70. évfolyam 23. szám Budapest, 1926 június 6

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HŐGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Bence Gyula: A vesebajok balneotherapiája. (587—590. o.)
Dalmady Zoltán: Adatok a Balaton balneologiai ismeretéhez. (590—591. oldal.)
Szabóky János: A nedves meleg klimáról és a lugos sós gyógyvizekről s azok hatásáról, főleg a légutak megbetegedéseinél. (591—595. oldal.)
Schulhof Vilmos: A rheumatismusról, újabb kutatások megvilágításában. (595—598. oldal.)
Mandler Ottó: A physikai gyógymódok szerepe a testnevelésben. (598—600. oldal.)
Farkas Márton: Az asthma bronchiale gyógykezelése villamos fényfürdőkkel. (600—602. oldal.)
Práger Márton: Fürdés és ipari betegségek. (602—603. o.)
Sümegi József: A magyar fürdők és ásványvizek forgalma. (603—606. oldal.)
Felber Lipót: Ásványvízkereskedelmünk mai helyzete. (606—608. oldal.)
Bánó Dezső: A magyar fürdők és az ingó jelzálog reformja. (608—609.)
Angyal Márton: Van-e létjogosultsága a szénsavval telített ásványvizeknek Csonka-Magyarországon. (609—610. oldal.)
Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Gégészet. — Urologia. — Gyermekorvostan. (610—614. oldal.)
Könyvismertetés. (614—615. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 29-i ülése. (615—616. oldal.)
Vegyes hírek. (616—617. oldal.)
Fürdőismertetések. (618—630. oldal.)

A XXXI. ORSZÁGOS BALNEOLOGIAI KONGRESSZUSON (ÁPRILIS 23—25.) TARTOTT ELŐADÁSOK.

A vesebajok balneotherapiája.

Írta: *Bence Gyula dr.* egyetemi magántanár.

Az utolsó évek a vesebajok balneotherapiájában új eljárások és eszközök megismeréséhez nem vezettek. Nem is ezen eljárások ismertetése előadásom célja, hanem feladatom az, hogy megvilágítsam, hogy a már ismert eljárások miképen illeszthetők bele a vesebajok pathologiájáról és therapiájáról való mai felfogásunkba. Ez utóbbi az utolsó két-három évtizedben nagy változáson ment át. Büszkeséggel utalhatok arra, hogy e változás kezdete Budapestről indult ki, amikor *Korányi Sándor* a mult század kilencvenes éveiben a fagypontmeghatározást klinikai módszerré avatta. *Azóta therapiás eljárásainkban vezető szerephez jutott a functionalis gondolat.* A vese működésének megismerése a fagypontmeghatározás révén vált lehetségessé és e módszer nyomán fejlődött ki az eljárások egész sora, amely a vese működésének megismerését egyszerű klinikai módszerekkel tette lehetővé. Ezen eljárások segítségével állapította meg *Korányi Sándor* a vesebajok pathologiájában uralkodó vezető fogalmat: a veseinsufficientia fogalmát, ami alatt azt értjük, hogyha a vese működésképessége annyira szenvedett, hogy az anyagcsere szétesési termékeit nem képes kellő mértékben kiválasztani és ennek következtében ezeknek retentiója, vagyis kóros felhalmozódása következett be a szervezetben. Ezen retentio éppúgy vonatkozik a vízre, mint az oldott alkatrészekre. A veseinsufficientia fogalma tehát mindazon következményeket magában foglalja, amelyek a vese hiányos kiválasztási munkája folytán fejlődnek. Amíg a vese anatomiailag ép, de az anyagcsere követelményeinek kiválasztási működésével meg tud felelni, addig kompenzált vesebajról beszélünk. Amikor olyan kóros elváltozás van jelen, hogy már az insufficientia tünetei jelentkeznek a szervezetben, decompensatióról szólunk. A decompensatiót megelőzi az ingadozó compensatio állapota, ilyenkor az anyagcserének célszerű berendezése mellett retentio nem következik be, bár a szervezetnek teljes kalóriaszükségletét még fedezni képes. A baj ezen szakának felismerése nagyon fontos, mert ennek elmulasztása a legsúlyosabb következményekhez vezethet, vagyis a retentio tüneteinek kifejlődéséhez. *Jelenlegi klinikai módszereink pontosan lehetővé teszik annak megállapítását, hogy a vesebaj mely szakban van.* De tovább megyek, nemcsak ezt kell kutatnunk, hanem módszereink lehetővé teszik annak meghatározását is, hogy egyénenként megítéljük, hogy *betegünk veséjének milyen a működésképessége és ezen egyéni szempontból ítéljük meg az alkalmazandó therapiai eljárás módját. A vesebajok therapiáját tehát ma nemcsak általános vezérelvek, hanem szigorú egyéni indicatio alapján irányíthatjuk.*

Az elmondottak szemmeltartásával kell a ma rendelkezésünkre álló balneotherapiás factorokat vizsgálódás tárgyává tenni. Az elmondandó eljárások három főcsoportba oszlanak: 1. *ivókúra*, 2. *fürdő- és rokoneljárások*, 3. *klimás gyógytényezők.*

Az *ivókúrának* még 20—25 évvel ezelőtt a vesebajok kezelésében igen nagy szerepe volt. Ugyszólván ez uralta kizárólagosan a vesebajok kezelését. Hisz az általánosan használt tejkúra nem egyéb, mint folytonos ivókúra. Ez vörös fonálként húzódik végig a vesebajok gyógykezelésén. Célja az akkori felfogás szerint a gyulladásos termékek bőséges átmosás útján a veséből való eltávolítása. Találkozunk vele éppúgy acut, mint chronikus vesebaj esetén. *Ortner* még 1902-ben azt írja, hogy a kizárólagos tejkúrát csak akkor hagyja abba, ha három-négyhónapi alkalmazás után nem lát gyógyulást. Ezen nagymennyiségű tejfogyasztás elsősorban mint nagymennyiségű vízfogyasztás szerepel. Természetesen e vizet a vesének kell túlnyomórészt kiválasztania. *Mai felfogásunkkal egyáltalán nem egyeztethető össze, hogy a beteg szervet akkor, amikor fokozott kíméletre szorul, nagyobb munka végzésére késztessük.* Ez eljárás annyival inkább helytelen, mert nemcsak a

vízkiválasztás munkája jelent többletet, hanem a tej, úgy fehérjetartalmának, amely 3—4 liter tejben 90—120 g, mint sótartalmának, napi 5—6½ g, kiválasztása lényeges megterhelést jelent.

De vajjon van-e előnye az ásványvizekkel végzett ivókúrának? Az ásványvizek lényeges alkatrészei a víz és a benne oldott sók. A kompenzált vesebajos só- és vízkiválasztóképessége korlátlan, de vajjon összeegyeztethető-e valamely beteg szerv kímélésének elvével, hogy fokozott munkát rójunk reá? *Az ásványvizek vizét és sóját túlnyomóan a vesének kell kiválasztania, tehát ha kímélni akarjuk, kerülnünk kell a megterhelési többletet.* Az a régi hit, hogy a vese átmosásával javíthatunk az állapoton, megdőlt, ennek különösebb célja nincs. Sőt, a vesére rótt munkatöbbleten kívül megterheli még éppen azt a szervet, amelyet vesebajok esetén legjobban kell kímélnünk: *a szivet.* A vesebajosok legnagyobb része nem is a veseretentio következményein, hanem a szív kimerülésén megy tönkre. Ezért már a legkoraibb szakban is arra kell gondolnunk, hogy *minden olyan körülményt kerüljünk, amely a szív kimerülését sietteti.*

A vesedecompensatio szakában vízretentio és az ezzel egyidejű sóretentio, vagy nitrogenretentio, vagy mind a kettő együttvéve van jelen. A vízretentio, mint már általában közismert, konyhasó vagy natrium bicarbonicum-retentio következménye lehet. A gyógyvizek túlnyomórésze bőségesen tartalmazza ezen és más natriumsókat, amelyek bevitele növeli a retineált sódepot-t és ezáltal fokozza a vízretentiós oedemát. De a fordítottja is áll. A szervezet osmosisos egyensúlya fenntartására törekszik. Ha nagyobb mennyiségű vizet viszünk be, mint amennyit a vese kiválasztani képes, e bennrekedt víz dacára csak úgy maradhat fenn ezen egyensúly, ha megfelelő mennyiségű só retineáltatik. *Az ellenőrzés nélküli gyógyvízitatás ilyen esetben tehát mindenképen só-, illetve ezzel kapcsolatos vízretentióhoz vezet.* E körülményre annyival nagyobb figyelemmel kell lennünk, mert — mint *Bence* erre vonatkozó vizsgálatai mutatták — még olyankor is lehet veseinsufficientiás állaton *oedemás hajlamosság (Oedembereitschaft)*, amikor testsúlya fogy. Az oedema ilyenkor vízbevitelre hirtelen megnő. E kísérletekkel párhuzamosan klinikai tapasztalataink azt mutatják, hogy jelentékeny vízfelhalmozódás lehet jelen a szervezetben, anélkül, hogy egyszerű klinikai módszereinkkel oedemát tudnánk kimutatni. *Ha ezen állapotban ivókúrát rendelünk, a lappangó vízkór manifestté válik és rohamosan nő.* Az ivókúra csak azon esetekben indokolt, amikor a vesebetegségek alapbaja köszvény, melynek esetén a húgysavas sóknak oldása és a szervezetből való bővebb kiöblítése indokolt.

A folyadék bevitelének megszorításában bizonyos óvatosság van helyén, ha a vese concentrálóképessége szenvedett. Ezen esetben a vese csak híg, alacsony fagypontú, illetve fajsúlyú vizelet kiválasztására képes. Ilyenkor a vese csak úgy tudja a nitrogen szétesési termékeket és a sókat, vagyis az oldott molekulákat kiválasztani, ha elégséges víz áll rendelkezésére ahhoz, hogy az összes oldott molekulákat híg vizelet alakjában ürítse ki és így kifejlődik az az állapot, melyet kényszerbővizelésnek (Zwangspolyurie-nak) nevezünk. Nem szabad tehát sematikusan a vizet megszorítani, hanem ilyen esetekben pontosan meg kell állapítani azon vízmennyiséget, mely a kiürítendő szilárd alkatrészek kiválasztásához szükséges. Ezen körülményre azért kell rámutatnom, mert — ha csak legcsekélyebb gyanunk van is, hogy retentio áll fenn — rendeljünk hetenként 1—1 ivónapot az esetleg felhalmozódott oldott alkatrészek eltávolítására *(Noorden)*. Köszvényes vesebaj esetén jól alkalmazhatjuk vizeink közül a *Mira* glaubersós vizet, mely esetleg megfelelően higítva nagyon jól használható. De különösen alkalmas e célra a *Hungária*-víz, mely főleg lithiumtartalmánál fogva jó diuretikus hatású és nagy előnye kis sótartalma. Egy liter vízben alig van több 1 g sónál, ennek is csak csekély része konyhasó, illetve egyéb natriumsó, melynek oedemaképzés szempontjából jelentősége van. Ha tehát már átöblítésre szükség van, akkor válasszunk oldott alkatrészekben szegény vizet. Ilyen a wildungeni, stb. külföldi víz, melyet azonban teljes mértékben pótol a budapesti *Hungária*-víz.

A legnagyobb óvatossággal lehet ivókúrát rendelnünk a vesebajok azon eseteiben, amikor vérnyomásemelkedés van jelen. Ilyenkor reggel egyszerre elárasztani a szervezetet nagyobb mennyiségű vízzel a szívnek nagyfokú megterhelését jelenti. *Ez a vérnyomást emeli, sőt ezáltal szívkifáradási tünetekhez vezethet.* Az ilyen vesebajosok bővebb vízivása igen könnyen oka lehet súlyos dyspnoës rohamoknak, melyek a folyadékfelvétel megszorításakor csakhamar kimaradnak. Ha már ilyeneken az említett okoknál fogva kénytelenek vagyunk átmosási napokat elrendelni, akkor is legyünk óvatosak és rendeljük a szükséges vízmennyiséget egyenletesen az egész napra elosztva, nehogy vízhalmozódás következzék be, mely könnyen válhatik a szív hirtelen kimerülésének okává. Az ivókúrák indicatiói, amint láthatjuk, meglehetősen szűk térre szorultak a vesebajok kezeléséről való mai felfogásunk mellett.

A tulajdonképeni *balneotherapiai* eljárásokra térek át. Ezek túlnyomó részének izzasztás a célja, akár melegfürdő, akár villamos izzasztókamra, akár szárazmeleg légfürdő, akár homokfürdő alakjában alkalmazzuk. Az izzasztás célja vesekímélés, a bőr verejtékmirigyeinek kiválasztó munkájának felhasználása útján. A verejtékkel a szervezet vizet, sókat és hugyanyt küszöbölhet ki magából, vagyis a legfontosabb húgyalkatrészeket. Ez már régen köztudomású és így mi sem természetesebb, minthogy ez az eljárás nagyon elterjedt. Ha azonban közelebbről szemügyre vesszük a verejték viszonyait, úgy kiderül, hogy chemiai összetétele korántsem felel meg a vizeletének. Egy-egy erélyesebb izzasztás útján körülbelül 500—700 cm^3 vizet távolíthatunk el a szervezetből. Ennek konyhasótartalma legfeljebb 2—3 g lehet, míg hugyanymennyisége alig éri el az 1 g-ot. Ebből az következik, hogy a szervezet izzasztás közben úgy konyhasó, de főleg hugyany tekintetében koncentráltabbá vált. Amikor tehát izzasztunk, nem szabad e körülményt szem elől tévesztenünk. Ennek jelentőségére már *Bartels* is utalt, azon tapasztalata alapján, hogy *a bőségesebb izzasztást közvetlenül uraemiás roham követte.* A verejtékelválasztás célja lehet a vízkiválasztás egy részének ezen úton való pótlása, vagy pedig az említett vizeletalkatrészeknek a bőrön át való eltávolítása. *Leube* a verejtékelválasztás fokozását általában elveti, mert fél uraemiát kiváltó hatásától. *Strauss* viszont éppen uraemia veszélye esetén ajánlja az említett oldott alkatrészek ez úton való eltávolítását. Ezt azonban úgy tartja csak végrehajthatónak, hogyha *a verejték útján távozó vizet egyidejűleg ivás útján pótoljuk* és így meggátoljuk a szövetnedvek besűrűsödését. Természetesen, elesik ezzel a vízeltávolító hatás, de viszont kétségtelen, hogy az ilyen módon eltávolított oldott alkatrészek mennyisége, mint többlet, szaporítja a vizelet útján eltávozó oldott molekulákat. *Kövesi* és *Roth-Schulz* hasonlóképen ajánlják az oldott molekulák eltávolítása céljából az izzasztást, de még többre becsülik a vízeltávolító hatást. E vízdiuresist

pótló eljárást azonban azon esetekre korlátozzák, melyekben uraemiának veszélye nem forog fenn, hanem a vízeltávolítás a legsürgősebb feladatunk a vesebaj kezelésében. Ebből az következik, hogy *főleg nephrosisokra szorítkozzunk az izzasztással*, amely esetekben nitrogenfelhalmozás nem fenyeget, ellenben a fennálló oedemáknál fogva legsürgősebb a szervezetben rekedt fölös víznek eltávolítása.

