 95, a tuberculosis verrucosa 100%-ában láttak gyógyulást; kitünőnek a sebészi tuberculosis eseteiben elért eredmények is. A jó eredmény tartós, az ízületek mozgékony-sága hamarosan visszatér, még a rossz viszonyok között élő felnőtt (ezeknél a prognózis rosszabb, mint a gyermekeknél) bejáró betegeknek is. A kezelés tartama $\frac{1}{2}$ és 2 év között váltakozik. Lágy részec és apró ízületek tuberculosis gyorsabban fejlődik vissza. Reyn szerint 30–40 pernyi besugárzás után fájdalomtalan erythema jelentkezik, higanyfényre a bőrvörösség előbb áll be és fájdalommal. A fényezés tartama később növelhető annyira, hogy az két hét múlva $2\frac{1}{2}$ órát is elérhet, másodnaponkénti alkalmazásban. Lehetőleg láztalan beteget sugároztassunk. Sequeira eredményei még jobbak. Különösen a lupus non exedens eseteiben, de az exedensnél is, ha pyogen fertőzés nem zavarja a lefolyást. Sequeira az iverfényt különösen a Röntgen-sugárzással szemben javulja; carcinoma fellépésétől tart. Viszont az iverfényt hatást fokozottan találta, ha a helybeli fényezésen kívül általános fényfürdőket is alkalmazott. A jól vezetett fénykezelés hatása erős pigmentatio fellépésében helyi javulásban, a testsúly növekedésében, közérzet javulásában, végül a kis lymphocyták számának emelkedésében mutatkozik. A referatumnakhoz Russ, Johnston, Thomson és mások szövegezték hozzá és a Reyn Sequeira által közölt eseteket más hasonlókkal kiegészítve, a fénytherapia kitűnő hatásáról tanuszkodnak.

Brüll.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1924 május 10-i ülése.

Elnök: Sarbó Artur. Jegyző: Lehoczky-Semmelweis Kálmán.

Bemutatás:

1. Schill Imre: *Tüdőstreptotrichosis esete.* (Kézirat nem érkezett be.)

Országkóros: 1915-ben észlelt egy tüdőmykosis esetet. Felhívja a figyelmet az arc szürkés-sárgás, fakó színének diagnostikai jelentőségére és a jódtérápia specifikus voltára. A tüdőtuberculosis diagnózisával az intézetbe küldött beteg teljesen meggyógyult, olyannyira, hogy ismét haretéri szolgálatot teljesíthetett. A tüdőgombamegbetegedés nagyon ritka, 14 év alatt csak ezt az egy esetet észlelte, holott volt idő, midőn a diagnózist ambicionálta. A Koch-negatív köpetek szorgos vizsgálata gombokra azonban indokolt, már tekintve az elérhető therapiás eredmény nagyságát is.

2. Brana János: *Kétoldali abducensbénulás, kombinálva oculomotorius-, facialis- és hypoglossus-paresissel.* 30 éves nyomdász, 1916-ban ulcus durum, 1917-ben papulák; előbb higany, majd injectiók a farba, 1921-ben arsenikúra szegényvérség miatt. 1922 nyarán a bal szem, 1923 ősze óta a jobb szem kifelé mozgása bénult. Egy év óta minden hónapban vagy két hetenként 5–6 napon át beszéde dünyögő. Ugyanakkor, néha tovább is, nyelési nehézségek, az orrba fordul az étel. Sűrűn kell vizelnie, erősen lesóványodott, nagyon feledékeny. Mint nyomdász éveken át ólommal is dolgozott. Mimi-kája jó. Mindkét szem maximalis convergentiában (internusok secundaer contracturája). A szemek kifelé való mozgása a középvonalon túl lehetetlen. Pupillák egyenlők, kerek, tágak, úgy fényre, mint alkalmazkodásra igen renyhén reagálnak. A szemmozgások felfelé és lefelé associáltak jók. Visus mindkét szemén 6/6. Cornea-reflexek élénkek. A jobb facialis centralisan paretikus, a sculus nasolabialis sekélyebb, a szájkörüli izomzatban néha tremor, a jobb garatival valamivel mélyebben áll, a lágy szájpad egyáltalában petyhüdt, a beszéd kifejezetten dünyögő. Állandóan krákog, nyelési nehézségek, a nyelv kissé jobbra deviál, benne fibrillaris rángás. Has-, Achilles-reflexek kiválthatók, a patella-reflexek csak Laufenauer-féle műfogással, igen renyhék. Romberg negatív, járáskor fejét jobbra hajtja, s kissé jobbra eltér. Babinski stb. nincs. Érintésérzés az egész testen intact, a lábak hátán erősen csökkent. Mélyérzés jó. Vér: Wassermann negatív. Liquor: Nonne +, Pandy ++, Wassermann ++. Qualitatív vérvék secundaer anaemiát mutat, basophyl punctatio (ólom) nincsen. A bepárolt vizeletben nyomokban ólom kimutatható. Punctiókor az első pár cm³ liquor erős sugárral távozik a gerinccsatornából. Kórjelzés: Lues cerebri, tabes incipiens. Therapia: A beteg kívánságára a torzító nagyfokú és mindkétoldali strabismus convergens antepositio- és tenotomiával bemutatva által javított, úgy hogy a bal szem most középpállásban, a jobb szem még kisfokú convergentiában van. Egyébként antiluetikus kezelés.

Kluge Endre: A műtét nem volt indikált, a lueses szemjelenségek múlt-jövő természetűek, az antilueses kúra 0.45 salvarsannal nem állhat meg.

Brana János: A szemészti tapasztalat azt mutatja, hogy hosszú idő óta fennálló bénulás — különösen ha az antagonisták secundaer contracturája nagyfokú — antiluetikus kúra dacára sem javul, s így a kancsalsági műtét javulva volt.

Előadás:

1. Lőrincz Béla: *A méhkürtök átfúvásáról.* A magtalanság miatt végzett műtéteknél előre nem tudták, hogy a méhkürtök átjárhatók-e vagy nem, holott sok beavatkozástól bizonyára elállunk, ha ezt idejében tudjuk. El hiány pótlására Rubin egy készüléket szerkesztett, melynek alapfogolata az, hogy ha sikerül egy a méhbe illesztett fémcsővecskén keresztül oxygent nyomni a kürtökhöz át a hasüregbe, akkor a kürtök átjárhatók, tehát a termékenyülésnek a tubákban nincs akadálya. A készülék komplikált mivolta és drágasága miatt nem vált népszerűvé. Egy különös, eddig még nem észlelt tünetnyilvánulás azonban az eszközt és a vele való eljárást igen egyszerűvé tette. Ugyanis a levegőnek a méhkürtökhöz való áramlását egy élesen fűtő, fűvő, bugyborékoló hang kíséri, mely a hasüregre tett hallgatócsővel könnyen hallható. A hasüregbe jutott levegőt tehát nem kellett Röntgennel kimutatni, fölös-

legessé vált az oxigén bomba, mert kiderült, hogy a levegő a hasüregből épp oly könnyen felszívódik és épp olyan veszélytelen is, amint ezt a hasmetszéseknek bennmaradó levegő bizonyítja. Az átfúvásra szolgáló készülék 3 részre egyszerűsödött le: 1. egy mozgatható gummidugóval ellátott fémcsővecske; 2. egy manometer; 3. egy mércézett fecskendő. E 3 rész egymással hosszú gummicsővel áll összeköttetésben. A kürtök átjárhatóságának vizsgálata ezen eszközzel igen egyszerű. A vizsgálatnak leglényegesebb része a kifejtendő nyomás nagysága. Példákat sorol fel a nagy nyomás okozta veszélyekről (emphysema cutis, pneumosalpinx). Tapasztalatai szerint 60 mm Hg-nál nagyobb nyomás ki nem fejtendő, 50 cm³-nél több levegő el nem használható és a kísérlet 5–10 másodpercenél tovább ne tartson. A kísérlet értékelése magtalanság szempontjából igen kétértelmű, ezért csak két esetben járhat pozitív haszonnal: salpingostomia céljából végzett műtétnél a nyitott hasban megmutatja, hogy hol van az elzáródás, hova kell a nyílást alkalmazni, főleglegessé tesz sok, a magtalanság miatt végzett helyzetjavító műtétet.

Sztehlo István: A tubaátfúvás eszméjét, pathológiás ismeretükre támaszkodva, a budapesti bábaképzőintézetben eleinte nem vették komolyan. Később, midőn *Sellheim* a diagnosztika elengedhetetlen feltételének mondta ki a tubaátfúvást, kezdtek a dologról komolyan gondolkodni. Két dologról a közlemények nem tudták meggyőzni: 1. nem okoznak-e bajt az eljárással, ha a tubában semmiféle módon ki nem mutatott nyákot, genyot, fertőzést a tubából a hasba préselnek; 2. nem okoznak-e bajt, ha semmiféle klinikai eljárással meg nem állapítható kezdődő méhen kívüli terhességnél alkalmazták a tubaátfúvást. Ez utóbira *Dührssen* hívta fel a figyelmet. Az átfúvással megbolygatják akár a fertőzött tuba bennéket, gyulladást, halálos hashártyagyulladást okozhatnak, ha pedig a tubában megtapadt petét bolygatják a fujdogálással, ez halálos vérzésnek lehet kiváltó oka. Mivel ez az eljárás ilyen súlyos veszélyt rejt magában, intézetükben még a *Dührssen* módosított eljárást sem fogadják el, t. i. hogy a tuba átfúvását csak nyitott hasnál végezve, szabad szemmel állapítsák meg az akadály helyét, mert még ezt az eljárást is veszedelmesnek tartják. A magánygyakorlatban a vérzés és a fertőzés veszedelme miatt óva inti ezen közveszélyes eszköz használatától a gyakorló orvosokat.

Lehoczky-Semmelweis Kálmán: A méhkürtök átfúvása kockázatos eljárás. Nemrégén még a műtőtermek levegőjét Spraykkel és valóságos esőkkel iparkodtak csirtalanítani, hogy ezáltal a levegőben levő baktériumoktól a nyitott hasüreget óvják és most egyesek egy oly csatornán keresztül fujtatnak levegőt és egyéb gázokat, amelynek sterilitásáról sohasem lehetünk bizonyosak. Azt mindenki elismeri, hogy a tubaátfúvás ellenjavalt fertőzött vagy fertőzésre gyanús esetekben, de például hány asszonynak van latens gonorrhoeája, anélkül, hogy ő maga, vagy orvosa egyáltalában tudott volna róla. Az I. sz. női klinikán eddig sem kísérelték meg az eljárást, de ezentúl sem fogják azt megtenni. Nézete szerint az az asszony nevezhető szerencsésnek, kinek tubája az átfúvás után is átjárható marad. Ha már valaki mindenáron meg akar győződni a méhkürtök állapotáról, inkább próbahasmetszést végezzen, ami veszélytelenebb és legalább oly áttekintést nyújt, semhogy a hasüreget esetleg virulens baktériumokkal elárasssa.

Singer Hugó: Hogy tettünk-e döntő lépést a tubák átfúvásával a magtalanság diagnosztikájában, avagy az egész eljárást a limine utasításuk-e vissza hátrányai miatt, annak eldöntéséhez még hosszú az út. Azt hiszi, hogy a középúton lesz az igazság. *Sellheim* az előnyeit, *Dührssen* a hátrányokat emelte ki. Nem osztja előadónak ama felfogását, miszerint aránylag kis (50 mm) nyomás mellett 60 cm³ légoszlop befúvása a tubákba már egyetlen ülésben el tudná dönteni a tubaátjárhatatlanság kérdését. Az ostium uterinum tubae 1/2 mm-es lumenének csekély duzzanata is már elzárhatja az utat akkor, midőn a kísérlet egv hét mulva megismételve esetleg a passagét teljesen szabadnak találja. Ezen súlyos felelősséget az orvos egyszeri vizsgálatnál nem viselheti.

Johan Béla: Megállapítja, hogy a *Lörincz* által bemutatott eljárás elleni aggodalmak nagyrésze bakteriologiai megfontolásra volt alapítva, hogy a fúvás által a hasüregbe jutó geny, illetve „nyák” ott súlyos peritonitist hozhat létre. Megemlíti, hogy felnőttben a

gonococcusok halálos peritonitist nem igen hoznak létre, hanem csak palveoperitonitist. Csecsemőkben azonban maga is látott halálos gonococcus-peritonitist. Mindamellett az óvatosságot indokoltan tartja.

Lörincz Béla: Sztehlo azon veszélyekre utal, melyek méhen kívüli terhességgel kapcsolatban keletkezhetnek. Ezen veszélyek éppen magtalanság eseteiben a legkritikábbak lehetnek. *Lehoczky* veszélyesnek tartja az eljárást latens salpingitis gonorrhoea kiújítása miatt. Ebben tökéletesen igaza van, ezen veszélyt úgy véli kikérülni, hogy szerzett magtalanságnál, vagy ha a beteg avagy férje anamnesisében gonorrhoea szerepel, az átfúvást nem alkalmazza. *Johan* szerint a gonorrhoea nem okoz egyedül halálos peritonitist, az mindig vegyes fertőzés következménye. Ezen megfontolás csak fokozottá kell hogy tegye a házastársak anamnesisének felvételét és a szigorú selectiót. A *Singer* által ajánlott többszörös átfúvások szerinte meg nem engedhetők, mert veszélyesek, értékelésük kétséges. Amerikában az eljárásnak már mortalitása is van, tehát legyünk a kísérlettel nagyon tartózkodók.

2. Schuster Gyula: Újabb adatok a dementia praecox pathoarchitektóniájához. (Kézirat nem érkezett be.)

A Magyar Szemorvostársaság VII. ülése május 4-én a II. sz. szemklinikán.

Elnök: Blaskovics László.

Titkár: Csapody István.

Kreiker Aladár: *Endogen pillaváztuberculosis.* A ritka kórkép hat esetéről van közlés; a bemutatott asszony mind a négy tarsusában egyszerre támadtak lassan kölesszemig növvő, mélyen ülő, sárgás, ép kötőhártyától fedett göböcskék. Kimetszett darabb typikus gümőt mutatott bacillus nélkül. Két ízben lupus miliaris disseminata ütött ki a betegen, még pedig, mint a szembaja is, mindig szülés után. A Meybom-mirigyek praedilectio helyeinek tekinthetők a tarsustuberculosis egyszerű chalaizon képeiben is lefolyhat.

Fejér Gyula: Egy szövettanilag feldolgozott esetében a pillaváztuberculosison kívül egybeült a szervezetben gümős elváltozás nem volt található; a beteg 6–8 év mulva phthisis floridában halt meg.

Előadás:

1. Horváth Béla: *A Vossius-féle lencsehomály keletkezése.* A homály létrejöttének mechanizmusát úgy képzelhetjük, hogy a szemtekét ért ütés hatására a csarnokvíz hátrafelé kitér s eközben a pupillaszél ventil módjára működik. A szemtekére nem alkalmazható a nyomás minden irányban egyformán való hatásának Pascal-féle törvénye, mert itt különböző összeállású és részben felfüggesztett képletek vannak, melyeknél erőeltolódás jöhet létre, különösen az erő hatásának pillanatában.

2. Blaskovics László: *A kettős képekről.* Az előadó a Van der Hoeve-től számításokkal megjavított Marguez-féle schema alapján vízszintes síkban megrajzolta a kettős képeket a verticalis motorokra vonatkozóan. Ezekből kiderült, hogy a kettős képek vízszintes irányú eltérése, valamint ferdesége a nézőtől különböző helyén különböző. Igaza van tehát Maddoxnak már ebből a szempontból is, ha a kettős képekből való diagnosztikában csak a magassági eltérést veszi figyelembe. Ezenkívül megváltoztatik a vízszintes eltérés heterophoria, valamely horizontalis motor bénulása és a kérdéses verticalis motor antagonistájának contracturája következtében. A kettős képek megvizsgálását *Blaskovics* csak olyankor tartja elkerülhetetlennek, amikor objectív úton a bénulás meg nem állapítható. Ajánlja, hogy az egyik szem elé kék, a másik elé vörös üveget helyezünk s vizsgálati tárgyat a tükröző lámpát használjuk, mit különböző irányból mutatunk fel, esetleg a beteg fejének fordításával is ugyanezt érhetjük el. Továbbá ajánlja kiegészítésképpen a fejnek *Landolt*-től javasolt oldalra billentését. Ha a ferdeségi eltérés megállapításán különös súly van, lehet függőleges vagy vízszintes fénysávot is használni. Végül tanítási célra egy schemát mutat be, amelyen mindkét szem vízszintes és függőleges mozgatói oly módon vannak színekkel feltüntetve, ahogyan különböző irányokban két-két izom a két szem együtt működik. E schema mellett foglal helyet egy másik, amely mind a 12 izomnak kettős képét a nézőtől megfelelő helyén tünteti föl, s melynél sem a ferdeségi eltérés, sem az oldali eltérés nincs a verticalis motoro-

kon figyelembevételével. Ha a kettős képek több izom benu-lására vallanak, a nézőtérnek vagy Hess campimetrikus vizsgálata elengedhetetlen.

Kreiker Aladár: Ismerteti Marquez *egybevágó-sági* módszerét a kettős képek vizsgálatában. Marquez az egyes működési komponenseket és változásait külön-külön vizsgálja és ismert schemájába jegyezve, keresi, mely izomra nézve vágnak egybe az összes eltérések, az a kóros, például benu-lt.

Blaskovics László: Marquez eljárásával úgy lát-szik, gyakran állapít meg göresöt, ami az eddigi ismeretek alapján valószínűtlen. Ez a megállapítás azon sarkallik, hogy a kettős képek vízszintes eltérése ellen-kező irányú göreskor, mint benu-láskor. Minthogy azon-ban ez, mint láttuk, számos más okból is lehetséges, nem lehet perdöntő abban a kérdésben, hogy a göres gyako-ribb-e, mint eddig hittük.

A szegedi egyetem barátai és a szegedi orvosok egyesületének május 10-i ülése.

Elnök: Meskó Zoltán.

Jegyző: Heiner Lajos.

1. **Ditrői Gábor:** *Chlamidothrix ochracea* és *Gallionella ferruginea* a kötőhártyaszákban. Két beteg-nél naponkénti ellenőrzés mellett találta a kötőhártya-váladékokban a jelzett két vaskbakteriumot, amelyeket Györfly professor és Pákh E. tanársegéd indentifikál-tak. Egyiknél 4, másiknál 2 napig voltak jelen a bakte-riumok szorgos tisztogatás ellenére is. Trypaflavinra hamarabb tűntek el, mint bórsavra. Mindkét esetben kötőhártyagyulladás fejlődött; egyik betegnél, aki mű-tetre is került, kevésbé utóbb postoperatív iritis lépett fel.

A vaskbakteriumok tehát napokig tartózkodhatnak a kötőhártyaszákban és izgathatják a kötőhártyát vagy azért, mert életben maradnak és anyagcsere-termékeket képeznek, vagy pedig elhalnak és az akkor felszabaduló endotoxinjaikkal fejtenek ki izgalmat, úgyhogy a más-sodlagos fertőzés a kötőhártyaszák rendes bakterium-florája részéről bekövetkezhetik.

A kérdés tanulmányozásra érdemes s így az elő-adó a szükséges tenyésztési és fertőzési kísérleteket el fogja végezni.

Hozzászól: Györfly István, Jancsó Miklós és Kovács József, akik kiemelik, hogy ezek a vaskbakteriu-mok szegedvidéki vizekben nagy számmal találhatók, sőt a szegedi vízvezetékben is és nincs kizárva, hogy sok ismeretlen okból fellépő gyomorhurutnak ők az okozói (Jancsó).

2. **Tokai Lajos** a *digiclarin* hatásáról tart elő-adást. 25 betegnél alkalmazta és az eddigi digitalis-készítményeknél hatékonyabbnak találta, mert a digi-talislevél összes hatóanyagait tartalmazza, azokat is, amelyek meleg behatására egyébként tönkremennek. Olyan esetben is eredményt ért el a digiclarinnal, mikor digitalis-infusummal a compensatio nem sikerült. A digiclarint a Chinoín-gyár hozza forgalomba. A készí-tményeken jelzett dosisokat ajánlja, mert nagyobb dosi-sokkal túladozás veszélye jár.

Issekutz Béla, mint akinek fő része van a digi-clarin előállításában, kiemeli, hogy a készítmény meg-bízható, mert egyrészt a legjobb minőségű németországi digitalislevélből készül, másrészt azért, mert állatkísér-letekkel pontosan be van titrálva.

Györfly István megemlíti, hogy a német digitalis-levél azért tartalmaz 2–3-szor annyi hatóanyagot, mint a hazai, mert ott vadon tenyészik a digitalis purpurea, míg nálunk mesterségesen kell tenyészteni.

3. **Kovács Kálmán** négyhónapos bécsi és párisi tanulmányútjáról számol be és elsősorban a Röntgen-diagnostika, -therápia és -technika terén tett újabb hala-dásokat ismerteti.

HETI KRÓNIKA

Az angolok életrevalóságának bizonyítéka, hogy ők tekintet nélkül politikai pártállásukra, még egyéni érdekeiknek háttérbe helyezése árán is közreműködnek a közzétett előmozdításban. Ennek a felfogásuknak köszön-hetik, hogy államuk háztartása és ebben az egészségügyi megint visszatért a normalis keretei közé. A Parliament hasznos reformokat teremt, hygienikus iparuk fejlődé-sét egészségügyi kiállításai sikerei bizonyítják, orvosi

rendük pedig céltudatosan és egységesen dolgozik. Per-sze a praktikus követelmények és az ideális törekvések összeütközésénél néha az előbbieket győznek. A glasgowi kórház kibővítésre szorult: akadályozta ezt egy régi pavillon, amelyben valamikor Lister megállapította az antiszeptikus sebkezelést. Az orvosi társadalom ebben múzeumot szeretett volna létesíteni, a kórház vezetősége azonban leromboltatta az épületet, mert szüksége volt a helyre.

Viszont láttuk, hogy milyen *egységes volt az egész angol orvosi rend* a munkás-biztosító pénztárakkal vívott küzdelemben, melyet Brackenbury dr. vezetett, aki számára elismerésül nagy aranyérmét verettek hálás kollégái. Amidőn pedig Adam és Bond psychia-tereket a bíróság súlyos kártérítésre ítélte, mert évekig elmeógyógyintézetben tartottak egy állítólag egészséges embert, mindjárt felmerült egy orvosi biztosító társa-ság létesítésének gondolata, hogy legyen, aki ilyen ese-tekben megvédelmezze az orvost. A katona-orvosi kar egy Aranykönyvben örökítette meg a háborúban elesett tagjainak nevét, a király pedig bárói vagy lovagi címek és rendjelek adományozásával tüntetett ki újjávkor 14 kiváló angol orvost.

Másfelől Angliában az „*antivivisectionisták*” éven-kint nagy támadásokat rendeznek az orvostudomány ellen. Most egy Dog Protections Bill-t (kutyavédelmi törvény) javasoltak, mely nemcsak a véres műtéteket, de pl. az emésztési kísérleteket is betiltotta volna. Ang-liában és Amerikában ugyanis az antivivisectionis moz-galom a szabadságnak és humanizmusnak fattyúhaj-tása; agitációja miatt a laikus közönség nem akarja be-látni, hogy a modern orvostudomány főleg a kísérleti vizsgálat alapján fejlődött ki, pedig hogy az emberi fajra érvényes eredményeket kaphassunk, a kísérleteket magasrendű állatokon vagy embereken kell végezniük. Főlösképpen bizonyítani, hogy itt nem sadistikus vágy, hanem emberszeretet működik és hogy a kutató sem a tudományért szenvedő kutyának, sem a természetnek nem ellensége. A Parliament szerencsére belátta ezt és elvetette a Bill-t.

Amíg azonban ebben a kérdésben olyan egyértel-műleg viselkedett az angol Parliament, addig a házasságon kívül született gyermekek törvényesítése, vala-mint a házassághibák, illetőleg érvénytelenítő okok tekintetében nézeteltérések merültek fel. Angliában ugyanis a házasságon kívül született gyermek eddig utólagos házassággal nem volt törvényesíthető. Ezt akarja Lord Buckmaster Legitimacy Bill-je (Legitima-tio per subsequens matrimonium), melyet a kormány is támogat, megváltoztatni. Ellentétes vele a canterbury-i érseknek javaslata, amely szerint csak az olyan gyermek legyen törvényesíthető, kinek nemzésekor egyik szülője sem élt házassági kötelékben.

Az angol ipar is siet az orvosok működését és a nemzet gazdasági fejlődését előmozdítani. Nemrégiben Pope, cambridgei kémiai professor hívta fel az angol köröket arra, hogy *függetlenítsék magukat a gyógyszer-ipar* tekintetében a külföldtől. Clark egy előadásban a hamisított gyógyszerekkel üzőt családokra figyelmez-tetett: a lapokban egy „Sacco” és egy „Lungsava” nevű szert hirdettek, mint a tuberculosis elleni specifikumokat, amelyeket állítólag egy Afrikában nővő „Umeka-ioabo” nevű növény gyökeréből állítanak elő. A British Med. Association szakértője megállapította, hogy ilyen nevű növény nincsen és az exotikus nevű szerek bornak és glycerinnek keverékei. A családok erre New-Yorkban alapítottak egy „Umekaloabo Chemical Company” nevű társulatot és a jónevű Revue Médicale de la Suisse Ro-mande lapba Sechehayé aláírással reklámozó cikket csempésztek. Clark az ilyen családok ellen javasolja, hogy Angliában is állítsanak fel a gyógyszerkülönleges-ségek ellenőrzése céljából olyan orvosi tanácsot, amilyen az amerikai Med. Association kebelében már régóta működik.

Az angol birodalom világhatalmát és mesés gaz-dagságát még sohasem mutatták be olyan impozáns módon, mint ahogy azt az idei londoni *birodalmi kiállítá-son* (British Empire Exhibition) tervezik. Persze, ennek az orvosi szakosztálya is roppant gazdag és tanulságos lesz. Eredeti tárgyak, műszerek és anyagok, minták, táblázatok és képek mutatják be az utóbbi évtizedekben elért haladást. A hírek szerint a városi egészségügyi intézmények és a tropusi betegségek elleni berendezések osztálya lesz a legkimagaslóbb része a kiállításnak.

Angliában tudvalevőleg nagyon sűrű a lakosság, ezért ott különös gondot igényel a város-hygiene. A

kiállításán egy régi és egy modern gyárváros van szembeállítva. Amott a gyárak és lakóházak vegyest, itt egymástól elkülönítve, még pedig úgy, hogy a lakókerületek az uralkodó szél irányában a műhelyek előtt fekszenek.

Az *utca* pora nagyrészt a füst leverődéséből származik. New-Yorkban, noha ez nem is kifejezetten gyárváros (U. S. Public Health Service) évenként 950 tonna por rakódik le egy-egy négyzetméterföldre. Franciaországban és Svájcban natriumsilicattal impregnálják az utakat a por megkötése céljából, másutt gummioldattal áztatják át az úttestet, mely nem árt a szegélyező fákknak, mint a nálunk használt kátrány.

Gondot ad a háziszemét kellő eltávolítása is. Anglia maga (Skócia és Írország nélkül) évenként 9 millió tonna házi szemetet termel, melynek eltávolítása 7.5 millió fontjába kerül a községeknek: a kiállításán feltűntetik, hogy miként kell kiválogatni mágnessel a vas-hulladékokat, légszívó készülékekkel a papírrongyot, a hamuból a szénhulladékokat stb., azután elkülöníteni és értékesíteni a kitermelt anyagot.

Különös gondot fordítanak a *vízszolgáltatás* megjavítására is. A London alatt elterülő vízmedence geológiai metszete fel lesz tüntetve, továbbá a fontosabb angol városoknak vízvezetékrendszerei. Az anya- és gyermekvédelmi alosztályban egy-egy minta-gyermekotthont mutatnak be, ezenkívül a helyes öltözködés és gyermekápolás előnyeit.

A kiállításán a *vakokat* érdeklő modern eszközök és felfedezések is helyet foglalnak, de az angol lapok nem tesznek említést, hogy vajjon a drótnélküli telefon és rádió is ki vannak-e állítva, amelyeknek a jövőben valószínűleg nagy jelentőségük lesz a vakok életének elviselhetőbbé tétele szempontjából. A rádió-berendezések külföldön ugyanis oly tökélyre emelkedtek, hogy pl. a francia előfizető egy hullámhossz-változtatónak segítségével tetszése szerint hallgathatja a saját lakásában például a londoni, párisi, amsterdami, vagy brüsszeli operai előadást; sőt még a mozgó vonaton is élvezhetni a hangversenyt vagy más hasonló módon felfogott impulsusokat.

Sok helyet foglal el hír szerint a kiállításán a *tropusok betegségei* osztálya is. Itt szembe van állítva a 25 év előtti kutató helyzete a mai vizsgálóéval. Azelőtt sok emberáldozatot követeltek a tropusok egészségtelen viszonyok. Ma jobb a helyzet; részben mert ismerjük a tropusi betegségeket ellen való védekezésnek módját, részint mert modern kultúra települt már a hajdani őserdők helyére. Ismeretes, hogy a maláriát terjesztő Anophelesek inkább a lassú folyóvizeket, a sárgalázat terjesztő Stegomyia-k a házak körüli állóvizeket, az álomkór Glossinái a sűrű bokrokat kedvelik, könnyebb tehát ellenük védekezni.

A modern országok már nem félnek a *pestistől*, bár Indiában még mindig hihetetlenül nagy áldozatokat szed: a punjabi kerületben például március hónap folyamán 25.000 ember halt meg pestis következtében. A hajós nemzeteket azonban még nagyon érdekli ez a betegség. Ezért a londoni kiállításán ennek is hely jutott és a védő ojtások, patkány- és bolhairtás, hajó-sterilizálás, cyánózás stb. mellett egy régi ólomkoporsót is bemutatnak, amelyben azelőtt a pestisben elhaltakat eltemették; ki van állítva továbbá egy hajdani pestis-orvos öltöze, pestis-gyógyító eszközök és műszerek stb.

Angliában súlyt helyeznek arra is, hogy a *tudományos intézetek kapcsolatban* legyenek a mindennapi élettel; az iskolák a kórházakkal, a mezőgazdasági intézetek az állatkerttel, a húsvasárokkal, piaccal stb. E fontos kapcsolatok is táblázatokban lesznek bemutatva a kiállításán.

Herczeg Árpád dr.

VEGYES HÍREK

KÉRELEM. Kérjük előfizetőinket, hogy előfizetésüket folyóiratunkra a Hetilap címlécén közölt **szorzószám** szerint küldjék be, melyet hétfőtől hétfőig tartunk érvényesnek a küldőre nézve.

A Budapesti Kir. Orvosegylet elme- és idegkórtani szakosztálya 1924. május 29-én (hétfőn) délután 6 órakor a kir. magyar tudományegyetemi elme- és idegkórtani klinikán (VIII., Balassa-utca 6) szakulást tart: 1. Bemutatás. Moravcsik Ernő Emil: Betegbemutatók a pszichiatria és neurologia köréből. 2. Előadás. Büchler Pál: Chininálló savó-lipasek pszichiatriai és neurologiai vonatkozásban.

Kérjük azon t. előfizetőinket, kik a f. évnegyed végéig esedékes előfizetési díjaikat még nem küldték be, saját érdekében is fizessék be mielőbb, mert az általános gazdasági helyzetre való tekintettel a szorzó újabb emelése várható. Azokat, kik még múlt évi díjaikkal is tartoznak, kérjük, hogy tartozásukat — bár ezt nem követeljük — valorizálva fizessék be, alapul véve a mostani díjakat. Tehát 8000 K helyett (negyed év) 40.000 K, 11.000 K helyett (félév) 80.000 K-t.

Megjegyezzük, hogy a bpesti kir. ítélőtáblának 2435/912. sz. alatt kelt elvi jelentőségű ítélete értelmében az oly előfizető, ki sem a lap küldése ellen nem tiltakozik kifejezetten, sem azt vissza nem küldi, a már esedékessé vált előfizetési díjat kiegyenlíteni tartozik.

Az olasz tanulmányút részletei iránt érdeklődő kartárs urakat ezúton értesítjük, hogy levélben kerestük fel az „Enit” olasz társaságot, mely a tanulmányutat rendezi. Amint a kért felvilágosítások birtokában leszünk, a szükséges tudnivalókat részletesen közölni fogjuk.

Meghalt Hibay Károly dr., egri főorvos 34 éves korában, váratlan és tragikus halállal. Az önfeláldozó kötelességteljesítés szomorú sorsa követelte áldozatul, az orvos öngyilkos ember-szeretete vitte korai sírba. Ami ellen annyi odaadással küzdött, amiólt annyi embert mentett meg: a kiütéses typhus őt magát elsodorta. Oly nagyon szerette e páratlan jellemű embert Eger város lakossága, hogy valláskülönbség nélkül a hívők imát mondtak templomaikban felépüléseért. A szívjóság és emberség fájdalmas jutalma az a rendkívüli részvét, mely koporsóját kísérte.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint április 27-től május 3-ig előfordult:

Hasi hagymáz.....	10 (2)	Gyermekágyi láz.....	2 (—)
Kütes hagymáz....	— (—)	Báránymilő.....	17 (—)
Hólyagos (ál-)himlő..	— (—)	Járv. fültömrigylob..	14 (—)
Kanyaró.....	21 (—)	Vérhas.....	5 (—)
Vörheny.....	40 (8)	Járv. agygerincgyágyarölöb..	2 (1)
Szamárhurut.....	52 (2)	Trachoma.....	7 (—)
Roncs, torok-és gégeölöb	18 (1)	Veszétség.....	— (—)
Influenza.....	10 (1)	Lépfene.....	1 (—)
Ázsiai kolera.....	— (—)	Nátház.....	2 (—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóóráját **kedden és pénteken 11—12-ig tartja.**

Gyermeküdültelep a Magas Tátrában. A Magas Tatra egyik legszebb helyén, a subalpin Tátraházán levő gyermeküdültelepen verszegény, gyengébb testalkatú, de egyébként egészséges szervezettel gyermekek szülői kíséret nélkül helyezhetők el. A gyermekek rendszeres tornázásban, hidegvíz, fekvő és napkúrában részesülnek, gyalogtúrákat tesznek a legszigorúbb orvosi ellenőrzés mellett. Egy gyermek elsőrangú ötszöri élekezéért, lakásért és a fenti szolgáltatásokért 6—14 évig naponta 25 cs. K-át fizet. **Felvétel csakis korlátolt számban.** Fertőző megbetegedések kizárva, Felvilágosítással, prospektussal szolgál, vizumot szerez, gyermekcsoportokat elkísér: Kozma dr., Budapest, Arany János-utca 33, II. em. 2; d. e. 11—12-ig Telefon: 21—84.

Lapunk mai számához a Kalle & Co. Aktiengesellschaft Biebrich am Rhein, „Omnadin”-ról szóló prospektusa van mellékelve.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

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

Dr. Pajor Sanatorium vízgyógyintézet

Budapest VIII., Vas-utca 17. Ideg-, belbetegek és üdülők gyógyhelye. Diétás kúrák diabetes stb. anyagcsere-zavaroknál.

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. Berger Iván orvosi laboratoriuma VII., Wesselényi-utca 2. Telefon: József 115—72. Lakáson: 175—91.

TÁTRA - SANATORIUM

OTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m.

Az ideális tátrai magaslatti klímának előnyét egyesítve modernül berendezett physikal-dietás sanatorium gyógyító tényezőivel.

ELSŐRANGÚ DIETÁSKONYHA, fekvőcsarnokok, szabadlégtorna, szénsavas, fenyő-, forró-, fényfürdők, vizgyógyintézet, Zander, quars-, Sollux-, diathermia-, villamos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratórium. **Indicációk:** Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, adipositas, asthenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalescentia. — Tuberculosisok, fertőző- és elmebajosok kizárva. Sanatoriumi napi pouszár 65 Kc-től fölfele. — **Főorvos:** dr. Rutich Jenő. Menetigylrodában, világosítást nyújt, fürdővizumot szerez dr. Adorján László. Vigadó.

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

CSIZ JÓD-BRÓM-FÜRDŐ

MEGNYILT MÁJUS HÓ 1-ÉN.

Magyaroknak rendkívüli kedvezmény.

Lakás, ellátás, fürdőkkel napi 40.— ékoronától.
CSIZ Slovensko egyetlen magyarak megmaradt fürdője. Felvilágosítást küld a fürdőigazgatóság Csizfürdön.

CSIZI VIZ
Ierakata ÉDESKUTY L. nál Budapest

Dr. PÉCSI DANI ISTVÁN OLTÓANYAGTERMELO-INTÉZETE BUDAPEST
VI, Teréz-körút 31. szám. — TELEFON: 88-00.

SZÉRUMOK HÍMLŐNYIROK

KARLSBAD

GYÓGYJAVALLATOK: A gyomor, bél, (székrekedés, krónikus hasmenés), máj, epehólyag, epeutak, epekő, köszvény, diabetes, elhízás, krónikus rheuma, tropikus betegségek, a lép megbetegedései, a malária következményei, sárgaság, dysenteria, vese- és hólyagkő, a prostata megbetegedése és kezdődő arteriosclerosis megbetegedéseinél.

GYÓGYESZKÖZÖK: 16 ásványvízforrás, ivó- és fürdő-kúrák, 5 nagy fürdőgyógyintézet s minden szükséges modern kúrárt elősegítő eszközök.

Felvilágosítással és prospektussal szívesen szolgál:

KURAMT KARLSBAD



KELETI J. BUDAPEST

IV., PETŐFI SÁNDOR-UTCA 17b (Koronaherceg-utca)
TELEFONSZÁM 13-76 ALAPÍTTATOTT 1878

Állandó nagy raktárt tart villamos orvosi készülékek, diathermia, Hanau quars-lámpa, Pantostat manométeres vérnyomásmérők stb., melynek megtekintése érdeklődőknek nagyon ajánlható! Elvállal gyors és pontos kiszolgálás mellett műszerek javítását, nikkelezését és élesítését.



BEHRINGWERKE A. G.
MARBURG a. d. LAHN

Yatren

mint ingertherapiail eszköz
(Schwellenreizmittel)

Yatren-oldat 5%

Kartonok 6 ampullával 1, 5, 10 cm³.
Ampullák 20 cm³-rel.

Yatren-pillulák 0.25 gr.

Dobozok 30 és 40 darabjával.

Yatren-casein

gyenge és erős
Kartonok 6 ampullával 1, 5, 10 cm³.
Ampullák 20 cm³

mint antisepticum

Yatren-puriss.

Eredeti csomagolások 5, 10, 25,
50, 100 gr.

Yatren-puder 1:9

Eredeti csomagolások
25, 50, 100 gr.

Yatren-sebpor 9:1

Eredeti csomagolások 5, 10, 25,
50, 100 gr.

Staphylo-Yatren

a staphylococcus-megbetegedések
(különösen furunculosis, folliculitis és acne)
specifikus-nemspecifikus terapiája számára.

Eredeti A-karton, tartalmaz 3 ampullát 2 1/2 cm³, 1-3. erősség
Eredeti B-karton, tartalmaz 3 ampullát 2 1/2 cm³, 4-6. erősség
Eredeti C-karton, tartalmaz 6 ampullát 2 1/2 cm³, 4-6. erősség

Klinikai csomagolás: Üvegcsék 25 cm³, 1-6. erősség
10-10, 3 1/2 cm³-es egyes adagra elegendő.

KÉKKUTI

TERMÉSZETES SZÉNSAVAS ÁSVÁNYVÍZ.

Az ismert legtisztább földes savanyúvíz. (HCO₃⁻ = 92.50, Ca⁺⁺ = 65.23, Mg⁺⁺ = 21.56 aequ. %). Literenként 1.17 g Ca(HCO₃)₂ és 1688 cm³ szabad széndioxid. Kitűnően bevált: a szervezet átöblítésére; mint enyhe diureticum, mint hurutellenes szer és mint a calcium-therapia eszköze. Lázas betegeknek üdítő ital. Felvilágosításokkal szolgál:

KÉKKUTI GYÓGY- ÉS ÁSVÁNYVÍZ RÉSZV. TÁRS. Budapest V, Berliini-tér 9. — Telefon: 191-73.



PALACE-SANATORIUM DR. HECHT

Modern physikalisch-dietetikus
magaslatti gyógyhely, 1040 m magas

SEMMEERING

Különlegesség: hőző, dietás nap-,
levegő- és Lahmann-kúrák.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi minister úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: HUZLY IMRE.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Bársony Tivadar és Hortobágyi Béla: A duodenalis izomsyndroma (duodenalis motilitas). (289—290. oldal.)

Rohrböck Ferenc: Az ultraviola sugarak által befolyásolt varicelláról. (290—291. oldal.)

Joós Ilona: Adatok a Weil-Felix-reactio diagnostikai értékeléséhez. (291—292. oldal.)

Étrendi előírások. A vesebetegségek diéta kezelése. 11. A diéta prophylaxis. (Folytatás.) (293—294. oldal.)

Entz Béla: † Paltauf Richard. (293—294. oldal.)

Lapszemle. *Belorvostan.* — *Urologia.* — *Gyermekegyorvos.* (294—296. oldal.)

Könyvismertetés. (297. oldal.)

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 17-i ülése. (297. oldal.)

A Ferenc József tud.-egyet. barátai egyes. orvosi szakosztályának április 12-i ülése. (297—298. oldal.)

Heti krónika. (298—299. oldal.)

Vegyes hírek. (299. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Az Erzsébet-tudományegyetem élettani intézetének közleménye (igazgató: Pekár Mihály dr. egyetemi tanár).

A duodenalis izomsyndroma (duodenalis motilitas).

Írták: Bársony Tivadar dr. és Hortobágyi Béla dr.

Duodenalis fekélynél gyakran találunk izomizgalmat a bulbuson és a gyomron és izomellazulást a duodenum alsóbb részén. A gyomorduodenum izomzatának ezt a viselkedését *Bayliss-Starling* béltörvénye alapján magyarázta meg egyikünk.

Bayliss és *Starling* a külső idegektől függetlenné tett bélre vonatkozólag kimutatták, hogy valamely ingertől orálisan az izomzat működése fokozódik, az ingertől aboralisan csökken (law of the intestine). A bél e törvényszerű viselkedését a bél saját idegrendszere, a bél falában haladó Auerbach-plexus szabályozza. A béltörvényt *Bayliss* és *Starling* csak a vékony- és vastagbélre vonatkozólag állapították meg kísérletesen. Ha ezt a törvényt a duodenumra és a duodenummal kapcsolatosan a gyomorra alkalmazzuk s ha tudjuk azt is, hogy az inger helyén is izomexcitatio jön létre, akkor e törvény alapján a gyomor-duodenum saját beidegzésével — tehát a vagustól függetlenül — következőképpen magyarázhatjuk meg a duodenalis izomsyndromát:

A duodenalis fekély a bulbuson, a beteg helyen, állandó ingerületet tart fenn, ez az ingerület a bulbus izom-izgalmához vezet, az ingerület helyétől orálisan fokozott izomműködés (izomexcitatio) jön létre aboralisan izomellazulás (izomdepressio).

A fekély helyének ingerületét a bulbus izomexcitatioja jelzi. Ez egyrészt a bulbus fokozott peristaltikájában, fokozott tonusában s ezek következményeként a bulbus „futólagos telődésé”-ben jut kifejezésre, másrészt a fekély helyének megfelelő izomsegmentum spastikus összehúzódásában. Röntgen-vizsgálattal mindez jól kimutatható. A fokozott bulbusperistaltika, illetőleg a futólagos bulbuselődés egyik értékes Röntgen-tünete a duodenalis fekélynél, a localis spasmusok pedig a duodenalis fekélyre jellemző alaki elváltozásokat hozták létre a bulbuson, az úgynevezett direkt tüneteket.

A duodenalis fekélytől, az izgalom helyétől orális izomexcitatio a gyomor fokozott tonusában, fokozott, segmentáló peristaltikájában és localis spasmusában nyilvánul meg, tehát olyan tünetekben, melyeket eddig is a duodenum beteg helyéről kiinduló reflexizgalomnak tartottak. Az összefüggés azonban nem a vagus

útján történik, mint ahogy azt a mai felfogás tartja, hanem *Bayliss-Starling* béltörvénye értelmében a gyomor-duodenum saját idegrendszere útján.

A duodenalis fekélytől, az inger helyétől aboralis izomellazulás abban nyilvánul meg, hogy a duodenum lehágó szára tágabb, peristaltikája csökken, emiatt ezek a részek jobban telődnek s az alsó hajlatban állandó a maradék. Különösen szembevető a duodenum lehágó szárának és alsó hajlatának bő telődése akkor, mikor a bulbus az izomexcitatio folytán csak futólagosan telődik.

A duodenalis izomsyndromát (izomexcitatio a bulbuson és a gyomron, izomellazulás az alsó duodenumon) nem találjuk meg a duodenalis fekély minden esetében s az egyes esetekben sem a vizsgálat minden szakában. Még kifejezettebb röviddel a Rieder-étkezés után. Hogy mi az oka annak, hogy egyes esetekben más képet kapunk, azzal más helyen kívánok foglalkozni.

Bayliss-Starling béltörvényének a duodenumra való vonatkoztatásával tehát jól megmagyarázható a duodenalis izomsyndroma. Hogy a fekély ingere valóban *Bayliss-Starling* béltörvénye értelmében a gyomorduodenum saját beidegzése útján hozza létre ezt az izomsyndromát s hogy ez teljesen független a külső idegektől (vagus-sympathicus), ennek igazolására végeztük állatkísérleteinket.

A kísérletekhez kutyákat használtunk. Megfelelő morphinózis után a kutyákat kevés aetherrel elaltattuk, ezután a hasat megnyitva a két splachnicust kiproeparáltuk és átvágtuk,¹ most a gyomorba (antrum) ballont varrtunk s ezt kymographionnal kötöttük össze. A hasat physiologiás konyhasó-oldattal töltöttük meg s ezt állandóan 37 C°-on tartottuk.

Az első sorozatban csak a splachnicusokat vágtuk át. Ezeknél a kísérleteknél a gyomron nem kaptunk rhythmusos peristaltikát; a részletekkel más helyen fogunk majd foglalkozni, itt csak annyit emelünk ki, hogy a splachnicusok átmetszése után vagy nem volt

¹ A splachnicusok kiproeparálásánál abban a felső szegletben hatoltunk be a peritoneum mögötti kötőszövetbe, melyet a mellékvese a vena suprarenalisal képez. Az ideg megtalálása után ezt centralisan kihúztuk annyira, amennyire csak lehetett s kb. 1 cm-es darabot reszeltünk. Ez a módszer azért bizonyult helyesnek, mert a splachnicusok gyakran a rekeszszárak között adnak vékony mellékágakat, melyeknek bennhagyása teljesen megzavarja a kísérletet. Ha magában, a rekeszszárak között kiproeparáltuk ki a splachnicust, akkor több esetben megnyílt a pleuraüreg.

peristaltika a gyomron s csak időnként jelentkezett egy peristalticus ciklus, mely 4–5 gyors egymásutánban lezajló peristaltikában állott, vagy csak nagyobb időközben ismétlődött egy-egy összehúzódnás.

Másik kísérletsorozatunkban a splanchnikusok átvágása után a vagusokat is átvágtuk a nyakon. Feltűnő volt, hogy a splanchnikusok átmetszése után talált irregularis gyomorműködés egyszerre rhythmusossá lett a vagusok átmetszése után.²

Mind a két kísérletsorozatunkban arra az eredményre jutottunk, hogy a *duodenum erélyes ingerlésekor³ a gyomron igen kifejezett izomexcitatio jött létre, mely a tonus és a peristaltika fokozódásában állott.* Ez az izomexcitatio 1–4 percig tartott, utána az első kísérletsorozatban egy postexcitációs pausa (postexcitációs izomdepressio) jött létre, a második sorozatban, ott, ahol a vagus is át volt vágva, fokozatos csökkenéssel ment át az izomexcitatio a normalis gyomorműködésbe. (Ábra.)

Kísérleteink harmadik sorozatában azt vizsgáltuk, hogy hogyan viselkedik a duodenum a duodenumon



A duodenumon alkalmazott inger hatására a gyomron igen kifejezett izomexcitatio. Az inger helyét a függőleges vonal jelzi (f fölt = fonal felett, 4–5 cm-re a pylorustól aboralisan).

alkalmazott ingerekre. Bayliss-Starling béltörvényével teljesen megegyezően azt találtuk, hogy az ingertől orálsan kifejezett izomexcitatio jön létre a duodenumon, az ingertől aboralisan izomellazulás. Ki kell emelnünk azt, hogy az aboralis ellazulás nem olyan kifejezett, mint az orális excitatio. Ezt azért hangsúlyozzuk, mert az emberi pathológiában is gyakran kevésbé kifejezett az aboralis ellazulás.

Kísérleteinkkel igazoltnak látjuk azt a felvételt, hogy a duodenalis fekélyre jellemző duodenalis izomsyndroma Bayliss-Starling béltörvényével azonos módon a gyomor-bél saját beidegzése útján jön létre, teljesen függetlenül a külső idegektől.

Irodalom: Bársony: Über die duodenale Magenmötilität. Wien, Kl. m. Woch. 1922. — Bayliss és Starling: Journal of Physiologie 1899–1900.

A budapesti »Stefánia«-gyermekkórházzal kapcsolatos egyetemi gyermekklinika közleménye (igazgató: Bókay János dr. egyet. ny. r. tanár).

Az ultraviola sugarak által befolyásolt varicelláról.

Írta: Rohrböck Ferenc dr. egyetemi tanársegéd.

A legutóbbi időből Sack cikke keltette fel figyelmünket, ki a varicella jelentkezési módja és az ultraviola sugarak hatása között próbál összefüggést keresni. Sack¹ egy 6½ éves gyermeket, ki 15 nap előtt egy igen enyhe varicellában megbetegedett fiúval volt együtt,

² Kísérletek vannak folyamatban, melyekkel a splanchnikusoknak és vagusoknak a gyomorra való hatását kívánjuk tisztázni.

³ Mi is azt az ingerlési módot használtuk, amit Bayliss és Starling: két ujj között, megcsíjtuk a belet.

¹ Sack: Varicellen und ultraviolette Strahlen. M. m. W. 1922, 16. sz.

gyógykezelt tüdőaffectiója miatt quarz-fénnyel. A legutolsó besugárzás után három nappal rendkívül intensív varicella-eruptio jelentkezett nála, legerősebben a mellen és háton, kevésbé a hason és nyakon s csak alig néhány hólyag a végtagokon. Emellett magas (40 C°) láz, erősen befolyásolt közérzet volt jelen. 17 nap múlva a gyermek testvérkéje betegedett meg, azonban enyhe varicellában.

Az eset közlése után ¾ év múlva nekünk is alkalmunk volt egy hasonló körülmények között fellépett, egészen különös jelentkezésű varicella-megbetegedést észlelni.

Az eset röviden a következő:

L. I. 8 éves leányka (jegyzőkönyvi szám 1678/1922.), ki 1922 november 23-án igen súlyos scarlatinát, 1923 március 17-én mérsékelt súlyosságú torokdiphtheriát állott ki, kétoldali, mérsékelt tüdőinfiltrációja miatt naponta quarzfénybesugárzásban részesül a mellen és háton, mindenkor 30–30 pernyi időtartammal.

1923 április 11-én a has alsó részén apró, gombostűfejnyi—kölesnyi, víztiszta, alig lobos udvarú hólyagcsák lépnek fel, igen sűrűn egymás mellett, melyek csaknem teljesen azonos fejlődési szakban vannak. Közérzet elég jó, temperatura 37 C°.

Április 12. Az eruptio a mellen és háton tovaterjedt egész a nyakig, oldalt a felkarok regio deltoideájáig, alul csaknem a symphysisig rendkívül sűrű egymás melletti elrendeződésben. Feltűnő, hogy míg kifejezett hólyagok csakis az alhas peripheriás részén, szorványosan, mintegy szegélyszerűen felfelé is folytatódva a külső és belső hónaljvonalak mentén vannak, addig a mellkason és háton, főleg a középső részekben, a bőrből alig kiemelkedő, csaknem papulosus jellegű, s a hólyagcsát inkább csak utánzó, gombostűfejnyi, vagy ennél alig nagyobb az eruptio, de rendkívül sűrűn egymás mellett foglalva helyet, emellett a belső és külső hónaljvonal közötti részen sem ilyen, sem hólyagos eruptio nincs, s így mintegy éles vonalszerű határral egy semleges zóna képződött a külső és belső hónaljvonalak között. A gyermek kissé bágyadt. Temperatura 38.6–38.9 C°.

Április 13. A leírt hasi és mellkasszéli hólyagcsák beszáradóban, újabb hólyagok képződése nélkül, míg a mellkason és háton lévő papulaszerű gombostűfejnyi—kölesnyi piros eruptio csaknem mindenike hólyagképződés nélkül lelapul, elhalványodik és főleg a háton, kevésbé a hason, erős korpázó hámlás látszik. Lobos udvarú két újabb kis hólyagcsa a jobb váll elülső felszínén, egy a homlokban és két csökevényes hólyagcsa mindkét comb belfelületén. Feltűnő, hogy a kifejezett hólyagok majdnem mindig egyazon fejlődési szakot mutatják.

Április 14. A kifejezett varicella jellegű hólyagcsák az eruptio széli részein jellegzetesen száradnak be, míg a mellkas és hát közepén levő, hólyagképződést egyáltalán nem mutató piros, gombostűfejnyi eruptio fokozatosan halványodik el és lapul le. Ez utóbbi helyeken igen erős, insolatio-szerű hámlás látható. Temperatura délelőtt 37.4, délután 8-tól fogva állandóan láztalan.

Fent vázolt módon a tünetek fokozatosan visszafejlődnek újabb eruptio nélkül és április 18-án, mikor a leánykát kiadjuk, már csak a mellen és háton még fennálló erős hámlás, illetőleg a széli részekben a teljesen beszáradt hólyagcsák láthatók.

Fentiek után feltűnik, hogy a kifejezetten tuberculosus gyermeknél, ki 6 hónapon belül két súlyos fertőző kórt állott ki — közülük egy septiform scarlatinát —, oly rendkívül intensív volt a mellen, hason, háton, de csakis a fenti helyeken a varicella- — vagy helyesebben varicellaszerű — eruptio, hogy szinte az egész bőr egybefolyóan közvetlen egymás mellett ülő gombostűfejnyi pontokkal volt behintve, ami a varicellánál teljesen szokatlan jelenség. Feltűnő továbbá, hogy ezen eruptio a mondott helyeken a külső és belső hónaljvonalaknál csaknem vonalszerűen végződött s hogy míg a mellkas, hát, has középső részén az eruptio gombostűfejnyi, teljesen egybefolyó, lobos udvaron igen sűrűn elhelyezkedő volt s hólyagképződést nem mutatott, addig a hónaljvonalak felé eső részekben és a jobb alhason már kifejezett és különálló, saját lobos udvarú, nagyobb hólyagok voltak, melyek jórészt egyazon fejlődési stadiumot mutatták, úgyhogy csaknem a variola verára

emlékeztették a szemlélt. Különös volt továbbá, hogy a homlokon, arcon, nyakon és a felső és alsó végtagok proximális részén alig volt egy-egy igen satnya hólyagcsa. Az eruptio visszafejlődésekor pedig feltűnt, hogy míg a széleken levő típusos, izolált varicella-hólyagok a szokott módon beszáradtak, addig a középső részekben rendkívül sűrűn elhelyezkedő, hólyagképződést nem mutató eruptio visszafejlődése akként történt, hogy ezen képletek ahogy kezdtek halványodni, épp úgy lapultak el, hogy végül helyet adjanak egy erős, szinte lemezes hámlásnak az említett helyeken.

Az elmondottak után két dolog jöhet szóba: vagy nem volt a leírt jelenség varicella, hanem csak az ultraviola sugarak által előidéztet insolatiós hatás; vagy tényleg varicella volt, de ez esetben egy teljesen atypusos formája annak; atypusos úgy a localisatióját, mint megjelenési formáját és lefolyását illetőleg. Ha azonban figyelembe vesszük azt, hogy azon betegosztályon, hol a gyermek feküdt, 11 napon belül ez a második varicella volt, vagyis az első varicella után körülbelül két hét múlva, tehát az incubatiós időn belül lépett fel a leírt megbetegedés, továbbá hogy az egész betegség enyhén, de pár napos lázzal folyt le, továbbá, hogy — ha csak igen kevés számmal, de mégis — voltak a varicella jellegzetes alakját, fejlődését és visszafejlődését, morphologiai tulajdonságait mutató hólyagcsák, a leírt megbetegedést csak varicellának tarthattuk.

Másként áll a dolog az eset magyarázatával! Már 1893-ban *Niels R. Finsen*² arra a tapasztalatra jutott, hogy a variola vera általában sokkal enyhébben folyik le, a pustulák nem oly mélyre hatolók s nincs olyan nagy szövetronecsolás, ha a beteget oly helyiségben tartjuk, melyen a fény csakis valamely vörös szűrőn (függöny) jut a betegszobába. Ennek az volna a magyarázata, hogy az ultraviola sugarak — melyek tehát hozzájárulnak a szövetronecsolás fokozódásához — nem jutnak érvényre. Ezen alapon tehát a quarzfény *negatív* irányban (mivel éppen az ultraviola sugarak intenzív behatása alatt volt igen sok ízben a gyermek azon testrésze, hol az exanthema fellépett), kiváltólag, sőt fokozólag hatott a varicellára. Vagyis a nap spectrumában lévő ultraviola sugarak koncentrálva jutván a bőrre, épp ellenkező hatást fejtettek ki, mint *Finsen* tapasztalata alapján a variola veránál a vörös szűrőn elnyelt ultraviolamentes, vagy ultraviolaszegény sugarak. Másként áll a dolog *Finsen* másik nézetével, hogy a nap sugarai direkt baktericid hatásúak. Később *Finsen* korrigálta önmagát, azt állítván, hogy míg egyes mikroorganizmusoknál a nap sugarai baktericid hatásúak, addig másoknál (pl. anthrax) csak gátlólag hatnak az életműködésekre, de el nem ölik őket. Hogy mely sugarak baktericid hatásúak, annak vizsgálata nem tartozik e tárgy keretébe, annyi azonban bizonyos, hogy esetünkben az ultraviola sugarak kétségtelenül valamely formában befolyásolták a bőreruptiót. A varicella ugyanis a sugaraknak direkt kitett helyen rendkívül s teljesen szokatlan intenzitással lépett fel az eruptio számát illetőleg, de különösen ott, ahol a sugarak a legerősebben érték a bőrt, mintegy 90 foknyi szögben, rendkívül satnya és atypusos volt az eruptio, úgy hogy a test egyéb helyein jelentkező típusos hólyagcsák nélkül lehetetlen lett volna azokat varicelláknak minősíteni.

Nyílt kérdés marad azonban, hogy a fent részletesen leírt eruptio miért lokalizálódott csak a quarzfénynek kitett helyekre, miért maradt teljesen szabad a külső és belső hónaljvonal közti zóna s — egyaránt igen satnya hólyagcsától eltekintve — miért nem jelent meg a test többi részein is? *Sack* már említett esetében, okfejtés nélkül, a kiváltó momentumot szintén a „mesterséges napfényben” keresi.

De amikor ugyanazon betegosztályon a többi gyermek is hasonló körülmények között egyrészt épp úgy ki volt téve a varicella-infectionnak, másrészt épp úgy kezeltettek naponta quarzfénnyel, mint a leírt eset,

kérdés ismét, miért nem jelentkezett másoknál is varicella s akinél fejlődött előzőleg, miért nem lépett fel hasonló formában?

*Reiche*³ újólág és újólág fellépő varicella házi infectio meggátálása végett kísérletezett quarzfénnyel, de pozitív eredmény nélkül. Ámde észleléseihez reflexióként hozzáfűzi, hogy a varicella más fertőzőkórra súlyosbítólag hathat, viszont egyéb, már meglévő infectionál (lues) a varicella néha szinte a variola jellegét és súlyosságát utánozhatja.

Nem ok nélkül hangsúlyoztuk az anamnesisben, hogy a gyermek pár hó alatt súlyos scarlatinát és diphtheriát állott ki. Mert ha egy gyermek — aki még hozzá tuberculosis — hat hónapon belül scarlatina-, diphtheria- és varicellában betegedik meg, ez azt bizonyítja, hogy ez esetben a szervezetnek a fertőző betegségek iránti *hyperdispositiójával* állunk szemben. Messze vezetne e tárggyal itt foglalkozni, de talán van okunk arra, hogy feltehessük, hogy egy ilyen hyperdisponált szervezet az infectiókkal szemben is másképp viselkedik, mint a rendes szervezet.

Amikor tehát jelen esetben két componens egyszerre hatott a szervezetre: a varicellainfectio és az ultraviola sugarak, az utóbbi befolyása következtében a behatás helyén a varicellás hólyagok csak rendkívül satnya formában jöttek létre, míg ahol a sugarak érvényre alig jutottak, mert igen nagy szögben igen ferdén érintették a bőrt, a hólyagcsák rendes megjelenési alakjukat mutatták. Mindezek mellett is azonban adósok maradunk arra a kérdésre, hogy miért jelentkezett a varicella, ha atypusos formában is, kizárólag csak a sugaraknak hozzáférhető helyeken s miért nem másutt is?

Az ultraviola sugarak s a varicella között valamelyes correlatio tehát van, amelynek mikéntiségét azonban ezidőszereint még magyarázni nem tudjuk.

A székesfővárosi közegészségügyi és bakteriologiai intézet közleménye (igazgató: Vas Bernát egyetemi tanár).

Adatok a Weil-Felix-reactio diagnostikai értékeléséhez.

(Írta: Joós Ilona dr.)

A Weil-Felix-reactio pozitív volta, amint az most már általánosan el van ismervé, majdnem teljes bizonyossággal typhus exanthematicus mellett szól. Előfordul azonban az esetek egy igen kis számában, hogy kifejezetten pozitív Weil-Felix-reactiót kapunk olyankor is, midőn kiütéses typhusfertőzés biztosan kizárható. *Much és Soucek két esetében, s Prausnitz egy esetében a Weil-Felix-reactio magas agglutinációs títert mutatott annak dacára, hogy typhus exanthematicust ki lehetett zární. Ők ezeket proteusinfectionak vették fel.*

Fontos volt tehát laboratoriumi vizsgálatok által eldönteni azt a kérdést, van-e serologailag különbség egy közös fertőzés és typhus exanthematicus megbetegedés között.

Ilyen irányú vizsgálatokat végeztek *Hamburger és Bauch, Weil és Felix, Csépai, Jakobitz, Braun és Salomon*, akik proteussal mesterségesen immunizált nyúl savójával kísérleteztek és úgy találták, hogy míg a kiütéses typhusbeteg-savó agglutináló képessége az X_{10} (proteus) bacillussal szemben 1 órai 56 fokra való felmelegítés után gyengül vagy eltűnik, addig az X_{10} törzssel immunizált nyúl seruma ugyancsak így felmelegítve nem változik. Egy további fontos lépés volt, amikor embert immunizáltak X_{10} -el (proteus) és végezték az összehasonlító kísérleteket. *Werner és Leoneanu* Romániában 12 embert oltottak proteuskulturával: eredmények egyeztek az állatkísérleteknél elértekkel. Azonban *Prausnitz* véleménye szerint ezen eredmények megítélésénél tekintetbe kell venni, hogy Romániában akkoriban typhus exanthematicus-járvány uralkodott és ez az ered-

² *Niels R. Finsen*: Über die Anwendung v. concentr. chem. Lichtstrahlen. (1899.)