A fürdőeljárásoknak másik célja *nem a veseműködés pótlása, hanem ellenkezőleg, a veseműködés fokozása. Strasser* és *Blumenkranz* azt találták, hogy körülbelül 30—35 fokos indifferens hosszabb tartamú fürdő után fokozódik a diuresis. Ezen hatás a bőr- és veseerek consensualis működésén alapszik. A bőrerek hyperaemiája a veseerek tágulását váltja ki, aminek következtében a vizeletelválasztás fokozódik. Észleleteik alapján nemcsak a víz, hanem a só és nitrogenanyagok kiválasztása is fokozódik. Ezen eljárás hátránya azonban *a hosszantartó fürdő, amelyet sok beteg a szívre való hatásánál fogva nem tűr jól*, azért kerülnünk kell minden olyan esetben alkalmazását, amelyben szívgyengeségnek bármiféle jele mutatkozik. Így van ez különben az előbb említett izzasztóeljárásokkal is, amelyek alkalmazásakor szintén a legszorgosabban kell figyelnünk a szivet, és ha már bármiféle jelet látunk, amely arra vallana, hogy *e fürdőeljárások károsan befolyásolják a szív működését, a fürdőeljárásokat ki kell zárnunk a betegek kezeléséből.*

Sok esetben alkalmazzák a szénsavas fürdőket. Ezeknek indicatiója főleg akkor van megadva, ha a szív erősítése eljárásunk célja. Közömbös hőmérsékű szénsavas fürdő vérnyomástcsökkentő hatásánál fogva jól használható. E fürdők használatára a balatonfüredi fürdő annyival inkább alkalmatos, mert megfelelő intézettel rendelkezvén, a vesetherapia egyéb követelményeinek is teljes mértékben megfelelhet.

Áttérek az eljárások harmadik csoportjára, vagyis a *klimatotherapiás* eljárásokra. Ezek célja elsősorban megint, mint minden egyéb eljárásnak a vesebajok kezelésében, a vese kímélése. Ilyenkor is a vesén kívüli egyéb kiválasztó tényezők pótló hatásának felhasználása a cél, vagyis *a beteg vese lehető pihentetése (Ferientherapie).* Mint ilyen, legnagyobb hírnévnek örvendett régi idők óta a sivatagi klima, még pedig elsősorban *Egyptom.* A nagy hőségnél és a levegő szárazságánál fogva ezen klimában fokozott a víz távozása a bőrön át. Amint a vizsgálatok mutatták, *e vízveszteség a bőrön át nem is annyira verejtékmirigyek munkájának, mint inkább egyszerű párolgásnak a következménye.* Ezáltal a bőrön át távozó víz úgyszólván tiszta víz, és csak annyiban tartalmazza a verejték rendes oldott alkatrészeit, amennyiben a physikai párolgáson kívül még a verejtékmirigyek munkája is szerepel. Az erre vonatkozó vizsgálatok tényleg azt mutatták, hogy oldott alkatrészekből nem távozik absolute véve több a sivatagi klimán sem a bőrön át, mint a mi klimánkon. Azonkívül *Löwy, Bickel* és *Wohlgemuth* észleletei szerint a vizelet mennyisége ugyanazon rendes összetételű étrend mellett egészen ugyanannyi, mint a mi égövünk alatt. *Csak akkor változik meg a vizeletmennyiség, ha megfelelőképen csökkentjük a dietának sótartalmát.* Rendes vizeletmennyiség dacára azonban nő a bőrön át távozó víz mennyisége Ebből az következik, hogy a vízforgalom fokozódik anélkül, hogy a vese vízkiválasztóképessége kímélve volna. Erre ugyan megvan a lehetőség a sivatagban, ha megfelelőképen csökkentjük az étrend sótartalmát. Ilyenkor, mint az említett szerzők tapasztalták, nagyon lényegesen csökken a vizeletmennyiség.

A nagy vízforgalom lebonyolítása a szívre nagy munkát ró. Ennek következtében csak munkabíró, jó szívvel küldhetünk ki beteget Egyptomba. *Nagyobbfokú hypertonia ugyancsak kizárja a sivatagi klima alkalmazását*, mert a nagyfokú párolgás erős szomjúságot vált ki, ez sok víz ivására késztet és ennek következtében a beteg szivét a hypertonián kívül még újabb megterhelésnek teszi ki. Miután a sivatagi klima egyik főcélja a vizelet lehető kis napi mennyisége, kerülnünk kell olyan betegnek Egyptomba küldését, kinek *veséje nem képes kellő mérvben koncentrálni*, mert különben a retentio veszélyének tesszük ki.

Leghatározottabban *elleneznünk kell*, hogy olyan beteg menjen Egyptomba, akinél már nitrogenretentio tünetei vannak jelen, vagyis *akinél a maradéknitrogen felszaporodása mutatható ki a vérben.* Azonkívül a tengeri átkelés is sok mindenféle kellemetlenségnek teheti ki a beteget, úgyhogy tehát bármiféle ok, ami ennek következményeit súlyosbítja, kizárja az Egyptomba való küldést.

A sivatagi klimának veseműködést pótló hatásán kívül egyik *főelőnye, hogy a beteg körülbelül hat hónapon át egyenletes melegben tartózkodhatik és így nincs kitéve a meghülés ártalmának és ezzel a vesebajos recidiva egyik főokának.* Ezenkívül fel szokták említeni azt, hogy Egyptomban, a sivatagban, kevesebb a fertőző csíra és ennek következtében megint egy okkal több, amellyel a vesebajosokra oly nagy veszélyt jelentő infectiós betegségek útján bekövetkező recidiva elkerülhető. Ez utóbbi tétel azonban nem áll egészen, mert — mint az észleletek mutatták — *hurutos bántalmak, tüdőgyulladás, stb. majdnem épp olyan gyakran fordulnak elő*, mint a mi klimánk alatt. Hátránya a sivatagi klimának, hogy *a testmozgásra úgyszólván nincs alkalom.* Chronikus vesebajok esetén a compensatio stadiumában nagy gonddal kell ügyelnünk arra, hogy a kellő testgyakorlattal, vagyis az izmok fejlesztésével, a szívizmot egyidejűleg erősítsük. Ennek lehetősége a sivatagi tunya életmód mellett úgyszólván teljesen ki van zárva. E tekintetben a beteg sokkal inkább eléri célját Európa földközitengeri partjain, ahol a mozgás lehetősége a klima enyhesége mellett meg van adva. Ha mindezekután azt kérdezzük, hogy mégis mely esetben küldjünk vesebajost Egyptomba, akkor azt kell mondanunk, hogy az egyptomi klima hatása alatt vesebaj meggyógyulását úgyszólván senki sem látott. Az ottani észlelők is csak általános benyomásokról beszélnek. *Engel*, a heluani sanatorium vezetője is csak egy-két esetről referál. A legnevesebb klinikusok, *Senator, Korányi, Noorden* is csak javulásról szólanak, de chronikus vesegyulladásnak végleges gyógyulásáról senki sem tud.

Marad tehát az acut vesegyulladás végső szaka, melyben még fehérjevizelés áll fenn, de a többi tünet már visszafejlődött. Ez Egyptomban nyom nélkül eltünik. Persze, nehéz annak megítélése, hogy vajjon nem értük-e volna el ugyanazt idehaza.

Tekintettel arra, hogy mint említettem, a víz eltávolítása a bőrön át lényegesen fokozódik, megvan annak lehetősége Egyptomban, hogy a vesebajok azon eseteiben, amikor nitrogenfelhalmozódás nincsen jelen, természetesen sómentes diaeta mellett, az izzasztás helyett az oedemák egyszerűen párolgás útján távozzanak a szervezetből. Súlyos oedemás beteget azonban az átkelés és az előbb említett egyéb káros hatásoknál fogva nem küldhetünk amúgy sem Egyptomba, úgyhogy *inkább azon esetekre szorítkozunk, amelyekben nagy vízretentiós hajlam (Oedembereitschaft) van jelen.* Nem hallgathatom el, hogy mindez elérhető kényelmesebben Európa földközitengeri partjain, de sőt, mint már *Oordt* is rámutat, Déltirolban, Délolaszországban,

Sicilián, sőt a Magyar Alföldön is. Ez utóbbi helyeken azonban az időtartam az Egyptoméhoz képest lényegesen csökken. Külön meg kell említenem, hogy a Balaton partjának enyhe klimája szintén megfelel e célnak. A nyáron kívül a balatonmenti tavasz és kora-ősz kellő kihasználása lényegesen megnyujtja a jelenlegi balatoni fürdősaison időtartamát. Ez vesebajosok szempontjából egész különös jelentőségű.

A vesebajok esetén a klimatotherapiának még más célja is van, nevezetesen az, hogy *a beteget megfelelő edzés után megvédje a meghülés ártalmaitól.* Erre a lehettőség úgy van megadva, hogy melegebb klimából *fokozatosan* mindinkább magasabb helyre subalpin, majd végül 1000—1500 m-nyi magaslati helyre visszük. Ez emelkedésnek nagyon fokozatosan kell végbemennie, mert különben a magaslati klima esti lehülése éppen az ellenkező hatást válthatja ki. *A magaslati klimának azonban még más célja is van, nevezetesen a szív erejének gyakorlat útján való fokozatos erősítése.* Ezért, ha csak van rá lehetőség, küldjük a vesebajost, természetesen mindig *csak a kompenzált stadiumban lévőt*, lehetőleg az említett fokozatos haladás szigorú betartásával, magaslati helyre.

Mindezen eljárások csak segítő eszközei lehetnek a vesebajosok gyógykezelését uraló pontos, functionalis alapon nyugvó diaetás eljárásnak. Ezért ivókúra, fürdőeljárás vagy klimás tényezők alkalmazása csak ott jogosult, ahol a diaetás eljárás szigorú egyéni keresztülvihetősége *megfelelő intézetekben* lehetséges.

Adatok a Balaton balneologiai ismeretéhez.

Írta: *Dalmady Zoltán dr.* egyet. magántanár.

Ha az ember áttanulmányozza a balneologia irodalmát, arra a megállapításra jut, hogy a belföldi tavak orvosi fölhasználásával s a vele összefüggő tudományos kérdésekkel feltűnően keveset foglalkoznak. Bár világhírű fürdőhelyek állanak Európa minden számottevő tavának partjain, ezek egytől-egyig pusztán klimatikus gyógyhelyeknek, de nem fürdőhelyeknek számítanak. Míg a tengerben fürdés és a tengerparti élet élettani és gyógyító hatásával valóságos könyvtárak foglalkoznak, addig az édesvizekben fürdés mint gyógyító tényező alig talál említést és legföljebb a vízi sportok irodalmában szerepel.

Aki ismeri az európai tavak legtöbbjét, az minden különösebb indokolás nélkül meg is érti ezt. Európa nagy tavai, amelyek nagyságban, kiterjedésben a Balatonhoz foghatók volnának, egytől-egyig hegyi tavak, melyeknek roppant mélysége, nagy vízmennyisége, vadregényes környezete, sziklás talaja mindenre inkább jó, mint fürdőzésre és melyek partjain, ha vannak is kényszeredett fürdőberendezések, olyan fürdőélet, mint aminő a mi Balatonunk partján van, ki nem fejlődhetik. Ha vannak is tavak (pl. Ladoga és Onega), melyeknek jó strandjuk van, úgy klimatikus viszonyaik olyanok, hogy az igazi fürdőélet kifejlődését lehetetlenné teszik.

A hydrologiának azt az ágát, mely a belföldi tavak tulajdonságaival foglalkozik, limnologiának nevezik. Ha a Balatont mint gyógyító tényezőt akarjuk megismerni, első rendben hydrographikai és limnologiai tulajdonságait kell figyelembe venni. „A Balaton tudományos tanulmányozásának eredményei" című hatalmas munkában *Cholnoky Jenő* és *Sáringer János Kandid* könyvei minden szükséges adattal szolgálnak.

Ezekből kitűnik, hogy a Balaton 600 km² terjedelmű, 196 km parthosszúságú, 104 m tengerszínfölötti fekvésű tó, melynek átlagos mélysége 3 m, maximális mélysége 11 m, vízmennyisége 1830 km³. A Balatont tehát óriási kiterjedése mellett aránytalan csekély mélysége jellemzi. Ha a Balaton kiszáradna s a felszínt egyenletesen hó borítaná, senki meg nem tudná mondani, hogy az így keletkezett óriási síkságon hol voltak a tónak partjai, hol voltak mélyedései. A Balaton — hasonlattal élve — egy óriási tálca, melynek csak egy helyen van észrevehető homorú kis horpadása (a tihanyi szorosnál), egyébként csaknem teljesen lapos s egész fölszínét igen vékony vízréteg borítja. Tessék elképzelni egy 10 m hosszú és 6 m széles tálcát, melyet 3 mm vastagon borít a víz. Ezzel szemben a külföld híres nagy tavai, így a genfi, a bodeni, Garda stb., valóságos köcsögök vagy vázák, melyekben kis fölszín mellett igen mély vízréteg áll. Ha kiszáradnának, helyüket vad szakadék jelezné. A mellékelt táblázat mutatja Európa néhány nevezetesebb tavának jellemző adatát, melyek összehasonlításából kitűnik, hogy a Balaton egyedülálló a maga nemében. Hozzá hasonló arányokkal bíró tavak vannak Afrikában, Ausztráliában és Észak-Amerikában, de ezeknek vagy éghajlata rossz, vagy pedig moszkitóknak vagy krokodilusoknak oly veszélyes tanyái, hogy megközelítésük szinte veszedelmes. A tömény sós tavakról nem is szólunk.