³ *Reiche*: Varicellen und ultraviolette Strahlen. M. m. Wochenschr. 1923, 12. sz.

ményeket bizonytalanná teszi, amennyiben sohasem lehetett egy előrement könnyű typhus exanthematicus megbetegedést teljesen kizárni.

Prausnitz, hogy ezt a hibaforrást bizonyossággal kizárhassa, kísérleteit önmagán végezte. Három-, illetőleg négynapos időközökben háromszor oltotta be magának subcutan egy jól növé X_{10} kultúra (H-alak) 24 órás tenyésztése $1/1000$ és $1/300$ és $1/20$ hígítását. A vérvétel az utolsó oltás után egy hónappal történt. A savó magas agglutinációs titeret adott X_{10} törzsszel s a titer erőssége 1 órai 56 fokos melegítés után sem változott. Az agglutinatio milyenségre nem mutatott eltérést a tipikus Weil-Felix-reactiótól. Ezek szerint tehát az X_{10} proteus-törzsszel mesterségesen vagy fertőzés következtében immunizált ember savóját hőálló volta különböztetné meg a typhus exanthematicusos beteg savójától, amely kifejezetten thermolabil.

Ezt a phaenomen **Prausnitz** a gyakorlatban igen jól felhasználta egy esetben, amely pozitív Weil-Felix-reactiót mutatott, holott typhus exanthematicusos fertőzést biztosan ki lehetett zárni. (A 14 hónapos gyermek hónapok óta feküdt a breslauer egyetemi gyermekklinikán és külső fertőzéstől sem lehetett szó.)

Prausnitz szerint az agglutinációs kísérletet úgy végezzük, hogy a betegsavó egy részét 56 fokos vízfürdőben 1 óráig melegítjük (inaktíváljuk) és azután a Weil-Felix-reactiót párhuzamosan végezzük az aktiv és melegített savóval. Ha már most például az aktiv savóban a Weil-Felix-reactio erős, míg a melegítettben az agglutinatio eltűnik, vagy gyengül, ez typhus exanthematicus mellett bizonyítana, ellenkezőleg, ha az agglutinatio felmelegítés után nem változik, vagy esetleg erősebb lesz, ez typhus exanthematicus ellen szól. A jelenség magyarázatául felveszik, hogy a Weil-Felix-féle agglutinatio nem közvetlen X_{10} immunisációs reactio, hanem csak paragglutinatio jelentőségével bír és innen thermolabil volta.

Mi a **Prausnitz**-féle megkülönböztető eljárást 37 klinikailag pontosan észlelt és részben boncolással is igazolt typhus exanthematicus-eset kapcsán tettük vizsgálatunk tárgyává. A kórlapokat, illetőleg a boncolási jegyzőkönyveket a Szent László-kórház igazgatósága szíveségéből volt alkalmam áttanulmányozni.

A Weil-Felix-reactiót minden egyes esetben az aktiv és inaktívált betegsavóval vizsgáltuk, a betegség lefolyása alatt többször is. Egyidejűleg beállítottuk a savókat a typhus, paratyphus A és B agglutinációra is. A Weil-Felix-reactio kivételére a G. Wolff ajánlotta módszert használjuk, amely a következő: egy jól fejlődött X_{10} agarkultúra 16–18 órás tenyésztését 2–2.5 cm³ konyhasóval leöblítjük. Ebből az emulsióból minden 1 cm³ serum hígításhoz 1 cseppet adunk. A serum hígítást 1:25-nél kezdjük és legalább 1:200, vagy 1:400-ig folytatjuk, természetesen az autoagglutinációt kizáró megfelelő kontroll mellett. A reactiót 2 órai thermostaban állás után olvassuk le. A használt X_{10} culturát időről-időre egy biztos typhus exanthematicus-serummal kipróbáltuk. Ezenkívül párhuzamosan beállítottuk a reactiót a Bien-Sonntag-féle alkoholos typhus exanthematicus-diagnosticummal is.

A Prausnitz-féle jelenség a vizsgált 37 eset közül 25-nél volt pozitív, értéve ezalatt azt, hogy ezen 25-ben, ahol többé kevésbé magas agglutinációs titert mutatott a Weil-Felix-reactio, 1 órai 56 fokra való felmelegítés után a savóval újra végezve a reactiót, az 11 esetben teljesen negatívnak bizonyult, 14-nél pedig az agglutinatio nem tűnt ugyan el egészen a melegítés után, de a titer értéke lényegesen csökkent. Az inaktívált savóval végzett agglutinatio milyenségre eltérést abban mutatott a normalis Weil-Felix-reactiótól, hogy igen finoman szemcsézett volt a kisebb hígításokban is.

Volt azonban 12, klinikailag kétségtelenül typhus exanthematicusnak imponáló eset, melyek közül egy boncolásnál is annak bizonyult, ahol az agglutinatio melegítésre nem tűnt el, illetőleg nem is csökkent, változatlanul erős maradt és a normalistól semmiben sem különbözött. A 12 közül 5 esetben kétszer, sőt három-

szor is elvégezhettem a reactiót a betegség folyamán, az eredmények mindig ugyanazok voltak.

Helyszűke miatt csak egynéhány praegnansabb esetet szeretnék ide iktatni.

1. sz. eset. Weil-Felix-reactio, 1:1600 pozitív, ugyanakkor az inaktívált savóban negatív. 2 nap múlva újra vizsgálva: az activban 1:3200 pozitív, inaktíváltban negatív. Pár nap múlva exitál. Szöveti vizsgálat alkalmával typhus exanthematicusra utaló elváltozások. A hullából nyert savóban és liquorban a Weil-Felix-reactio 1:16.000, illetőleg 1:200-ig pozitív.

8. sz. eset. Weil-Felix-reactio 1:25600 pozitív, melegítés után végezve a reactiót, az negatív. Február 2-án exitus. Boncolási diagnózis: typhus exanthematicus.

15. sz. eset. Weil-Felix-reactio 1:1600 pozitív, melegítés után negatív. Klinikailag typhus exanthematicus. Tehát az előbb említett 11 eset a **Prausnitz** elméletét teljesen igazolná.

Álljon itt néhány eset azok közül, ahol melegítés után az agglutinatio nem tűnt el teljesen, hanem csak fokozati különbség mutatkozott: amennyiben inaktíválásra a titer lényegesen csökkent:

2. sz. eset. Weil-Felix-reactio 1:6400 pozitív, melegítés után végezve a reactiót, az nem tűnik el, csak gyengült: 1:200-ig pozitív. Három nap múlva újra végezzük a reactiót, eredmény: activ savóban 1:6400-ig pozitív, inaktíválva 1:100-ig pozitív. Klinikailag typhus exanthematicus.

10. sz. eset. Weil-Felix-reactio 1:25.600 pozitív az activ savóban. Inaktíválás után 1:1600 pozitív, klinikai diagnózis typhus exanthematicus.

36. sz. eset. Weil-Felix-reactio activ serumban 1:1600 pozitív, inaktíválva 1:100 pozitív. Április 30-án exitus. Diagnózis: typhus exanthematicus.

Prausnitz elméletével ellentézik és annak diagnostikai értékét lényegesen csökkenti az utolsó csoportba vett 12 eset, amelyek közül álljon itt szintén néhány:

11. sz. eset. A Weil-Felix-reactio úgy az activ, mint az inaktívált serumban 1:3200 pozitív, klinikai, majd boncolási diagnózis: typhus exanthematicus.

14. sz. eset. Weil-Felix-reactio 1:800 pozitív, úgy az activ, mint az inaktívált savóban. Klinikailag typhus exanthematicus.

30. sz. eset. Weil-Felix-reactio activ és inaktívált serumban 1:800-ig pozitív. Klinikai diagnózis typhus exanthematicus.

31. sz. eset. Weil-Felix-reactio 1:400 pozitív az activ és inaktívált serumban. Klinikai diagnózis: typhus exanthematicus.

A **Prausnitz** ajánlotta melegítéses eljárás tehát elég tekintélyes percentben (32.6%) cserben hagyott, úgy, hogy az eljárás differentialis diagnostikai szempontból való felhasználása ellen kétségek merülhetnek fel. Talán a proteusos fertőzések tüzetesebb és nagyobb anyagon történő vizsgálatai fognak világosságot deríteni a két betegség serologiai különbségeire. Nem lehetetlen, hogy az olyan esetekben, ahol klinice a typhus exanthematicusos fertőzéshez kétség nem fér és mégis negatív a Prausnitz (vagyis melegítés után is pozitív) Weil-Felix-reactiót kapunk, hogy ilyenkor egy vegyes fertőzéssel állunk szemben. Az irodalomban feltüntetett porteus okozta megbetegedések, sőt halált okozó fertőzések tünetei úgy klinikai, mint serologiai szempontból, ebben a feltevésünkben csak megerősítenek.

Irodalom: Anders: Zeitschr. f. Hyg. 1919. 88. köt., 3. f. — Braun und Salomon: Zentralbl. f. Bakt. 1918. 81. k., 1–2. f. — Ugyanazok: Zentralbl. f. Bakt. 1918. 82. köt., 3–4. f. — Dienes: Deutsche med. Wochenschr. 1918. 17. f., 462. o. — Dienes: Zeitschr. f. Imm.-Forsch. 1919. 28. f. — Dietrich: Deutsche med. Wochenschr. 1916. — Epstein: Zentralbl. f. Bakt. 1918. 83. k. 3. f. — Hamburger u. Bauch: Deutsche med. Wochenschr. 1917. 36. és 39. füz. — Jakobitz: Zentralbl. f. Bakt. 1918. 81. k., 4. és 5. f. — Loewenhardt: Zentralbl. f. Bakt. 1918. 84. k., 3. f. — Much u. Soucek: Deutsche med. Wochenschr. 1917. — Oettinger: Zentralbl. f. Bakt. 1918. 80. k., 6. f. — Otto: Deutsche med. Wochenschr. 1919. 30. f. — Papamarku: Zeitschr. f. Hyg. 1918. 87. k. — Prausnitz: Zentralbl. f. Bakt. 1920. 84. k., 430. old. — Wolff: Deutsche med. Wochenschr. 1917. 48. f. — Wolf: Zeitschr. f. Hyg. 1919. 84. f., 364. old. — Wolf: Ergebnisse der Hyg. 1922. V. köt., 532–585. old.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

A vesebetegségek diatétis kezelése.

11. A diatétis prophylaxis.

(Folytatás.)

Az ételek megsózására használt *konyhasó* mennyisége egyénileg annyira különböző, hogy az egészségesek napi sókiürítése 2 és 20 g extrem-érték között ingadozhatik. A férfiak, különösen az erős dohányosok általában jobban sózzák és fűszerezik az ételeiket, mint a nők. Sajátságos módon a vesebetegek nagy része az erősen sós és fűszeres ételt szereti. Nagy szerepe van itt a megszokásnak és igen sok beteg orvosi tanácsra könnyen mond le a túlságos sóhasználatról. További felesleges sóbevitelt lehet elkerülni azáltal, ha a táplálkozásból kizárjuk az erősen sós vagy sózott élelmiszereket, mint a sózott húskonzerv, sajt, vaj, hentesárú, sonka, sardinia, sardellagyűrű, pácolt hering, kaviar, stb. Az elkészítési módok közül is azokat válasszuk, amelyekhez erős sózás nem szükséges. Így a levesek, a berántott főzelékek és a kenyér ízesítésére ugyanolyan sós íz előérésére sokkal több só kell, mint más élelmiszerekhez. A húst inkább egészben süttessük, mint szeletekben. Bár a sófogyasztást quantitative szabályozni teljesen felesleges, mégis az napi 6–8 grammot lehetőleg ne haladjon meg.

A konyhasófogyasztással szorosan összefügg a megivott *folyadék* mennyisége is. Amióta tudjuk, hogy a vízkiválasztás is a vesék aktív munkájának az eredménye, azóta felhagytunk azzal a régi törekvéssel, hogy a veséket bőséges vízzátással „átmossuk”. Viszont a folyadékbevitel megszorítása magas fajsúlyú vizelet készítése révén szintén megterhelné a veséket. A leghelyesebben talán akkor járunk el, ha vízszükséglet indikátorául a beteg szomjúságérzetét vesszük, szabadon hagyva neki, hogy azt tetszése szerint csillapíthassa. Ha aránylag kevés fehérjét és konyhasót tartalmaz az étrend, úgy a szomjúság is ritkábban fog jelentkezni és így a naponta megivott folyadékmennyiség automatikusan fog megkevesedni.

Azon élelmiszerek közül, amelyeket a veseműködésre káros hatásuk miatt a vesebetegnek kerülniök kell, bennünket elsősorban a *hús extraktívanyagai* érdekelnék. Ezeket vagy főzéssel, vagy sütéssel nyerhetjük a húsból. Azt a levet, amelyben a hús megfőtt, a francia konyha *fondnak* hívja, és pedig aszerint, hogy sötét vagy világos húsfajtaból készült: barna, illetve fehér fond között tesz különbséget. Ha a fondot készítése közben bezöldségeljük, úgy a húsleves, bouillon lesz belőle. Extraktívanyagban szegény bouillon előállítására a húst forróvízben tesszük fel főni, és a zöldségelésnél a gyenge színének erősítésére és ízének tökéletesítésére, forró zsírban aranybarnára pirított sárgarépaagdalékokat adunk belé. Szintén kreatinszegény a barna leves, amely úgy készül, hogy esontot szalonnabőr, bönnyét stb. előbb forró zsírban barnára pörköljük és az így keletkezett pörzsanyagokat forró vízzel extraháljuk.

A húsdarab sütése közben húsnedvet szorít ki magából, amely a megolvadt zsírral elkeverve, az edény alján összegyűlik. Ennek a neve „*jus*”, amelyet a francia konyha mint alapanyagot igen sokféle mártás készítéséhez használ, mivel koncentráltan tartalmazza a hús ízes extraktívanyagain. Bár a húsextraktívanyagoknak a vesére való közvetlen izgató hatása bebizonyítva nincsen és bár a vesebetegek prophylaktikus diatétájában szükségtelen azokat teljesen törölni, mégis betegeinket használatuknál intjük mérsékeltebbé. A hús kivonattal készült ételeket a növényi anyagok megpörkölésével előállított rántással különben is igen jól lehet helyettesíteni.

A *rántás* a magyaros konyhának igen fontos alapanyaga. Belőle készülnek a hamislevesek, a hamismártások és a berántott főzelékek. Ha liszt helyett vagy mellett a forró zsírban hagymát is pörkölünk meg, a hagymás rántást és ha ehhez még paprikát is adunk, a magyaros rántást, a *sauce hongroise*-t készíthetjük. Vesebetegek étrendjében az ilyen hagymás-paprikás rántással készült ételek lehetőleg ne sokat szerepeljenek.

Úgy a hagyma, mint a paprika ugyanis azon élelmiszerek közé tartoznak, amelyeknek az íze aetherikus olajtartalmuknál fogva erősen fűszeres. Ezen vegyületek kiválasztása több-kevesebb mértékben izgathatja a veseparenchymát. *Fűszerek* alatt olyan száraz drogokat értünk, amelyek a szilárd ételekbe keverve, vagy rájuk

hintve, a folyékonyakba pedig befőzve, azokat jellemzően ízesíteni képesek. A helyes fűszerezés kérdése a vesediaetika legkényesebb problémája, mert ha teljesen száműzzük a fűszereket az étrendből, az ételek íztelensége miatt a vesebeteg, amúgy is csökkent étvágyát könnyen elveszítheti. A mai felfogásunk szerint a sós ízű ételek ízesítésére az olyan enyhe fűszereket, mint a kömény, kapor, babérlevél, majoránna, nvugodtan megengedhetjük, az édes ételekhez pedig vaníliát, fahéjat, szerecsendiót, szerecsendióvirágot, ánizst, citrom- és narancshéjat használhatunk. Az erősebb fűszerek, mint a bors, mustár, paprikapor, szeofűszeg, gyömbér, curry, cayenne-bors élvezetét vesebetegeknek általában el szoktuk tiltani, bár nem annyira a fűszerfajta fontos itt, mint a fűszerezés mértéke és gyakorisága.

A magyar ember a *paprikás ételeket* hosszabb időre nehezen nélkülözi. A szárított paprika pora forró zsírban maradék nélkül oldódik és ekkor az egyetlen zsíros fűszerünk, a paprikás-zsír lesz belőle. A magas hőfokon a csípős és izgató capsaicin-tartalom javarészt tönkremegy. Ha tehát a finom aromájú és édeskes ízű szegedi „rózsapaprikából” készítettük és tejjel bőségesen feleresztettük, úgy az így készült paprikás saucében talált, ételek diatetikailag lényegesen kedvezőbben ítelhetők meg.

A vesebajosok ételét *ecettel* vagy *citrommal* bátran ízesíthetjük, mert azok a szervezetet alkalibarbonatokká oxydálva hagyják el. A citromlé használata a vesekímélés szempontjából az ecet fölött semmi előnnyel nem bír.

A főzelékek egy csoportját a fűszerekhez hasonló tulajdonságuk miatt *fűszeres főzelékeknek* hívjuk. Különálló ételekként nem igen szerepelnek az étrendben, hanem inkább más ételek ízesítésére szolgálnak. Mivel főzelékeket nagyobb volumenben szokás fogyasztani, egy némelyik erősen fűszeres fajtánál ajánlatos az óvatosság. Így a torma, hagymaféle, retkefélé, zeller, petrezselyem és sóska nem való vesebetegnek, különösen nyersen fogyasztva nem. A konyhai elkészítésnél ugyanis a hőhatásra az izgató hatású illó olajok nagy része elpárolog, az alkaloidok és glykosidok tönkremennek és az organikus savak egy részét a többi élelmiszer (rántás, tejfel stb.) megköti. A zsírban barnára pirított hagyma veseizgató hatása például nagymértékben enyhült. A tormát és a sóska mártásnak elkészítve változatossággá néha megengedjük, holott mint nyars élelmiszert eltiltjuk. A többi főzelékfelét tetszés szerint lehet fogyasztani. Régebben ugyan sokan foglaltak állást a paradicsom és spárga adása ellen, ma azonban már ezeket is aggodalom nélkül megengedhetjük. A leguminek magas fehérjetartalmuk miatt ne kerüljenek túlságosan az asztalra.

Az a kérdés, hogy a vesebeteg ihatik-e *alkoholos italokat*, ma még nem tekinthető teljesen tisztázottnak. Valószínűleg nem maga az alkohol, hanem a benne oldott ízes, aromás extraktívanyagok izgatják a veséket. Ezért a koncentrált alkoholtartalmú italok, mint a szeszpárlatok, cognac, likőrök stb., valamint a sör élvezetét mindenestre megtiltjuk. Napi 1–2 pohár könnyű bor fogyasztása ellen azonban, amennyiben más ellenjavallata nem lenne, vesekímélő diatétában sem fogunk kifogást emelni. Az alkaloidtartalmú élvezeti szerek közül tejeskávét, teát vagy csokoládét annyit ihatik a beteg, amennyit kíván, feketekávét azonban a szívének az állapotához mérten, orvosa tanácsa szerint. A vesebetegnek dohányoznia, főleg akkor, ha a szíve részéről kell complicitiótól tartani, csak mérsékelten szabad.

Soós Aladár dr.

PALTAUF RICHARD.

A bécsi egyetem orvostudományi karát súlyos vesztesség érte. 1924 április 22-én meghalt *Paltauf Richard*, az általános kórtan világszerte ismert tanára. Aránylag fiatalon, 67 éves korában dőlt ki, bár hosszas betegsége után halála nem következett be váratlanul. Régi osztrák német családból, Grazból származott. Itt is tanult és mint a kitűnő *Kundrat* tanársegédje, mikor mesterét Bécsbe hívták meg, követte őt az akkor fénykorát élő bécsi egyetemre. *Kundrat* korán elhunyt s a bécsi kar választása a kórbonctani tanszék betöltésékor *Weichsbaumra* esett, aki a katedrát majdnem haláláig betöltötte. *Paltauf*, ki kórboncnoknak készült, kénytelen

volt a Rudolfszpital kezdetleges prosecturájával beérni. Ez a mellőzés új irányt szabott Paltauf munkásságának; már megelőzőleg sokat foglalkozott aetiológiai tanulmányokkal, hisz fiatal tanársegéd korára (a 80-as évek elején) esnek a legfontosabb bakteriológiai vizsgálatok. Koch Róbert korszakos felfedezései teljesen lekötötték Paltauf érdeklődését, ezért prosectori tevékenysége mellett leginkább az aetiológiai kutatásoknak szentelte idejét.

Ebbe az időbe esnek a scleromára (1886), a tüdő-anthraxra és pellagra kóroktanára irányuló nevezetes vizsgálatai. A tudományos bakteriologia, melyet ő és Weichselbaum ültettek át Bécsbe, szoros kapcsolatban az immunitástannal és a serológiával az a terület, amelyen Paltauf és tanítványai nagyon jelentős munkásságot fejtettek ki és a bécsi Rudolfszpital prosecturájának laboratóriumát, melyhez 1895 óta az osztrák állami serumtermelő-intézet is hozzákapcsolatott, a világ egyik legelső serológiai laboratóriumává tették. Itt írta le Kraus a praecipitinek, Porges és Pribram agglutinációs tanulmányai, Eisler haemolysin-vizsgálatai, Doerrnek a dysenteriaserumra vonatkozó fontos közlései, Pick serológiai munkái, itt készültek Paltauf vezetése és irányítása mellett. A diphtheria-serum, a különböző prophylaxisos, gyógyító és diagnostikai serumok előállítására gyors egymásutánban követték egymást. Paltauf szigorú kritikával megrostálta az egyes termékeket, ellenőrizte ezek előállítását és hatását s ennek az elfoglalt tudományos kritikának köszönhetette a bécsi állami serotherapiiai intézet jó hírnevét.

A párisi Pasteur-intézetben tanulmányozta Paltauf a veszélyes elleni oltásokat s mint annak idején hazánkban Hőgyes, Paltauf Bécsben vezette be a lyssa-oltásokat és ugyancsak a Rudolfszpital prosecturáján szorított helyet 1896-ban ennek a nagyforgalmú intézetnek is vezetője, irányítója és lelke mindvégig Paltauf maradt. Kraus, Clairmont, Kreissl, Maresch, Seiffmann és mások értékes lyssa-vizsgálatai ebből az intézetből kerültek ki. Legérdekesebbek a madarak mesterséges vesztségére vonatkozó munkái.

Paltauf e sokoldalú, a hygiene körébe vágó vizsgálatai tették őt a fertőző betegségek elleni küzdelem egyik legelső szaktekintélyévé. A háborúban igen fontos szerepet játszott intézete, mert onnan indultak ki a cholera és typhus elleni védőoltások is s az első nagyobb oltóanyagmennyiségeket a bécsi intézet bocsátotta a hadvezetőség rendelkezésére. A védekezést a hadseregben kitűnő tanítványa: Doerr irányította. Nagy szerencse volt, hogy a háború kitörése előtt (1908) elkészült a bécsi egyetem nagy hygieniai épületében Paltauf általános kórtani intézetével kapcsolatban a modernül berendezett serológiai intézet, mely a fertőző kórházban elhelyezett és miután Paltauf vezetése alatt álló osztályával (hol az oltóanyagot szolgáltató állatok nyertek elhelyezést) a hadsereg igényeit is ki tudta elégíteni. Az osztrákoknak az ententével kötött békéje ezt a régi monarchiában páratlan virágzó intézetet is megfosztotta az állami támogatástól, minek következtében most a nemzetközi serum-unio tulajdonába ment át.

Paltauf a Rokitsky-féle iskola egyik kitűnő tagjának, Kundratnak volt a neveltje s azok közé a pathologusok közé tartoztak, akik a megfigyelésből és a pontos objectív leírásból indultak ki, az egyforma esetek sorozatos észlelésére alapították véleményüket. Nem az egyszerű casuistika érdekelte, hanem a sok észlelésből levonható következtetéseket foglalkoztatták, bár később az egyes esetek sectiója alkalmával sokszor eltért az obductio rendes menetétől és elsősorban azok az elváltozások érdekelték, amelyek összetartozását törvényszerűnek ismerte fel. Jó megfigyelő képességének és szigorú kritikájának köszönhetette, hogy felfogását, véleményét jóformán sohasem kellett többé módosítania, kitűnő makroszkopos diagnosta volt, mikroskopi pontos diagnosisit pedig Ausztrián kívül is mindenütt ismerték. Legjelentősebbek azok a munkái, melyeket (Sternberggel) a granulomatosisról a mycosis fungoidesről közölt. A laboratóriumában készült munkákat mind beható kritika tárgyává tette és szerzőjükkal részletesen megvitatta. Ezért keresték fel külföldiek is oly nagy számban szerény intézetét. Nagy kár, hogy mint vérbeli pathologus-anatomus nem fejtethet ki nagyobb arányú kórbonctani munkásságot. A prosecturán Sternberg és Maresch voltak legkiválóbb tanítványai, a kórtani intézetben Joannovic fejtette ki a legélénkebb munkásságot (kísérletes munkái leginkább a daganattan körébe vág-nak), nála folytatta Biedl Strickernél elkezdett, a belső

secretiós mirigyek functiójára vonatkozó vizsgálatait, melyeket az irodalmi adatokkal együtt kétkötetes, köz-kezen forgó munkájában dolgozott fel.

1913-ban vette át Paltauf Knoll örökét, az általános kórtani intézetet s azt rövid idő alatt nagyon élénk tudományos műhellyé alakította, csakúgy, mint a prosecturát és a serum-intézetet is. 1908-ban költözött az intézet új, teljesen modernül berendezett helyiségeibe. A munkát, melyet eddig Paltauf egyedül végzett, több osztály vette át külön osztályvezetőkkel, kik közül a legjelesebbek Kraus, Busson, Backer, Pribram és Eisler. Nagy érdeme Paltaufnak, hogy kitűnő iskolát teremtett és embereit nagyon jól meg tudta válogatni. Intézetében sok magyar is megfordult, hosszabb ideig dolgoztak nála Fenyvessy és Entz egyetemi tanárok is.

Mint ember zárkózott természetű volt, keveset beszélt, alkalmazottaival és a hozzá sereglett külföldiekkel csak tudományos munkáikról tárgyalt; csak azokkal szemben volt nyiltabb, akiket régen ismert. Rendkívül egyszerűen élt, sokoldalú elfoglaltsága, nagy tudományos munkássága minden idejét lekötötték. Évtizedeken át volt a bécsi orvosegyesület főtitkára s e minőségben is jelentős munkát végzett. Az orvostudomány egyik kiváló sokoldalú, nagy tudású művelőjét, a magyar tudományosság őszinte barátját veszítette el benne.

Entz Béla dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Terhesség és cukorbetegség. A. Lublin. (D. Arch. f. klin. Med. 143. k., 5—6. f.)

Ismeretes, hogy a terhesség a cukorbetegségek állapotát súlyosabbá teszi, sőt a betegség súlyosbításával életüket veszélyeztetetheti. Egyöntetű felfogás a therapia szempontjából még nem alakult ki: Umber minden esetben a terhesség megszakítását ajánlja, H. Neumann azonban megjegyzi, hogy a súlyos cukorbetegségek gyakran még ezáltal sem menthető meg. Szerző három esetben tapasztalta, hogy a terhesség diabetes könnyebb esetben fenntartható gondos diéta és gyógykezelés mellett, egy esetben pedig a terhesség megszakítása súlyos cukorbetegséget rövid idő alatti nagyfokú javulását eredményezte. Sajnos, insulinnal egy esetben sem tehetett kísérletet.

Boros dr.

A thromboarteriolitis pulmonum kérdéséhez. G. Lang. (D. Arch. f. klin. Med. 143. k., 5—6. f.)

Szerző intra vitam körjelzett egy esete fokozatosan dekompenzáló szívbetegség tüneteinek között halt meg. Feltűnő volt a nagy cyanosis mellett a jobb szív nagyfokú hypertrophiája. A kórszövet-tani lelet a tüdő kicsiny arteriolusainak súlyos elváltozását, az érfa elpusztulását mellett azoknak multiplex thrombotikus derítettségét ki, míg az arteria pulmonalis fala és nagyobb ágai épek voltak, előbbi csak mérsékelten tágtult. A folyamat valószínűleg gyulladással és talán a két év előtt kiállott kiütéssel typhussal áll okozati összefüggésben.

Boros dr.

Az éhgyomorra vett gyomorbennék vizsgálata. Weitz és Fischer. (Klin. Woch. 1924, 15. sz.)

Égészséges ember üres gyomráról különböző adatok vannak forgalomban. A helyzet tisztázására a szerzők vizsgálatokat végeztek, még pedig a rendestől eltérően a gyomortartalmat egy a duodenumszondához hasonló vékony gummicsővel vették ki aspiráló fecskendő segítségével. Rövid gyakorlás után hamarosan és könnyen ki tudták így az egész gyomortartalmat szivattyúzni, úgy, hogy ha a csövet tovább is benntartották, sőt ide-oda mozgatták, többet kiszívni akkor sem tudtak. Éhgyomorra is mindig találtak legalább néhány köbcentiméter fehér és nyúlós, nyálkás, gyengén savanyú, néha neutralis anyagot a gyomorban. A régi felfogás, hogy t. i. a gyomor ilyenkor üres, onnan származik, hogy a rendes gyomorsóval és a hasprés igénybevételével tényleg nem lehet ilyenkor semmit kapni a gyomorból. A talált váladék nemcsak különböző egyéneknek, hanem ugyanazon egyénnél többször nézve is igen változó összetételű. Közvetlenül a felébresztés után, még az ágyban vizsgálva, kis mennyiségű, kevés összáradással bír és nincs benne szabad sósav. Felkelés, felöltözés és esetleges hidegvizes lemosás után bőségesebb mennyiségű, több az összáradása és sok szabad sósavat tartalmaz. Hosszabb ébredés után az ágyban fekvő is gyakran jelentkezik szabad sósav. A levezetett szonda secretiót megindító hatását kizárhatjuk bizonyos

meggondolások alapján és a HCl megjelenését az ébrenlét alatt jelentkező éhségérzéssel vagy az étvágygyal kell összefüggésbe hoznunk. Az étvágyról tudjuk, hogy gyomornedvelválasztást okoz, az étkezéssel ez kevésbé biztos. E vizsgálatokból csak azt látjuk, hogy sokszor kaptunk bőségesen szabad sósavat, anélkül, hogy akár étvágy, akár éhezés azt okozhatta volna. A hideghatásra beálló secretio összefüggésben van a gyomor alakjának ugyancsak hidegben történő megváltozásával, illetőleg a vagustonus fokozódásával. Kiss József dr.

Nyersgyümölcs-kúrák. Mendel. (Klin. Woch. 1924, 15. sz.)

A Karell-kúrában alkalmazott tejnél lényegesen kevesebb fehérjét és konyhasót tartalmaz a gyümölcs, a kizárólagos gyümölestáplálás tehát az említett kúra helyett sikerrel alkalmazható. 1 kg napi összmenyiség elegendő, és pedig nem főve, hanem nyersen. Talán azért jobb a nyers gyümölcs, mert bőven tartalmaz K- és Csókat, azonkívül vitaminokat, melyek az ödéma kezelésében fontos belsőelválasztási mirigyeket tudják befolyásolni. Eredménnyel használhatjuk a nyersgyümölcs-kúrát (alma, körte) pangásos vizenyőnél, glomerulonephritissnél (az éhez- és szomjázónapok helyett), hypertonia esetében, ezenkívül azonban diabetes mellitusban is a zabliszt és a Falta-féle kúrák helyett. Diabetesnél is jobb a nyers gyümölcs, mint a főtt, valószínűleg itt is a vitamintartalom szerepel.

Kiss József dr.