1. táblázat.

Néhány jellemző földrajzi adat.

	Terület km²	Maxim. mélység m	Átlagos mélység m	Kerület km	Tengerszín feletti magasság m
Balaton....	598	11	3	196	104
Badeni-tó..	539	252	—	200	395
Genfi-tó ...	582	334	152·7	154	372
Garda-tó...	370	346	—	125	65
L. Maggiore	212	372	—	—	194
Como-tó ...	154	420	—	—	213

Az óriási vízfelszín mellett a csekély mélység döntő módon befolyásolja a víz hőmérsékletének viselkedését. A tavak vizének hőmérsékleti viszonyai, ha a tavat tápláló vizek befolyását nem számítjuk, a besugárzott és kisugárzott hőmennyiségektől függenek. A hősugarak nem haladnak a víznek nagy mélységeire, mert elnyeli őket a víz, és viszont a kisugárzás folytán elsőrendben a fölszín hűl le. A víz fajsúlyának különleges változása a hőmérséklet változásával egészen sajátlagos viszonyokat eredményez. Lévén a 4 C° melegségű víz a legnehezebb, ez süllyed a legmélyebbre, míg fölötte helyezkednek el az akár melegebb, akár hidegebb rétegek. Az éghajlati viszonyok és a tó hydrographiai adatai szerint tehát a tavak — amint azt *Forel* megállapította, — három csoportba lesznek sorozhatók. 1. Tropikus tavak: hőmérsékletük minden rétegben 4° fölötti, tehát direkt rétegzettségűek s a legmelegebb réteg van legfölül. 2. Polaris tavak: hőmérsékletük állandóan alacsonyabb, mint +4°, tehát rétegzettségük fordított. A legmelegebb réteg van legmélyebben. Ide tartoznak a sarkvidék tavain kívül a havasok tavai is. 3. A változó hőmérsékletű tavak, amelyekben nyáron direkt, télen fordított a hőmérsékleti rétegzettség, míg ősszel és tavasszal előfordul az az állapot, hogy a víz egész tömege 4 C° hőmérsékletű.

A Balaton, mint fölöttébb csekély vízű tó, az utolsó csoportnak jellemző tagja, mert teljes élességgel mutatja a rétegzettség megfordulását az évszakok szerint. A Balaton nyáron egész tömegében megmelegszik. Európa egyéb nagy tavai éppen nagy mélységük következtében soha egész tömegükben át nem melegszenek, minek az a következménye, hogy a fölszín hőmérséklete

állandóan aránylag alacsony marad. A víztömegeknek a szél hatása alatt beálló eltolódása sohasem hoz létre a Balatonon olyan hőmérsékleti ingadozásokat, mint aminőket Európa egyéb nagy tavain észlelhetünk. Ha a szél a fölszín megmelegedett vízét a parttól elnyomja, úgy annak helyét a mélyből fölszálló alacsonyabb hőmérsékletű víz foglalja el, miáltal a vízfölszín hőmérsékletének a levegő hőmérsékletétől és az insolatio nagyságától független ingadozásai következnek be. Ez a jelenség a Balatonon is megállapítható, de csak gondos mérésekkel és sohasem olyan méretű, hogy a fürdőzést zavarná.

Európa nagy tavainak felszínes hőmérséklete általában alacsonyabb a Balatonénál, ami nemcsak hegyvidéki fekvésüknek következménye, hanem annak is, hogy e tavakba hegyipatakok, sőt gleccservizek ömlenek.

A Balaton vize átlag kétszer annyi oldott anyagot tartalmaz, mint a többi nagy tónak a vize és kifejezetten lúgosabb. A Balaton vize kevésbbé átlátszó, zavarosabb, mint a többi tó vize. Míg a Balaton vizében átlag 80—90 cm mélységben tűnik el az ember szeme elől a víz átlátszóságának mérésére használt fehér korong, addig a genfi tavon gyakran 10—12 méter mélységből is látható. A Balatonon még a téli jégkéreg alatti víz is, — mely pedig a legtisztább — másfél méteres mélységgel elnyeli a fehér korongot.

A Balaton éghajlati viszonyai a nyári félévben hónapokon át nap-nap után lehetővé teszik a szabadban fürdést és az öltözetlenül szabadban tartózkodást órákon át. A külföld nagy tavainál, ha a nyári hőmérséklet — pl. az olasz tavaknál — talán megfelelő volna is, a rendszeres tóparti szél (Borea, Sover, Tramontana, Iverna, Bise stb.) oly lehűtő hatású, hogy a légfürdőzést és a hosszabban a vízben tartózkodást lehetetlenné teszi. A mellékelt táblázat mutatja néhány tóparti és tengerparti helynek havi átlagos levegőhőmérsékletét és havi átlagos vízhőmérsékletét. Amint kitűnik, az Északi- és a Keleti-tenger partján lévő helyeken úgy a levegő, mint a víz hőmérséklete alacsonyabb, semhogy olyanféle parti élet fejlődhetnék ki, mint aminő a Balatonon. Az Adriai-tenger, különösen ahol a part megfelelő tulajdonságokkal bír, kifogástalanul alkalmas a fürdőéletre, de kifejezett hátránya, hogy a víz tengervíz.

2. táblázat.

A víz és a levegő hőmérséklete a nyári idény alatt. Átlagos havi közép C°.

		Máj.	Jun.	Jul.	Aug.	Szept.
Balaton (átlag)	Víz	17·2	20·0	21·4	22·4	18·2
	Levegő	14·5	19·4	20·4	22·2	17·1
Genfi-tó (átlag)	Víz	12·6	17·5	19·9	20·0	17·0
	Levegő	13·2	16·8	18·9	18·1	15·0
Adria (Abbazia)	Víz	17·8	20·1	26·5	25·2	20·1
	Levegő	16·1	19·6	22·2	21·8	18·5
Északi-tenger (Wyk.)	Víz	—	15·7	18·1	17·6	15·2
	Levegő	11·2	14·9	16·4	16·0	13·7
Keleti-tenger (Warnemünde)	Víz	—	14·8	17·4	17·4	15·5
	Levegő	11·3	15·5	17·2	16·5	13·7

A tengeri fürdők gyógyító jelentősége évről-évre hanyatlik. Míg néhány évszázaddal ezelőtt, pl. Dieppe a legsúlyosabb szervi betegségek, sőt az epilepsia és a veszettség biztos gyógyhelyének hírében állott, addig ma már tudjuk, hogy a tengerparti tartózkodás gyógyító tényezői elsősorban a napfény és a jó levegő, nem pedig a tengervíz. A tengervíz általában alkalmatlanabb a fürdőzésre, mint az édesvíz. Nemcsak hogy sok ember bőrére kifejezetten kedvezőtlen hatással van, de igen kellemetlen a szem kötőhártyáit izgató hatása, rossz íze, sőt hánytató mivolta. A gyermekek a tengervízben sohasem lubickolhatnak és úszkálhatnak oly bátran és oly zavartalanul kellemes érzéssel, mint a Balatonban.

A klimatikus gyógyhelyek, melyeknek egy önálló csoportját a vízmenti fürdőhelyek képezik, gyógyító hatásaikat nemcsak egészséges éghajlatuknak köszönik, hanem azon különleges életrendnek is, amelyet lehetővé tesznek, illetőleg amelyet egy bizonyos fokig az ott tartózkodóra rákényszerítenek. Klimatikus gyógyhelyek, melyeknek éghajlata a meteorologiai adatok szerint egymástól alig különbözik, orvosi használat és gyógyító érték szempontjából egész lényegesen különböznek egymástól, éppen a különleges életviszonyok és a különleges életrend következtében. A Balaton éghajlata nem különbözik oly lényegesen Budapest környékének éghajlatától vagy valamely alacsony hegyvidéki gyógyhely éghajlatától, hogy ebből gyógyító hatásra vagy különleges indicatiókra lehessen következtetni, de lényegesen különbözik éppen azon életmód által, melyet lehetővé, sőt elkerülhetetlenné tesz.

Amikor a Balaton balneologiai értékéről beszélünk, sohasem szabad róla, különösen külföldiek előtt egyszerűen mint tóról beszélni. Aki csak a külföld nagy tavait ismeri, merőben hibás képet kap, ha a Balatont is azokhoz hasonlónak és a balatoni fürdőzést az illető tavak partján történő fürdőzéshez hasonlónak tartja. Hibás a Balatont mint természeti szépséget mérni össze a külföld elvitázhatatlanul festőibb és vadregényesebb tavaival. Mindig és mindenütt rá kell mutatni, hogy a Balaton a maga nemében egyedülálló geografiai jelenség Európában, s ennélfogva egészen önálló balneologiai érték is. (Legföljebb a Palicsi-tó és az Alföld szikes tavai volnának hozzáfoghatók, de ezek már méreteiknél fogva is egészen más elbírálás alá esnek.)

A Balaton az egyetlen tó Európában, amelynek partjain ugyanolyan fürdőélet élhető, mint a déli tengerek kedvező minőségű partjain, sőt annál még tökéletesebb, mert a víz édesvíz, nincs apály és dagály, kisebb a hullámverés, kevésbbé ingadozó a hőmérséklet stb. Csakis megfelelő európai színvonalon álló berendezésekre és megfelelő propagandára van szükség, hogy a Balaton egész Európának orvosilag is megbecsült és általánosan kedvelt gyógyhelye legyen.

A nedves meleg klimáról és a lugos sós gyógyvizekről s azok hatásáról, főleg a légutak megbetegedéseinél.

Írta: *Szabóky János dr.* egyet. m. tanár, egészségügyi főtanácsos, fürdőorvos Gleichenbergben.

Valamely gyógyhely indicatióját annak természetes s mesterséges gyógytényezői állapítják meg. A fontosabbak mindig a természetes gyógytényezők, mert ezek helyhez kötöttek s másutt nem nyujthatók. Ebben az előadásomban a légutak megbetegedéseinél igen fontos szerepet játszó két ilyen gyógytényezővel szándékozom foglalkozni, a nedves, meleg klimával s az alkalikus muriatikus gyógyvizekkel, azok hatásával s indicatióival.

Nedves meleg klima jellegezheti a tengeren fekvő szigeteket, a tengerparti s a szárazföldi helyeket egyaránt s így természetes az, hogy ezeknek a klimáknak mindegyikénél az alapklimák befolyásától függőleg, bizonyos változatok észlelhetők.

Van Ordt a szárazföldi klimákat mélyebb s magasabb fekvésű, a mélyebb fekvésűeket pedig nedves meleg, középnedves meleg s száraz szárazföldi klimákra osztja fel. Minket, mivelhogy a középnedves meleg s nedves meleg klima között éles határokat vonni nem mindig lehet, ez a két klima érdekel csak.

Valamely klimában a klimatényezők, még inkább pedig azoknak ingadozásai érvényesítik hatásukat szervezetünkre. A nedves meleg klimájú helyeken az előnyös nedvességi viszonyok egyrészt, melyek a szennyezett levegőt tisztítják, a hőingadozásokat szabályozzák, a hegyláncok másrészt, melyek a szelekkel szemben védelmet nyujtanak, azok a tényezők, melyek fenti klimafactorok érvényesülését a nyári hónapokban nagy mértékben, tavasszal s ősszel pedig csak kevésbbé akadályozzák.

Ilyen körülmények között tehát önként az a kérdés merül fel, vajjon miben nyilvánul meg mégis az ilyen klimának — melyben a klimatényezők ingadozásai jóformán teljesen hiányzanak — hatása. Ha abból indulunk ki, hogy a kímélet s az izgalom képezik a therapiás hatások alapját, akkor megérthető, hogy a betegek s az üdülők ebben a klimában éppen abban az ellentétben találják meg a keresett gyógyító hatást, amelyet az elfajult városi levegővel szemben ennek a klimának kímélő s megnyugtató hatása gyakorol reájuk. Hányszor halljuk magától a betegtől, ha ilyen helyre érkezik, azt, hogy ez az enyhe, minden izgató hatástól mentes klima mily megnyugtatóan hat reá, úgyhogy alig győzi ezt a tiszta, s hogy szavaival éljek, ózondúsabb levegőt eléggé beszívni s szemeit ezeken a tájakon végigterelni.

A hegyek lejtőjén fekvő nedves meleg klimájú helyek a levegő tisztaságának az erősebb insolatiónak, a tavak, erdők s egyéb másodlagos nedvességi tényezők okozta hővédelemnek, az éjszakai lehüléseknek s a tájék megnyugtató hatásának kombinálódása által válnak értékessé. Ilyen klimájú helyek hőmérséke s relativ nedvességi foka csak ritkán haladja túl azt a határt, amely mellett egy könnyen öltözött ember még jól érzi magát. Ez a klima csak kevéssé veszi igénybe a hőproductiót, kíméli a légutakat, bőrizgalmat alig okoz s így méltán nevezhető helyenkint üvegházi klimának. Ha meg is engedem azt, hogy a nem azonos klimájú helyekről ide kerülő betegeknél ennek a klimának hatása némileg eltérő lehet s azt is, hogy ez a klima tavasszal s ősszel az esetleges gyengébb hőingadozások, szelek s szárazabb levegő folytán némileg izgató hatást is fejthet ki, fő therapiás értéke ennek a klimának mégis csak az idegrendszerre, a circulatiós apparatusra, de különösen az athmosphaerás izgalmakkal szemben annyira érzékeny légzőszervekre kifejtett kímélő, megnyugtató s üdítő hatásban nyilvánul meg.

A szárazföldi nedves meleg klima főleg a mérsékelt északi s középső szélességi fokok alatt elterülő védett fekvésű helyeket jellegzi. Természetes azonban az, hogy ezeknek a helyeknek klimájában némi eltolódás jöhet létre aszerint, amint ezek a helyek védettebbek, északi vagy déli fekvésűek s aszerint, amint azok az óceántól távolabb vagy ahhoz közelebb fekszenek. Minket ezek az eltolódások csak annyiban érdekelnek, hogy ezáltal Dél-Franciaországnak, nyugat Dél-Németországnak, Ausztriának, Svájcnak egynéhány szárazföldi helye egy tavaszi s egy őszi hónappal tovább tartja meg a nedves meleg s nedves enyhe klima jellegét, amiáltal az ilyen helyek főleg Dél- és Közép-Olaszországnak enyhe nedves meleg őszi s tavaszi klimájához átmenetet képezhetnek. Míg késő tavaszi, de főleg korai s kevésbbé késő őszi tartózkodásra alkalmas ilyen klimatikus helyekben Európa bővelkedik, addig téli s korai tavaszi tartózkodásra megfelelő nedves, illetve középnedves meleg klimával földrészünkön nem találkozunk.

A nedves meleg klima igazi téli, korai tavaszi s késői őszi képviselőit a tengeren fekvő szigeteken s a tengerparti helyeken kell keresnünk.

Weber alapján *Glatz* a következő tengeri klimákat különbözteti meg: 1. nedves meleg tengerparti s szigetklima, 2. nedves hűvös tengerparti s szigetklima, 3. középnedves meleg tengerparti szigetklima s száraz meleg tengerparti klima, 4. középnedves hűvös tengerparti s szigetklima. Ezek közül minket csak az első s a harmadik csoporthoz tartozó klimák érdekelnek.

Téli hónapokban igazán nedves meleg klimával a tropikus égalj alatt s a subtropikus zóna alatt elterülő szigeteken s azok partjain találkozunk csak. Ez a klima főleg sedativ s bágyasztó hatású s főképviselői a *Sandwich-*, *Fidschi*-szigetek, *Ceylon*nak, *Jamaica*nak, *Kuba*nak tengerparti helyei a *Kanári-*, *Azori*-szigetek, *Madeira*, *Teneriffa* stb.

A Dél-Európában fekvő tengerparti s tengeri helyeknek egy része bír csak ősszel, csekélyebb része pedig ősszel is és tavasszal is a tengeri, még kevésbbé pedig a nedves meleg klima jellegével. Nem bír tengeri klimával a Riviera di ponente. Ezt a klimát nagy előnyei mellett — mint magas téli hőmérsék, kevés esőzés s erős insolatio, *Lalesque* szerint a téli hónapokban 981 órán át süt ott a nap — erős hőingadozások s a szárazsági végletek jellegzik; a hideg északkeleti szél s a féltett északnyugati Mistral erős porfelhőket ver fel a száraz talajban, úgyannyira, hogy a Riviera di ponente egyes nem védett helyei, mint pl. *Clar* vizsgálatai alapján a *Toulon*nál kiugró partvidékeken fekvő *Hyéres*, ma alig jöhetnek gyógyhelyszámba. A szárazföld felől többé-kevésbbé védett fekvésű *Mentone*t, *Nizza*t, *Cannes*t, *Beaulieu*t, *Sanermo*t, *Bordighera*t, de leginkább *Ospedalettit* s *Alassio*t száraz meleg tengerparti klima jellegzi; ez a klima excitáló hatású s így olyan betegeknél, kiknél a légzőszervek nyálkahártyájának izgatottsága áll fenn, valamint pedig a functionalis idegzavarok erethikus formáinál kerülendő. A Riviera di levante kevésbbé napos, de nedvesebb klimával bír, mint a nyugati olasz tengerpart. Ennek oka egyrészt az, hogy ezt a földrészt észak s északkelet felől magas homokkőhegyek védik, másrészt pedig az, hogy ez a földrészlet a tenger felé teljesen nyitva áll. Ez a klima jótékony hatású, különösen a szívnek, véredényeknek s a respiratiós szerveknek megbetegedéseinél.

Tekintettel arra, hogy a Középtengerben domináló szélirány télen, de főleg ősszel a nedves meleg esőt hozó — s csak Dél-Olaszországban, főleg Sziciliában a Szahara közelsége folytán a meleg port hozó — sirokkó, érthető az, hogy a Középtengeren, az adriai partvidékeken s szigeteken is főleg csak ősszel fogunk nedves meleg klimával találkozni. Nyáron ezeket a helyeket a száraz meleg klima jellegzi.

A Középtengeren elterülő helyek közül leginkább a 17·4 C° átlagos hőmérsékű *Corsica* szigetén fekvő *Ajaccio*t jellegzi csak tengeri klima. *Lang*, *Pompeani*, *Wiedemann* és *Clar* összhangzó vizsgálatai alapján itt csak csekélyek a hőingadozások *Ajaccio*nak relativ nedvessége — védett fekvése miatt egyrészt, másrészt pedig azért, mert a Riviera felől jövő szelek a tengeren áthaladva enyhülnek s szárazságukban veszítenek — alig süllyed 30% alá. A respiratiós szervek hurutos megbetegedéseinél, csúcshurutoknál, gümőkóros infiltratióknál s maradványoknál, hurutos tüdőgyulladás után *Ajaccio* klimája igen előnyös.

Az Adrián inkább csak annak délibb fekvésű szi-

getein s partvidékein fogunk kifejezettebben nedves meleg klimával találkozni. Ennek oka az, hogy az Adria déli részeiben jóval mélyebb — itt elérhet 1000 m-t is —, holott az északi Adria mélysége 80—100 m, de néhol nem haladja túl a 30 m-t sem s így az ebben a mélyebb tengerben felhalmozott hőtömegek lesznek csak képesek egyenletes magasabb téli hőmérséklet fenntartani. *Hann* vizsgálatai azt mutatják, hogy az olasz parttól 50, a dalmát parttól 100 km-re fekvő, kifejezetten tengeri ideális déli klimát mutató, de elzártsága s lakatlansága miatt alig kihasználható *Pelagosa* szigetén a napi hőingadozás télen csak igen csekély, a relativ nedvesség pedig 74—78% között ingadozik. A Dél-Adriában *Pelagosa*nak megfelelő klimát *Lesina*, még inkább pedig *Lissa* szigetén s a *Spalato* körül elterülő *Sette di Castelli*n találunk csak. Megközelíti ezt a klimát a szárazföld felől hegyek által eléggé védett, délnek pedig a tenger felé nyitva álló *Castelnuovo di Cattaro*, de nem hideg szelei miatt *Ragusa*, mely utóbbi hely csak erősebb ellenállási képességgel bíró egyéneknél indikált. A fentemlített tények egyrészt s az északi Adriában mind jobban érvényesülő continentalis befolyások másrészt, okozzák azt, hogy az északi Adriában fekvő helyek télen s nyáron inkább a szárazföldi klima jellegét mutatják. Tavasszal, de főleg ősszel — októberben, novemberben, decemberben —, midőn a száraz északkeleti szeleket a nedves meleg délkeleti esődús sirokkó váltja fel, az *Istria* keleti partjain fekvő, a szárazföld felől hegyekkel védett s ilyenkor szélmentes helyek, mint pl. *Abbazia*, *Lovrana* klimája kifejezetten nedves meleg lehet. Az északi Adriában a legelőnyösebb klimás viszonyokat *Lussinpiccolo* s *Cigale* mutatják s míg *Abbaziat* s *Lovranat* könnyen izguló nyálkahártyákkal bíró betegeknél csakis a sirokko-hónapokban ajánlhatjuk, addig az ilyen betegeknek áttelelésére — ha már ebből a célból éppen az északi Adriát választjuk — legföljebb *Lussinpiccolot* vagy *Cigalet* engedélyezhetjük csak. Az által, hogy Istria keleti határát védő magas hegyek Pola s Triest között elsímulnak, csökken ezeknek a helyeknek nedvessége, csapadékmennyisége s így elvesztik azok a nedves meleg tengeri klima jellegét is. Még inkább áll ez a felső olasz tengerparti helyekre — *Grado*ra, *Ravenna*ra, *Valencia*ra —, valamint pedig az Istria nyugati partjain fekvő *Portorose*re, *Parenzo*ra s *Valbandon*ra.

Csak kevésbbé jönnek tekintetbe az említett helyekkel szemben előnyökkel nem bíró Spanyolországnak védettebb fekvésű déli partvidékai, Angliának s Irországnak déli s nyugati tengerparti helyei. A délolasz s délsvájci tavak déli partjain elterülő helyek a Balkán-félsziget déli részeiben, Görögországban fekvő egynéhány védettebb hely s a Krim-félsziget déli partjain található klimatikus helyek.

Úgy a tengeri, tengerparti s a szárazföldi nedves meleg klimájú helyeknek nehéz az egységes indicatióit megállapítani s épp azért leghelyesebbnek tartom azt, ha abból a célból, hogy áttekintést nyujtsak, egy olyan szárazföldi nedves meleg klimájú helynek javallatait sorolom fel, amely ennek a klimának typikus képviselője. A szárazföldi nedves meleg klimájú helyek typusa *Gleichenberg*. Én, aki betegségem folytán Európa fürdőhelyeinek legnagyobb részét nem talán egynapi, hanem hosszabb tartózkodás után ismerem, ilyen, a nedves meleg szárazföldi klima összes charakterét mutató más helyet — talán *Ems* kivételével — alig ismerek.

Gleichenberg egy patkóalakú völgyben Styria délkeleti részében, erdős, dombos vidéken terül el 300 m magasságban a tenger színe felett. Nevét két észak felől védő hegyének, a gleichenbergi s a stradeni Kogelnek köszönheti. Kelet s nyugat felől a szemet megnyugtató dombos vidék környezi ezt a helyet, dél felé pedig tág völgy tárul elénk. Az egyenletes, csak csekély ingadozásokat mutató klima állandóan nedves. A buja, részben subtropikus vegetatio, mely üdeségét nyáron is fenntartja, ennek a nedvességnek a következménye. Az épületek villaszerű elhelyezése s az a körülmény, hogy a lakásokat környező nagyszámú árnyas ligetek azokat állandóan hűvösen tartják, mentesítik a fürdővendégeket a ritkán csak zivatarok előtt fellépő, rövid ideig tartó nyomasztó érzéstől.

Gleichenbergnek június, július s augusztus hónapokban 17·5—19·5, illetve 18·5 C° a havi hőmérsékátlaga, május—szeptember hónapokban pedig 15 s 15·5 C°. A relativ nedvesség előbbi hónapokban 76—76, illetve 78%, utóbbiakban pedig 73 s 82%. Gleichenberg nedves meleg klimája a nyári hónapokban kifejezetten kímélő s megnyugtató hatású; májusban s szeptemberben éppen a nyári hónapokhoz képest a klimafactoroknak talán valamivel erősebb ingadozásától föltételezett gyengén izgató hatású. Gleichenberg azokhoz a helyekhez tartozik, melyeknek therapiai használhatósága ősszel s tavasszal 1—1½ hónappal kiterjeszthető s így az ekkori enyhe nedves meleg klimája átmeneti tartózkodásra alkalmas a délről érkező s a dél felé vonuló betegeknek.

Indicatiói a következők: Ez a nedves meleg klima elsősorban oly betegeknél jótékony hatású, kiknél azokat az athmosphaerás izgalmakat igyekszünk elhárítani, amelyek a légzőszervek vérellátását s secretióját befolyásolják. Az által, hogy a betegek itt tiszta por- és csiramentes levegőben tartózkodnak, jóval kevesebbet beszélnek s a tüdejükre balzsamként ható nedves enyhe levegőt szívják be, légzőszerveik állandóan nyugodtabban működhetnek. Itt s hasonló ilyen helyeken a nem régi keletű orr-garat, valamint pedig a garatnyálkahártyáról átterjedő gége- s hörghurutok s régibb keletű száraz s kevés secretióval s a megbetegedett nyálkahártyák erős izgatottságával járó lobos folyamatok minden egyéb gyógytényező nélkül már pár hét alatt meg is gyógyulhatnak, de minden esetben erősen javulnak. Igen előnyösen befolyásolhatják Gleichenberg klimatikus viszonyai, különösen ha még elsőrangú gyógyvizeivel ivókúrát is rendelünk, a tüdőtágulatot, chronikus bronchitist s a symptomás asthmát is. A tüdőbetegek közül Gleichenbergben jól fogják találni magukat mindazok a betegek, kik az otthoni vagy az ahhoz hasonló klimában is gyógyíthatók. Igen jól tudjuk azt mi, orvosok, hogy tuberculosisnál nem létezik sem klima-optimum, sem pedig egységesen előnyös hatású klima, de tudjuk azt is, hogy a különféle klimás viszonyok a tüdőtuberculosis bizonyos kísérő tüneteit s következményes megbetegedéseit előnyösen vagy hátrányosan befolyásolhatják. Ilyen szempontból Gleichenberg nedves meleg klimájának a tüdőgümőkór bizonyos alakjainál megvan a specialis indicatiója. Előnyösen befolyásolja ez a klima elsősorban a serdülő korban phthysikusok habitusát mutató olyan betegeket, kiknél a légzőszervek gyakori recidiváló hurutja áll fenn, valamint pedig azokat a suspect bronchialis hurutokat, melyeknél a tüdőgümőkór még nem mutatható ki; a már megállapodott, főleg száraz hurut tüneteit mutató chronikus lefolyású gümőkórnak még subfebrilis eseteit is, különösen akkor, amidőn a hurutok oldását akarjuk elősegíteni. Igen jól emlékszem olyan száraz hurutos, subfebrilis tüdőgümőkóros betegekre, kiknél a hőmérsék, a hurut, dacára annak, hogy azok hosszú időn át tartózkodtak már magaslati helyen, mégsem engedett, *Gleichenberg*ben azonban 3—4 hét után megindult az expectoratio s csökkent a láz. Ide valók azok a fázó-hülékeny lefogyott betegek, kiknél edzésre gondolni sem lehet s főleg a nyári hónapokban azok a már előrehaladottabb phthysikusok is, kik meleg klimá-

ban még sokáig jól érezhetik magukat. Természetes az, hogy súlyos lázas esetek, olyan betegek, kiknél már complicatiók vagy destructiók mutatkoznak s erősen vérző betegek éppúgy nem valók ide, mint más fürdőhelyekre sem.