A pylorus megnyílásának siettetése Röntgen-átvilágítás közben. Schütze. (Berlin, Fortschritte auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen. 1924, 31. k. 4. f.)

Fogást ajánl, melynek alkalmazására a pylorus könnyen felnyílik s úgy ennek, mint a duodenumnak vizsgálása lehetővé válik, az átvilágítás ideje megrövidül. Az eljárás a következő: A kiscsőbület alsó szakaszán, tehát az incisura angularis táján jobb kézzel középerős nyomást gyakorolunk az antrum irányában. Nem egyenesen hátra- vagy lefelé, hanem ferdén jobbra-lefelé, mintha a jelzett helytől a pylorusig az egész gyomorkontúrát végig akarnánk simítani. Azonban a kéz nem mozdul el. Szerző véleménye szerint a pylorus megnyílásának legközelebbi magyarázata a gyomor belső nyomásának főleg a pylorus irányában történő fokozása volna. Erdélyi József dr.

Az epeutak gyulladási megbetegedése a bakteriologus szempontjából. Hunttemüller. (Klin. Woch. 1924, 9. sz.)

A szerző bakteriologiai vizsgálatokat végzett 150, az epeutak megbetegedésében szenvedő emberen. Az epéből a szokásos táptalajra való kikenéssel csak 0.7%-ban sikerült staphylococcus kimutatni. Ha azonban az úgynevezett „Anreicherungsverfahren“-t alkalmazta, úgy 11%-ban talált staphylococust. Bacterium colit mindkét eljárással csak 5-6%-ban sikerült kitenyészteni. A beteg epehólyagjának falából vett vizsgálati anyagban pedig 80%-ban sikerült szerzőnek bakteriumpokokat találni. Az eddigi közlésekkel ellentétben a bakteriumpokok között 60%-ban a staphylococcus szerepelt, a bacterium coli csak 12%-ban. A szerző a saját és mások közlései közötti különbséget azzal magyarázza, hogy a bacterium coli a bélből jut fel az epeutakba, a szervezet antitestjeivel alig érintkezik, tehát egyszerű eljárásokra is könnyen tenyészik. Nem úgy a staphylococcus, mely a vér útján jut a májba, epébe, melynek virulenciáját az antianyagok gyengítették s ezért csak a fentemlített eljárással találhatók meg. E magyarázatot a szövettani metszetek is igazolják, mert míg a bacterium coli az epehólyag nyálkahártyájának öbleiben foglal helyet, addig a staphylococcusok az epehólyag falában és a máj szöveteiben is megtalálhatók. Sarvay dr.

A tüdőtuberculosis Röntgen-therápiája. H. Schultes-Tigges. (D. med. Woch. 1924, 6. sz.)

A besugárzásnak nem az a célja, hogy a tuberculositis szövetet széttroncsoljuk, hanem hogy oly módon ingereljük, mely a folyamat gyógyulását elősegíti. A kis sugármennyiséggel való besugárzás kapcsán tuberculin-szerű, specifikus anyagok válnak szabaddá, melyek úgy a besugárzott területen, mint attól távol angerlő hatást fejtenek ki. Ez magyarázná a Röntgen-sugaraktól védett helyek aktiválódását is. Az izgató sugármennyiséggel való besugárzás, ha a folyamat gyógyulásra hajlamos, a gyógyulást, ha pedig rosszabbodásra hajló, a rosszabbodást siettet. Ezért csak a jóindulatú, inkább kötőszövetes, körülírt gócos folyamat alkalmas besugárzásra, míg az exsudatív járó,

szétesésre hajlamos folyamatnál a Röntgen-besugárzás ellenjavalt. A besugárzás technikáját illetőleg fontos, hogy túlságos inger a legactívabb tüdőrészt ne érje. Igen kis sugármennyiségeket használunk. (2.5-3% bőregység-dosis. Fibrosus folyamatnál 10-20-30%-ig is emelkedhetünk.) Kezdjük a besugárzást a legkevésbé beteg és inkább fibrosus elváltozást mutató területen. Míg a reactio teljesen le nem zajlott (néhány hétig is eltarthat), újabb besugárzás ne következék. Szerző 97 esetet kezelte. A rossz prognosistú eseteket nem tudta megjavítani, azonban egészben véve eredményeit olyanoknak tartja, hogy azok a Röntgen-kezelés folytatására bátorítanak. Erdélyi József dr.

Tanulmány 328 hagymázás esetről. (Courtois-Suffit, Bourgeois és Garcin. (La Presse Médicale 1924, 29. sz., 309. old.)

A négy utolsó év folyamán a párisi Maison Dubois-ban kezelt 328, bakteriologiai és serologiai vizsgálattal is igazolt esetre vonatkozó tapasztalataikat közlik. 224 nőre csak 104 férfi esett, ezeknek nagyrészt nem oltották be a háború idején. 21 halálesetük volt. 297 esetben az Eberth-bacillus volt a kórokozó, a para A és B csak 31-szer. A serologiai diagnózis sokszor csak a betegség harmadik hetében, esetleg már a reconvalescentiában sikerült. Többször megtalálták a fertőzés eredetét, egy ízben tizenhatan betegedtek meg krém-süteménytől. Igen gyakori fertőző forrás az osztriga, melyet szennyezett vízben áztatnak. Az osztrigától eredő infekciónak jellegzetes lefolyása van, melynek kapcsán külön „forme ostréaire“-t különböztetnek meg; jellemző erre a rövid incubatio, a hirtelen kezdet gastro-intestinalis zavarokkal: hasmenéssel, hányással, complicatiók jóval nagyobb gyakorisága (71% szemben 9-8%-kal) és a jóval nagyobb halálozási arányszám (17% szemben 3-6%-kal) egyik betegük 48 órán belül halt meg foudroyans tünetek között. Hasmenést aránylag ritkán, s majd mindig az osztriga esetekben észlelték; gyakoribb az obstipatio. Értékes jel az orrvérzés, gyakoriak a roseolák, melyek a reconvalescentiában is jelentkezhetnek. A lépét mindig nagyobbban találták. A nyelv sohasem válik pörkössé és szárazzá, ha a szervezetbe folyadékot (rectalisan) bőven juttatnak. 34 betegnek volt bélvérzése, mely a fastigium tizedik napja körül a leggyakoribb. Két perforációjuk volt, az egyiket azonnal megoperálták és meggyógyult, a másik eltokolt tályogképződéshez vezetett és ugyancsak meggyógyult későbbi műtét kapcsán. Gyakran láttak tachycardiát, kivált a betegség későbbi szakában, amely myocarditis jele lehet egyidejű arteriális hypotensio, az érverés labilitása, a szívhangok halkabbá válása, embryocardia, a jobb szív tágulása kíséretében. Nőbetegek reconvalescentiájában gyakran láttak hőemelkedést a menstruatio idején. Két esetben hirtelen esett le a hőmérsék perturbatio critica után. A recidiva nőknél sokkal gyakoribb. 27 phlebitist láttak, mindig a bal oldalon, azonkívül 3 cholecystitist, többször savós vagy genyes pleuritist. A prophylaxis szempontjából az osztrigárusok ellenőrzése mellett nagyon fontosnak tartják a praeventiv vaccinálást, mely föltétlenül immunizál, s a fertőzés megtörténte után végezve is csökkenti a betegség erejét. Az immunitás tartama nem ismert, de a háborúban végzett oltások eredménye, hogy a férfiak még ma is sokkal kisebb számban betegszenek meg, s közöttük nagyon csekély az oltottak száma. Addig, míg a lakosság általános oltási kötelezettségét elhatározzák, szükségesnek tartják a kórházi orvosok és ápoló személyzet általános praeventiv beoltását. Pákozdy dr.

Urologia.

Aseptikus ureterkatheterismus egy modificatiója, kísérleti tapasztalatok alapján. Milos Klika. (Zeitschrift für Urologie 1923, II.)

Módszere abban áll, hogy 8-as számú ureterkatheterbe, melynek belső végét gumimembránával látja el, még egy vékony 4-es számú ureterkathetert tol be s ezzel végzi az ureterkatheterismust.

Előnye, hogy itt a belső ureterkatheternek csupán hegye jön érintkezésbe inficiált területtel, míg rendes ureterkatheterismussal az egész catheter felülete érintkezik a fertőzött hólyagtartalommal.

Technikája az, mielőtt a külső ureterkatheter 1-2 cm-nyire felhatolt az ureterbe, a belső ureterkathetert tolja fel.

Kísérleteit annak a kérdésnek tisztázására végezte, hogy a belső ureterkatheter az inficiált membrana perforálása után is steril marad-e?

Kettős ureterkatheterrel ellátott cystoskop csőrét coli-suspensióba mártva, feléje egy steril agarral megtöltött kémcsövet helyezett el, szájával lefelé irányítva.

A külső kathetert, mely a bacillussuspensióval érintkezett, 1 cm-nyire tolta be az agarba, ezután a belső kathetert tolta fel, az eproutta fenekéig. Utána az eprouttat thermostatba téve, a külső ureterkatheter helyén bőségesen észlelt coloniákat, melyek elszórtan, de végig, a belső katheter behatolási helyén is kimutathatók voltak.

Ezzel bebizonyítást nyert, hogy a belső ureterkatheter inficiált hárttyával való érintkezése is elég ahhoz, hogy a felső húgyutakba bacteriumokat vigyen be. Igaz ugyan, hogy az infectio veszélye valóban kisebb, mint kísérleteinél, hol nem bacteriumemulsióval, hanem a hólyag többszöri kimosása után, steril töltő folyadékkal dolgozunk, melyben a bacteriumok erősen felhígíthatnak.

Inficiált hólyagnál az ureterkatheter veszélyét még jobban leszámítandó, módszerét a *belső ureterkatheter permanens öblögetésével kombinálta*, egy híg desiniciens folyadékkal megtöltött Record-fecskendő segítségével. Így a fertőzés elkerülhető, amit kísérletekkel is megerősít.

Dózsa dr.

Tumor miatt végzett totalis hólyagexstirpációról. *Fedoroff.* (Zeitschrift für Urologie 1923, 5.)

1917-ig 165 hólyagtumort operált. Ezek közül 20% recidivantes maradt, az első két évben recidivált 30%, 50%-nak további sorsa ismeretlen.

Ő a sectio alta híve; endovesicalis eljárások közül csak az electrocoagulatiót alkalmazza.

A hólyag teljes kiirtása ott jön szóba, hol endovesicalis vagy transvesicalis műtét nem vihető ki, vagy utánuk kiterjedt recidivák mutatkoznak. A műtét általában 50%-os mortalitást mutat. Ő 5 esetben végezte; 1 beteget 2½ évig jól érezte magát, 5 év múlva recidiva kapesán pusztult el, 1 hat év múltán jól van; 8–10-szer vizez 24 órában, 1-nél a műtét után néhány nap múlva pneumonia kapesán állt be a halál. 1 a műtét után 1 évre exitált; halálok ismeretlen. 1 a II. műtét után 3 hétre pyelonephritis következtében halt el. Mindig *kétszakaszosan* operált. Az első műtétnél az ureterek transplantióját végzi s egyúttal tájékozik afelől, hogy a radicalis megoldás kivihető-e? (környezettel való összekapcsolódás, metastasisok). A hólyag exstirpálását a második szakaszban 4–6 hét múlva végzi. Az uretereket, az arteria iliaca externával való keresztezése helyén keresi fel s lefelé praeparálva *Witzel-sipoly* módjára varrja a flexura sigmoideába. Súlyos következménye az ascendáló pyelonephritis, mely ellen küzdeni, sajnos, nem tudunk. Metastasisok a hiányos lymphadenyrendszer miatt későn fejlődnek; recidivák a műtét sebén szoktak jelentkezni. Ezek kiindulási helyei: a húgyveső belső nyílásának nyálkahártyája és az uretercsanakok; a medencének és hasfalnak carcinomásan infiltrált területei; a daganatnak a sebüregebe jutott részei (implantatio recidiva). Ő a hólyagexstirpációt minden olyan esetben végrehajtandónak tartja, hol a conservatív műtét nem bizonyul elégségesnek, még mielőtt a tumor a hólyag falán átburjánzana.

Dózsa dr.

Vesekelyhekről, hydronephrosishál. *Haebler.* (Zeitschrift für Urologie 1923, 7. füz.)

Három frissen eltávolított, hydronephrotikus vesét vizsgált. A következő három kérdést teszi fel: 1. milyen pathologikus elváltozásokat idéz elő a fokozatosan növekvő, intrapelvikus, hydrostatikai nyomás a vesekelyheken? 2. Idegsérülések a kelyhekben kimutathatók-e? 3. Kimutatható mechanikai akadály nélkül fejlődött hydronephrosishál primaer idegrendszerbeli elváltozások találhatók-e? A vesemedencében pangó vizelet nyomása, mely a kehely izomzatának hypertrophiájához, majd elernyedéséhez vezet, szétolja a papilla s kehely falát egymástól. A pangó vizelet a kehelyrésbe benyomul s a papillát lelapítja. Nagybokú hydronephrosishál súlyos nyomási atrophia jelenségei láthatók. Itt a papilla területe vájulatot mutat, rendszerint csak a kehelyfal tapadási helye látható. A pyramishez tartozó húgycsövecskék horizontálisan fekszenek, laposra nyomottak és göröcsövilag zsíros degenerációt mutatnak. Ezen pathologiai elváltozások megállapítása után a kelyhek beidegzésének elváltozásait kutatja. Ennek tanulmányozása sokkal könnyebb lenne, ha velős-idegekről volna szó; itt azonban a *sympathicus*-idegrendszerhez tartozó idegelemekkel állunk szemben, melyek elváltozásainak festési eljárásokkal való kimutatása sokkal nehezebb. Velőnküli, vegetatív idegek kóros

voltának megállapítása csupán a fibrillumok felrostozására és a normalistól való eltérésre támaszkodik. Összehasonlítás céljára egy, koponyatörés következtében hirtelen exitált ember ép, friss veséjét használta fel. Itt *Bielschowsky*-féle ezüst festéssel ganglionokat újból nem talált, csak nagy számú velőnküli, sympathicus-idegrostot. Ez alkalommal újból sikerült ezek között a cerebrosinális rendszerhez tartozó, sensibilis, velős idegrostokat kimutatni, miáltal *Smirnow* és *Renner* idevágó kutatásait megerősíti. Ezek jelenléte mellett könnyen elképzelhető, hogy egész kis concrementumok jelenléte a kehelyrésben vagy a pupillán lejárásodó gyulladásos jelenségek az alig 0.5 cm vastag kehelyfalra való nyomásuk következtében, a velős idegek útján, fájdalmakat okoznak. A mechanikus akadály nélküli hydronephrosishál *primaer ideg-elváltozásokat* felfedezni nem sikerült. A nagybokú hydronephrosishál ezüst impraegnatióval sikerült a fibrillumkötegeknek kóros felrostozását kimutatni; zsírfestéssel itt, a perineuralis hüvelyben zsírszemcsék lerakódását találta. Hydronephrosishál, a kelyhek ideg-elváltozásainak oka kétféle lehet: vagy a hydrostatikai nyomással járó atrophia vagy a megnehezített vércirculatio következtében előállott táplálkozási zavar.

Dózsa dr.

Gyermekorvostan.

Encephalographia a csecsemőkori. *Knoepfmacher.* (Jahrbuch f. Kinderheilk. 105. k.)

A csecsemőkori előforduló cerebrális megbetegedések diagnostikájában nagy haladást jelentett a subduralis és az agygyomrocs punctiója, de különösen az encephalographia. A punctiót a nagykutaes területén 1–1.5 cm-re a középvonaltól végezzük, s 4–4.5 cm mélyen hatolunk be. A beavatkozást a csecsemők jól tűrték. Kísérőtüneteként hányás, cyanosis, nyugtalanság, aluszékonyság jelentkeztek, s csak egy esetben collapsus. A punctiót követő napon mérsékelt hőemelkedés lépett fel, valamint a liquor cerebrospinalisban sejt-zaporulat. Az agygyomrocs punctiójával megállapította szerző, hogy van-e hydrocephalus; az encephalographiával agytályog localisatiója sikerült, amelyet az obductio is igazolt. Hydrocephalusos csecsemőkön a gerinccsapolás helyett szerző ventriculuspunctiót végzett, s levegőt fecskendezett be a gyors nyomáscsökkenés elkerülésére s ezzel az eljárással a koponya növekedését sikerült megállapítani. Az encephalographia tehát a csecsemőkori is igen értékes és veszélytelen eljárásnak bizonyult.

Tüdő dr.

A varicella elleni védőoltás. *Knoepfmacher.* (Wien). (Monatschrift f. Kinderheilk. XXV. köt.)

A varicella elleni védőoltással körülbelül 7 év alatt tett tapasztalatairól a szerző a következőkben számol be: Egészséges gyermekeknél a varicellás hólyagok tartalmával sikerült localisan hólyagcsaképződést előidézni; ezen oltási hólyagocskák tartalma tovább vihető, tehát specifikus vírust tartalmaz. Épp azért nagyon valószínű, hogy az ily oltás után fellépő általános kiütés is ezen vírus vérbe jutásának eredménye, vagyis, hogy az oltással a varicella továbbterjedését idézhetik elő. Az oltás localis tüneteinél fellepte után 19 napra oltási mentesség áll be, az újraoltás eredményes varicellisatio után eredménytelen marad, mint varicella kiállása után. Fel kell tehát tételeznünk, hogy az ily oltott gyermekek vérében antitestek keringenek, mit complementkötéssel igyekeztek is kimutatni — a varicellás pörköt véve antigenül —, eddig siker nélkül. A szerző kíváncsi tartja ily irányú kutatások további végzését.

Farnos Ilona dr.

A csecsemőkori alkati ekzema terapiája. *Sokolow* (Moszkva). (Jahrb. f. Kinderheilk. 104. 1–2. füz.)

A szerző a csecsemők ekzemájának gyógykezelését azon újból, főképp az amerikai szerzőktől eredő, az exsudatív diathesis aetiologiját illető felfogásra alapítja, mely szerint az exsudatív diathesis nem egyéb, mint bizonyos fajidegen fehérjékkel szembeni anaphylaxiás reactio. Mivel ezen elmélet szerint az exsudatív csecsemők túlérzékenyek bizonyos proteinekkel szemben, a törekvés az, hogy a szervezetet desensibilizáljuk s így jutunk el a proteintest-therapiához. A szerző a csecsemőkre való tekintettel a tehéntejet alkalmazza és pedig 0.1–0.4 g-ot 2–4 napi időközökben, 11 esetet figyelt meg, általános súlyos tüneteket nem észlelt, csak az első injectio után látott 37–39.4 C°-ig terjedő hőemelkedést, 3–4 injectio után az ekzémák gyors javulását vehette észre. 11 esete közül 5-ben teljes gyógyulást, 3-ban lényeges

javulást, 2-ben kevésbé kifejezett és 1-ben semmi eredményt. Tekintettel eseteinek kis számára, végleges ítéletet a gyógykezelést illetően még nem mondhat, inkább csak az exsudatív diathesis aetiológiájának újabb szempontból való megvilágítására hívja fel a figyelmet.

Farnos Ilona dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Einführung in die klinische Medizin. Walter Marle. (Eine kurze Darstellung ihrer Grundbegriffe für Studierende. I. Band. (1924, Berlin—Wien, Urban u. Schwarzenberg.) Alapár 6'6 aranyárka.

A négy kötetre tervezett munka első része felöleli az általános kórtant, a klinikai mikrobiológia és immunitást, az általános vizsgálati methodika és diagnostika, valamint az általános therapia szükséges fogalmainak rövid, szabatos, áttekintő, a tanuló igényeihez mért válogatással elrendezett complexumát. A szerző kiindult abból a megfontolásból, hogy a theoretikus tudományokból a praktikus tanulmányokba átlépő növendék nem találja meg a klinikai előadásokban a hidat a két terület között, új fogalmak tömege rohanja meg, mellyel nem tud megbirkózni, a sokféle ágazó úton nem talál egységes irányítást és csak nehezen látja meg az összefüggést a körvonalaiiban elhatárolt, de részleteiben egymásba szövődő szaktudományok között. Helyénvalónak tetszik tehát egy felfogásában újszerű vezérfonal kibocsátása, mely lényegében más, mint a szokásos repetitoriumok és kompendiumok, mely inkább synthetikus terminologia, célszerűen csoportosított fogalommagyarázat. A második kötet a belgyógyászattal, ideggyógyászattal és elmeorvosias szakkal foglalkozni, a harmadik a sebészet, nőgyógyászat, szülészet és gyermekgyógyászat általános ismereteit fogja összegezni, a negyedik a szemészet, orr-, gége- és fülgyógyászat, végül a bőr- és nemikórtan körvonalait fogja megvonni. A teljes munka 1924 végéig készül el és körülbelül négyszerese lesz az első kötet (311 oldal) terjedelmének. A szöveget bevált tankönyvek oktató ábrái segítik, ezek megválogatása és az anyag feltárása egyaránt tanító fő célszerű megfontolásait igazolja.

Huzly,

Ideg- és elmeorvosias compendium. Salánki József. Átnézte és előszóval ellátta Benedek László dr. egy. ny. r. tanár, (1924. Debrecen, Harmathy.)

Benedek professzornak elmeorvosias és ideggyógyászati diagnostikai előadásai nyomán egy 100 oldalas kis compendiumban foglalja össze röviden az ideg- és elmeorvosias alapismereteit. A compendium főképpen az orvostanhallgatók számára készült és azoknak a tanulás munkáját kívánja megkönnyíteni, de kétségtelenül mint segédeszköz az ideg- és elmeorvosias szak alapismereteinek megszerzésében a gyakorlat számára is beválhat.

Az általános részben az idegrendszeri vizsgálatnak menetét tárgyalja, vonatkozással az egyes tünetek pathognomiás jelentőségére, továbbá az elmeorvosias symptomatológiát. A részletes részben összefoglaló rövidséggel nyújtja mindazt az elme- és ideggyógyászati alapismereteket, amely alapismeretekre a kezdő orvosnak szüksége van. Különösen kiemelendő, hogy a differentialis diagnostikára nézve és a gyakorlat számára bevált újabb modern gyógykezelésre nézve is megtaláljuk röviden az utalásokat.

A rövid munkához Benedek professor írt előszót. ó. ö.

Az alkoholkérdés mai állásáról. Írta: Benedek László. Debrecen, Méliusz kiadása, 41 o., ábrákkal.

Nagy hálára kötelezte a szerző áldozatkészsége mindazokat, akik e súlyos népbetegség kérdésével foglalkoznak, mikor tekintélyes külsejű, grafikonokkal felszerelt füzetben tette közzé a Budapesti Kir. Orvosegyesületben annak alkoholelles bízottsága felhívására tartott előadását. Az új adatok nagy bőséggel egészíti ki az alkoholkérdés, de főleg az alkoholelles propaganda irodalmát, különösen részletességgel ismerteti az amerikai szesztilalom utáni viszonyokat, úgy mint ez az ottani beszámoló írásokból megítélhető. A sokkal elmaradottabb európai propaganda nehézségeiről és lehetőségeiről is megemlékezik, különösen azokról a megszorításokról, amelyek a skandináv államokban vagy a szeszfogyasztást vagy a szeszárúsítást szabályozzák, vagy amelyek községenkénti szavazástól teszik függővé a szesztermelés engedélyezését, mint ezt egy németországi törvénytervezet kívánja.

Kluge.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület 1924 május 17-i ülése.

Elnök: Bókay János.

Jegyző: Fekete Sándor.

Előadás:

Prof. A. Siegrist (a berni egyetemi szemészeti klinika igazgatója, mint vendég): *A myopia pathogenese és prophylaxisa.* Az előadás bevezetésében definiálja az egyes fénytörési viszonyokat, utal az ophthalmoskoppal elváltozásokra és a rövidlátás különböző veszélyeire, majd a myopiakutatás történetét ecseteli. Alapvetők e téren Cohnnak, 1865-ből származó, a breslauer városi iskola 10.000 növendékén végzett vizsgálatait. Cohn volt az első, aki kimutatta, hogy a rövidlátás az iskolabárárs kezdetén ritkaság, osztályról-osztályra számban és erősségekben növekedik. Cohn ebből azt következtette, hogy az iskola, illetve az ott megkívánt közlelési munka okozná a rövidlátást és hogy a rövidlátásnál a szemgolyó hátsó fala kórosan kitágulna. A későbbi kutatók csak azt iparkodtak megmagyarázni, hogy az iskolai közlelési munka hogyan tághatja a szemgolyó hátsó falát és okozhatja így a rövidlátást. Ezen elméletek egyike sem volt kielégítő és nem magyarázta kifo-gástalanul a rövidlátás kórképletét. Steiger néhány év előtt az egész myopia-kérdést a biológia területére vezette, rámutatva a biológiai variabilitás nagy jelentőségére. A természet minden külső zavaró körülménytől mentesen a szaruhártya különféle fénytörési formáit, valamint sokféle tengelyhosszúságokat s ezen két állandó sokfajta kombinációból eredő fénytöréseket hoz létre. A gyermek születésekor örökségképpen hozza magával az ő későbbi fénytörésének feltételeit. A külső körülményeknek rendszerint nincs lényeges befolyásuk. A myopiakutatásban érdekes és fontos, hogy a különböző állatoknál sem egyformák a fénytörési viszonyok. Állatok is lehetnek rövidlátók, de astigmatikusak és túllátók is, ugyanazon okok miatt mint az ember, mert a fénytörés egy biológiai ismertetőjel, amelyben természettől fogva nagy ingadozások lehetnek.

A Steiger-féle elmélet azonban nem magyarázza meg a kórképlet elváltozásait, amelyeket a rövidlátó szemeken találni lehet. Ezen elváltozások okát a közeli munkánál létrejövő intraocularis nyomás fokozódásában és a külső szemmozgató izmok vöngálásában kell keresni.

A myopia prophylaxisát csak úgy lehetne elgondolni, ha meg lehetne akadályozni, hogy rövidlátó egyének házassodjanak és rövidlátó gyermekeket nemzenek. Mivel ez keresztülvihetetlen, a myopia hathatós prophylaxisáról sem beszélhetünk. De a myopia erős progressióját és veszélyeit meg lehet előzni. Erer vonatkozásilag fontos, hogy elegendő távolságról (30 cm-ről) történjék a munka, továbbá a rövidlátás teljes correctiója és a közlelési való dolgozásnál rövid szünetek beiktatása.

A Steiger-féle elmélet ellenére sem lehet a myopia elleni küzdelmet kikapcsolni. Mindenesetre ma már nem a myopia keletkezése ellen, hanem annak progressiója és káros következménye ellen küzdünk. A küzdelem ugyanaz marad, csak célja változott meg.

A Ferenc József tud.-egy. barátai egyes. orvosi szakosztályának apr. 12-i ülése.

Röth András: *A Prowazek-testecskék jelentőségéről tart előadást.* Trachománál és újszülöttek záradékconjunctivitisénél a kötőhártya hámsejtjeiben található Prowazek-testecskékről, illetve chlamydozoonokról alkotott vélemények még nagyon eltérők. 400 egyénen tett vizsgálatai alapján a következő kérdésekre igyekezett megfelelni: 1. Felhasználható-e a Prowazek-testecske a körjelzés szempontjából? Hevenyen kezdődő, bakteriális fertőzést nem mutató kötőhártya-gyulladásnál döntő fontosságú a Prowazek-lelet, noha még pozitív esetben is újszülöttek záradékconjunctivitisének vírusával lehet a szem fertőzve. Minél frisebb a trachoma, annál biztosabb a pozitív lelet. Egészen friss, kezdetben gyulladás-nál negatív lelet mellett kevés a trachoma valószínűsége. A Prowazek-testek segítségével esőkkenteni lehet a trachomagyanúsok csoportját; ezek nagyrésze egy, a szerző által leírt kórképet, a conjunctivitis pseudotrachomatosis-t mutatja. 214 biztosan trachomás közül 137-nél (64%)

talált Prowazek-testeket, de a fél évnél frissebb, kezeletlen esetek 85%-ában.

2. Kórjósolat szempontjából csak az újszülöttek záradék-conjunctivitisének használható fel a pozitív lelet, trachománál nem.

3. Kórokozó-e chlamydozoon? Ha igen, miért nem található minden trachomás szemben? Valószínűnek tartja, hogy a Prowazek-test a chlamydozoon intracelluláris alakja, idült esetekben azonban főleg szemcsékhez való hasonlatossága miatt nem ismerhető fel. A chlamydozoon biológiai tulajdonságaira vonatkozó megfigyelései alapján az a véleménye, hogy az nagy valószínűséggel a trachoma és az újszülöttek záradék-conjunctivitisének okozója. *Botteri* felfogása szerint, vagyis két különböző, az emberi kötőhártyára patogén záradék-vírus létezik. Amíg azonban tenyésztése nem sikerül, nem lehet elzárkózni az elől sem, hogy az ismeretlen fajlagos vírus hatására keletkezett különös sejtermékekkel állunk szemben.

Ditrói Gábor szerint nekünk foglalkoznunk kell a trachoma-üggyel, mert bár tőlünk indult ki az ellene való védekezés, a kivitelben más nemzettek mégis megelőzték bennünket. A trachoma diagnózisát még mindig a klinikai tünetek alapján ejtjük meg, de az újszülöttek blennorrhoeája és záradék-conjunctivitise tekintetében már döntő fontossága van a Prowazek-testeknek.

Kovács József meggyőződése az, hogy a trachoma vegyes fertőzés eredménye, erre vallanak a különböző kóralakok és különböző lefolyás.

Janesó Miklós: Nagy örömmel látja, hogy az előadó a chlamydozoonokkal foglalkozik, mert ezeknek nagy fontossága van egyéb betegségeknél is, például varicella herpes zoster, encephalitis lethargica. Szerinte valami összefüggésnek kell lenni a trachoma és az újszülöttek záradék-conjunctivitise közt.

Falta Marcell szerint nem lehetetlen, hogy a záradék-blennorrhoeát és trachomát ugyanaz a kórokozó hozza létre, csak virulentiabeli különbség van a kettő között.

Zárszó: A chlamydozoon kórokozó szerepének tisztázásáig még sok kérdést kell megoldani. *Lindner* felfogása látszik ma a legszilárdabbnak, de felemlíti *Gebb* kísérleteit, melyek szerint az újszülöttek záradék-vírusával sohasem tudott trachomát előidézni és a trachoma epidemia formájában mindig csak mint szemből eredő fertőzés terjed el. A trachomával sokszor jár vegyes fertőzés, ez megmásíthatja a kórképet, de nem oka a trachomának.

HETI KRÓNIKA

A mi kis világunkban a múlt hét legkiválóbb eseménye Szinnyei Józsefnek rectori beszéde volt, mely érdekesen kiegészítette „A magyar nyelv” című könyvének* tanításait; ehhez kívánunk néhány megjegyzést fűzni.

A nyelvek elválasztó falak, vagy összekötő hidak lehetnek a nemzetek között. Egy-egy nyelv sokkal erősebben egyesíti a vele élőket, mint az anthropológiai vagy ethnológiai közös vonások. A szomszédos nyelvek versenyében mindig a könnyebben megtanulható győz: ez valóssággal hódító harcot vív nemzete érdekében. Hazánknak veszte volt, hogy a latin miatt évszázadokon át elhanyagoltuk a magyar nyelvnek fejlesztését; elfelejtettük az ősi kifejezéseket, átvettünk jobbról-balról idegen szokat, nem küszöböltük ki nyelvünk hibáit, meghagytuk célszerűtlen szerkezeteit, a rengeteg kivételt, az illogikus szólásmódokat, így azután bizony döcögős, fejlesztésre alig alkalmas, nehezen megtanulható maradt az.