Az ilyen nedves meleg klimájú helyeknek indicatiói nem szorítkoznak csakis a légzőszervek megbetegedéseire, hanem javalt ez a klima mindazokban az esetekben, amelyeknél kímélő, üdítő s megnyugtató hatást keresünk. Idősebb s fiatalabb egyéneknél, valamint pedig reconvalescenseknél, kik otthoni klimájukat bármely ok folytán kihasználni nem képesek.

Az arteriosklerosisnak s szívidegneurosisok nagy részénél, főleg azokban az esetekben, melyekben az alkalmazkodási képességében gyengült edényrendszert ismét óvatosan tevékenységre akarjuk bírni. Ilyen esetekben ez a klima a minden vasomotoros excessust elkerülő elővigyázatos gyakorlat által fejtheti ki az edénytonusra előnyös hatásait. Ez a klima ilyen esetekben éppúgy, mint bizonyos functionalis idegbajoknál, főleg májusban, júniusban, augusztus és szeptember hónapokban ajánlható.

A vér s vérképző szervek megbetegedéseinél, főleg chlorosisnál a napnak, levegőnek s a különféle klimatényezőknek gyengén változó ingere lehet jótékony befolyással.

*

Az alkalikus muriatikus gyógyvizek az alkalikus vizek főcsoportjához tartoznak. Ezek 1 kg-ja legalább 1 g oldott anyagot tartalmaz, anionjai közül a hydrocarbonat-ion, kationjai közül a natrium-ion praevaleál. Az alkalikus muriatikus vizek jelzett tulajdonságokon kívül még nagy chlor-ion-tartalommal is bírnak. Ezeknek a vizeknek legnagyobb része hypotherma s hypotonikus oldat. A hűvös alkalikus muriatikus vizek absolut CO_2 tartalma 1 kg-ban 2—3 g között váltakozik, a melegebb 20—35 C-fokú szénsavas vizek — a CO_2-nek magasabb hőfoknál csekélyebb oldódóképessége folytán — a hőfokkal arányosan kisebb CO_2-tartalommal bírnak, úgyhogy a 40 C-fokon felüli hőmérsékűek CO_2-tartalma már csak ritkán haladja túl az 1 g-ot. Természetes az, hogy ezekben a vizekben a praevaleáló ionokon kívül többé-kevésbbé kisebb s nagyobb mennyiségben az egyéb kationok s anionok is előfordulhatnak. Ha a radioactivitást már 3—10 egység között ismerjük el, akkor az alkalikus muriatikus vizek jó része radioactiv.

Az ásványvizek a testnedvek megváltozott osmotikus nyomása által befolyásolhatják az anyagcserét. Azok rendszeres alkalmazása mellett a szervezet szövetnedveinek sóoldatai s az ásványvizek között az osmotikus törvények alapján váltakozó hatás fejlődik ki. A megbetegedett sejtek resorptiója s szétesése által egyrészt, másrészt pedig az újabb, ifjabb, erősebb ellenállási képességgel bíró sejtek kifejlődése által assimilálódik a táptalaj.

A szervezetbe vitt különféle mennyiségű s sótartalmú ásványvizeknek a szervezet szövetnedveire kifejtett osmotikus hatásain kívül azok vegyi tulajdonságai is érvényesülnek. Tudjuk azt, hogy az ásványvizek specifikus hatására a bennük foglalt anionok s kationok a mérvadók. Az ionoknak minden a szervezet normalis állapotához viszonyított észrevehető eltolódása az egyes szervekben nutritiv s functionalis zavarokat idézhet elő, ami azután ingerfokozódásban s ingercsökkenésben vagy más életjelben nyilvánulhat meg. Az egyik kation előnyére s a többi kation hátrányára történt ilyen értelemben vett egyensúlyeltolódás alapján szólhatunk a Na', Ca'', K', stb. kationok specifikus hatásáról. Ugyanez áll az anionokra, beleértve a CO_2-t is.

Nem térek itt ki a különféle ionhatások részletezésére, mert bármennyire fontos is ezeknek ismerete az ásványvizek tudományos megítélésénél, hatásukat tisztán tudományos alapon megítélni ma mégsem lehet. Az ásványanyagcsere tanulmányozásánál azt látjuk, hogy a nézetek itt még meglehetősen hiányosak, nagyrészt föltevéseken alapulók s bizony az ásványvízkúra értékelésénél még szerénységre intenek. Az ásványvízcomponensek hatása azok értékelésénél ma még csak irányító, a vezető szerep ebben a tekintetben mégis csak az empiriáé.

Az alkalikus muriatikus gyógyvizeket főleg azokban az esetekben fogjuk rendelni, amidőn a folyadékok, anyagcsereproduktumok s pathologiás felrakodások fokozott kiválasztása által a szervezet átöblítését célozzuk. Ezeknek a gyógyvizeknek CO_2-tartalma sietteti a resorptiót, fokozza az étvágyat s a gyomorsecretiót. A resorbeált natriumcabonat vízteleníti a szöveteket, csökkenti a secretiót, oldja a nyálkatömegeket s expectoratióhoz vezet. A natriumcarbonat közvetve sietteti a gyomormotilitást is. Az alkalicarbonat additio által növelheti a vizeletnek alkalicarbonat-tartalmát, kisebb mennyiségben pedig fokozhatja az anyagcserét is, amely utóbbi hatásra valószínűleg a konyhasó is befolyással van. A jelzett componens hatások s az anizotoniás vizek okozta osmotikus ingadozások teszik lehetővé azt, hogy az alkalikus muriatikus vizek az emésztést, az anyagcserét, a vesetevékenységet fokozzák s a nyálkatömegek oldása által az expectoratiót könnyíthetik. Ilyen 200—400 g napi adagú, 6—8 hétig tartó ivókúrákat tehát elsősorban a légzőszervek megbetegedéseinél, főleg pedig azok hurutjánál fogunk rendelni. Nagyban elősegíthetik az ilyen ivókúrák hatását vegyi s mechanikus ingereik által az ilyen ásványvizeknek, valamint pedig ezek telítésig besűrített sóiknak — mint pl. a gleichenbergi s emsi sónak — belégzései. Tartósabb ivókúrákkal jó eredményeket érhetünk el tüdő- s mellhártyagyulladás után visszamaradt beszűrődéseknél, illetve álhártyáknál, tüdőtágulatnál s a már fent jelzett specifikus folyamatoknál. Mindazokban az esetekben, melyeknél vérzésekre hajlamosság áll fenn, az ilyen ásványvizeket vagy egészen el kell tiltanunk, vagy pedig azokat csak evacuálva szabad alkalmaznunk. *Gleichenberg*ben ilyen célokra az erősebb *Konstantin*-forrás helyett a gyengébb, szénsavtalanított *Emma*-víz áll rendelkezésre. A sós inhalatiók ilyen esetekben izgató hatásuk folytán szintén contraindikáltak.

A melegített alkalikus muriatikus vizek localis applicatiója öblítések alakjában nemcsak az orr-, gége-, garathurutokat képesek — különösen a CO_2 közvetlen, de közvetett hatása által is — jótékonyan befolyásolni, hanem megnyugtató hatást fejtenek ki ezek az öblítések azáltal is, hogy az éjjelen át megszaporodott nyálka könnyű leválását nagyban elősegíthetik.

A respiratiós szervek megbetegedésein kívül ily ivókúrák különösen hypotoniás vizekkel hólyag- s vesemegbetegedéseknél is ajánlhatók, utóbbi esetekben csak akkor, ha a glomerulusok átjárhatók.

A szénsavnak étvágygerjesztő resorptiót és sósavkiválasztást fokozó hatása teszi lehetővé azt, hogy az ilyen alkaliás muriatikus vizeket gyomorhurutoknál s dyspepsiánál is célszerűen rendelhetjük. *Pawlov* vizsgálatai azt bizonyítják, hogy az alkaliák a sósavsecretiót csökkentik. Ez a körülmény s a sósavat közvetlen közömbösítő hatás közvetve növelik a gyomormotilitást. Első hatás jól érvényesíthető hyperaciditásnál, utóbbi

atoniánál. Csak fel akarom itt említeni azt, hogy a *gleichenbergi Emma-, Konstantin-* s *Johannisbrunnen*-vizek fenti tulajdonságaiknál fogva meglehetős nagy napi adagban az emésztőszervek megbetegedéseinél célszerűen alkalmazhatók. Hyperaciditásnál főképen a *Johannisbrunnen* értékes s értékében ez az ásványvíz felülmúlja a *giesshübli* vizeket is. A gleichenbergi Johannisbrunnen a giesshübli vizekhez képest nagyobb natriumcarbonat-tartalmánál fogva erősebben csökkenti a sósavsecretiót, jobban közömbösíti a fölösleges sósavat, csekélyebb CO_2-tartalmánál fogva pedig csak kisebb mértékben érvényesíti a CO_2-nek sósavsecretiót fokozó hatását.

Magas NaCl- s nagy szabad CO_2-tartalmuknál fogva jól használhatjuk az alkalikus muriatikus gyógyvizek jó részét fürdőkhöz is, miáltal ezeknek javallatai szívbajokra, a véredényrendszer, idegrendszer, az anyagcsere megbetegedéseire is kiterjeszthetők. Így pl. *Gleichenberg*ben három különféle CO_2-tartalmú alkalikus muriatikus gyógyvíz — a *Maria Therezia-, Römer-* s *Werle-forrás* — áll szénsavas fürdők céljából rendelkezésre, miáltal megvan a lehetőség adva arra, hogy ott háromféle erősségű — az ásványvizes, a kalorizator s a pezsgő — természetes szénsavas fürdőket írhatjuk elő.

Előadásom végén csak azt kívánom még kiemelni, hogy Európában sok olyan szárazföldi gyógyhely van, mely a légzőszervek megbetegedéseinél inidkált, olyan azonban, mely éppen a légzőszervek leggyakoribb megbetegedéseinél, azok száraz, a nyálkahártya erős izgatottságával járó hurutjainál indikált, olyan, mely alkalikus muriatikus gyógyvizekkel is rendelkezik s nyáron, korai ősszel s késői tavasszal nedves meleg klimájú is s a melyben ez a két természetes gyógytényező hatásában jóformán fedi egymást, csak kettő jön szóba, *Gleichenberg* s *Ems*. E két hely közül Gleichenbergben még talán előnyösebbek a klimás viszonyok, mint Emsben s gyógyvizei közül főleg a *Konstantin*-forrás értékesebb az emsi *Kränchen*nél.

Télen, korai tavasszal s késő ősszel olyan helyet, hol ezt a két természetes gyógytényezőt együtt megtalálnók, nem ismerek s így be kell érnünk azzal, hogy ebben az időszakban a betegeket legalább megfelelő klimájú helyre küldjük, ahol azután azok megfelelő ivókúrát használhatnak. Csak téli kúrára inkább a subtropikus tengeri s tengerparti helyeket választjuk. *Abbazia, Lovrana* csak ősszel jönnek tekintetbe; a *dalmát* partok, szigetek, *Ajaccio, Lussinpiccolo, Cigale* s a *Riviera di levante* tavaszi s őszi tartózkodásra alkalmasak. Ha ilyen betegeknél ősztől tavaszig elnyúló tartózkodás javalt nedves meleg klimában, akkor elsősorban *Teneriffa, Ajaccio* s a *dalmát* helyek érdemelnek említést, s csak azokban az esetekben, melyekben a hosszú út vagy anyagi okok képeznek akadályt ennek keresztülvitelénél, ajánlhatjuk *Lussinpiccolot* vagy *Cigalet*.

A rheumatismusról, újabb kutatások megvilágításában.

Írta: *Schulhof Vilmos dr.* (Hévízfürdő).

Idült vagy időnként ismétlődő, váltakozó intensitású, sokszor időjárási befolyásokra reagáló fájdalmakkal igen gyakran keresik fel az orvost betegek, és ezeknek nagy része a rheumatismus- (vagy csúz-) diagnosisban részesül, ha ugyan már maguk is nem azzal a laikusoknál is igen népszerű panasszal állítanak be, hogy rheumában szenvednek. Sajnos, az orvosok részéről állított ezen diagnosis gyakran csak palástolja valamely igazi vagy helyes diagnosis hiányát; történhetik ez tudatosan, ahogyan pl. a berlini *Senator prof.* bevallotta, hogy az izomrheumatismus oly határozatlan rovat, mellyel minden izomfájdalmakkal járó betegséget, melyet nem tudunk máshova beosztani, felveszünk, de igen gyakran történik ez tévedésből, mikor nem kielégítő vizsgálat és az esetnek nem kellő körültekintéssel való megítélése miatt marad a fájdalmak oka felderítetlen.

Egészben véve mondhatjuk, hogy a legutóbbi időkig nagyon hátra voltunk a mozgási szervek lágyrészeiben (az izmokban és izületekben) fellépő idült fájdalmak megfejtésében; különféle szerzők főleg az izomrheuma lényegéről és keletkezési módjáról többféle, igen ellentétes hypothesist állítottak fel. Csak röviden említem meg ezek közül a legfontosabbakat: *Schmidt, Goldscheider* és *Profanter* a legfinomabb érzőidegágak neuralgiájának tartják a csúzos fájdalmat, melyet egyiküк szerint izombeli, másikuk szerint gerincvelői vagy reflex útján zsigeri folyamatok hoznának létre. *Schade* colloidchemiai alapon igyekszik magyarázatot adni és a rheumát gelosisnak nevezi, *Quincke* az urticariaszerű bőrkiütések analogiája kapcsán a rheumát úgy magyarázza, hogy a fájdalmas helyen futólagos aktiv hyperaemia és savós transsudatio lépne fel. Mindegyik hypothesis ellen azonban az ellenérvek egész sorozatát lehet felhozni; röviden azt mondhatjuk, hogy az említett feltevések egyrészt nem magyarázzák az esetek túlnyomó számában a klinikai lefolyás részleteit, másrészt régi empyrián alapuló therapiás beavatkozások hatását. Akit ezek a feltevések közelebbről érdekelnek, azt a Gyógyászat 1922. évi 22., 23. és 24. számára utalom, egy itt közölt hosszabb előadásomban ezek felett bíráló szemlét tartottam és kimutattam mindegyiknek tarthatatlanságát.