Hiszen igaz, hogy tökéletes nyelv nincsen a világon; egy kiváló linguista valamikor azt mondta, hogy angolul alkuszik, latinul vitatkozik, franciául szeretkezik, magyarul barátkozik és spanyolul imádkozik. A nyelv azonban ne legyen rongyos gúnya, ne is cifra maskarádé, hanem izléses és célszerű uniformis. Legyen logikus, pontos és fejleszthető, de ugyanakkor gazdag, csengő és főleg könnyen elsajátítható is. Olyan, mint a szeretet: minél többfelé osztják, minél többen és minél bővebben részesülnek belőle, annál nagyobb lesz, mert kimeríthetetlen.

Nyelvünk tehát véghetetlen becses és ezért gond-

dal ápolnunk, fejlesztenünk kellene azt. Nyelvészeink azonban csak gyűjtik az anyagot, mint a bélyeggyűjtők a kuriózumokat, de nem irányítják a fejlődést, nem emelik a lingua rusticából a kultúrnyelvek, a *lingua francák* sorába. Az ilyen tudatos és aktív fejlesztés pedig annál inkább szükséges lenne, mert az élő nyelveket különböző veszedelmek fenyegetik: formáikban elkorcsosulnak, idegen szók lepik el, végre szavaiknak értelme is folytonosan változik.

A formai elkorcsosulás útja többféle lehet. Mi, orvosok, minduntalan észrevesszük, hogy bizonyos testi fogyatkozások (nagyothallás, farkastorok, polypus, fogak hiánya, a nyelv hűdöttsége stb.) milyen káros kihatással van az illetőnek beszédére. Így keletkeznek az orrhangú, dünyögő, reszelő, racsoló, szipákoló, szuszogó, dadogó, mekegő, nyivákoló, éneklő, pöffögő, riszáló stb. beszéd módok, amelyek ha pl. tanítónál fordulnak elő, egész nemzedékek nyelvét megromlathatják. Így keletkeznek az olyan szók, mint *kazdag*, *hetfen*, *hívaldal*, *kesztyű*, *fokhagyma*, *gyógykái* (jódkái), *csanál*, *csolylyán*, *hetfű*, *vella*, *kalán*, *ténta* stb.

Mások rúttá, mekegőssé teszik a nyelvet azzal, hogy a parasztnak vélt *ő*, *ú*, *i* hangokat még ott is üldözik, ahol ezek nem tájszólási változatok, hanem a szó tövének ősi hangzói (tejfel, tetézi, mindig, ser, innep, izen, mívelt, setét). Sok bajt okozott az igen elterjedt tótoskiejtés a katolikus, a keneteljes elnyújtás a kálvinista és a németes zsargon az izraelita templomi beszédekben. Mindez azonban egyéni hiba és nem válhatik a nyelv alakok forrásává; hiszen hang-assimilatio miatt többé-kevésbé valamennyien hanyagul beszélünk (biztat, szettelt, rebdes, haraxik, tucc, *sog* gond, *külömben*, éppen, *egygy* órákkor) és nyelvészeink rosszul teszik, amikor ahelyett, hogy az ilyen egyéni hibákat üldöznék, ezeket mint bevett, népies, mint szokásos alakokat gyűjtik, felsorolják és tanítják, nekik ezzel polgárjogot adnak és nyelvünk elfajulását elősegítik. Így fajult el a latin nyelv is: a görög kappa és a latin c valószínűleg még k-nak hangzott Cícero korában; a germánok legalább a latin *Caesarból Kaisert*, *cystából Kistet* csináltak; a késő epigonok mégis Csieseronak, Sziszeronak, illetőleg Cziczeronak mondják azt az embert, akit kortársai valószínűleg Kikeronak neveztek.

A formai elkorcsosulásnak további oka a hanyag ragozásban és szóképzésben rejlik. Nem volna szabad ilyen kifejezéseket használnunk: *áttevés*, *fekszenek*, *sarjadz*, *álkapcsa*, *illetve* (áttétel, feküsznek, sarjaz, állkapocs, illetőleg), sem az olyan rút szokat, mint *általában*, *bocsánat*, *bévíl*, *máma*, *asztat*, *tégedet*, *egy évnek előtte*, *mindéig* stb.

Sok bajt okoznak az ikes igék is; ezek nincsenek kellőleg elhatárolva és így még a művelt közönség is inkább használja az *ennék*, *mutatkoznék*, mint a helyes *enném*, *mutatkoznám* alakot. Következtesen keresztülvihető szabályokról kellene gondoskodnunk; ma ezt: „megsóztam, hogy *izlék*”, körül kell írunk: izletessé váljék. Az ilyen kifejezések bizony nem emelik nyelvünknek zengzetességét.

Nálunk mindenki úgy beszél, ahogyan akar; ezért találkozunk olyan naivságokkal, ahol nagyobb nyomtatók kedvéért ismételtelen jelenik meg a rag: *nálánál*, *túlantúl*, *felfelé tört*, *chhez hozzá szólt*, *betette* (sőt *beletette*, vagy pláne *beléje tette*) valamibe. A *mert* és *minthogy* szokat gyakran helyettesítik *mivel*, vagy *miután* kifejezésekkel, a *hogy*-ot *miszerint*-tel. Rendkívül csúnya a *hogy* kezdetű mellékmondatok halmozása is: „megmondtam, hogy vigyázz, hogy azt ne higgyék, hogy arra törekszel, hogy hatalomra juss, hogy azután...” (megmondtam, vigyázz, mert majd hatalomra törekvőnek gondolkodnak azért, hogy...). Rút szokás továbbá a *sem nem* ismétlése: *sem nem mondta*, *sem nem tette*, e helyett: *nem mondta*, *nem is tette*. Tudnunk kell azonban, hogy a népnél a két tagadás néha nem állítást jelent, hanem ellenkezőleg, különösen erős tagadást: *egy se nem jött* épp oly naiv erősítő halmozás, mint a *lassan-lassan*, *néha-néha*, *véges-végig* stb., és minden nyelvben előfordul. Pompás példáját találta ennek Greenough* Alfréd királynak Orpheus legendájában, ahol a következő sokszoros tagadás fordul elő: *no hart shunned-not no lion, nor no hare no hound, nor no beast kneu-not no hatred, nor no fear from another...* (semmi szarvas sem félt, semmi vadállat nem érzett semmi gyűlöletet sem semmi félelmet egymástól...).

* Szinnyei József: A magyar nyelv, Budapest, Hornyánszky kiadása.

* Greenough and Kittredge: Words and their ways in the English Speech, London, 1902.

A kultúra fejlődésével folyton új fogalmak merültek fel, amelyek új kifejezéseket igényelnek. Ha tehát valamely nyelv lépést akar tartani a kultúra haladásával, úgy vagy magának kell alkotni a saját töveiből, a saját szabályai szerint megfelelő új kifejezéseket, vagy pedig kész idegen szokat kell e célból átvennie. E törvénynek minden nyelv alá van rendelve; még a franciák is kénytelenek voltak egyes szokat kölcsön venni a gyűlölt németektől (Thalweg, Leitmotiv, Ersatz, Feldspat, Hinterland, Wassistas, Sprachgefühl) vagy az angoloktól (bluff, snob, job, business, tramway; a legújabb ilyen kölcsönszavuk a *broadcasting***. Még nekünk is sikerült néhány szavunkat (kocsi, huszár, gulyás, pörkölt, paprika) a külföldi nyelvekbe átvinni, viszont rengeteget merítettünk idegen forrásokból.

Az olyan szókön, mint club, kaszinó, sport, múzeum, kultúra, reakció, waggon, muzikális, banális, doktor, recipe, diagnózis, oxgén, gram, telefon, autó, spekulál stb. messziről meglátjuk az idegenből való származást. Ezek azonban nemzeti közeli kifejezéseket, melyeket lehetetlen, de talán felesleges is volna magyar szókkal pótolni.

Igy vagyunk a nevekből származó fogalmakkal is: bojkott, lynch, guillotine, makadam, Babinszky, Wassermann, Romberg, Pirquet... stb. olyan kifejezések, melyek részletes leírást pótolnak, vagy csupán hosszsan definiálható jelenségekre utalnak röviden és pontosan. Ezek miatt tehát nem kell szégyenkeznünk; az angol még sokkal több ilyen szót átvett (nostrum, innuendo, item, bonus, affidavit, postmortem, habeas corpus...).

Másként állunk az olyan, teljesen fölösleges idegen szókkal, mint muszáj, szenft, himper, gseftel, handle, cug, gang stb., amelyeknek használatát igazán semmi sem menti.

Ha már most idegen kifejezéseket veszünk át, nem szabad azokat eredeti jellegükből kifordítanunk. Az *eczema*, *condyloma* semleges, nem pedig nőnemű; az *eczema* nem *eczema*, mert egy keppát és egy zétát tartalmaz. A *hydroa* tulajdonképpen többese a *hydroták*; *processus*, *spiritus* „u“-tövé és így nincsen *processi*, *spiri* alakja. E szóknek *zoster*, *grypózis*, *dysidrosis*, *rupia*, *keloid*... helyes írásmódja nem *zooster*, *gryphosis*, *dishydrosis*, *rhypia*, *cheloid*; épp ilyen helytelen az *aethiologia*, *dysenteria*, *phymosis* stb. írásmód. Viszont a *sanatorium* nem így, nem is az Amerikában szokásos *sanitarium*nak, hanem *sanitarium*nak kellene neveznünk; hogy az *acne* szót, melyet Aëtiusnak egy másolója *acme* helyett irt, tollhíjának köszönhetjük, ismeretes. A lues szónak töve nem *luet*, a tabesének nem *tabet*, tehát *lueticus*, *tabeticus* helyett *luicust*, *tabicust* mondjunk Latin és görög szokat ne ragasszunk össze; *perifolliculitis*, *diverticulitis* nem férnek meg egymással; ilyen helytelenség a *dermia*, *dermite*, *dermose* képezés is amit a franciák használnak.

Az idegen szók néha feltűnően elégtelenítik a nyelvet. Mindnyájan megmosolyogjuk az ilyen írásmódokat: „A *psoriasis* kombinálódó *endogen* *laesio* *provokálta* *exanthema* a *psoriasis* *praedilectio* *manifestatio* *localizálódik*... „Ki gondolná azonban, hogy a következő sorokban: *sógorom barátja a városban, a megyeházán munkálkodik, cselédje a puszta kaszál, a gabonát kicsépelik, a búzát, zabot, árpát, borsót szákokba rendezik, a szénát kazlakba, a sárga szalmát asztagokba gereblyézik, dolgoznak szombatig, vasárnap szabadok, tréfálkoznak a kurta korcsmában, a piacon kintornáznak, táncolnak*... az egész hosszú mondatban csak egyetlen egy tösgyökeres magyar szó van: az a *névelő*!

Sajnos, nyelvünk gondozatlansága miatt az ilyen idegen eredésű szóknek ezreket kellett átvennünk és megszoknunk. Még nagyobb bajt okozott azonban, hogy az idegen szókkal együtt idegen szólásmódokat, szóképzést, sőt észjárást is átvettünk és ezzel nyelvünk eredetiségét folytonosan lerontjuk. Különösen a germanizmus az, amely, főleg a fővárosi zsargonban, rútul beszennyezte nyelvünket. Az ilyen kifejezések: *felelőtlen*, *lerakat*, *be-képzelt*, *felső comb* stb. egyszerű fordításai a német *unverantwortlich*, *Niederlage*, *eingebildet*, *Oberschenkel* szóknek; a magyar nem *kési le a vonatot* (den Zug versäumen), hanem *lekésik arról*; ha színházba hívja barátját, nem mondja „*jön Coriolanushoz?*... én is megyek, menjünk össze!...“ (gehen wir zusammen). A magyar

** A rádió-telefon útján való szétterjedése a hangnak.

nem mondja: *tanuld megismerni, kiádszik, jól néz ki, az lett mondva, ez van föltételezve* stb. (kennen lernen, ausspielen, schaut gut aus, es wurde gesagt, es ist bedingt), mely utóbbi kifejezést már Schopenhauer is erősen korholta Parerga und Paralipomena című könyvében. (Befejező cikk következik.)

Herczeg Árpád dr.

VEGYES HÍREK

KÉRELEM. Kérjük előfizetőinket, hogy előfizetésüket folyóiratunkra a Hetilap címlécén közölt **szorzószám szerint** küldjék be, melyet hétfőtől hétfőig tartunk érvényesnek a küldőre nézve.

Kérjük azon t. előfizetőinket, kik a f. évnegyed végéig esedékes előfizetési díjaikat még nem küldték be, saját érdekében is fizessék be mielőbb, mert az általános gazdasági helyzetre való tekintettel a szorzó újabb emelése várható. Azokat, kik még múlt évi díjaikkal is tartoznak, kérjük, hogy tartozásukat — bár ezt nem követeljük — valorizálva fizessék be, alapul véve a mostani díjakat. Tehát 8000 K helyett (negyedév) 40,000 K, 11,000 K helyett (félév) 80,000 K-t.

Megjegyezzük, hogy a bpesti kir. ítélőtáblának 2435/912. sz. alatt kelt elvi jelentőségű ítélete értelmében az oly előfizető, ki sem a lap küldése ellen nem tiltakozik kifejezetten, sem azt vissza nem küldi, a már esedékessé vált előfizetési díjat kiegyenlíteni tartozik.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület május 24-i programja: Bemutatás: 1. Berger Iván és Rókey Zoltán: Anguilla stercoralis esetek. 2. Tüdös Endre: A chorea infectiosa kezelése lumbalpunkcióval. — Előadás: 1. Dávid Mihály: Szülések a gyermekkorban. 2. Felletár József: Az első szülés jelentősége idősebb korban.

Siegrist prof. előadásait az I. számú klinikán nagy számú hallgatóság: orvosok és orvostanhallgatók, valamint a tanári kar számos tagja, nagy érdeklődéssel hallgatták. Bevezetőül Grósz E. prof. köszönte meg kiváló szemész-kartársának, hogy multévi bérni látogatását viszonzotta és gazdag tudásával, a közvetlen érintkezés s az élő szó hatalmával ápolja azt a kulturális érintkezést, amire elhagyatottságunkban olyan nagy szükségünk van. — Az első előadás 15-én a *neuritis retrobulbaris*ról szólt; a második 16-án a szem sérüléseiről. Szavait művészi kivitelű színes ábrák bemutatásával, gazdag tapasztalatainak érdekes kórtörténeteivel tette változatossá és mindvégig lebilincselővé. Kórtani csoportosításainak sikerült volta, a teendőknek mindig két csoportra osztása (mit kell tennie az esettel szemben a gyakorló orvosnak és mit a szemésznek), nagy didaktikai érzékkel teltek tanuságot. A második előadás végén Vámosy Zoltán dékán köszönte meg a kartársak nevében Siegrist előadásait és a látogatásában a magyar nemzét iránt megnyilvánuló megbecsülést és rokonszenvet.

Egymillió koronás pályázatok. A felső oktatásügyi egyesület által a magyar főiskolák tudományos munkájának biztosítására alakított bizottság 10, egyenkint 1 (egy) millió koronás pályadíjat tűz ki olyan főiskolát végzett fiatalabb tudományos bűvárok számára, kik tudományos munkára való reátermeltségüknek már tanujelét adták.

A pályázatok május hó 31-ig a tudománymentő bizottság irodájába (VIII., Mária-utca 39. I. sz. egyetemi szemklinikai) küldendők be.

A pályadíjakat a felső oktatásügyi egyesület igazgatótanácsából alakított bírálóbizottság június hóban ítéli oda s legkésőbb június hó 30-ig folyósítják.

A folyamodványhoz melléklendő:

- Curriculum vitae.
- Megjelent tudományos dolgozatok.
- Munkaterv vázlata.

Előnyben részesülnek, akik már doktorokká promoveálva vannak, úgyszintén akik főiskolai tanszékek mellett theoretikus irányban dolgoznak.

A tudománymentő bizottság nevében
Grósz Emil dr.
egyetemi tanár, ügyvezető alelnök.

Orvosi továbbképző tanfolyamok. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága ez év folyamán 11 tanfolyamot rendez és pedig tavaszkor a budapesti egyetem klinikáin, továbbá a debreceni és szegedi egyetemeken, ugyancsak tavaszkor (júniusban) lesz iskolaorvosi tanfolyam. Őszkor Budapest székesfővárosi közpórházában, a poliklinikán, az izraelita kórházban, úgyszin-

tén őszi lesz a munkásbiztosító pénztári orvosok számára tanfolyam. A részletes program a nyomdák szünetelése miatt május hó közepén jelenik meg. A bizottság irodája (VIII., Mária-utca 39.) írásbeli megkeresésre az érdeklődő orvosoknak készségesen megküldi.

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint május 4-től május 10-ig előfordult:

Hasi hagymáz.....	6 (—)	Gyermekágyi láz.....	2 (2)
Küteges hagymáz....	— (—)	Báránymáz.....	17 (—)
Hólyagos (ál-)himlő..	— (—)	Járv. fültőmirigylob..	10 (—)
Kanyaró.....	26 (1)	Vérhas.....	6 (—)
Vörheny.....	40 (5)	Járv. agygerincagyhártyalob..	2 (—)
Szamárhurut.....	34 (1)	Trachoma.....	— (—)
Roncs, torok-és-gégelob	10 (1)	Veszétség.....	— (—)
Influenza.....	7 (1)	Lépfene.....	1 (—)
Ázsiai kolera.....	— (—)	Nátház.....	— (—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóóráját **kedden és pénteken 11—12-ig tartja.**

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

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

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

Dr. Berger Iván orvosi laboratóriuma VII, Wesselényi-utca 2.
 Telefon: József 115-72. Lakáson: 175-91.

Svábhegyi szanatórium
 Klimatikus, diétás gyógyintézet bel- és idegbetegek részére. Nap- és légfürdők. I, EÖTVÖS-ÚT 12.

Dr. Szili Sándor orvosi laboratóriuma. Budapest V, Nagykorona-u. 32. Telefon 87-73.

PÁLYÁZATOK.

Vasvármegye és Szombathely város közkórházánál rendszerezített **egy alorvosi és két segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetek. Az alorvosi állás a X. fizetési osztály III. fokozatának, a segédorvosi állások a XI. fizetési osztály III. fokozatának megfelelő illetmények javadalmazásával van egybekötve. Felhívom a pályázni óhajtó orvos urakat, hogy kellőleg felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos dr. Tarányi Ferenc Vasvármegye főispánjához címezve hozzám 1924. évi május hó 31-ig nyújtsák be, mert a későn érkező kérvények figyelembe nem vétetnek. Szombathely, 1924 május 13.
 16/924. Eln. Dr. Pető Ernő igazgató-főorvos.

RECORD fecskendőket legjobban gyorsan javít
 legolcsóbban
FILL ÉS BARTUSKA laboratórium-felszerelési és
 üvegtechnikai ipar BUDAPEST VII, DOHÁNY-U. 26.

Terogon

(Extr. Pichi-Pichi, Extr. Kawa-Kawa, Lecithin, Ol. Chamomill.)

Iglófürdő

KLIMATIKUS GYÓGYHELY. — Tökéletesen berendezett fizikoterapiás gyógyintézet 600 m. t. f. ösfennvesben, Szepes megye. Főorvos: Dr. GROÓ BELA. Szoba 4—10, kitűnő ellátás 27 cse. korona naponta. Prospektus, vizum, felvilágosítást ad Dr. ADORJÁN BUDAPEST Menetjegyiroda, Vigadó-tér 1.

Használt polarimetert veszünk.

Árajánlatokat a Petőfi irod. váll. Kertész-utca 16, továbbít.

Francia orvosi művek

nagy választékban.

LIBRAIRIE FRANÇAISE

BUDAPEST IV, IRÁNYI-UTCA 20.

CALOMEL EBAGA 30% zsírtalan kenőcs láthatatlan külső lueskezeléshez.

MERLUSAN TABLETTA bevált belső antilueticum

Egybekötve a legideálisabb diszkrét lueskezelés.
 Ingyen minták orvosok részére.

PURGO

Új! Eredeti zacskóban 5 tabletta is kapható Új!
Dr. BAYER és Társa vegyészeti gyár
 Budapest IX, Rákos-utca 17. szám.

Dr. PÉCSI DANI és ISTVÁN OLTÓANYAGTERMELŐ-INTÉZETE BUDAPEST

VI, Teréz-körút 31. szám. — TELEFON: 88-00.

SZÉRUMOK
HIMLŐNYIROK

IFJ. KELETI orvosi műszer-és-kötszerész
 VI, Teréz-körút 10. szám. — Telefon: 105-92.

Teljes orvosi berendezések, orthopéd gépek, művégtagok, sérvkötők, háskötők, suspensorok, összes betegápolási cikkek.



BELSŐ ANTIGONORRHOICUM

Javalva a gonorrhoea és az ezt követő állapot összes stadiumánál, valamint a hólyag ideges panaszainál. Minden kellemetlen mellékjelenség nélkül hat, csökkenti a complicatiók veszélyét és a betegségi időtartamot rövidíti.

Csomagolás: Egy doboz 60 tablettás Terogon à 0.4 g.
Használati utasítás: Háromszor napjában evés után 3—4 tablettát.

Irodalmi és kísérleti minták rendelkezésre.

Dr. Franz Fehlhaber & Co., G. m. b. H., Hamburg-Stellingen, Kielerstr. 210.

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

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

Szerkeszti és kiadja: a vallás- és közoktatásügyi miniszter úr támogatásával és megbízásából a magyar orvosi facultások sajtóbizottsága

HERZOG FERENC VÁMOSSY ZOLTÁN ISSEKUTZ BÉLA KUBINYI PÁL

GORKA SÁNDOR REUTER CAMILLO BELÁK SÁNDOR CSIKY JÓZSEF

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR

SEGÉDSZERKESZTŐ: HUZLY IMRE.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Wladárczyk József: A Zugliget nyári klímája. (301—305. oldal.)

Frommer Imre: A terhességnek császármetszéssel és sterilizálással történő megszakításáról. (305—306. oldal.)

Szemző György: 23 évvel gastroenteroanastomosis után re-laparotomiára kerülő ulcus jejuni esete. (306—307. oldal.)

Étrendi előírások. A vesebetegségek diéta kezelése. 12. Só- és folyadékszegény étrend. (307—308. oldal.)

Lapszemle. Belorvoson. — Szülészeti és nőgyógyászati. (308—309. oldal.)

A szegedi egyetem barátai és a szegedi orvosok egyesületének május 17-i ülése. (309—310. oldal.)

Heti krónika. (310—311. oldal.)

Vegyes hírek. (311. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Zugliget nyári klímája.

A XXIX. balneológiai kongresszuson tartott előadása nyomán írta: Wladárczyk József dr.¹

A vérösszetételnek magasabb helyeken beálló elváltozásai szempontjából a Zugligeti Üdülőtelepen sorozatos vizsgálat tárgyává tettem 1922-ben 12 olyan egyén vérért, akiknek azelőtt állandó tartózkodási helye Budapest volt. Eredményeim² azt mutatták, hogy az üdülőtelepen való tartózkodás alatt olyan jelentékeny változások állanak be a vérösszetételben, amelyeket magaslati helyekre jellemzőknek tekintünk. A vörösvérsejtek száma szaporodik, a vérfesték mennyisége nő stb.

Ezen feltűnően érdekes és értékes eredményeket, amelyek úgy orvosi körök, mint meteorologusokat (Időjárás 1923, VI. sz.) foglalkoztattak, részben a niveaukülönbséggel járó légnyomáscsökkenéssel magyaráztam. (Budapest 129 m, a Zugligeti Üdülőtelep 305 m-re van a tenger színe felett.) Megemlítettem azt is, hogy már mások is beszámoltak csekély magasságban levő helyeken észlelt hasonló vérelváltozásokról. (Pl. Karcher: Archiv. f. exp. Path. XXXIX. kötet, 453. old.) Kétségtelen azonban, hogy más klímafaktornak is van szerepe ezen elváltozások létrehozásában, azért több oldalról azon kívánságot nyilvánították, hogy pontos megfigyelés tárgyává tételük az egyes klímafaktorok viselkedése is. Szükségessé vált tehát meteorológiai állomás felállítása.

Az állomás létesítésénél illetékes tényezők még más fontos szempontot is tekintetbe vettek. Hazánk megcsonkítása miatt ugyanis alig maradt meg egy-két magaslati, illetve úgynevezett subalpin vidékünk, amelynek specialis klímája a therapia szempontjából tekintetbe jöhet. Pedig nélkülözhetetlen a hegyvidék a klimatoterapiában. Ezért a klimatológiai szempontból értékesnek látszó helyeket felkutatni, vizsgálni és ismertetni egyrészt hazafias kötelesség, másrészt klimatoterapiailag ismereteink gyarapítására feltétlenül szükséges is. Hiszen ahhoz, hogy betegeket pihenés, üdülés miatt gyógyhelyre küldjünk, elemi követelmény azon hely klimatikus viszonyaival is teljesen tisztában lenni.

Köszönettel tartozom Réthly Antal dr. egyetemi magántanár úrnak, a Metereológiai Intézet adjunctusá-

¹ Réthly Antal dr. egyetemi magántanár úrnak, az Országos Meteorológiai Intézet adjunctusának közreműködésével

² Gyógyászat 1923, 15. és 16. sz.

nak, mert önzetlen fáradozásával lehetővé tette a meteorológiai állomás gyors létesülését.

A „Fácán“ Zugligeti Üdülőtelepen felállított állomás vezetésével Róna Zsigmond dr. úr, a Meteorológiai Intézet igazgatója engem bízott meg. Kötelességemnek tartom, hogy megfigyeléseink első eredményeit ismer-tessem.

A klimatikus tényezők ismertetésénél a tulajdon-ságok szemléltetőbbé tétele miatt összehasonlítást teszek a Metereológiai Intézetben (II. Kitaibel Pál-utca) és a Zugligetben lévő két állomásnak megfigyelési adatai között.

Az egyes klímafaktorokról.

I. A levegő nyomása.

A barometrikus vizsgálatokból kiderült, hogy a légnyomás középértéke megfelel a hely tengerszínfeletti magasságának, és pedig 748 Hg-mm. Ezen légnyomáscsökkenést vizsgálataim alapján elég-ségesnek tartom ahhoz, hogy a vérösszetételre jelentékeny hatást gyakoroljon. Igaz, hogy nehéz egyéb klimatikus tényezők befolyását kizárni, illetve tagadni. Amint már a bevezetésben említettem, a Gyógyászat 1923. évi 15—16. számában részletesen beszámol-tam azon megfigyeléseimről, amelyeket 12 egyénnél a vérösszetétel vizsgálata közben szereztem. Azt találtam, hogy az üdülőtelepen való tartózkodás alatt úgy a vörösvérsejtek abszolút száma, mint a haemoglobin mennyisége gyarapodik. A szaporodás maximumát átlagosan a 16., illetve a 22. napon éri el, melyet azután a telepen való tartózkodás egész tartama alatt, sőt anaemiásoknál e magasabb helyről való távozás után is állandóan megtart. A polyglobulia okául a csökkent légnyomáson, illetve az oxigén partialis nyomáscsökkenésén kívül még egyéb klimatikus tényező behatását is feltételeztem, mint pl. szélvédettség, jobb insolációs viszonyok, hosszabb napfénytartam, megnövekedett párolgás. Ezen polyglobuliát therapeutikus célra is felhasználhatónak gondolom.

Hogy a légzés és a pulsus száma a Zugligetben kissé szaporodik, az étvágy és a szomj fokozódik, az izzadási hajlam csökken, azt számos esetben volt alkal-mam megfigyelni.

II. A levegő hőmérséklete.

A gyógyhelyek klímáját alkotó tényezők között a hőmérsékleti viszonyok nagyon fontosak. Bár activ gyógyhatást a különféle hőmérsékleti viszonyoknak nem tulajdoníthatunk, annyi kétségtelen, hogy a szervezet hőtermelésére, ellenállási képességére, a szabadban való

I. tábla. A hőmérséklet havi középértékei:

	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.
Budapest, Meteor. intézet . . .	20.0	16.9	22.4	21.4	17.2
Zugliget	18.8	15.4	21.4	20.2	16.4
Különbség	-1.2	-1.5	-1.0	-1.2	-0.8

II. tábla. A hőmérséklet napi menetének havi középértékei:

Idő	Hely	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.
7 órakor	Budapest, Meteor. intéz.	16.5	14.4	19.4	17.6	13.0
	Zugliget	17.6	13.8	19.8	18.5	14.5
	Különbség	+1.1	-0.6	+0.4	+0.9	+1.5
2 órakor	Budapest, Meteor. intéz.	25.2	21.0	27.4	27.5	23.4
	Zugliget	23.3	19.0	25.5	24.8	20.4
	Különbség	-1.9	-2.0	-1.9	-2.7	-3.0
9 órakor	Budapest, Meteor. intéz.	18.4	15.1	20.4	19.2	15.3
	Zugliget	15.5	13.5	18.1	17.3	14.4
	Különbség	-2.9	-1.6	-2.3	-1.9	-0.9

III. tábla. A legmelegebb napokon észlelt hőmérsékek összehasonlítása:

	V/31.	VI/1.	VII/15.	VIII/10.	IX/1.
Budapest, Meteor. intézet . . .	32.4	31.6	34.6	35.1	33.0
Zugliget	31.0	29.9	34.0	30.8	30.2
Különbség	-1.4	-1.7	-0.6	-4.3	-2.8

IV. tábla. A nyári hőség és forró napok eloszlása:

Hónapok	Nyári napok száma		Hőszónapok száma		Forró napok száma	
	Buda-pest	Zug- liget	Buda-pest	Zug- liget	Buda-pest	Zug- liget
Május	7	4	1	1	—	—
Június	7	5	1	—	—	—
Július	28	23	10	7	—	—
Augusztus	26	23	10	3	1	—
Szeptember	11	5	2	1	—	—
Összesen	79	60	24	12	1	—

V. tábla. A napi maximális hőmérséklet havi középértékei:

	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.
Budapest, Meteor. intézet . . .	26.3	22.2	28.6	28.5	24.3
Zugliget	24.8	20.8	27.3	26.4	21.8
Különbség	-1.5	-1.4	-1.3	-2.1	-2.5

VI. tábla. A napi minimális hőmérsékletek havi középértékei:

	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.
Budapest, Meteor. intézet . . .	12.2	11.6	15.6	14.2	11.3
Zugliget	12.1	10.8	15.4	14.1	11.1
Különbség	-0.1	-0.8	-0.2	-0.1	-0.2

VII. tábla. A napi hőmérséklet napi ingadozásainak havi középértékei:

	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.
Budapest, Meteor. intézet . . .	14.1	10.6	13.0	14.3	13.0
Zugliget	12.5	10.0	11.9	12.2	10.7
Különbség	-1.6	-0.6	-1.1	-2.1	-2.3

VIII. tábla. A legerősebb lehűlés napján mért minimumok összehasonlítása:

	V/20.	VI/9.	VII/3.	VIII/30.	IX/26.
Budapest, Meteor. intézet . . .	5.0	6.5	8.9	9.5	7.3
Zugliget	5.2	6.9	10.0	11.2	7.6
Különbség	+0.2	+0.4	+1.1	+1.7	+0.3

IX. tábla. A napi hőmérséklet-ingadozás nagysága gyakoriságuk szerint:

Az ingadozás	C e l s i u s f o k							
	4-6	6-8	8-10	10-12	12-14	14-16	16-18	18-20
Bpest, Meteor. int.	5	8	14	24	30	27	15	9
Zugligetben . . .	6	14	25	36	30	19	2	0

X. tábla. A borultság havi középértékei:

	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.
Bpest, Meteor. Int. . .	3.8	6.1	4.4	3.2	4.0
Zugliget	3.3	4.4	3.0	2.2	3.3
Különbség	-0.5	-1.7	-1.4	-1.0	-0.7

XI. tábla. Azon reggelek hőmérséke, amikor a borulás 0 fok volt:

Dátum	Bpest	Zugliget	Dátum	Bpest	Zugliget
Május 20	8.5	8.5	Augusztus 10	18.3	21.1
„ 21	11.1	12.5	„ 11	25.0	24.6
„ 24	14.7	18.3	„ 14	16.0	17.5
Összesen V.-ban . .	34.3	39.3	„ 15	18.7	20.8
Június 8	11.7	11.9	„ 17	14.9	18.9
„ 9	11.9	13.5	„ 24	14.7	17.1
„ 16	11.8	14.1	„ 27	17.8	20.5
Összesen VI.-ban . .	35.4	39.5	„ 30	12.6	20.2
Július 5	15.5	17.9	Összesen VIII.-ban .	207.6	234.0
„ 11	19.3	20.8	Szeptember 1	18.9	20.1
„ 15	24.4	22.4	„ 8	10.0	15.9
„ 22	21.6	21.9	„ 10	9.7	14.5
„ 28	16.1	20.1	„ 11	10.1	14.2
Összesen VII.-ban .	96.9	103.1	„ 12	11.9	17.8
Augusztus 2	17.5	18.1	„ 17	14.1	16.3
„ 5	17.7	19.9	„ 24	13.4	16.1
„ 6	15.3	15.4	Összesen IX.-ben . .	88.1	114.9
„ 9	19.1	19.9	Összesen V-IX . . .	462.3	530.8

Középérték Bpestén 15.4. Zugligetben 17.7. Különbség + 2.3° C.