A zűrzavar a különböző nézetekben és az esetek therapiás és prognostikai elbírálásában onnan is ered, hogy a „rheuma" szót a tudományos megszokás sok oly állapotra és kórformára alkalmazza, melyek attól, amit tulajdonkép alatta érteni kellene, mérhetetlen távol állanak és csak régi orvosi írásokból átvett kifejezés gyanánt szerepel, melynek mai pathologiai ismereteink mellett semmi jogosultsága nincs, és csak arra jó, hogy a zűrzavart fokozza. Itt pl. az ú. n. polyarthritis rheumatica acuta-ra gondolok, melyben a „rheumatica" jelzőnek semmi értelme sincs, ma jól tudjuk, hogy ez fertőző betegség; ez a szó itt valami célzás akar lenni a megfázásra, mely az anamnesisben gyakori; de hisz ez utóbbi pneumoniánál, influenzánál és más betegségeknél is megtalálható s még sem fogja senki sem a pneumoniát „rheumás" megbetegedésnek nevezni. Úgy az acut, mint az utána fellépő ú. n. secundaer idült polyarthritis biztosan infectiós eredetű és elnevezésükben ezt kellene kifejezésre juttatni. Úgynevezett „rheumás" fájdalmas reactiója hideg vagy klimás ingerekre úgy ennek, mint bármely más eredésű vagy kórformájú izületi bajnak is (pl. az orteoarthrosis proliferansnak, melyet helytelenül arthritis deformans néven vezetnek) éppúgy lehet, mint akár valamely műtéti vagy trauma után maradó hegnek vagy lobos halluxbursának, de ezeket sem fogja senki rheumás bajoknak mondani.

Ha tehát tisztázni akarjuk, hogy mi a rheumatismus lényege és lefolyásának mechanismusa, magától merül fel annak a szükségessége, hogy előbb megállapodjunk abban, mily kóralakokat értünk ezen elnevezés alatt. A fent jelzettek tekintetbevételével a következőleg definiálnám a rheumatismust: *„Rheumatismus" az a kórkép, melynél bizonyos egyéneken, azoknak izmaiban vagy izületi lágyrészeiben hidegingerre vagy klimás*

tényezők (szél, légnyomásingadozás, borulat, stb.) hatására jellegzetes, múló, hirtelen változó és ismétlődésekre hajló fájdalmak, többszöri ismétlődés esetében esetleg szövetbeli consistentiaváltozások lépnek fel.

A mulékony fájdalmassággal együtt gyorsan múló működési zavar, mozgási korlátozottság is jár. Az összes tünetekre jellegző azok röpke „fugax"-volta. Újabban, főleg az izomrheumára vonatkozólag, kimutatták, hogy a heveny rohamban eosinophilia, idült esetekben peripheriás lymphocytosis lép fel, ezek a vizsgálatok azonban még nagy anyagon való megerősítésre szorulnak. Elég gyakran kimutatható a fájdalmas időszakban az izmokban, főleg azoknak tapadásuk közelében, vagy a fájdalmas izületek tokszalagján, ahol az a tapintásnak hozzáférhető, csomós, hegszerű, apró képletek jelenléte, bár ezek az esetek többségében nincsenek meg és sokszor az első tapintásokra ily csomónak imponáló képlet körülírt izomcontractiónak vagy gyorsan múló resistentiának bizonyul a hosszasabban tapintó, enyhén massirozó ujj alatt.

A rheumatismus negativ jelenségei gyanánt ki kell emelni, hogy a megtámadott részeken atrophia még gyakori és hosszas fennállás után sem lép fel és hogy a működési zavar a fájdalom megszüntével azonnal kifogástalan. Az ú. n. heveny esetekben a fájdalom erősebb, esetleg teljes mozdulatlanságra kárhoztató, utána teljesen jó a közérzet, az idült esetekben az ily rohamok a legcsekélyebb kiváltó okra kisebb-nagyobb időközökben ismétlődők, esetleg némi érzékenység is mutatkozik a rohamközti időkben is. Elvi különbség azonban a két megjelenési forma között nincs.

Arra, hogy a hideginger vagy valamely klimás factor a leírt, változó, röpke jellegű tüneteket felidézze, kétségtelenül valamely dispositio foroghat fenn és ilyent okozhatnak: 1. toxinszerű anyagok a vérben, pl. bakteriumtoxinok vagy helytelen anyagcseretermékek, 2. alimentaris úton a szervezetbe jutó káros anyagok, pl. túlságos purintartalmúak, vagy bizonyos szükséges anyagok, ú. n. vitaminek hiánya; skorbut kezdeti szakában innen erednek a gyakori rheumaszerű fájdalmak, 3. az endokrin mirigyek nem kiegyensúlyozott működéséből eredőleg egyes inkret-anyagok túlsúlya vagy hiánya és ezzel kapcsolatos diathesisek, 4. egyes izomcsoportoknak és izületi szalagoknak tartási hibákból vagy foglalkozási, habitualis túlterheléséből eredő túlfárasztottsága, vagy más betegségek folytán másodlagos gyengesége, 5. a legkisebb erek arteriosklerosisa vagy traumák utáni elváltozásai (pl. hegképződésnél), 6. az esetek igen nagy számában más disponáló okot nem tudunk kimutatni, mint egy intensive hatott primaer hidegingert vagy klimás factort (meghülést, megfázást), mely azután maga után hagyott a hasonló ingerekkel szemben való túlérzékenységet.

Ilyen aetiologiai momentumok elfogadása után felmerül a kérdés, micsoda elváltozások vagy folyamatok lehetnek azok, melyek a csúzos fájdalom jelentkezésénél végbemennek. Mennyiségileg és minőségileg elegendő autopsiás lelet hiányában — ilyenek az irodalomban sehol sem találhatók — és a fentemlített hypothesisek tarthatatlanságát felismervén, évek hosszú során át tanulmányoztam az esetek klinikai lefolyását és csak a következő feltevéssel tudtam az összes tüneteknek és a therapiás beavatkozások hatásának magyarázatát adni. A baj létrejöttének mechanismusában első indítás, hogy a hajszálerekben (capillarisokban), esetleg a hozzájuk vezető arteriolákban és a tőlük elvezető venulákban oly értelmű localis működési zavar lép fel, minden centralis befolyástól mentesen is, hogy kisebb-nagyobb területen a hideginger vagy klimás tényezők hatása alatt, a physiologiástól eltérőleg, görcsösen összehúzódnak, stasis, pangás jön létre, mely múló savós, vagy többszöri ismétlődés után esetleg aprósejtes transsudatióval jár.

A hidegingernek, akár intensiven, akár enyhébb fokban, de tartósan, hosszasabban hat, erre hajlamos érrendszer mellett ilyen hajszálér-hatása lehet a mélyebben fekvő izmokban vagy izületi lágyrészekben is, éppúgy, mint ahogy a bőrön látható ez a hatás. Semmiesetre sem lehet a rheumatikus fájdalom mögött activ hyperaemia, mint azt a Quincke-féle különben tetszetős és az irodalomban felkapott hypothesis megkívánná. Különben is mindennapos therapiás tapasztalat, hogy éppen erős hyperaemiára sokszor egy csapásra megszüntethetők a fájdalmak.

A körülírt capillaris pangások és a velük járó transsudatiók megmagyarázzák a fájdalmak hirtelen beállát és elmultát, azaz fugax-jellegüket és a sokszor biztosan megállapított tapintási leletet is, valamint a therapiás beavatkozásoknak sikerét. Maga a pangás, ha kellő területre terjed, megnyilvánulhat a finom tapintásnak, annál inkább, mert a körülötte lévő contractilis elemekre izgatólag hat és azok localis összehúzódását okozhatja. A tartós csomókat a többszöri pangásnál beálló aprósejtes beszűrődés után keletkező hegszerű képletek adják.

Ha kérdezzük, miért jár a localis capillaris pangás fájdalmakkal, kielégítő feleletet kapunk, ha meggondoljuk, hogy: 1. kísérletileg ischaemiássá tett területek fájdalmasak, már pedig itt a capillaris pangási területekhez kapcsolódnak ischaemiás foltok, amit *Bier* kísérletei alapján feltételezhetünk, 2. a pangó, savóval beszüremkedett területek a szomszédos területek idegvégeit izgatják, 3. a capillaris stasis területének chemismusa megváltozik oly módon, hogy a szövetek nem kapnak újabb oxygent és nem tudják leadni a szénsavat a vérkeringésnek, miáltal a szövetrész reactiója savi irányban eltolódik. Tudjuk, hogy az elfáradás is savak felhalmozódásával, utóbbi pedig fájdalmakkal jár.

Az imént közölt feltevésemet, illetve a rheumatismus keletkezési mechanismusának ilyen magyarázatát akkor, midőn először közöltem, még csak néhány adat támogatta a nem igen régen űzött capillarmikroskopia eredményeiből. Azóta számos vizsgáló foglalkozott ép és beteg emberen a bőr- és nyálkahártya-hajszálereknek közvetlen in vivo mikroskopos vizsgálatával és itt legyen szabad röviden összefoglalni e kutatások azon eredményeit, melyek a rheumára vonatkozó fent közölt nézetemet támogatják, igazolják.

A Müller-Weiss-féle közvetlen górcsövi hajszálérvizsgálati módszerrel dolgozó összes szerzők megegyeznek abban, hogy localisan, autonom módon, minden központi befolyástól és az arteriák állapotától függetlenül létrejöhetnek capillaris összehúzódások és az általuk felidézett stasisok. A vizsgálatok arra engednek következtetést, hogy a vagus és sympathicus végzik az egyes szervek közt a durvább vérelosztást, a vérnyomás szabályozását, míg a capillaris autonomia a vérelosztásnak finomabb szabályozását az egyes szerveken belül rendezi, momentán ingerek okozta szükségleteknek megfelelően.

A hajszálerek összehúzódásának autonom volta igen jól bizonyítható azzal, hogy pl. meleg behatására vagy nitroglycerin adagolása után az értágulás stadiumában egyes hajszálérkacsok contractiókat mutatnak, éppúgy a láb hajszálerei álló helyzetben úgy viselkednek, hogy körülbelül egyik felükben különböző sebességű áramlás van, másik felükben stasis, és ezek egé-

szen szabálytalan időben szerepet cserélnek. Más megfigyelések azt mutatják, hogy a capillarisok autonom contractiója nem mindig az egész vérkeringést előmozdító értelemben, tehát mint „körzeti szív" hat, mert gátló, stasisokat okozó is lehet.

A bőrcapillarisok viselkedését nemcsak physiologiai viszonyok közt, hanem beteg emberen is vizsgálták; minket itt a rheumatismus szempontjából különösen érdekelhetnek azok a tünetek, melyeket *Müller* (Tübingen) és iskolája olyan egyéneken tapasztaltak, kik az ő általa felállított „*vasoneurotikus diathesis*" csoportba voltak besorozhatók. *Müller* felveszi, hogy endogen okokból (tehát nem külső körülmények révén) a legfinomabb érrendszernek multiplex vagy ubiquitaer anatomiai vagy functionalis laesiója állhat be úgy secretorius tekintetben, tehát az assimilatiós működésében, mint motorikus tekintetben, tehát a vérellátást illetőleg. Vagyis oly rendszermegbetegedés (Systemerkrankung), mely aszerint, hogy mely szervben lép fel, különböző dignitású tüneteket hoz létre, így pl. az ujjakban kellemetlen álérzéseket, a labyrinthban szédülést, az izmokban fájdalmakat (*Müller* szerint pseudorheumatismust), stb. *Müller* szerint a „vasoneurotikus diathesis" oly abnormis constitutio, mely a vegetativ idegrendszert, az endokrin mirigyeket és az érrendszert illeti és bizonyos abnormis psychikus berendezéssel is jár. Lényege a zavarnak az összes vérereknek, különösen a végső elágazásoknak aránytalan fejlődéséből és a hajszáleréknek secretorikus és motorikus dysfunctiójából összetevődő dysharmonia, mely histologiai és capillarmikroskopiai módszerekkel kimutatható. A górcső alatt ugyanis a szöveteket tápláló hajszálerek és a prae- és postcapillaris erecskék (arteriolák és venulák) tervszerű felépítése helyett kúsza, rendszertelen zűrzavar, bizonyos nyugodt és egyenletes áramlás helyett pangások (stasisok) és vágtató áramlások tarka változata látható, megközelítően egyenlő érkaliber helyett egyidejűleg egymás mellett spasmusok és atoniák mutatkoznak. A hajszálérfalak ezen diathesisénél közepes átbocsájtóképességük helyett csökkent vagy fokozott mértékben engedik át a vérsavót, vagy mutatnak oedemakészséget, amit legegyszerűbben a Gänsslen-féle hólyagmethodussal lehet kimutatni.

A diathesis alapján — főleg bizonyos belsősecretiós mirigyek disfunctiójának kapcsán — a különböző szervekben igen változatos kórképek létesülnek, az elváltozások a múló keringési zavartól egészen súlyos nekrosisokig váltakozhatnak; ezen bántalmakkal itt bővebben nem foglalkozhatom. Csak meg kell említenem, hogy *Müller* szerint az izomban lefolyó ily érzavar izomfájdalmakat, izomcsomócskákat hoz létre, és ezt az állapotot ő a vasoneurotikus egyének „pseudorheumatismus"-ának nevezi.

A *Müller* által leírt vasoneurotikus pseudorheumatismus ugyanazt a mechanismust tételezi fel, mint amelyet a rheumatismus létrejöttének magyarázatára fent közöltem. Szerintem nemcsak endogen okok, vagyis valamely endokrin dysharmonia, hanem exogen okok, főleg valamely primaer káros thermikus inger is hajlamosíthatják a capillarisokat arra, hogy a leírt functionalis zavarokkal reagáljon, melyek a rheumatismus képében jelentkeznek.

Ezek a vasoneurotikus rheumatismusok (semmi ok sincs őket „pseudo"-rheumatismusnak nevezni) nézetem szerint csak egyik specialis része az összefoglaló meghatározásom alá eső eseteknek, éppúgy, mint a „Hochdruckrheumatismus" (hypertoniások váltakozó fájdalmai) *Bauer* szerint. Hypertonia és a capillarisok fokozott összehúzódási hajlama közt is szoros az összefüggés és úgy ez esetben, mint a Müller-féle vasoneurotikus diathesisnél szerep jut a belsősecretiós mirigyeknek.