XII. tábla. Azon reggelek hőmérséke, amikor a borulás 10 fok volt:

Dátum	Bpest	Zugliget	Dátum	Bpest	Zugliget
Május hó	—	—	Július 23	18.9	15.4
Június 10	16.3	14.2	„ 27	18.5	16.6
„ 12	15.1	12.9	Összesen VII.-ban .	75.4	70.0
„ 15	12.1	10.2	Augusztus 22	15.1	14.1
„ 17	14.0	12.9	„ 23	18.3	16.7
„ 19	14.3	12.5	Összesen VIII.-ban .	33.4	20.8
„ 23	14.7	12.6	Szeptember 4	15.3	15.2
„ 26	18.9	17.1	„ 15	16.5	15.9
„ 27	12.4	10.9	„ 20	11.9	10.1
Összesen VI.-ban . .	117.8	103.3	„ 29	10.6	11.2
Július 2	16.6	17.7	Összesen IX.-ben . .	54.3	52.4
„ 17	21.4	20.3	Összesen V-IX . . .	280.9	246.5

Középérték Bpestén 15.6. Zugligetben 13.7. Különbség - 1.9° C.

XIII. tábla. A szél erőssége havi középértékei:

	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.
Bpest, Meteor. Int. . .	1.33	1.60	1.40	1.66	1.43
Zugliget	0.93	0.96	1.13	1.33	1.33
Különbség	-0.40	-0.64	-0.27	-0.33	-0.10

XIV. tábla. A szélirányok eloszlása:

	N		NE		E		SE		S		SW		W		NW		C	
	Bp	Z	Bp	Z	Bp	Z	Bp	Z	Bp	Z	Bp	Z	Bp	Z	Bp	Z	Bp	Z
Május	1	4	1	—	—	7	1	2	6	—	6	3	3	5	8	—	7	11
Június	7	10	2	—	2	15	—	—	2	2	6	3	19	13	37	8	15	39
Július	8	5	11	2	4	26	2	—	3	—	6	—	6	33	35	2	18	25
Augusz.	6	3	5	5	—	9	3	10	5	—	8	—	15	19	40	8	11	39
Szept.	3	4	5	2	—	8	3	15	6	1	11	7	6	17	31	2	25	34
Összesen	25	26	24	9	6	65	9	27	22	3	37	13	49	87	151	20	76	148

XV. tábla. A szélirányoknak megfelelő szélérősségek:

	N		NE		E		SE		S		SW		W		NW		C	
	Bp	Z	Bp	Z	Bp	Z	Bp	Z	Bp	Z	Bp	Z	Bp	Z	Bp	Z	Bp	Z
Május	1	5	1	—	10	2	3	9	—	9	7	8	6	15	—	—	—	—
Június	13	15	3	—	2	24	—	4	4	9	6	34	19	88	18	—	—	—
Július	14	6	16	4	6	45	3	—	4	—	10	—	7	49	72	4	—	—
Augusztus	10	4	5	11	—	17	4	19	6	—	13	—	24	35	94	12	—	—
Szeptember	6	5	8	4	—	11	3	26	9	1	17	13	11	27	74	3	—	—
Összesen	44	35	33	19	8	107	12	48	32	5	58	26	84	136	343	37	—	—
Középtérték	176	134	137	211	133	164	133	177	145	166	156	200	171	156	227	185	—	—

XVI. tábla. A viharok száma:

	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	Összesen
Budapest	1	5	1	2	3	12
Zugliget	—	—	—	—	1	1

XVII. tábla. Az abszolút nedvességek összehasonlítása:

		VI.	VII.	VIII.	IX.	Közép
7 órákor	Budapest	9.1	11.2	10.2	8.8	9.8
	Zugliget	9.7	11.7	11.5	9.0	10.5
	Különbség	+0.6	+0.5	+1.3	+0.2	+0.7
2 órákor	Budapest	8.8	10.4	9.5	8.7	9.4
	Zugliget	11.6	11.2	13.3	9.7	11.4
	Különbség	+2.8	+0.8	+3.8	+1.0	+2.0
9 órákor	Budapest	8.9	10.8	9.8	9.3	9.7
	Zugliget	10.0	11.2	10.9	9.2	10.4
	Különbség	+1.1	+0.4	+1.1	+0.1	+0.7
Közép	Budapest	8.9	10.8	9.8	9.0	9.6
	Zugliget	10.4	11.3	11.9	9.3	10.7
	Különbség	+1.5	+0.5	+2.1	+0.3	+1.1

XVIII. tábla. A relatív nedvességek összehasonlítása:

		VI.	VII.	VIII.	IX.	Közép
7 órákor	Budapest	73	67	68	78	72
	Zugliget	81	68	72	73	74
	Különbség	+8	+1	+4	-5	+2
2 órákor	Budapest	48	39	35	42	41
	Zugliget	70	49	57	55	58
	Különbség	+22	+10	+22	+13	+17
9 órákor	Budapest	69	61	59	71	65
	Zugliget	86	72	75	75	77
	Különbség	+17	+11	+16	+4	+12
Közép	Budapest	63	56	54	64	59
	Zugliget	79	63	68	68	70
	Különbség	+16	+7	+14	+4	+11

XIX. tábla. Budapest

	Csapadékos napok száma					Csapadék mennyisége	
	összesen	jégeső	zivatar	vihar	nyomok	összesen	maxim.
Május	2	—	2	1	2	2.4	2.0
Június	15	—	3	5	2	41.8	15.4
Július	8	1	3	1	—	40.8	23.3
Augusztus	9	—	3	3	1	17.3	6.1
Szeptember	9	—	3	1	1	26.4	13.9
Összesen	43	1	14	11	6	128.7	—

XX. tábla. Zugliget

	Csapadékos napok száma					Csapadék mennyisége	
	összesen	jégeső	zivatar	vihar	nyomok	összesen	maxim.
Május	4	—	1	—	—	3.8	1.0
Június	13	—	3	—	7	46.4	12.8
Július	6	1	4	—	1	24.8	12.3
Augusztus	8	—	3	—	1	18.0	5.6
Szeptember	7	—	2	1	5	26.5	14.8
Összesen	38	1	13	1	14	119.5	—

tartózkodás hosszabb lehetőségére nagy befolyással vannak.

Ezek után tekintsük meg a Zugligetben észlelt havi középhőmérsékletek értékét összehasonlítva a meteorológiai intézetben lévő állomás adataival. (I. tábla.)

A táblázat adatai azt mutatják, hogy a Zugliget nyáron hűvösebb, mint a főváros, és pedig középértékben 1.2 C°-kal.

Ha pedig a hőmérséklet napi-menetének középértékeit feltüntető összehasonlító táblázatot nézzük (II. tábla), azt látjuk, hogy főleg a déli (átlagban 2.3 C°-kal), kevésbé az esti hőmérsékek (átlagban 1.9 C°-kal) kisebbek. A reggel 7 órákor mért hőmérsékek a Zugligetben átlag 1 C°-kal magasabbak.

Az 1923. év nyarának legmelegebb napjain észlelt hőmérsékek összehasonlítása a Zugliget hűvösebb voltát igazolja. (III. tábla.)

A IV. tábla a nyári, hőség és forró napok eloszlását mutatja havonta és összesítve. Míg a fővárosban a nyári napok száma — amelyeken a napi maximum 25 C°-nál nagyobb, 79, a Zugligetben csak 60, a hőség-napok száma — amelyeken a napi hőmérsékleti maximum 30 C°-nál nagyobb — Budapesten 24, Zugligetben csak 12. Forró nap — amelyen a maximum 35 C°-nál nagyobb — a fővárosban egy volt, a Zugligetben már egy sem. Ez a nap — augusztus 10-ike — volt az 1923-as nyár legmelegebb napja Budapesten 35.1 C° napi maximummal, ugyanakkor a Zugligetben 30.8 C° napi maximumot mértek.

A napi maximális hőmérsékletek havi középértékeinek összehasonlításánál (V. tábla) a Zugligetben átlagban 1.8 C°-kal kisebb értékeket kapunk. A napi minimumok havi középértékeit is kisebbnek találjuk, átlagosan 0.3 C°-kal (VI. tábla). Tehát a Zugligetben az átlagos maximumok alacsonyabbak, mint a fővárosban, a minimumok szintén, de jóval kisebb értékkel és így a szélső ingadozás a zugligeti állomáson kisebbé válik, amit a hőmérséklet napi ingadozásának havi középértékeit feltüntető VII. táblázat adataiból könnyen kiolvashatunk.

Hogy a lehülés nem olyan nagy a Zugligetben, azt a legerősebb lehülés napján mért minimumok összehasonlítása mutatja (VIII. tábla).

Ha a napi ingadozásokat nagyságuk gyakorisága szerint csoportosítjuk, lényeges differenciákat találunk (IX. tábla). A kisebb napi ingadozások a Zugligetben gyakoribbak. Legnagyobb a 10–12 C° közötti ingadozások száma (36), attól kezdve rohamosan csökken és míg a fővárosban 18–20 C° közötti napi ingadozás kilenc esetben volt, a Zugligetben már egyszer sem. A 12 C°-on aluli napi ingadozások száma a Zugligetben 81 (61%), Budapesten 51 (39%). A 12 C°-on felüliek számának aránya ennek fordítottja.

A változékonyság napról-napra lényegesebb eltérést nem mutat (Budapesten 1.85, Zugligetben 1.73).

Azon tények, hogy a Zugligetben a középhőmérsékletek alacsonyabbak, a napi extrémhőmérsékletek, azaz a napi ingadozások értéke kisebb, magyarázatukat a helyi viszonyokban lelik. A tengerszín feletti magasság mellett erdők jelenléte játsza a legfontosabb szerepet. Az erdők, melyek nem melegszenek úgy fel, mint a sík vidékek, megátolják a túlerős felmelegedést és — a magasabb páratartalomnál fogva — az erős lehülést. Az a körülmény, hogy a Zugligetben nyáron a déli hőmérsékletek, a fővárosihoz viszonyítva, jelentékenyen alacsonyabbak, lehetővé teszi még dél alatt is a szabadban való kellemes tartózkodást. A napi ingadozások kisebb volta pedig az üdülésre szoruló, csökkent ellenállóképességű, legyengült szervezetet védi a hőmérséklet nagy ingadozásai okozta megbetegedésektől. Az ingadozás mégis elég nagy ahhoz, hogy a szervezet alkalmazkodóképességét igénybe véve igen fontos általános hatásokat fejtsen ki a hőszabályozásra gyakorolt direkt hatás folytán. A Zugliget hűvösebb levegője az anyagforgalmat a hőtermelés fokozása útján növeli, gyorsul a szívműködés és a légzés, megnagyobbodik a

vizeletkiválasztás, az étvágy nő, a testsúly gyarapodik. 10–15 kilós súlygyarapodások néhány hét alatt nem tartoznak a ritkaságok közé. Egyrészt a gyorsabb szív-működés és légzés, másrészt a megnövekedett táplálkozás folytán a tüdő vérellátása javul. A szívizomra gyakorolt hatás olyan, hogy kompenzált szervi szív-bajok esetében a compensatio javítására is eredmény-nyel felhasználható.

III. Felhőzet, napfény, insolatio.

Tekintet nélkül a felhők minőségére, a borultságot azzal a számmal fejezzük ki, amelyik mutatja, hogy az égboltozat hány tizedrésze van felhőkkel borítva. Az így nyert számadatokat havi középértékét kiszámítva és a fővárosi adatokkal való összehasonlítás céljából táblázatba állítva, feltűnő a Zugliget derültebb volta. A Zugligetben középértékben 1¹/₂-kal kisebb a borulás (X. tábla). Ez világos is, ha meggondoljuk, hogy a magasabban fekvő üdülőtelep a városi (ipari) ködrétegen felül van. Ezért a Zugligetben a napos órák számát is nagyobbra vehetjük, ami a szabadban való tartózkodás lehetőségét meghosszabbítja. A hosszabb napfénytartam pedig a telepnek már fekvésénél fogva is kedvezőbb insolatiós viszonyait javítja meg. Insolatiós hőméréseket eszköz hiánya miatt csak december óta végeztünk. Hogy azonban a délkeleti lejtőn fekvő üdülőtelep reggeli insolatiója mennyire a fővárosi felett áll, azt világosan látjuk a hőmérséklet napi menetének havi középértékeit feltüntető táblázatból (II.) A Zugliget reggel melegebb, az esős júniust kivéve. Ha a Zugliget derültebb és melegebb is reggel, természetes, hogy az insolatiója is jobb lesz. Ha pedig azokat a reggeleket nézzük, amikor mindkét hely teljesen derült volt, akkor az üdülőtelep hőmérsékletét minden esetben a városi felett állónak találjuk. (XI. tábla). 30 esetben volt reggel 7 órakor mindkét helyen a borulás 0 fok. Ezen esetekben észlelt hőmérsékletek középértéke Budapesten 15.4 C°, Zugligetben 17.7 C°, ami 2.3 C° differentiának felel meg. Derült reggel tehát a Zugligeti Üdülőtelep léghőmérséklete átlagban 2.3 C°-kal nagyobb a városinál. Ennek magyarázata az, hogy a magasabban levő üdülőtelep *korábban* kap reggel napot, mint az összehasonlítás céljára felhasznált fővárosi állomás — azaz a főváros — és mert *délkeleti hegyoldalon* fekszik, a reggeli napsugarak kedvezőbb szög alatt jutnak ide. Ez pedig lehetővé teszi, hogy a telepen reggel korábban kezdhetjük a szabad levegőn való tartózkodást, a lég- és napfürdőket, ami viszont a reggeli nap gyógyítóbb hatása miatt fontos, amennyiben ilyenkor a levegő tisztább volta miatt több ibolyántúli sugár jut a földre. Ilyenkor kellemesebb is a napsugarak közvetlen hatásának felhasználása, mint a sokkal melegebb déli órákban. Borus időben e viszony fordítottja áll fenn (XII. tábla). Ilyenkor a Zugliget átlagban 1.9 C°-kal hűvösebb, mint a főváros. A derült és borult reggeli hőmérséklet átlagok közötti differentia 4.2 C°-ot tesz ki, ami igen jelentékeny különbség.

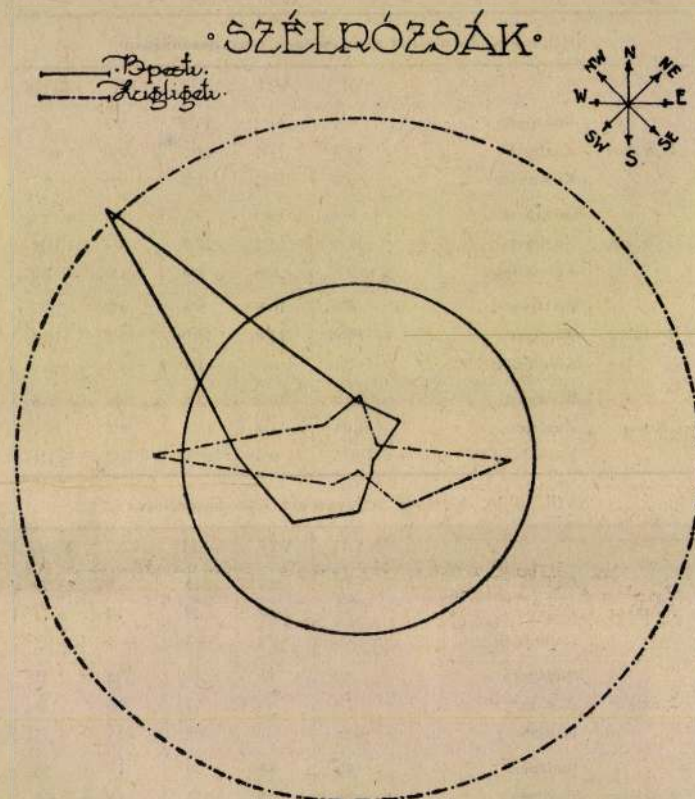
A Zugliget nyáron derültebb, mint a főváros, napos óráinak száma nagyobb, insolatiója jobb.

IV. A szélviszonyok.

Gyógyhely részére nem abszolút szélesend kívánatos, hanem inkább a kedvező szélviszonyok olyképen, hogy védve a hevesebb hideg szelek ellen, szabályosan vagy időnként egy-egy mérsékelt szél is legyen. Ezek jótékony hatásúak, mert a szervezet alkalmazkodó képességét igénybe veszik, amely befolyás következtében az egész szervezet működésére serkentőleg hatnak.

A napi háromízben eszközölt megfigyelésekből kiszámítva a szél erősségének havi középértékeit, a XIII. táblában feltüntetett értékeket nyerjük. A Zugliget csendesebb, a különbség középértékben csaknem 1/2 fok, ami közel 1 m-es sebességdifferentiának felel meg. A szélirányok eloszlását a XIV. táblában állítottam össze és adataiból megszerkesztettem a szélrózsákat, melyek az uralkodó szélirányokat szemléltetőbben tüntetik fel. A különböző irányokat és a szélesendet ábrázoló kör

sugarait úgy szerkesztettem meg, hogy minden egyes esetet egy milliméternek vettem. Az ábrák arányosan kicsinyítve vannak. Első pillanatra feltűnik a két állomás közötti lényeges különbség. A zugligeti állomáson legnagyobb száma a szélesendet kifejező C- (Calme-) oszlopnak van (XIV. tábla), míg a fővárosban a szélesendek száma ennek majdnem a fele. 396 megfigyelésnél szélesendes volt a Zugliget 148-szor, 37% (49 nap), a főváros 76-szor, 19% (25 nap). Az uralkodó szél a fővárosban az északnyugati volt (151), legritkábbak voltak a keleti (6) és a délkeleti (9) szelek. A zugligeti állomáson a keleti (65) és nyugati (87) szelek uralkodtak. Délkeleti szél lényegesen gyakoribb (27), mint a fővárosban. Északnyugati szél azonban feltűnően ritka (20). A Budapesten és környékén uralkodó szél elleni védelmet az üdülőteleptől északnyugatra fekvő hegyek teljesen biztosít-



ják. A helyi viszonyok ismerője tudja, miként van az üdülőtelepen aránylag olyan gyakran keleti és nyugati szél. Ezek helyi, úgynevezett völgyi, illetve hegyi szelek, melyek mindenütt előfordulnak, hol síkság hegyvidékkel érintkezik. Magyarázata a különböző felszíni formák egyenlőtlen felmelegedése. Napfelkelte után a sugarak a völgy fenekét és a hegyoldalak alsó részét néha igen nagy fokban felmelegítik, miáltal az itt lévő alsó légréteg is felmelegszik és a hegyoldal mentén felszáll. Ez a reggeli vagy völgyi — nálunk a keleti — szelet képezi. Naplemente után természetesen a hegycsúcsok hűlnék ki gyorsabban és a hidegebb levegő mint esti vagy hegyi — nálunk nyugati — szél száll alá. A reggeli szél párasabb levegőt visz magával és borulást okoz, az esti szél szárazabb és ilyenkor a felhőzet rendszerint eloszlik.

Kiszámítottuk az egyes iránycsoportoknak megfelelő szélerőket is (XV. tábla). Azt látjuk, hogy a fővárosban az északnyugati szél nemcsak gyakoriság tekintetében uralkodó, de egyúttal a legerősebb is (2:27). A Zugligetben a legerősebb az északkeleti és a délnyugati szél. Az északkeleti szél azon napokon volt igen erős, mikor a városban heves északnyugati szél, esetleg vihar volt. Ebből látható, hogy a Hármasküttető és a Jánoshegy az északnyugati szelekre irányt eltérítőleg hat és északkeletre alakítja át. Hogy mennyire véd a nyugati hegyláncolat, bizonyítja a szélviharok statisztikája is (XVI. tábla). A főváros 12 viharával szemben

a Zugligetben csak egy volt. A többi szélviharnak fentemlített okok folytán erősebb északkeleti szél felelt meg.

V. A levegő nedvessége.

Megkülönböztetünk abszolút és relatív nedvességet. Klimatologiai, sőt általános meteorologiai szempontból is az utóbbi a fontosabb. A relatív nedvesség nagysága szerint van: nagyon száraz levegő = relatív nedvesség 55%-nál kisebb, mérsékelt száraz = relatív nedvesség 55–70% között van, mérsékelt nedves = relatív nedvesség 71–85% között van és igen nedves levegő = relatív nedvesség 86%-nál nagyobb. A levegő nedvességének mérésére az Auguszt-psychrometert használtuk. A hőmérsékleti különbségek alapján a psychrometer-tablából nyert adatokat havi középértékre kiszámítva táblázatban csoportosítottuk. (XVII. és XVIII. tábla.) A nedvességi viszonyokat az értékesebb relatív nedvességi adatok alapján vizsgálva érdekes eltéréseket találunk.

Akár a relatív nedvesség menetét, akár a középértékeket nézzük, a zugligeti értékek a szeptember havi 7 órai középértéket kivéve mindig nagyobbak. A reggel 7 órai relatív nedvességek középértékénél a differentia +2, ami elhanyagolható kevés, úgyhogy nyáron reggel mindkét helyen a levegő mérsékelt nedves. Délben a relatív nedvesség a Zugligetben jelentősen nagyobb, míg a fővárosi középérték 41%, a zugligeti 58%. Ennek oka a zugligeti déli alacsonyabb hőmérséklet, a jelenlévő nagy erdők, öntözött pázsitok, a dús növényzet. A levegő a Zugligetben délben nem szárad ki annyira. Míg a fővárosi levegője nyáron délben a 41% átlag miatt nagyon száraz, a zugligetié csak mérsékelt száraz. A relatív nedvesség este valamivel nagyobb a Zugligetben, amit az esti nyugati — hegyi — szelek gyakorisága magyaráz meg, a nagyobb fokú lehűlésen kívül. Ha a középértékeket nézzük, akkor a fővárosi levegő az 59%-os átlagos relatív nedvességgel mérsékelt száraz, a zugligeti azonban a 70%-os határérték miatt már inkább a mérsékelt nedves levegőjű helyek felé hajlik.

A telítési hiány nagysága is ilyen jelleget ad a Zugliget levegőjének. Nedves a levegő, ha a telítési hiány 2 mm, mérsékelt nedves, ha 2–5 mm, mérsékelt száraz, ha 5–10 mm, nagyon száraz, ha a telítési hiány 10 mm-en felül van. Az 5 havi átlagos napi hőmérséklet a Zugligetben 18.4 C°, az átlagos páratartalom 10:7. Tekintve, hogy 18.4 C°-nak megfelelő telítési maximum 15.7, a telítési hiány 5.0, amely érték miatt a zugligeti levegő a mérsékelt száraz és nedves határán van. Budapesten ez időre a telítési hiány középértéke 7.3 mm.

A levegő nedvessége a szervezetre nagy hatású, azonban a hőmérséklet, légnyomás s a szelek befolyásától a nedvesség önálló hatását elkülöníteni nem lehet.

A Zugliget alig mérsékelt nedves (70% relatív nedvesség), közepes vízgőztartalmú (10:7) és közepes szárító hatású (5.0 mm a telítési hiány középértéke), nyári levegője a szervezetre légkellemesebb. Helyi megnyugtató hatást gyakorol a felső légutak nyálkahártyáira, amellyel, hogy a tiszta levegő már maga is kedvező helyi befolyású. Az idegrendszerre csillapító hatású. A szervezet párávesztésének — a hőszabályozásnak — befolyásolása révén serkentőleg hat az anyagforgalomra. Mindezen hatásokat főleg legyengült szervezetre fejti ki.

VI. A csapadék.

A csapadékmérések $\frac{1}{2}$ m² felfogó felületű Hellmann-féle esőmérővel történtek. A XIX. tábla a budapesti, a XX. tábla a zugligeti állomáson mért csapadékmennyiségeket és a csapadékos napok számát tünteti fel. Csapadékos napnak azokat vettem, amikor a csapadék mennyisége 0.1 mm-en felül volt. Csapadékos nap a Zugligetben 5-tel kevesebb volt. A csapadék mennyisége kisebb. Jégeső mindkét helyen egyszer volt. A viharok száma a Zugligetben feltűnően kevesebb. Nyomokban csapadék többször volt. A 24 óra alatti csapadék maximuma Budapesten 23.3 mm, Zugligetben csak 14.8 mm.

Mindezen különbségeket azért észleljük, mert a telepet nyugat és északnyugat felől erdőkkel fedett hegyek övezik, melyek a Budapesten és környékén uralkodó hideg, nedves északnyugati szél ellen védelmet nyújtanak (vihar kevesebb) és az alatt, míg a szél a hegyen átgördül, a levegő páratartalmából veszítve szárazabbá válik; ezért van a Zugligetben valamivel kevesebb csapadék.

Tekintettel arra, hogy a csapadék klimatoterapiai jelentősége főleg abban van, mennyire befolyásolja a szabadban való tartózkodást, azért az esőzéseknél annak időtartama, kevésbé mennyisége fontos. Hogy az eső azáltal, hogy lecsapja a port, füstöt, rothadó anyagokat, mikroorganizmusokat, tisztítja a levegőt, az természetes. Tapasztalat bizonyítja, hogy eső után a közérzet javul, az idegrendszer működése fokozódik. Hosszas esőzéseknek azonban — eltekintve a gyakori meghűléses betegségektől — depressív hatása van a kedélyállapotra.

Mondhatjuk tehát, hogy a csapadékviszonyok is kedvezők voltak a Zugligetben, mert úgy a csapadékos napok száma, mint a csapadék mennyisége, valamint sűrűsége kisebb. A leesett csapadék a hegyoldalon rögtön lefolyik, sár nem képződik, úgyhogy még ilyenkor is megvan a szabadban való tartózkodás lehetősége.

Összefoglalás.

A tiszta levegő, a kisebb légnyomás, illetve tengerszín feletti magasság, a felette kedvező insolatio, a polyglobulia, a nyári hónapokban észlelt alacsonyabb lég-hőmérsékletek és kisebb napi ingadozások, a levegő kedvező páratartalma, a csapadékviszonyok, a hideg és nedves északnyugati szél elleni védelem, mind, mind olyan tulajdonságok, amelyek nagybárra magasabb helyek specialis sajátosságai és amelyek alapján a Zugligeti Üdülőttelepet a mérsékelt magasságban fekvő hegyi klímájú helyek közé sorozhatjuk. Igaz, hogy az eddigi meteorologiai észlelések távolról sem elegendők arra, hogy a főváros és a Zugliget nyári klímájának különbségét végérvényesen megállapítsák, de máris értékes adatokat nyújtanak annak bizonyítására, hogy jelentékeny eltérések vannak a főváros és a Zugliget nyári klímája között. Ezen különbségek, amelyek a Zugligeti üdülőttelepet értékes tulajdonságokkal ruházzák fel, arra ösztönöznek, hogy egyrészt az észleléseket továbbra is pontosan folytassuk (téli eltérések!), másrészt pedig orvosok és betegek pártolásának biztosítása mellett, tapasztalatokkal erősítsük meg a klimatikus tényezők eltéréseinek kedvező hatását.

A terhességnek császármetszéssel és sterilizálással történő megszakításáról.

Irta: Frommer Imre dr. műtőorvos, v. bábaképezdei I. tanársegéd.

A nőgyógyászati beavatkozásoknak elég tekintélyes számát alkotják azon esetek, melyekben a belklinikai vizsgálatok alapján a terhességnek egyidejű sterilizálással történendő megszakítása feltétlenül javult. Többnyire — sajnos — olyan esetek ezek, melyek nagyobb műtéti beavatkozásokra — éppen az alabántalom előrehaladottsága miatt — már alig alkalmasak. Legtöbbször — tudvalevőleg — erősen progrediált tüdőgümőkorról, súlyos billentyűbántalomról, idült vesebajról van szó, vagyis olyan bántalmakról, melyek fennállása mellett sem a terhesség kiviselése és a szülés, sem a nagyobb anatómiai destruktíóval, vérvesztéssel járó és hosszas ágybanfekvést igénylő műtétek kibírása el nem képzelhető. A tapasztalat mutatja, hogy gyakran már a méhüregnek egyszerű kitakarítása is lényegesen lerontja az ilyen beteg általános állapotát, különösen a gümőkórosát. Világos tehát, hogy minden ilyen esetben kívánatos volna a terhességnek egyidejű sterilizálással történő megszakítása a betegeknek nézve legkíméletesebb módon, megtakarítva ezáltal számukra a több izga-

lommall és nagyobb veszéllyel járó kétszakaszos beavatkozást (Döderlein, Fehling, Opitz).

A méhüregnek egyszerű kitakarítása, ami sokszor előre nem látható nagyfokú vérvesztéssel jár, valamint a nyakcsatornatágítással, burokrepesztéssel, fájástkeltő szerek peroralis vagy parenteralis adagolásával (chinin, hypophysiskivonatok) egybekötött beavatkozás — ami igen gyakran az alapbántalom generalizálódását, illetőleg súlyosbodását (tuberculosis, vitium) eredményezi — nem tekinthető alkalmas eljárásoknak, már csak azért sem, mert velük a tulajdonképeni célt, a beteg sterilizálását még nem érjük el. A többi használatos műtéti eljárás: a méhtest megnyitása hüvelyi úton és az ezt követő kétoldali méhkürtkiirtás, a méh és függelékeinek kiirtása hüvelyi úton vagy hasmetszéssel, a méh hüvelyfeletti eszokolása olyan beavatkozások, melyek hosszabb tartama, a velük járó vérvesztés, a fertőzés és utóvérzés veszélye még a kevésbé leromlott betegeknek is nagyobb mértékben veszélyeztetik az életet.

1912-ben Walthard, majd a következő években Sellheim és Anderes írták le a terhességnek császármetszéssel és egyidejű tubasterilizálással történő megszakítását olyan esetekben, mikor a terhesség megszakítása és a következő teherbejutás lehetőségének kizárása abszolút értelemben indikált. A műtéti eredményekről újabban Doerfler és Frey számolnak be.

A műtét lényegileg corporalis császármetszés, mely a terhesség bármely szakában végezhető és amelyet a különböző szerzők különböző módon oldanak meg. Összesen hét esetben végeztem a műtétet az említett szerzők által leírt módszerek némi módosításával a következőképpen: symphysis és köldök között mintegy 8–10 cm hosszú medianlaparotomia. Mérsékelt Trendelenburg-helyzetben előhúzzuk a gravid méhet, melyet a Douglasba és a bélkacsok felé helyezett törülkövel a hasüregtől alaposan izolálunk. A méhtest elülső falán mintegy 5 cm hosszú, felfelé convex harántmetszést ejtünk a hashártyán, melyet ugyanilyen hosszú darabon részint élesen, részint tömpán letolunk. A méhtest elülső falának ezen szabaddá tett részén kis sagittális metszéssel megnyitjuk a méhüregt. A pete legtöbbször ujjal igen könnyen eltávolítható és csak vaskosabb decidua esetén vagy szívósan tapadó lepenyrszeknél kell a tompa curette-hez folyamodni. A méhüreg gyors és alapos kitakarítása után 1–1 cm hypophysis- és seculekivonatot fecskendünk a szokásos módon közvetlenül a méhizomzatba, mely azonnal contrahálódik (a nyakcsatorna retrograd tágítását, melyet Sellheim ajánl, nem végeztem egy esetben sem, ennek ellenére lochiapangást és a vele járó következményeket sohasem észleltem). A méhtest nyílását submucosusan vezetett és az egész izomzatot átfogó tovaftató catgut-varrattal egyrétegben zárom és a letolt hashártyalebenyt visszahajtva, azt súlyszettelt tovaftató serosavarrattal (Schmieden) egyesítem. Ezen műtéti szakaszban a vérvesztés alig számbavehető. Az izoláló törülkövek újjakkal való felszerelése után a méhkürtök sterilizálása következik, melyet végezhetünk akár az isthmikus rész resectiójával, akár az interstitialis rész ék alakú kimetszésével, akár salpingektómiával (Schautla). Mindhárom sterilizáló eljárásnak nagy hátránya, hogy egyrészt az amúgy is vérbő szövetekből kellemetlen szivárgó vérzés indul meg, másrészt, hogy a szükségessé váló sok lekötés miatt a műtét elhúzódik, ami éppen ezen betegekre nézve nem indifferens. E két momentum elkerülése céljából a tubákat Mandlener szerint sterilizálom olyképen, hogy a tubáknak a ligatura feletti hurokját thermokauterrel átégetem. Ezen módosítás nagy előnye, hogy a szöveteket nem kell bolygatni (ami — az esetleg fennálló, még meg nem békült, idült lobos folyamatokkal is számolva — csak előnyös) és hogy igen rövid idő alatt elvégezhető. A kétoldali sterilizálás után a hasüreget a szokásos módon zárom.

Végezhető volna a tubák continuitasbeli megszakítása helyett az egyszerű castratio (akár oophorektómiával, akár postoperatív Röntgen-besugárzással). A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy a castratiót követő

kiesési tünetek (főleg fiatal nőknél), dacára az organoterapiának igen sokszor súlyosabbak, mint a menstruációval járó kisebb-nagyobb vérvesztés hátrányai.

Az operált hét eset közül négynél phthisis pulmonum, kettőnél súlyos kombinált vitium, egyenél pedig időnként súlyosbódó vesebaj miatt vált szükségessé a beavatkozás. A hét beteg közül öt multigravida, kettő pedig primigravida volt, életkoruk 21 és 36 év között váltakozott. Három beteg terhessége a műtét alkalmával 3. hónapos, két betegé 4. hónapos, kettőé pedig 5. hónapos volt.

Ami az érzéstelenítés mikéntjét illeti, a műtétet sohasem végeztem általános bódításban, számolván a betegek súlyos szervi elváltozásaival. Három esetben egyszerű hasfali (1%-os novocain) érzéstelenítésben, négy esetben gerincagyi (stovain) érzéstelenítésben (Walthard) dolgoztam abszolút jó eredménnyel, leszámítva az utóbbi érzéstelenítési módnál mindig fellépett nauseát és néhány óráig tartó postoperatív főfájást, mely azonban sohasem volt olyan kínzó, hogy hypotoniát előidéző szerek váltak volna szükségessé.

Mint látjuk, a leírt műtéti eljárás a többi, bonyolalmas és hosszantartó beavatkozással szemben mindenképen előnyösebb. Időtartama rövid, veszélytelen, alig jár vérvesztéssel, technikája egyszerű, lényegtelen anatómiai destructiót okoz, narkosis elkerülésével végezhető és különösebb utókezelés nélkül lehetővé teszi a korai felkelést.

Irodalom: Walthard: Münch. med. Wochenschrift 1912, 18. szám. — Sellheim: Monatschrift für Geb. 1913, XXXVIII. köt., 2. füz. — Anderes: Monatschr. f. Geb. 1914, XV. köt., 443. old. — Mandlener: Zentralblatt für Gyn. 1919, 20. sz. — Doerfler: Zentralblatt für Gyn. 1923, 6. sz. — Sellheim: Zentralblatt für Gyn. 1923, 14. sz. — Frey: Zentralblatt für Gyn. 1923, 24. sz.

A Charité Poliklinika gyomor- és bélbeteg-osztályának közleménye (főorvos: Preisach Izidor dr.).

23 évvel gastroenteroanastomosis után relaparotomiára kerülő ulcus jejuni esete.¹

Írta: Szemző György dr.

Az ulcus jejuni az esetek legtöbbszörében néhány hónappal, de legkésőbb néhány évvel gastroenteroanastomosis után szokott keletkezni. Általános a felfogás, hogy spontán remissiókra nem hajlamos, belgyógyászati kezelésnek nem enged. Therapiájával nemcsak a esések, hanem Noorden is korai műtétet ajánl. Hogy ezek az elvek azonban nem általános érvényűek, azt jelen esetünk bizonyítja.

Sz. D. 48 éves férfibeteg 1922 decemberében jelentkezik a következő anamnesissel: 1900-ban heges pylorus-szűkület miatt megoperálták. A műtét után 7 évig panaszmentes volt. Ekkor újból heves fájdalmai jelentkeztek, melyeket azonban az azelőttieknek lejjebb, a bal mesogastriumban érzett. A panaszok 6 heti fekvőkúra után elmúltak; néhány évi tünetmentesség után újból jelentkeztek, majd megint elmúltak. Azóta betegünknek periodikusan visszatérő fájdalmai voltak, tünetmentes időszakoktól felváltva. A tünetmentes időszakok eleinte hosszabbak, a fájdalmas időszakok rövidebbek voltak, később a tünetmentes időszakok rövidebbek, a fájdalmas szakok hosszabbak lettek, mígnem az utolsó két évben fájdalmai úgyszólván állandóakká váltak. A fájdalmak rendszerint két-három órával étkezés után jelentkeztek s igen gyakran csak hányás szüntette meg őket.

Physicalis vizsgálatnál a köldöktől balra két ujjnyira, diónyi, igen fájdalmas, tömört tapintatú resistentia volt érezhető. Occult vérzés és a próbareggeli után hypersecretio és hyperaciditás volt konstatalható.

Röntgen-vizsgálat (Bárony Tivadar dr.): A gyo-

¹ Bemutattattott a Budapesti Királyi Orvosegyesület 1924 január 26-i ülésén. Az esetet sebészi megvilágításban a Közkórházi Orvostársulatban Csutorás dr. már bemutatta.

² Az akkori műtéti jegyzőkönyv tanúsága szerint valóban heges pylorus-szűkületről volt szó, amely miatt gastroenteroanastomosiszt végeztek.

mor alsó polusa köldökmagasságban van. Az alsó poluson fölfelé domború telődési hiány van (az elülső anastomosis helye); az anastomosisnál szemben a jejunumon koronáyi ulcusfolt látható, ennek megfelelőleg diónyi, igen fájdalmas resistentia tapintható. Három órával p. e. az ulcusfolt mellett jejunumrészletben csekély maradék, egyébként a gyomor üres.

Mindezek alapján ulcus jejunit diagnosztizáltunk. Előbb belgyógyászati kezelést kíséreltünk meg, majd ennek sikertelensége után *műtétet* ajánlottunk, mit *Pólya* tanár úr végzett 1923 februáriusában. A műtét a klinikai diagnosztizált igazolta: az ulcus jejuni az elülső hasfallal összenőtt, callusos és penetráló volt. A műtét a fekély resectiójában, a gastroenteroanastomosis megszüntetésében s a pylorusstenosis javítását célzó Finney-féle műtétben, gastroduodenostomiában állt. A műtét után a beteg rendszeres ulcus-kurát tartott, azóta panaszmentes, occult vérzése nincs, hypersecretiója azonban változatlan, sőt hyperaciditása fokozódott. Röntgennel eleinte a Finney-műtét utáni gyomorra jellemző radiológus kép mellett retardált kiürülés volt konstátálható, jelenleg azonban a kiürülési tartam normalis.

Esetünk több szempontból keltheti fel érdeklődésünket. Igen figyelemreméltó az anamnesis. Abból kiderül, hogy hét évvel a műtét után a betegnek panaszai voltak; e panaszok nem különböztek azóktól, melyek miatt a második műtét előtt hozzánk jött. S azon panaszok, melyek a későbbi tünetmentes időszakok után újra meg újra előálltak, szintén mostani panaszaihoz hasonlóak voltak. Ebből azt kell következtetnünk, hogy a betegnek már hét évvel a gastroenteroanastomosis után jejunalis ulcusa volt.

Minthogy azonban a jejunalis ulcus diagnosztizálása igen nehéz s minthogy az ulcus jejuni postoperativum gyakorisága azelőtt kevésbé volt köztudomású, mint mostanában, úgy látszik, ezen ulcusát meg nem diagnosztizálták, hanem gyomorulcusnak tartották.

Ennek következménye volt, hogy a beteg belgyógyászati ulcuskezelésen esett keresztül, mely az utóbbi évekig mindig eredményes is volt, hiszen meglehetősen rövid, panaszoktól jellemzett szakok meglehetősen hosszú tünetmentes szakokkal váltakoztak.

Mindebből pedig úgy a diagnostika, mint a therapia számára következtetés vonható le. A diagnostika számára az, hogy az ulcus jejuni anamnesisére éppúgy jellegzetes lehet a periodicitás, mint az ulcus duodeni-éra;³ a therapia szempontjából pedig az, hogy az ulcus jejuni nem minden esetben az a makacs, belgyógyászatiulag hozzá nem férhető, föltétlenül azonnal sebészi beavatkozást igénylő megbetegedés, amelynek azt a jelenleg uralkodó, az irodalomban letett felfogás szerint tartani szokás, hanem igenis, latens szakba való átmenetelre, talán múló gyógyulásra hajlamos megbetegedés is lehet. Fontos ennek hangsúlyozása azért, mert az ulcus jejuni műtete súlyos műtét s mert a második műtét után a beteget újabb recidivák, azaz újabb jejunalis fekélyek keletkezésének lehetősége fenyegeti.

Mindezek hangsúlyozása azonban nem akarja azt jelenteni, hogy minden ulcus jejunit belgyógyászati kezeléssel meggyógyíthatónak kell tartani. E kérdés megítélését nagyon megnehezíti az ulcus jejuni diagnosztizálásának nehézsége; hiszen az praecise csak akkor körismézhető, ha már penetrált; ilyenkor csakugyan már csak műtét segít. A diagnostika finomodása e kérdés állását mindenesetre jobb megvilágításba fogja helyezni. Addig is azonban, azt hiszem, a szóban forgó esetből levonható tanulságként már most is indokolt annak az elvnek a lefektetése, hogy az ulcus jejuni belgyógyászatiulag befolyásolható lehet.

Figyelmet érdemel betegünk még egy szempontból. Az első panaszok a gastroenteroanastomosis után ugyanis hét évvel a műtét után jelentkeztek; ez az időtartam meglehetősen hosszú, bár az irodalomban szerepelnek 11 éves spatiumok is. Ha azonban tekintetbe vesszük, hogy a diagnosztizálására, illetve a relaparotomiára csak 23 évvel a gastroenteroanastomosis után

került a sor, jelen esetben oly hosszú időszakra van szó, amilyenre az irodalomban példa még nincs. De nemcsak a raritás az, ami miatt ez a 23 éves spatium figyelmünket lekötöti. A tény pusztán regisztrálásánál talán még fontosabb a belőle levonható tanulság: az, hogy azokról a műtétekről, melyeket újabban a gyomorfekélychirurgiában a jejunalis fekély megelőzése céljából ajánlanak, csak nagyon hosszú idő múlva lehet végleges ítéletet mondani.

ÉTRENDI ELŐÍRÁSOK

A vesebetegségek diatás kezelése.

12. Só- és folyadékszegény étrend.

Az emberi szervezet napi konyhasósükséglete nagy átlagban kb. 2 g-ra tehető. Az ezen felül fogyasztott napi 8–10 g csupán az ételeink izesítésére, fűszerezésére szolgál. A konyhasónak az az előnye a többi fűszer fölött, hogy igen olcsó, minden embernek egyformán ízlik, alkalmazása különösebb szakavatottságot, gyakorlatot nem igényel s a falatot egyenletesen átjárja. Viszont a *korlátlan sófogyasztás egyes betegségeknél hátrányos lehet*. Vesebetegeknél például kiválasztása megterheli a vesét, növelheti a só- és víztentit, cédemát okozhat stb. Ilyenkor a napi sóadagból az ételek fűszerezésére eső részt a baj súlyosságához mérten többé-kevésbé redukálnunk kell. A sótlan étel azonban íztelen és fogyasztása élvezettel nem jár, ezért bizonyos konyhatechnikai fogásokhoz kell folyamodnunk, ha nem akarjuk, hogy a beteg a táplálkozást beszüntesse.

A sómegszorításnak két formáját ismerjük. Az *enyhe előírásnak* az elveit már ismertettük: kerülni kell a magas sótartalmú élelmiszereket és ételeket, mint a sózott hús, sózott vaj, hentesárak, tengeri és sózott halak, sós vízben konzervált főzeléklék, húsleves, kenyér, főtt tészta, berántott főzelékek. A fehérjegyazdag állati élelmiszerek (hús, tojás és sajt) helyett, amelyekhez erősebb sózás szükséges, inkább cukorral édesített tésztákat, cukrászsüteményeket, gyümölcsöket és gyümölcskészítményeket rendeljünk.

A *szigorúan sószegény étrend* ezzel szemben csak 2–5 g-ot tartalmazhat. (Az *igen szigorú előírást*, ahol 2–5 g-nál is kevesebb a só mennyisége, csak ritkán és rövid ideig szoktuk alkalmazni.) Mivel a különben sószegény élelmiszerek sózása étellel való elkészítésük közben csupán az izesítésük érdekében történik, az erőlyes sóreduktio egyik módja az lesz, hogy a *konyhasó helyett izesítésre más fűszereket használunk*. A fűszerek helyes alkalmazása nagy gyakorlatot igényel és a szakács és cukrász művészete javarészt ebben áll. A négy alapíz közül a savanyú ízt organikus savakkal (ecet, citrom), az édes ízt cukorral, a sós ízt az ételeknek pedig konyhasóval adjuk meg. A keserű ízt magában nem használjuk fűszerezésre. Az alapízeket ritkán alkalmazzuk egymagukban, mert az élvezeti értéket azok keverése a simultan-contrast-hatás következtében nagyban képes emelni. Az édes-savanyú, az édes-keserű, a sós-savanyú stb. íz-combinációkkal az ételek nagy változatossággal állíthatók elő. Ehhez járul még az aromás anyagok egész sora, amelyek a szagló- és ízlelőszerv együttes ingereiként emelik az ízletességet. A magasabb szakácsművészet aránylag sokkal kevesebb sót használ, mint az egyszerű polgári konyha és ételeit inkább finom, aromás, pikáns fűszerekkel izesíti.

Azon fűszereknek, amelyekkel a fűszerezendő anyagokat meg szokták hinteni, az a hátrányuk van, hogy az ízüket nem járja az élelmiszereket egyenletesen át, hanem a concentratiókülönbség a falat felülete és belseje között kellemetlenül lesz érezhető. Ez megtörthetik a konyhasóval is. Régóta használatos ugyanis az az eljárás, hogy a sótalanul elkészített élelmiszereket ízletességén a beteg kezéhez adott, lemezt mennyiségű sóval segítene. A falat felületére szórt sónak nincs kellő bevonó ereje, ellenben el lehet azt érni, ha a *felhasználandó sómennyiséget zsíros mártásokba keverjük*, amelyeket azután a különben íztelen ételekhez tállunk. A zsíros mártás nemcsak a falat felületét vonja be, hanem a száj nyálkahártyáját és a benne levő ízérző végződéseket is és a redőkben, a fogak között megtapadó kellemes sós íz az ízletlen és sótalan falat lenyelése után is egy ideig a szájban megmarad.

A zsíros mártások legegyszerűbb alapanyaga a savanyú tejfel, az aludttej vagy a joghurt; igen sokféle

³ A hazai szerzők közül *Bársony* hangsúlyozta először, hogy az ulcus jejuni anamnesisére jellemző a periodicitás.

tejszerű mártást lehet készíteni belőlük. Egy másik a tojássárgája és vajból kevert hollandaise; ezeket különféle ízes anyagokkal remoulade, tartare, mousseline, Cumberland, bearnaise stb. sauce-okká változtathatjuk. A zsíros mártások harmadik alapanyaga a magyaros konyha paprikás zsírja. Vesebetegeknek az első csoportbeli mártások aggodalom nélkül adhatók, a többiek pedig a diéta prophylaxisnál említett cautellákkal.

A sószegegy diéta hosszabb időn át való adása sokszor hiúsul meg azon, hogy a betegek a sőtlanul tált főzelékeket nem képesek megenni. A nyers főzelékek a megfőzésük után ízletlenné válnak és fogyasztásuk csak megfelelő sózással lesz élvezetes. A sárgarépa pl. nyersen fűszerezés nélkül fogyasztható, a főtt sárgarépát ellenben erősen meg kell sózni. A vízben főtt burgonya és a zsenge tengeri erős sózást igényelnek, míg ugyanezek sültve só nélkül is fogyaszthatók. A főzelékek ízes anyagait a forró víz kioldó hatása elől úgy lehet megvédeni, hogy azt nem főzéssel, hanem gőzöléssel puhítjuk meg. A helyes ideig gőzölt főzelék annyira ízes marad, hogy nem is kell a sózásra gondolni, ami arra mutat, hogy a főzelékek megsózása a főzés következménye, mert konyhasóval igekezzünk a kioldódott izanyagokat és ásványi sókat pótolni. A főzelék gőzölése a legegyszerűbben úgy hajtható végre, hogy a fazék aljára csupán annyi vizet öntenek, amelyből annyi gőz fejlődik, amennyi a felpuhulás eléréséhez szükséges.

A többi, sószerűen készíthető élelmiszer közül a hús sózása a fajta szerint is változhatik. A legkevésbé kell sózni a galamb- és tyúkhúst, jobban a marhahúst, a vadat, még erősebben a borjúhúst, a legtöbb só szükséges a disznóhús, halak, liba, valamint a vese és velő elkészítéséhez. A tojás sőtlan fogyasztását a legtöbb ember idővel meg tudja szokni. Ha a vaj eltartására sőt használtak, úgy alaposan áztassuk ki alkalmazása előtt. Csak az édes zsíros crême-sajtokat engedjük meg.

A keményítőtartalmú élelmiszereket, mint a rizst, burgonyát és búzalisztet csak édes ízű ételeknek elkészítve tálaltassuk. Az édes főtt, sült és zsírban sült tészták minden fajtáját adhatjuk. A kenyeret vagy háziilag készített sőtlan tésztából, vagy inkább karlsbadi kétszersültet, esetleg caces-et fogyasztassunk az ételekhez. Kerüljük a rántást, főleg ahol sok kell belőle. A főzelékeket ne rántsuk be, a rántással készült mártások és levesek közül csak az édesen készítéseket adjuk.

Igen fontos élelmiszerünk a sószegegy étrendben a gyümölcs. Már a fajtájuknál fogva is igen nagy változatosság érhető el az alkalmazásukkal, ami a különféle gyümölcs-cukor készítményekkel még jobban fokozható. A nyers gyümölcsökön kívül a compote-ok, befőttek, szörpök, gelée-k, lekvárok, jam-ek, fagyaltok nemcsak mint különálló ételek közkedveltek, de más ételek, mint például tészták ízesítésére is előnyösen használhatók. Főleg a maggyümölcsökkel, mint dió, mogyoró, mandula, mák és gesztenye lehet kitűnően ízesíteni.

A sóbevitel megszorítása mellett a fokozott folyadék-megvonással felesleges a beteget gyötörnünk. Ha a sófogyasztás minimális, úgy a szomjúság sem jelentkezik gyakran és így a beteg nem iszik gyakran és sokat. A folyadéktartalmú ételneveléket, mint levesek, élvezeti szerek, tej stb. természetesen szorítsuk meg. Általában arra kell törekednünk, hogy az étrend csak annyi vizet tartalmazzon, amennyi az abból származó anyagcsere-termékek kiürítéséhez szükséges. Emellett ne álljon a beteg asztalán sem sőtartó, sem vizes palack. Szoktassuk arra, hogy szomját csak az étkezés végén csillapítsa. Hogy erre ne sok víz legyen szükséges, úgy lehet megelőzni, hogy a főttekhez hígabb, édes-savanyú édességgel, crême-mel, geléevel, fagyalttal, gyümölcskészítménnyel zárjuk be.

Soós Aladár dr.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A fagyás Röntgen-kezelése. Kroll. (Med. Klin. 1924. 15. sz.)

A Röntgen-kezelés tartós gyógyulást nem hoz létre, amennyiben a hideg, nedves időjárás beálltával a tünetek kiújulnak. Azonban az esetek nagyobb részében (17 eset közül 5-nél nem volt objektív javulás) olyan jó hatással van mely a szokásos egyéb kezeléssel nem érhető el. A betegeket megszabadítja a fájdalomtól, viz-

ketéstől, a duzzanat, kékes elszíneződés visszafejlődik. Az elhalt részek lelködése gyorsan bekövetkezik, a fekélyek behámozódnak. A gyógyulás ideje határozottan megrövidül. A Röntgen-kezelés egyszerűbb, mint a kényelmetlen és a foglalkozást is akadályozó kenőcsös kezelés. Technika: $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ bőregységdosis $\frac{1}{2}$ —3 mm-es aluminumszűrőn keresztül. Szerző káros hatást nem tapasztalt.

Erdélyi József dr.

Az achylia gastrica viszonya a gyomorrákhoz. Zweig. (D. m. W. 1924. 16. sz.)

A szerző 8 olyan gyomorrák-estét észlelt, melyben a betegek előzőleg 10—15 éven át állandó achylia gastrica miatt voltak kezelés alatt. Arra következtet ebből, hogy a két dolog között összefüggés van. Konjetznyi időszult gastritisnél vizsgálva a gyomornyálkahártyát, glandularis hyperplasiát és a mirigyhám atypusos burjánzását találta, amiből esetleg szintén lehet az összefüggésre gondolni. Achylia gastrica esetében a bélemésztés rendes lefolyása megváltozik: telítetlen dicarbonsavak keletkeznek, melyek a normálisan keletkező telített savaktól eltérően — Freund és Kammer szerint — nem bírnak ráksejtpusztító hatással, sőt a telített savak ilyen képességét semlegesítik.

Kiss József dr.

Hypertonia és fokozott alapanyagcsere. Manna-ber. (Wiener klin. Wochenschrift 1924. 4. sz.)

Az essentialis hypertoniának gyakran tachykardiától kísért tünetcsoportja alapján szerző endokrin — valószínűleg thyreogen — eredetre gondol. Ezt régebbi vizsgálatokkal részben igazolta, a belső elválasztás zavarának kimutatására újabb anyagcserevizsgálatokat végzett. Vizsgálataiból kiderült, hogy essentialis hypertonia esetében az alapanyagcsere fokozódása szabálynak tekinthető, evvel szemben lueses aortitis kapcsán keletkező vérnyomásemelkedésnél az anyagcsere nagyságában nincsen változás. Nephritises hypertoniában az alapanyagcsere részben normális nagyságú, részben szintén fokozott, aminek ellenőrzésére boncolásra kerülő esetek vizsgálatát tartja fontosnak, ahol a vese megbetegedésének mértéke szabatosan ellenőrizhető.

Cserna dr.

Szülészet és nőgyógyászat.

A vaccinakezelésről a nőgyógyászatban. Prof. Bucura. (Arch. f. Gyn. 119. köt. 3. füzet.)

Szerző évek óta foglalkozik a vaccina-terápiával és több mint tízéves tapasztalata után számol be egyrészt az eredményeiről, másrészt annak alkalmazásáról, az indicációról, az adagolásról, valamint annak értékeléséről, illetve eredménytelenségéről. Felemlíti, hogy némely tekintetben különösen az adagolásban a praktikus eredmények ellentétben állanak a jelenlegi theoretikus ismeretekkel. Így a kicsiny homeopathikus adagok teljesen hatástalannak mutatkoztak a női nemi szervek gonorrhoeás megbetegedéseinél. Csak a nagy adagolásnál látott eredményeket. Mivel ártalmakat a nagy adagoktól nem látott, az eredmények pedig kétségen felül állanak, ezért azt hiszi, hogy ebben a speciális kérdésben el kell tekinteni attól az ellentétől, amely a jelenlegi theoretikus felfogás és a praktikus eredmények között fennáll. A gonococcusoknak különben is egészen sajátos biológiai és csak igen kisfokú általános toxicitásuk folytán a többi kórokozókhoz össze sem hasonlíthatók.

Természetesen a gonorrhoeás vaccina-kezelésnél sem szabad sematikus eljárni. Gyenge szervezetű betegeknél kisebb adaggal kezdjük a gyógyítást és fokozatosan emeljük az adagot. Csak igen ritkán találkozunk olyan megbetegedésekkel, ahol a gonorrhoeás vaccina-therapia ellenjavalt volna. Előrehaladott tuberculotikus folyamatoknál, nagy anaemiáknál, teljesen legyengült szervezet esetén mellőzendő. Sohasem szabad az adagot addig emelni, amíg nagy a reactio. Teljesen mindegy, hogy ez lázas állapottal jár vagy általános betegség érzésével, vagy izgalmi tünetekkel a megbetegedett szervek részéről. A gonococcus- és staphylococcusvaccinát alkalmazta, a Kalle-félét és a Merck-féle „arthigont”. Az injectiókat rendszerint intramuscularisan adta, még pedig mindazokban az esetekben, ahol a kankós, megbetegedés a belső méhszáj fölé terjed, tehát méh-, illetve endometrium, a petevezetők, a petefészek és hashártya, azonkívül parauretitis, Bartholinitis, lymphangitis, lymphadenitis és metritis eseteiben.

Ha kankós megbetegedésnél gyanu van kevert fertőzésre, mint az a legtöbb időszult kankós adnexummegbetegedésnél tényleg fennáll, akkor kevert vaccinával

folytatta a kezelést, még pedig úgy, hogy a teljes dosis gonococcusvaccinához (100 millió) ugyanabban a fecskendőben 20 millió colit, 2 millió strepto- és 200 millió staphylococust kevert. Ezt az arányt emelte a kezelés további folyamán egész 100 millió gonococcus, 100 millió coli, 10 millió strepto- és 1000 millió staphylococcusig.

Ha olyan gyulladásos megbetegedéssel állott szemben, ahol a kankós aetiologia nem volt tisztázott, ugyanígy járt el. A kezelés csupán abban különbözött, hogy azokban az esetekben, hol a kankós fertőzés teljes biztonsággal kizártnak volt mondható, mindjárt kevert vaccinával indította meg a kezelést. Azoknál a folyásoknál, ahol sem kankós, sem constitutionalis alapon kifejlődött folyásról nem lehetett szó és az általánosan szokásos folyásellenes kezeléssel dacoltak. *Luithlen* tanácsa autovaccinát készített a hüvelyből vett váladékból és az így nyert vaccinát injeciálta a fent ismertetett módon. Eredményei egyes esetekben csodálatos jóhatásúak voltak. Máskor viszont refractaer módon viselkedtek.

Kis leányok igen makacs kankós természetű folyásainál azt találta, hogy ezek a legjobban reagálnak a polyvalens gonococcus-vaccina-kezelésre. Régóta használja prophylaktikus célból is, különösen egyes esetekben az operabilitás kérdésének a vizsgálására. Így azt látta, hogyha kényszerítve volt egy-egy esetet operálni a gyulladásos következmények miatt, úgy a szokásos vizsgálatok, amelyek hivatva volnának eldönteni egy esetleg még fennálló infectiót, a megbetegedés természetét illetőleg sokszor cserben hagyták. Viszont ha kankós természetű volt a megbetegedés, 1–2 injectióra a helyi tünetekből következtetni lehetett a kankós természetű megbetegedésre. Ismételtén megtörtént, hogy a tervbevevett curettage-tól és nagyobb műtét beavatkozásoktól elállott, mert a provokáló vaccinekezelés pozitív eredménnyel végződött.

A sikertelen kezeléseket, amelyekről egyesek beszámolnak, azt a bizalmatlanságot keltik fel a szerzőben, hogy a kivitelben nem jártak el helyesen. Az a meggyőződése, hogy a vaccinatherapiával eredmények érhetők el, még pedig olyan jó eredmények, amilyet semmi más fajta kezelés felmutatni nem képes. A sikertelen vaccinekezelésnél ne tévesszünk egy más körülményt sem szem elől és ez az, hogy a reinfectio a „Partner” részéről állandóan veszélyeztetni a már meggyógyult nőt és reámutat a férfi latens kankós megbetegedésére. Hiába kezeljük a női kankót a legalaposabban, ha figyelmen kívül hagyjuk a kankósan fertőzött férfit. Ajánlja a vaccinatherapiát minél kiterjedtebben alkalmazni és a kérdést főleg nagyobb klinikai anyagon tisztázn.

Haba dr.

Klinikai tapasztalatok decapitációnál a sarlóalakú késsel. *R. Franz.* (Arch. f. Gyn. 119. köt., 3. füz.)

A műtét elhanyagolt harántfekvésnél jön szóba, ha a nyak elérhető. A decapitációra általánosságban eddig olyan eszközök állottak rendelkezésünkre, amelyek vagy úgy fejtették ki hatásukat, hogy a magzat nyakát a törzstől egyszerűen levágták vagy lecsavarták. Erre a célra szolgáltak főleg a Braun-féle horog, a Zweiffel-féle trachelorektor, újabban a Ribemont-Bong-féle eszköz. A nyak átmetszésére a különböző ollók szolgáltak. Legelterjedtebb volt a Siebold-féle olló. Szerző olyan eszközt szerkesztett, amely mindazokat az előnyöket egyesíti, amelyek egy decapitációs eszköznél szükségesek, és pedig az eszköz könnyű felvezetését, a műtét könnyű kivitelét és a metszőképességet. Ilyen szempontok figyelembevételével készült az a sarlóalakú decapitációs eszköz, amelyet 1911-ben *Braun S.*-el együtt szerkesztett s a német gynaekologiai kongresszuson bemutatott. Azóta igen sok esetben használta, dicséri az eszköz könnyebb kezelhetőségét és ajánlja kipróbálásra.

Haba dr.

A collumrák sugaras kezeléséről. *W. Schmitt.* (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1923. 86. köt., 2. füz.)