A capillarmikroskopos vizsgálatok kiterjedtek az inkret anyagok befolyásának vizsgálatára is. Kimutatták, hogy egyes inkret anyagok befolyásolják a hajszálerek viselkedését és áramlási viszonyaikat. Így hyper- és hypothyreoidismus abnormis capillaris képeket produkál (*E. Weiss* és *Jänsch*), a hypophysis rendellenesen csökkent működésénél Raynaud-szerű elváltozások jönnek létre (*Pribram*). *Krogh* és tanítványai szerint a hypophysis hormonja tartja fenn a kiserek és capillarisok normalis tonusát; adrenalin erősen összehúzó, ovoglandol pedig tágító hatással van a hajszálerekre (*Müller*, *Redisch* és *Heimberger*).

Ezek a vizsgálatok magyarázói annak a közismert tapasztalatnak, hogy bizonyos életkor (illetőleg velejáró secretiós változások fennforgása) hajlamosít a rheumatismusra. Ezért tapasztaljuk lépten-nyomon, hogy nők a climacteriumban, vagy petefészekmegbetegedések után feltünően rheumásak.

Hagen a közvetlen mikroskopos módszerrel a hajszálerek viselkedésében rendszeres napi, havi és évi ingadozásokat mutatott ki. A bőrfelület hajszálerei legszűkebbek *reggel*, ami egybeesik a bőrhőfok napi legalacsonyabb állásával. A bőrfelület és a végtagok érrendszerei homolog viselkednek és feltételezhetjük, hogy a végtagok lágyrészeiben (izmok, szalagrendszer) a capillarisok is ugyanígy viselkednek, mint a bőrbeliek, ellentétben a belső nagy zsigerek érrendszerével. Nőknél a menstruatio előtt sokkal több hajszálérkacsban látható az áramló véroszlop megállása és az egyes kacsok összehúzódása; éppúgy az esztendőnek szeptembertől januárig terjedő szakában is általában szűkül a hajszálér ürege és szaporodnak az egyes hajszálerek összehúzódásai és stasisai.

Amennyiben ezek az elváltozások további vizsgálatokkal megerősítést nyernének, jól fel lesznek használhatók annak a megmagyarázására, hogy miért észlelhetők a rheumás fájdalmak leginkább a tél elején, a reggeli órákban és nőknél a mensest megelőző napokban. Az ezen időszakokban már amúgy is szűkült hajszálérrendszeren a rheumatismus okozói, a klimás vagy hidegingerek érthetőleg nagyobb effectussal tudják létrehozni a fájdalom lényegének felismert capillaris contractiókat és azt követő pangást.

Tanulmány tárgyává tették a hajszálerek viselkedését különböző physikotherapiás és gyógyszeres behatások után. Messze vezetne ezek részletesebb felsorolása; csak annyit tartok itt megemlítésre méltónak, hogy azok a factorok, melyek a capillaris erek autonom tágulását és a capillaris keringés gyorsulását hozzák létre, az empyria szerint beváltak a csúzos fájdalom megszüntetésére.

Hogy gyakran ismétlődő és hosszasan tartó rheumatismusnál objectiven kimutatható anatomiai elváltozások létrejöhetnek, nem szól az ellen, hogy ezeknek kezdetén csak functionalis folyamatok állottak fenn. Újabb megfigyelések szerint pl. az ulcus ventriculi és duodeni eredete is localis angiospasticus és capillaris keringési zavarokra vezethető vissza; a Raynaud-féle betegségnél pedig a capillarmikroskopos módszerrel szemünk előtt látjuk a capillaris keringési zavarokból kifejlődni a szövetelváltozást és szövetelhalást. Az izmokban és izületekben mutatkozó idült esetekben található elváltozások, megvastagodások, heges átalakulások és egyéb degeneratiók pedig az említett példáknál sokkal kevésbbé intensivek.

Ha a felsoroltakat röviden össze akarjuk foglalni,

mondhatjuk, hogy az újabb capillarmikroskopiai vizsgálatok sok oldalról megvilágítják azokat a folyamatokat, melyeket az eddig nem eléggé tisztán kialakult rheumatismus-fogalom mögött látnunk kell és mind több támpontot nyujtanak ahhoz, hogy a rheumatismust, mint kisebb-nagyobb területen fellépő capillaris vérkeringési zavart, és pedig a hideginger vagy más klimás befolyás okozta autonom capillaris contractiót és azt követő hajszáleres pangást fogjuk fel.

A physikai gyógymódok szerepe a testnevelésben.

Írta: *Mandler Ottó dr.*

A physikalis gyógymódok közül a testnevelésre főleg a hydro-, mechanotherapia, a massage-t is beleértve, bír jelentőséggel.

Mai előadásom kapcsán főleg a mechanotherapiával foglalkozom, mint amely tényezőnek legnagyobb a szerepe azoknál a testnevelési folyamatoknál, amikor a test fejlődése a normalistól eltér és amikor a normalistól való eltérést a gerincoszlop valamely elferdülése okozza. A physiko-, illetőleg mechanotherapia gymnastikai része a testnevelésben tulajdonképen ilyenkor jut szerephez és ez esetben elmaradhatatlan gyógyítóeszköz. Mielőtt ezen kérdés részletes tárgyalásába bocsátkoznék, sajnálattal kell leszögeznem, hogy a physikotherapia általában a gyakorlati orvostudományban még mindig nem tölti be azt az őt megillető méltó helyet, amelyhez az eddig elért eredmények után joga van. Sokáig gondolkodtam azon, vajjon mi lehet ennek az oka? Talán az, hogy a physikalis kezelések alkalmazását a közönség nem kötötte orvos utasításához, hanem azt önként maga rendeli magának? Még ma is nagyon sok esetben tapasztaljuk, hogy ha a beteg azt kérdi orvosától, vajjon az előírt belső adagolás mellett ne használjon-e valamilyen physikalis kezelést, az orvos igen sokszor mosolyogva jegyzi meg, hogy használhatja, mert az amúgy sem árthat. Pedig, igen tisztelt Congressus, a physikotherapia helytelen alkalmazásával igen sokat árthatunk a betegnek. Hiszen ha csak az előbb említett tárgykör keretén belül maradva, arra célzok, hogy például egy baloldali dorsalscoliosisnál a nem megfelelő gyakorlatokat végeztetem, a scoliosist csak tetemesen fokozom.

Mielőtt a gyógygymnastikának a gerincoszlopferdülés általam tárgyalandó három formájára — a kyphosis, csoliosis, lordosisra — való hatásáról szólanék, legyen szabad a gyógygymnastika történetéről egy rövid áttekintést nyujtanom.

Körülbelül 1000 évvel Krisztus születése előtt keletkezett chinai följegyzésekből meríthetünk adatokat, amelyek a massage és gymnastikára vonatkoznak. Általánosabb alkalmazását azonban az egyptomiaknál, perzsáknál és főleg görögöknél látjuk, akik a versenyek utáni fürdők előtt mindenféle kenegetési és dörzsölési formában használták, de később *Hippokrates* tanácsára gyógyítás szempontjából is igénybe vették. Jogosan mondhatjuk, hogy a gyógygymnastika és massage tanítómesterei a görögök voltak. A mechanotherapia fénykorát *Celsius* és *Galenus* idejében (Krisztus után 131—201-ig) a rómaiaknál éri el, ahová azt a Rómában működő görög orvos, *Asklepiades*, viszi át, aki éppúgy, mint *Hippokrates*, munkájában a mechanotherapia egyes módozataival részletesen foglalkozik. A középkor már mostohábban bánt a mechanotherapiával, ez a nemtörődömség talán nemcsak erre az ágra szorítkozott, mert hiszen ezen megállást, sőt visszafejlődést a tudomány és művészet egyéb ágazataiban is láthatjuk. A XVI. században *Ambroise Paré* már anatomiai alapokra igyekszik a mechanotherapiát helyezni, az első, aki azonban a gymnastika és a massage élettani hatását kutatni kezdi, *Bacon von Verulam* volt, akinek köszönhető, hogy ezen tudománnyal komolyabban kezdenek foglalkozni. A mechanotherapiának igazi rendszerességet a svéd származású *Henrik Ling* adott a XVIII. század végén, illetőleg a XIX. század elején, azóta igen sokan kimerítően foglalkoztak vele, így többek között *Zander*, *Thüre-Brandt*, *Hoffa*, *Klapp*, *Dollinger*, *Spitzky* és még sokan mások, és ezen kiváló orvosok valamennyien a gyógygymnastika fontossága mellett törnek lándzsát. És habár irodalma igen nagy, sajnos, még országunkban mindig nincs alkalom, hogy ezen tudományt gyakorlatban, vagy elméletben valamely egyetemen, vagy főiskolán elsajátíthassuk. Pedig ezen ág továbbfejlődése és tökéletesítése csak ez úton érhető el igazán. Mert ha azt akarjuk, hogy a gyógygymnastika gyógykincsünkben elfoglalja a méltó helyet, úgy azt minden orvosnak ismernie kell, hogy azt adott esetben alkalmazhassa, vagy ellenőrzése mellett alkalmaztathassa. Mert a gyógygymnastikát nem szabad a tornával összetévesztenünk. A tornának az a szerepe, hogy a testet harmonikusan fejlessze, ellenben a gyógygymnastikának a testi bántalmakat enyhítenie kell. Hiszen amíg a tornánál a hasonló gyakorlatokat egyszerre sokan is végezhetik és csak korra, nemre és egyéb testi képességekre kell tekintettel lenni, addig a gyógygymnastika csak akkor járhat eredménnyel, ha tekintettel vagyunk az egyén bajára és csak oly gyakorlatokat végeztetünk, amelyek ezen bajt le is tudják győzni. Aki a gyógygymnastikát betegségek gyógyításánál fel is akarja használni, annak nem csupán a gymnastika technikáját kell ismernie, hanem testünk beteges elváltozásait is. Ezt megismerni pedig csak orvos képes. Természetesen a technikai rész kivitelét jól kiképzett személyzetre bízhatjuk, mert hiszen minden egyes esetben a gymnastikai kezelést az orvos physikai okokból sem végezheti, de hangsúlyoznom kell, hogy csak egy jól kiképzett segédszemélyzet végezhet hasznos munkát, mert egyszerű tornagyakorlatokkal egy tornatanár vezetése mellett, még ha az orvos ellenőrzése is megvan, nem fogunk célt érni. Meg kell kezdenünk a gyógygymnasták kiképzését, mint ahogy az Svédországban, Dániában, Németországban már régóta meg is történt.

Ezen rövid áttekintés után a gyógygymnastika fontosságát szeretném ismertetni gerincoszlopferdülések esetén. Kettős szerepe jut itt is a gyógygymnastikának, mert gyógyító hatásán kívül testnevelési szempontból, mint a test fejlődését elősegítő factor is szerepel.

A gerincoszlopelferdülés egyik formája a kyphosis, amelynek többféle formája van. *Spitzky* aetiologiai szempontból osztja be őket. Therapiája a könnyebb kezdődő esetekben tulajdonképen a prophylaxis. Ilyenkor nagyon alkalmas az általam szerkesztett gallér használata is, amellyel a gyermeket a jó testtartáshoz hozzászoktathatjuk. Mert a gyermek helyes testtartásának a fejlődése, tehát a kyphosis megakadályozása is a pathologiai esetek kivételével, igenis a mi kezünkben van. Tőlünk, orvosoktól és szülőktől függ az, hogy a gyermeknek meglegyen az a testtartása, amelyet a természet neki szánt és amelynek eléréséhez a mi segítségünket jogosan kívánhatja. És ez nemcsak kozmetikai, hanem szociálhygieniai okokból is igen fontos, amint ezt később ki is fogom fejteni.

A gerincoszlop különböző deformatiójának keletkezésére nézve többféle theoria uralkodik. Különösen két nézet állott erősen szemben egymással. Az egyikben

AZ EMBERVÉDELMI
kiállításon nézze meg az
OVOMALTINE
pavillont és a
DR. WANDER
gyógyszer- és tápszergyár készítményeinek kiállítását

Csukamájolajat

NYÁRON

kizárólag csak a

JEMALT

30% csukamájolajat tartalmazó, **csokoládé-ízű, poralakú készítmény** alakjában lehet adagolni.

TELJES ÉRTÉKŰ VITAMIN-HATÁS!

A csukamájolaj és maláta összes tápértékét és vitaminjeit változatlan alakban és teljes hatóképességgel tartalmazza

a csukamájolaj íze és szaga nélkül.

ADAGJA: Felnőtteknek napjában 3-szor 1—2 evőkanállal, gyermekeknek napjában 3-szor 1—3 kávéskanállal, langyos tejben vagy tisztán por alakjában.

Irodalomat és díjtalan orvosi mintát készséggel küld:
Dr. WANDER gyógyszer- és tápszergyár r.-t. BUDAPEST 100 POSTAFIÓK.
X, Keresztúri-út 30—34.

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM
II. SZÉKESFŐVÁROSI KÓRÉSZETI KLINIKA
Könyvtára

Dr. Szontagh

Palota-Szanatórium

Igazgató-főorvos: Dr. SZONTAGH MIKLÓS

Nový Smokovec - Ujtátrafüred

Magas-Tátra (Csehszlovákia), 1010 méter a tenger fölött. A jelenkor legmodernebb magaslati gyógyintézete. — A legújabb hygienikus és technikai berendezések. Egy- és kétágyas, valamint többszobás déli fekvésű appartementek fürdőszobával. — Valamennyi szobában hideg és meleg víz. — Egész éven át üzemben. — Teljes ellátás szobával s orvosi felügyelettel 80 csK-tól kezdve. — Illusztrált prospektust kívánságra küld az igazgatóság.

ROBOFERRIN

sine et cum arsen. ERÉNYI (Liqu. ferri peptonati conc. in gutt.) a legtökéletesebben felszívódó, kellemes ízű *vaspepton*-készítmény. Feltűnő eredménynyel alkalmazva úgy felnőtteknél, mint gyermeknél az anaemia, neurasthenia, chlorosis stb. eseteiben. Kiváló stomachicum, roborans.

Készíti: ERÉNYI LÁSZLÓ „Diana" gyógyszertár, Budapest VII, Károly-körút 5. Telefon József: 115—55.

A kombinált brom-, calcium- és valerina-therahia összes indicatiói esetében

NERVOSAN

Nervinum Antiepilepticum
Sedativum Antispasmodicum

Kellemes ízű, teljesen szagtalan szirup.