1913 január 1-től 1920 december 31-ig összesen 255 collumrákban szenvedő beteget vettek fel a klinikára. Ebből 102 (40%) operabilis volt és megoperálták. 153 betegnél a folyamat inoperabilis volt, ezekből 122-t (60%) sugaras kezelésnek vettek alá. 70 beteget kizárólag radiummal vagy mesothoriummal kezeltek. 61 betegnél teljesen befejezhették a kezelést. Ezek közül két év múlva még 9 (14.7%) életben volt. Ha azonban ezekhez hozzászámítjuk azokat a betegeket, akiknél a kezelést nem fejezték be, úgy a 70 beteg közül, kiket 1913-tól 1920-ig terjedő időben kizárólag radiummal kezeltek, csak 12.9% él, tehát a radiummal kezelt betegeiknél

19.2%-ban relativ gyógyulást értek el 5 évre. Szerző továbbá beszámol a kombinált radium-röntgen-kezelés eredményeiről is 38 eset kapcsán. Ebből azonban teljes kezelésben csak 31 beteg részesült, 7 beteg egy éven belül meghalt. A 31 beteg közül, akiknél a sugaras kezelést teljesen befejezték, meghalt 29, csupán 2 élt még két év múlva. Ez 6.4%. Az eredményeik ezek szerint a tisztán radiummal kezelt eseteiknél határozottan jobbak, mint a kombináltan kezelt esetek, mert még a kizárólag radiummal gyógyított beteg közül két évi megfigyelés után 14.7% életben van, addig kombinált kezelés után csak 6.4% él még. A számadatok mindenesetre alacsonyok még ahhoz, hogy messzebbmenő következtetéseket belőle levonhassunk, de az a jó eredmény a véletlen játéka is lehet, amit a tisztán csak radiummal kezelt esetek felmutatnak. Mindamellett szerző azt hiszi, hogy a kombinált kezelés eredményei nem biztatóak, mert két éven belül egyetlen egy beteg kivételével a többi mind meghalt. A kizárólag Röntgen-besugárzással kezelt esetek az összehasonlításra nem alkalmasak, mert a betegek száma kevés és csak 1919 óta dolgoznak Symmetrie-készülékkel. Végül még egy áttekintő táblázatban mutatja be az összes collumrákos, sugarasan kezelt betegek gyógyulási eredményét.

Haba dr.

A szegedi egyetem barátai és a szegedi orvosok egyesületének május 17-i ülése.

Elnök: Meskó Zoltán.

Jegyző: Heiner Lajos.

Elnök kegyeletes szavakkal emlékezik meg a szakosztály hirtelen elhalt elnökéről, *Veszprémy Dezso* dr. egyetemi tanárról, akinek olyan nagy érdemei voltak a szakosztály életrehívásában.

1. Szentkirályi Zsigmond: 25 drb. moulage-t mutat be, melyeket pár hó óta készített bőr- és nemibetegéről. Népszerű előadások demonstrálására szánta kezdetben, de később a szegedi bőrgyógyászati klinikának adományozta. Elismeri, hogy még nem tökéletesek készítményei, de szemmel látható a haladása.

Poór Ferenc: A szakülés előtt is köszönetét fejezi ki a bemutatónak klinikája nevében és elismerését a jól sikerült és mindjobban tökéletesülő moulage-ok felett. Együttal bemutat a klinikáján az utóbbi hetekben készített moulage-ok közül néhány darabot s ismerteti a készítés technikáját.

2. Ormós Pál: Angina pectoris betegek boncolása alkalmával kiirtott *nyaki sympathicus-dúcok szövettani metszeteit* mutatja be, melyekben nagyfokú elváltozást talált. Egyes dúc-sejtek 3–4-szeresükre megduzzadtak, protoplasmájuk lipoid szemcsékkel telt, degenerálódtak, magvaik eltűntek. Az elpusztult idegszövetet kötőszövet pótolja. Érdekes, hogy minden ilyen betegnél megtalálható ez az elváltozás, viszont a szív koszorúerei hol seletotikusak, hol meg egészségesek. Azt hiszi, hogy az angina rohamoknak elsősorban a dúc-sejtek pusztulása következtében beálló vasomotoros zavar az oka, s az esetleg ennek következtében bekövetkező coronaria sclerosis azt csak fokozza.

3. Filep Aladár: Három daganatot és belőlük készült göresővi készítményt mutat be. A női klinikán *Kubinyi* professor távolította el ezeket. Az első *myxo-endothelioma cysticum* volt, amely az első műtét után kilenc hónappal recidivált és új műtét volt szükséges. Ezért szükséges ovarialis endotheliomák eltávolítása után a beteg ellenőrzése. A második eset az os pubis felső szélével összefüggő ökölnyi s a köldök felett a musc. rectusból kiindult második ugyanilyen *fibrosarcoma*. Műtét után síma gyógyulás. A harmadik daganat csecsemőfejnyi *hasüri tumor*, mely a vékonybelek mesenteriumával volt összenőve és melynek eredete bizonytalan. Leginkább valószínű, hogy eredetileg subserosus méhfibroma volt, mely idővel kocsányossá vált, majd lefűződött s mint *corpus liberum* a hasban került műtetre. A daganat belsejében lejátszódott nekrosist is csak így tudja megmagyarázni.

4. Nyíró Gyula: *A paralysis progressiva malarial*-val való kezelésről számol be. 30 beteget kezeltek így a szegedi elmeklinikán. Mintegy 63%-ban talált olyan remissiót, ahol a munkaképesség többé-kevésbé helyreállt. Öt betegnél a kóros folyamat progrediált. Javulásokat különösen lelki téren észlelt, de enyhébb testi javulásoktól eltekintve, nem egyszer találta az Argyll-Robertson-tünet visszafejlődését. A serologiai leletek nem változtak. Antilueses kúrát közben nem alkalmazott.

Passage-ok alatt a malaria virulentiájának fokozódását találta, miért is nem tartja valószínűnek, hogy ugyanazzal a törzsszel a kezelést veszély nélkül lehessen végezni. Haláleset egy volt a rohamok alatt, collapsus miatt. A malaria-kezelést a paralysis therapiájában jelenleg a legjobbnak tartja. Contraindicatiót képez minden szervi, nem az idegrendszerrel illető betegség, különösen a vitium.

Jancsó Miklós: Megemlíti, hogy Purjesz Zsigmond és ő már 1901-ben kísérletet tettek egyes idegrendszeri betegségeknek malariával való kezelésével. Fertőzésre a tropika-alakot használták az anopheles közvetítésével. Egy közbejött véletlen baleset miatt abbamaradtak a kísérletek. Érdekesnek és fontosnak tartja, hogy mindig tertianaplasmodiumok voltak az előadó betegeinek vérében, mert ez megerősíti azt a szilárd meggyőződését, hogy az egyes malariaplasmodiumok külön speciést alkotnak és nem mennek át egymásba. Az is kiemelendő, hogy hosszabb passage után kisebb mennyiségű vérrrel inficiálva a betegeket, súlyosabb láz-rohamok jelentkeztek.

HETI KRÓNIKA

(Folytatás.)

A harmadik veszedelem, mely az élő nyelveket fenyegeti, hogy a szók értelme változik. A régi görögök szerint a szók egy, származásukból folyó, nyílt (φωει) és egy titkos, beléjük helyezett értelemmel (θεος vagy ερως) bírnak. Az a tudomány, amely ezt a belső titkos jelentést kutatja, az etymologia.

A nép mindig hitt a szók ilyen bűbajos jelentésében. A varázslók hatalmát nem úgy magyarázta, hogy ők természetfölötti képességekkel bíró lények volnának, hanem hogy olyan emberek, akik ismerik a szóknap titkos értelemét. A zsidók nem merték Jhvh-t, az Isten nevét kiejteni és így helyette Adónai-t, urat mondták. A norvég monda szerint a vad berzerk harcosok azonnal meghaltak, ha valaki nevüket kiáltotta rájuk. Róma igazi nevét ma sem ismerjük, mert őslakossága nem merete kiejteni azt, félvén, hogy az ellenség megtudja és elárulja a rossz szellemeknek. Némely vad népnél halálos sértés valakit nevének szólítani. A magyar paraszt is örül, ha másnak melléknevet adhat. Az angol Parlamentben a képviselő rögtön elveszti tanácskozási jogát, ha a speaker őt nem a kerületéről, hanem egyéni nevével nevezi.

Az ilyen θεος, a szót magyarázó képzet és vele együtt a szónak értelme persze könnyen megváltozhatik. *Bizarr* pl. eredetileg bask nyelven szakállt jelentett; mai értelme: különös. *Boulevard* a német Bollwerkből, *ballada* a latin ballareből származik és táncdalt jelentett. *Bombast* (bombyx) selyemszövetet, az *esprit* (spiritus) illó folyadékot, *fiasco*: palackot, *humor*: nedvet, *kabala*: zsidónál titkos írást, *poéta*: görögül készítő, *minister*: szolgát, *toxin* (τοξον = íj) nyílmerget, a *Sir*, *seigneur*, *signor* (senior) idősebbet jelentett és így a belőlük származó *signorina* és *señorita* (kisasszony) szók igazi értelme: vénecske. A *dollár* a *Thaler*ből, ez a *Joachimstaler Gulden*ből, a *forint* *florin*ből, ez *Flórenz* nevéből származott.

Korunk erotikára hajlamos rosszmájúságára vall, hogy a kifejezések egész sorát lealjasította; a *dominus* eredeti értelme háziúr volt; ebből származott a *donna* szó, amivel ma már a ledér nőt jelezzük a magyarban. A *magister* (magnus) értelme: főnök; innen származik a *mister*, *miss*, *maitresse* (ágyas). A német *Dirne* szüzet jelentett valamikor; mai értelme ringyó; az angol *lady* úrhölgy volt, most összetételében (washerlady = mosónő, saleslady = kofa) már az alacsony foglalkozásúaknál használják.

Nyelvünkben is sok szónak megváltozott, sőt ellenkezőre fordult az értelme. *Ural* helyesen annyit jelent, hogy urául elismer; *rajtam mult* nem azt közli, hogy tőlem függött, én tettem meg, hanem miattam nem történt meg; a *bűnhődik* régi jelentése: bünt követ el. A következő régi mondatot: *kellemetes az ildomos rokonságnak fegyelmezni bűnhődő atyafiát, hogy az szemérem bitangja ne legyen*,* ma így mondanók: az okos rokonnak meg kell feddnie vétkező, fiatal testvérét, hogy az szégyen zsákmányává ne váljék.

* A két mondatpéldát a Szinnyei könyvben felsorolt szó-példákból állítottam össze.

A szók értelme azonban napjainkban is folyton változik; *Péter volt vezetőnk*; ezt ne mondjuk így: vezetőnk *gyanánt* Péter szerepelt. A gyanánt a gyanú szóból származott és dolust, rosszakaratot rejt magában; pl. arany gyanánt adták el a rezet.

Az *-ul* *-ül* ragot is sokszor helytelenül használják: nem lehet valakit elnökül, hanem elnökülé választani. Nem siethetünk segítségül, hanem segítségére. Az *-ul*, *-ül* folyamatos cselekményt, vagy állandó állapotot jelez (nőül menni, tudomásul szolgálni). Nuance-különbség van a *nő* és a *né* között: a *né* a *nő*-je rövidítése; a szakácsnő csak akkor szakácsné is, ha szakácsnak a felesége. Zavar van a dr., gr., br. címek elhelyezésében is. A grófi vagy bárói cím nálunk nem személyes, hanem családi kitüntetés (Portugáliában nem így volt), ezért, ha nem is írják egy szóba (Grófandrassy), de azért a gróf szó elválaszthatatlan attribútuma lett a családi névnek és semmi köze a keresztnévhez: amahhoz, vagyis azt előre kell tehát írni: gróf Czobor Jánosné, nem pedig Czobor Jánosné grófné. Dr. Kovács Péter is írhatja nevét Dr. Kovácsnak, nem írhatja azonban magát Péter dr.-nak, kivéve, ha a doktor szót mint foglalkozás-jelést, nem pedig mint címet kívánja használni. A német mindkettőt előre teszi: Advocat Hofrat Müller..., a magyar csak akkor, ha az a névvel összeesetett: Rab Ráby, felsőbüki Nagy. Vitéz Szurmay kitüntetést, Szurmay vitéz tulajdonságot vagy foglalkozást jelent.

Általában sokkal inkább figyelniünk kellene a nyelv árnyalataira. Kevés ember tesz különbséget a *lenne* és *volna* között, noha mindenki érzi, hogy a múltban a *lenné*-t, a jövőben a *volná*-t nem helyes használni. Nem mondhatom: *ha ő tegnap ott lett lenne*; mondják azonban néha, hogy *ha ő holnap ott volna*, pedig ez is sérti a nyelvérzést.

Igy vagyunk a jövő idővel is. Egyformán rút az *el fog menni* és az *elmenend*: még a leginkább kielégítő az, hogy *majd elmegy*. Külön kell megtanulni a német *kann* fogalmának visszaadását: a *-hat*, *-het* rag, a *tud*, *képes*, *győz*, *bír* mind csak bizonyos esetekben alkalmazhatók.

Nem nagy hiba, ha valaki a *nincs* és *nincsen*, a *látva* és *látván* között nem érzi meg a különbséget. Nyelvünket azonban meglopja egy szótól, aki az *oltani* (löschen) és *oítani* (impfen) szótak azonosnak veszi. Az *agy* nem a velőt, hanem annak ágát jelenti (kerék-agy, agyonütni), ezért nincsen kisagy, nyúltagy, hanem nyúltvelő stb. A *-ként* és *-nként* ragok merőben különbözök; amaz hasonlító (*férfiként viselte magát a fiú*), emez tagozó (*páronként lépkedtünk*). A hibát mindig a *-kint* rovására követik el, *-nként*nek mondván azt. Hogy is legyen azonban népünknek érzéke a nyelv finomabb árnyalatai iránt, ha már a gyermekmesében is megrontják azt: „*Volt egyszer (einmal) egy ember...*”, magyarra fordítva így hangzik: *Elt (egykor) valamikor egy ember*.

Sokszor illogikus kifejezéseket használunk: még *jobban elrontotta, kisebb nagyítást* használtam, *erősen legyengült, nagyon kicsinnyé* vált egyszerre. Itt is meglatázik, mennyi bajt okoz, hogy a fokozást jelentő *sehr*, *très*, *very*, *valde* stb. fogalmára nincsen szónk; kilóndunk az *igen*, *felette*, *nagyon*, *rendkívül* stb. szókkal.

Az előrebocsátottakból kivehető, hogy nagy szükségünk lenne nyelvünknek állandó ápolására és tudatos fejlesztésére. A magyar nyelvnek sok előnye van; *szébb* *hangzik*, mint az angol, hollandi, svéd és némely szláv; nem használ olyan felforgatott *számokat*, mint a német siebenundzwanzig, a francia quatre-vingt-dix-huit, az angol eleven (oneteen helyett), a latin undeviginti. Egyedül jár az összes nyelvek között abban a tekintetben is, hogy az általánosból tér a részletesbe és így a *családnevet* a *keresztnév* elé helyezi. Nagy előnye, hogy csupán *korlátozottan egyeztet*; a melléknév soha, az ige ritkán illeszkedik az alanyhoz szám, nem és eset tekintetében. Nagy praecisitást enged meg az a ritka tulajdonsága, hogy az *igék tárgyias alakokkal* (látom, látlak) is bírnak.

Az ilyen előnyökkel szemben azonban óriási hátrányaink is vannak. Mindenekelőtt nagyon *hiányzik* a 3. személyi névmásnak *nőnemű és semleges* alakja, az angol she és it, ami pedig megkönnyítené a pontos kifejezést és sok kétértelműségnek elvonná az okát. Az *igénél oda-csapja a tőhöz* a *praepositíót*, a tagadó, műveltető, gyakorító stb. *képzőt* az alak, mód, idő, szám, személy stb. *ragjaival*. Így származnak azok a csunya, hosszú szók, mint *elfoglalatlanságotokban*, *megszentségtelenítettétek*, *legeslegfelvirágozhatatlanabbaknak* stb., valóságos

kipróbálói a paralytikusok nyelvének. Persze a latinban is vannak ilyen nyelvtani curiosumok.

Conturbabantur Constantinopolitani.

Innumerabilibus sollicitudinibus... négy szó kitölt egy distichont! még inkább azonban a legprimitívabb polyszintetikus (bekebelező) nyelvekben, melyekről a gymnasiumban tanultunk: *dakotabesdekevecsaktepi* (a dakotai férfi megölte a besdekét), ahol a mondat alánya, tárgya, állítmánya egy szóba olvad össze.

A németek is szerették azelőtt a roppant hosszú összetett kifejezéseket, például: *Vierwaldstaedterseesalonschraubendampferaktiengesellschaftsbureau*. Az ilyen hosszú szó emlékeztet a bonyolult organikus vegyületek szövete nevére. A latin nyelv is megtúrta, hogy a tőhöz 2, sőt 3 praepositíót is odafüggesszenek: *inexsuperabilis*, a ragok egy részét azonban segédzők útján pótolta, míg nálunk e téren is nagy rendetlenséget találunk. Tinódi még használta a kettős praepositíókat (elfelsietének, elalámentében stb.); ma már elhagytuk azokat, viszont bajt okoz a magyar nyelvben, hogy a praepositio helyzete nem állandó; néha együtt mondjuk, máskor elválasztjuk az ívétől, néha eléje, máskor mögéje tesszük. „*Előadtad?*” „*Elő kell adnod...*” „*Add elő.*” Milyen zavar származik már most ebből az olyan esetben, amikor az öszetételnek lényegesen más értelme van, mint az alapszónak. *Megkérdezted? Befolyásoltad őt? Nem kérdeztem meg, nem folyásoltam be!* Ez így értelmetlen volna; kénytelenek vagyunk tehát a szabályt megszegni és így mondani: *nem befolyásoltam*.

További nagy hátrányuk az *energia-pazarlás*. Pesten, Bécsben, Vácott lakom; Pestre, Bécsbe utazom. Gyengén, rosszul vagyok. Viszont ugyanaz a képző egészen más irányba terelheti a jelentést: a papság a papi *emberek összességét*, az ügyvédség már nem az ügyvédi kart, hanem a *pályát* jelenti, a rabság az állapotot, az asztalosnak a *képességet*, az orvosságnak az *eszközt*. A börtön a *börtönből való tárgyat*, a bőrgyógyász *bört gyógyító* embert, a bőregér *különösen fejlődött bőrű* lényt jelent. Minek a *jőjj* mellett a *gyere* alak, a *leszel* és a *leszesz*, a *minket* és a példátlanul furcsa *bennünket*, ahol az ablativust ragozták tovább accusativussá. A *nyár*, *kár* és *vár* szók egészen hasonlóak, accusativusaik azonban már különböznek: *nyarat*, *kárt*, *várat*. Éppen úgy különböznek accusativusaikban a *tér* és *vér*, *had* és *pad*, *dal* és *hal*, *sas* és *vas*, *jég* és *vég*, *bél* és *cél* stb. Sőt a különbségek még tovább követhetők: a *kár* és *zár* accusativusa még egyformán *kárt* és *zárt*, többese azonban *károk* és *zárak*.

Az ilyen felesleges energia-pazarlással szemben máskor viszont nagyon *szófukar* a nyelvünk; a németnek és latinnak két-két kifejezése van a *napra*: *Sonne*, *Tag*, *sol*, *dies*. A *fa* jelentése németül *Baum* és *Holz*, latinul *arbor* és *lignum*; a *dolog* *Arbeit* és *Ding*, latinul *labor* és *res*. Ilyen kettős értelmű még a nyelv föld stb. Az angol különbséget tesz az állatok és a belőlük készült ételek nevei között: az angolszász eredésű szók (*Swine*, *sheep*, *calf*, *ox*) az állatot, a latin eredésűek (*pore*, *mutton*, *veal*, *beef*) annak a húsát jelentik.

A pontos kifejezések hiánya különösen az orvostudományok terén érezhető, ahol a kutatás valósággal ontja a nevet kérő új fogalmakat. Ha ezeket továbbra is mindig idegen szókkal jelöljük, nyelvünk lassankint idegenszerűségbe fullad. Nem véletlen tehát, hogy éppen orvosaink fáradoztak, több-kevesebb sikerrel nyelvünk megtisztításán és a baj prophylaxisául, annak fejlesztésén. (Toldi Ferenc, Bugát Pál, Velics Antal, Jendrassik, Csapodi, Nékám stb.) E törekvéseknek, noha pár jó kifejezéssel gazdagították nyelvünket (*idősül*, *elnyúló* (chronikus), *szélesztés*, *csüllangó*, *serkentő gyógyítás*, *bacillustviselő* stb.), mégsem sikerült eléggé, mert az igazán képzett nyelvészeink inkább csak kritizálták, mint irányították ezt a mozgalmat, túrták, hogy a reporteri, a kávéházi zsargon meghonosodjék nyelvünkben.

Legfőbb ideje lenne, hogy nyelvünk fejlesztése rendszeressé váljék. Új, magyaros, rövid szótövekre és pontosan megállapított értelmű képzőkre van szükségünk. Egytagú, hárombetűs szó mintegy 5400 lehetséges nyelvünkben, holott csupán 570 van közülök használatban. A használatra váró többi alakból a jobb hangzású, etymologiailag helyesen képzett szokat mintegy tartalékban kellene őriznünk és szükség esetén bevinnünk azokat a nyelvünk szavai közé. A képezőknek és ragoknak jelentését viszont szabatosan meg kellene állapítani. Mindenki érzi ennek fontosságát: mily erős különbség van az *organikus*, *organizált* és *organumos* szók értelme

között. A francia finom különbséget érez ki pl. a *pigmentaire*, *pigmenteux* és *pigmenté* jelzők között. Mi ezt ma még nem fejezhetjük ki eléggé találóan, mert nem élünk eddig elég következetesen és tudatosan a képezőinkkel, pedig van belőlük bőven és a mi nyelvünkben is lehetséges lenne az ilyen megkülönböztetéseknek általános érvényű keresztülvitele:

pigmentes	-ító	-ített	-edő	-edett
pigmentál-t	-ló	-ódó	-ódott	-andó
pigmentez-ő	-zett	-ődő	-ödött	-endő
pigmentesül-ő	-ült	-ülődő	-ödött	-endő stb.

Ha az ilyen kifejezéseknek értéke szabatosan differenciálva lenne, sokat nyerne nyelvünk finomság, praecizitás, simulékonyság és rövidség tekintetében és elérhetnők a latinnak klasszikus, lapidáris, néha szinte drámai erővel ható egyszerűségeit. Ilyen mesteri az a felirat, melyet Willamovitz tanár vésetett a háborúban elesettek berlini emlékoszlopára: *Invictis Victi Victuri!*; ilyen volt Rákóczi zászlóinak felirata: *Pressa resurgam!***

Dr. Herczeg Árpád.

VEGYES HÍREK

KÉRELEM. Kérjük előfizetőinket, hogy előfizetésüket folyóiratunkra a Hetilap címlécén közölt **szorzószám szerint** küldjék be, melyet hétfőtől hétfőig tartunk érvényesnek a küldőre nézve.

Kérjük azon t. előfizetőinket, kik a f. évnegyed végéig esedékes előfizetési díjaikat még nem küldték be, saját érdekében is fizessék be mielőbb, mert az általános gazdasági helyzetre való tekintettel a szorzó-újabb emelése várható. Azokat, kik még múlt évi díjaikkal is tartoznak, kérjük, hogy tartozásukat — bár ezt nem követeljük — valorizálva fizessék be, alapul véve a mostani díjakat. Tehát 8000 K helyett (negyed-év) 40,000 K, 11,000 K helyett (fél-év) 80,000 K-t.

Megjegyezzük, hogy a bpesti kir. ítélőtáblának 2435/912. sz. alatt kelt elvi jelentőségű ítétele értelmében az oly előfizető, ki sem a lap küldése ellen nem tiltakozik kifejezetten, sem azt vissza nem küldi, a már esedékessé vált előfizetési díjat kiegyenlíteni tartozik.

A Budapesti Királyi Orvosegyesület május 31-i ülés-programja: Bemutatás: 1. *Burg Ete*: a) Rohamnélküli eklampsia. b) Banti-kór utáni szülés. 2. *Gombos Dénes*: Tanulságos terheségi complicatio. Előadás: 1. *Duzár József*: Májfunctio-vizsgálatok csecsemőknél. 2. *Friedrich László*: Az ulcus ventriculi és duodeni proteintherapiájáról.

Az orr- és gégegyógyászati szakosztály május 27-én (kedden) délután fél 7 órakor a Rókus-kórház gégészeti osztályán ülést tart. Bemutatás: 1. *Réthy Aurél*: Kétoldali posticus-bénulás operált esete. 2. *Tóvölgyi Elemér*: Kétoldali posticus-bénulás érdekes esete.

A nyers disznóhús fogyasztása veszedelmes. Ausztriában ismételtlen megállapítást nyert, hogy főképen külföldről, tengerentúlról behozott sonka és szalonna trichinákat tartalmazott. A gondos ellenőrzés ellenére is ilyen megbetegedések észlelhetők voltak, ezért hivatalos helyről figyelmeztetnek, hogy még a füstölt „reggelisonka” élvezete is meggondolandó, disznóhús és szalonna pedig csak főzés, sütés, pörkölés után fogyasztassék.

Angliában is megcsappant az orvostanhallgatók száma. 1919-ben még 3500 hallgató volt, ez a szám 1920-tól 1923-ig 600-ra sülyedt. Állítólagos oka a nőhallgatók elmaradása és a megromlott gazdasági helyzet.

Goldner Miklós dr. rendelőjét V., Szabadság-tér 6 alá tette át.

Erényi Jenő dr. kir. tanácsos Karlsbadban, Mühlbrunnstrasse 11, „Kaffeebaum”-házban fürdőorvosi működését ismét megkezdte.

* A le nem győzött halottaknak az ugyan legyőzött, de győzni készülő élők!

** Fel fogok még támadni elnyomatásomból!

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint május 11-től május 17-ig előfordult:

Hasi hagymáz.....	7 (1)	Gyermekegyi láz.....	— (—)
Küteges hagymáz....	— (—)	Bárányhimlő.....	24 (—)
Hólyagos (ál-)himlő..	— (—)	Járv. fültőmirigylob..	8 (—)
Kanyaró.....	31 (—)	Vérhas.....	10 (3)
Vörheny.....	31 (3)	Járv. agygerincgyógyhalob..	3 (—)
Szamárhurut.....	26 (1)	Trachoma.....	— (—)
Roncs. torok-és-gégelob	11 (—)	Veszétség.....	— (—)
Influenza.....	4 (—)	Lépfene.....	— (—)
Ázsiai kolera.....	— (—)	Nátház.....	— (—)

A zárójelben levő számok a halálozást jelentik.

A szerkesztő fogadóórját **kedden és pénteken 11—12-ig tartja.**

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

DR. ERÉNYI JENŐ kir. tanácsos
KARLSBAD Mühlbrunnstrasse 11. Kaffeebaum házban rendel.

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

TÁTRA - SANATORIUM
ÓTÁTRAFÜREDEN. STARY-SMOKOVEC. 1020 m.
Az ideális tátra magaslatti klímának előnyét egyesítve modernül berendezett physikai-dietetikus sanatorium gyógyító tényezőivel.

ELSŐRANGÚ DIETÁSKONYHA, fekvőcsarnokok, szabadlejtő, szénasavas, fenyő-, forró-, fényfürdők, vizgyógyintézet, Zander, quars-, Sollux-, diathermia-, villanyos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratórium.
Indicatiók: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, adipositas, asthenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvalescentia, — Tuberculosisok, fertőző- és elmebajok kizárva. Sanatoriumi napi pauszár 65 Kc-től fölfele. — **Főorvos: dr. Rutich Jenő.** Menetjegyi irodában, világoztatót nyújt, fürdővizumot szerez dr. Adorján László. Vigadó.

Dr. Pajor Sanatorium
Budapest VIII, Vas-utca 17.

Sebészet, szülészeti, urológia, orthopädia és Zander-osztályok.

RÖNTGEN-ODELGA

Dr. Berger Iván orvosi laboratóriuma VII, Wesselényi-utca 2. Telefon: József 115—72. Lakáson: 175—91.

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

PÁLYÁZATOK.

Vasvármegye és Szombathely város közkórházánál rendszerezett **egy alorvosi és két segédorvosi állásra** ezennel pályázatot hirdetnek. Az alorvosi állás a X. fizetési osztály III. fokozatának, a segédorvosi állások a XI. fizetési osztály III. fokozatának megfelelő illetmények javadalmazásával van egybekötve. Felhívom a pályázni óhajtó orvos urakat, hogy kellőleg felszerelt pályázati kérvényeiket méltóságos dr. Tarányi Ferenc Vasvármegye főispánjához címezve hozzám 1924. évi május hó 31-ig nyújtsák be, mert a később érkező kérvények figyelembe nem vétetnek. Szombathely, 1924 május 13.
16/924. Eln. **Dr. Pető Ernő** igazgató-főorvos.

A székesfehérvári vármegyei Szent György-közkórháznál újonnan szervezett szülészeti osztályos **főorvosi állásra** pályázatot hirdetnek. Az állásra az állami tisztviselőkre megállapított VIII. fizetési osztálynak megfelelő fizetéssel és lakbérrel (családi pótlékkal) van díjazva és nyugdíjigénnyel bír. A pályázati kérvényeket Fejérvármegye főispánjához címezve 1924. évi június hó 15-ikének déli 1 órájáig a kórház igazgató-főorvosához kell beadni. Később érkező pályázati kérvények nem fognak figyelembe vétetni.

Székesfehérvár, 1924 május 10.
5702/1924. sz.

Dr. Havranek
alispán.

Jásznagykunszolnok vármegye központi szolnoki járásához tartozó Besenyszög **községi orvosi állás** lemondás folytán megüresedvén, arra pályázatot hirdetek. Az állás javadalmazása: az államtól évi 1600 korona fizetés és évi 500 korona lakbér, továbbá drágasági stb. segélyek. A községtől: ingyenes két-szobás lakás, valamint fuvardíjváltás. A község határa 32.000 hold 4700 lélekkel. A község a szolnoki vasúti állomástól 16 1/2 km-re fekszik, kőút mellett. Felhívom pályázni óhajtókat, hogy szabályszerű képesítésüket igazoló okmányaikkal, továbbá születési, erkölcsi és a forradalmak alatt tanúsított viselkedésről szóló bizonyítványaikkal felszerelt kérvényeiket hozzám folyó évi június hó 2. napjáig annyival is inkább adják be, mert a később érkező kérvények figyelembe vétetni nem fognak. A választás kitézése iránt később fogok intézkedni.

Szolnok, 1924 május 17.
1519/924. sz.

Schefftsik s. k.
főszolgabíró.

24 éves, róm. kath. nőtlen orvos, jó ajánlólevelekkel, Budapestben végzett felévi anatómiai, felévi körbonctani, Németországban végzett 2 hónapi gyermekgyógyászati és 1 évi belgyógyászati gyakornokoskodás után, koszt és lakás ellenében

sebészi vagy szülészeti

gyakornoki állást keres. Ajánlatokat »p F Z« alatt a »Petőfi« irodalmi vállalatához, Budapest VII, Kertész-utca 16.

KELETI J. BUDAPEST

IV., PETŐFI SÁNDOR-UTCA 17b (Korona-herceg-utca)
TELEFONSZÁM 13-76 ALAPÍTTATOTT 1878

Állandó nagy raktárt tart villamos orvosi készülékek, diathermia, Hanau quars-lámpa, Pantostat manométeres vérnyomásmérők stb., melynek megtekintése érdeklődőknek nagyon ajánlható! Elvállal gyors és pontos kiszolgálás mellett műszerek javítását, nikkelezését és élesítését.

Darmol. Legtökéletesebb hashajtó felnőtteknek és gyermekeknek.

Digestol. Általánosan elismert emésztőpor. Gyomorműködést javítja, bél működést rendezi.

Liquor hypnobromid.

Kellemes ízű sedativum és hypnoticum.

Menfor. Gyors hatású antirheumaticum és anti-neuralgicum.

Minden gyógyszerárban kapható.

Új készítményünk:

PYOTROPIN
valóságos gyógyszer
LUPUS.

Indicatiók: **Lupus, Röntgen, Psoriasis.** Eredeti csomagolás: Egy gyógykezeléshez 1 üveg 5 aranyfennig, nagyobb üveg 10 aranyfennig, 1 tégely 50 aranyfennig, kenőcs, klinikai csomagolás 3, 5 és 10 kezeléshez. Gyors hatás, kitűnő kozmetikai eredmény, ártalmatlan és vértelen, egyszerű külső alkalmazás; ambuláns kezelés. A legtöbb német egyetemen már használatban van.

LUPUSAN G. m. b. H. ALTONA/Eiba.
Néhány képviselő még átadó.



NAGY KÁROLY BUDAPEST IV. APPONYI TÉR 1
TEL: 6-86