Irodalom és orvosi minta díjtalanul készséggel áll rendelkezésre!

„LABOR" GYÓGYSZER- ÉS VEGYÉSZETI GYÁR RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

Központi iroda: Bpest V, Szent István-tér 15. Telefon: 41-16, 98-59, Lipót 966-71.

VALORAL

Igen hatásos sedativum, tonicum, enyhe hypnoticum.

Javallat: Neurasthenia, hysteria, álmatlanság, ideges tünetek ellen.

Készíti: SZŰTS PÁL Deák Ferencz gyógyszertára Budapest VI, Deák Ferencz-tér, Ankor-palota. Telefon 93-01

WETOL SEBOLAJ.

A KIRÁLYI MAGYAR EGYETEMI NYOMDA TUDOMÁNYOS ÉS KÖZÉRDEKŰ KIADVÁNYAI

APPONYI A. gr. hét előadása a magyar alkotmány fejlődéséről ..... P **1·—**

FODOR F.: Magyar föld, magyar nép, magyar sors ..... P **1·80**

FORSTER GY. br.: Gróf Berchényi László, Franciaország marsallja. (Korrajz.) .. P **8·—**

GOEKLER L.: A jellemnevelés módja és eszközei ..... P **5·—**

KLEBELSBERG K. gr.: Ungarische Kulturpolitik nach dem Kriege ..... P **1·20**

KORNIS GY.: Bevezetés a tudományos gondolkodásba ..... P **4·—**

LUKINICH I.: Emlékkönyv Klebelsberg Kuno gr. negyedszázados kultúrpolitikai működésének emlékére. (50 tudom. dolgozat.) .... P **32·—**

— Mohácsi Emlékkönyv. (A **Könyvbarátok Szövetsége** *tagilletménye.)* ..... P **12·80**

MÓRA F.: Georgikon. (A **Könyvbarátok Szövetsége** *tagilletménye.)* ..... P **4·—**

RÁTKÓCZY N.: Belgyógy. Röntgen-diagnostika. .....*Füzve* P **11·20**, *kötve* P **12·80**

SOÓS A.: Étrendi előírások a gyakorlatban ..... P **4·—**

SZONDY L.: A fogyatékos értelem .. P **10·—**

A KÖNYVBARÁTOK SZÖVETSÉGE az 1926. évben 16 PENGŐ TAGDÍJ FEJÉBEN 30·80 PENGŐ ÉRTÉKŰ KÖNYVET AD TAGJAINAK. — Ismertetőt készséggel küld a

KIR. MAGYAR EGYETEMI NYOMDA KÖNYVOSZTÁLYA

BUDAPEST VIII. KERÜLET, MÚZEUM-KÖRÚT 6. SZÁM. (GÓLYAVÁR.)

az ossealis elváltozásokat tekintették, a másikban a myopathikus aetiologiát hirdették az elferdülés okául. Abban azonban mindkét tábor hívei megegyeztek, hogy a deformatio keletkezésének megakadályozására egyik főfegyver a rationalis testnevelés. Abban is megegyeznek a vélemények, hogy a gerincoszlop előrehajlott, tunya tartása sok bajnak a főforrása. Elferdülés, légzési nehézség elkerülése elegendő ok arra, hogy egyenes, szabad testtartás elérésére törekedjünk. Túlhosszadalmas volna kifejteni, hogy mennyire bír fontossággal a hát feszítő izmainak fejlesztése az egyenes testtartásra, de ez úgy is annyira magától értetődő, hogy bizonyítást nem is igényel. Azok az eszközök azonban, amelyekkel könnyen, kényelmesen is elég nagy biztonsággal a helyes testtartást el lehet érni, még sok vitára és hosszú fejlődésre számíthatnak. Ebben az irányban óhajtottam egy lépést előre tenni egy olyan készülékkel, amely úgy hiszem, a fenti kívánságoknak megfelel, vagy legalább a jelenlegi készülékekkel szemben haladást jelent. A készülék elve a következő: Miután a tunya, lanyha testtartás nagyfokban hozzájárul a kyphosis keletkezéséhez, főtörekvésünknek oda kell irányulnia, hogy ezt a lanyha testtartást megakadályozzuk. Ha ezt elérjük, akkor a kyphosis therapiáját a prophylaxis által megtaláltuk.

Miben is áll a lanyha testtartás? A helyes, kifogástalan testtartás ellenkezőjében. A helyes tartásnál a hátfejlesztő izmok és ezek antagonistái, a hasi izmok, egyensúlyban vannak, de mihelyt a hasi izmok működése túlsúlyba kerül, a gyereknek a fejét a hátizmoknak a hasizmokhoz viszonyított gyengébb működése folytán lecsüggeszti, vállait előresüllyeszti s hátát meggörbíti, szóval beáll az a kép, amit „rossz tartásnak" nevezünk. A gyereket ilyenkor hiába figyelmeztetjük, hogy a fejét tartsa egyenesen, a gyermek kényelmességétől, vagy a magunk türelmének a határától függ, vajjon figyelmeztetésünknek lesz-e eredménye, vagy sem? Ezen kis készülék már azért is fontos, mert ennek a segítségével elérhetjük, hogy valahányszor a gyermek fejét egy bizonyos fokon túl lehajtja, figyelmeztető mozdulatot, nyomást kap, amire is a hosszanti hátizmokat activ működésbe hozza és fejét kénytelen fölemelni. Ha azonban a gyermek kényelmességénél fogva a figyelmeztető mozdulat dacára is előrehajtaná a fejét, a készülék oly kényelmetlen érzést okoz, hogy a gyermek ettől előbbutóbb szabadulni igyekszik, amit viszont csak helyes tartással érhet el.

Talán szükségtelen fölemlíteni, hogy a görbe hát keletkezésének megakadályozása nemcsak kozmetikai kérdés. *Freund* és *Harras* kimutatták, hogy a kyphotikus gyermekek sokkal inkább ki vannak téve a tuberculosis infectio veszélyének, mint a normalis, jó testtartású gyermekek. Szociálfontosságú is tehát ez a kérdés, mert a bajnak a prohylaxisával sok therapiát tudunk kiküszöbölni. Tehát láttuk, hogy az activ, helyes testtartás a legfontosabb és a legideálisabb. Ezirányban szerkesztettem egy gallérral kombinálható kis figyelmeztető készüléket, amely hivatva van állandó figyelmeztetéssel a hátizmok activ működésére és ezzel egyenes testtartásra szoktatni a gyermekeket. Azonban gallérom előnyeit nemcsak abban látom, hogy a gyermek azt napjában 1—2 órára felvéve, a figyelmeztetés révén a jó tartáshoz hozzászokik, hanem alkalmazom mindott, ahol therapeutice „az egyenes testtartás, mint gyógymód" számításba jön. Az előbb említett oknál fogva a gallér applikálását minden gyermeknél, tehát jó testtartásúnál is, iskoláztatása idejétől, tehát a hatodik életévtől fontosnak tartom. Jól tudjuk, hogy írásnál, olvasásnál mily könnyű a gerincoszlop elferdülésének, elgörbülésének a lehetősége. Ezen készülék előnye az is, hogy írásánál, olvasásánál is biztosítja az egyenes fejtartást.

A kyphosis előrehaladott eseteinek gyógyításaiban a gyógygymnastikának és massage-nak nagy szerepe van. A gyakorlatok egyes formáit fölöslegesnek tartom e helyt felsorolni, a gyakorlatoknak egy igen nagy sorozata áll rendelkezésünkre, föl kell azonban említenem, hogy a kyphosis gyógyításánál igen fontos szereppel bír az úszás, mert az úszásnál elfoglalt testtartás directe regressáló hatást fejt ki.

A gerincoszlopferdülés második formájáról, a lordosisról, csak néhány szót szeretnék mondani. A lordosis a gerincoszlop elferdülésének azon alakja, amidőn a gerincoszlop elől convex formát vesz fel. A nyak- és a kereszttájon a gerincoszlopon ilynemű kisfokú elhajlás normalis. A lordosisnál a gyógygymnastikát csak azon esetekben vesszük igénybe, ahol azt a has-, vagy hátizmok gyengesége idézi elő.

Sokkal gyakoribb a gerincoszlop ferdülései közül a scoliosis, vagy a gerincoszlopnak oldalt való elferdülése, amellyel együttesen rendszerint a gerincoszlop sagitalis ívei is elferdülnek.

A scoliosis az összes deformitások közül leggyakrabban fordul elő. *Hagemann, Krug* vizsgálatai szerint az általuk megvizsgált tanulók egynegyede scoliotikus volt. Leányoknál 5—6-szor oly gyakori, mint fiúknál. A scoliosisnak igen sok formáját ismerjük, úgymint totalis, cervicalis, dorsalis, lumbicalis és S-alakú scoliosis. A scoliosis okai különbözők; egyik fő oka a rachitis és azért az ennek következtében keletkezett scoliosisnál az orvosnak a gerincoszlopot állandóan figyelemmel kell kísérni, mert mindaddig, amíg a csontok puhák, könnyebb lesz a csigolyáknak a hibás eltéréseit korrigálni, mint egy lezajlott rachitis után a rigid csontoknak újból normalis formát adni. Igen sok szemrehányás illeti az iskolát, hogy a scoliosis keletkezésében nagy szerepe volna. Ez a szemrehányás nem mindig jogosult. Ezen utóbbi ok által előidézett scoliosisoknak egyik káros behatása az, hogy a gyermekek könyveiket a hónaljuk alatt viselik, másodízben pedig a ferde tartás melletti ülés szerepel. Ezeknek a korrigálásáról most nem akarok szólani, inkább a gymnastikai résznek a szerepét szeretném fölemlíteni. Oly activ és passiv gyakorlatokat, amellyel az egész gerincoszlopot total scoliosis esetén redressálhatjuk, könnyen találhatunk, miután elég nagy számban állanak rendelkezésünkre, nehezebb lesz azonban a feladatunk ott, ahol a gerincoszlop bizonyos részeit akarjuk korrigálni, mint például cervicalis, lumbalis és dorsalis scoliosis esetén szükséges. Az ilyen scoliosisoknál ugyanis fennáll az a hajlam, hogy az elferdüléssel határos helyeken korrigálás alkalmával egy ellenkező oldali elferdülés keletkezhetik.

A scoliosiskérdésnek legfontosabbik része ugyancsak a prophylaxis. A physikotherapia erre vonatkozó részének is oda kellene irányulnia, hogy lehetőleg kerültessük el mindazon körülményeket, amelyek a scoliosist előidézhetik. Miután tudjuk azt, hogy a rachitis, rossz hygieniai viszonyok, rossz táplálkozás képezik azon föltételeket, amelyek a gerincoszlopelferdülés alapját képezhetik, miután tudjuk, hogy rossz tartás, a csecsemőnek túlkorai ülése, a kis gyermeknek az anya karján való ülése, túlkorai aránytalan megterhelés, naprólnapra órákhosszat tartó írásnál való helytelen testtartás azon külső körülmények, amelyek a gerincoszlop ferdülésére hatással bírnak, igyekezetünknek oda kell irányulnia, hogy megfelelő prophylaxissal annak kifejlődését megakadályozhassuk. Ebből a szempontból az iskolai tornát is megfelelően kellene megváltoztatni.

Miután az iskolának legelsősorban kellene arról gondoskodnia, hogy a tanítás testi bántalmakat ne okozzon, oly gyakorlatokat kellene az iskolai tornaoktatásba fölvennie, amelyek az előbb említett körülményekkel számolnak. A komplikált szertorna helyébe inkább célszerű szabadgyakorlatokat és játékokat kellene fölvenni és különösen súlyt kellene helyezni a törzsgyakorlatok helyes kivitelére. A scoliotikus gyermekek kezelését illetőleg az a kérdés merült fel, vajjon azoknak kezeltetése az iskola keretében történjék-e, vagy azon kívül. Szerény nézetem szerint a scoliosis kezelése szakember, vagyis az orthopaediailag képzett orvos kezébe való, akit mint iskolaorthopaedet kellene alkalmazni, aki megfelelően vezeti, ellenőrzi a scoliotikusok tornáztatását, amit természetesen orthopaediailag képzett tornatanárok vagy nők végezhetnek. *Schmidt* német tanár azt ajánlja, hogy az iskolai fogklinikákhoz hasonlóan, iskolai scoliosis klinikákat kellene szervezni; igen kitűnő és hasznos idea.

Klapp berlini tanár a scoliosis gyógyításnak gymnastikai részét négykézláb való csúszásgyakorlatokkal igen jó eredménnyel oldja meg.

A rendelkezésemre álló idő rövid volta miatt nagy vonásokban bátorkodtam vázolni a gyógygymnastika fontosságát a testnevelés azon formáinál, amikor az a normalistól, vagyis a helyes testi fejlődéstől eltér.

A hydrotherapia szerepe a testnevelésben főleg abban áll, hogy alkalmazása mellett az izmok rugékonysága, feszültsége növekedik, tehát a test harmonikus kiképzését célozza. A prophylaxis szempontjából igen fontos tényező, ellenben az előbb említett testi anomaliáknál a hydrotherapiának kevés szerep jut.

Szerény előadásom keretében igyekeztem a physikotherapiának, ennek a nagy főcsoport egyik részének therapeutikus fontosságát kiemelni, jelezni akarván ezzel is azt, hogy a physikotherapiának a többi gyógymóddal egyenrangúnak kell lennie. Bízom abban, hogy ez a közeljövőben így is lesz.

A Liptóvárosi Vízgyógyintézet közleménye.

Az asthma bronchiale gyógykezelése villamos fényfürdőkkel.

Írta: *Farkas Márton dr.*

Az asthma bronchiale egységes okát, lényegét nem ismerjük és azért oly sokszerű a theoriája, bizonytalan tapogatódzó a therapiája. Elterjedtségére nézve nálunk nem tudok számadatokkal szolgálni. *Immelmann* szerint Németországban félmilliót tesz ki az asthmabetegek száma.

Figyelmemet lekötötte azon kiváló, egyes esetekben frappáns eredmény, melyet a villamos fényfürdőkezelés adott. Mint „ideges betegség", nem illeszthető bele sem a neurasthenia, sem a hysteria fogalmába. Kétségtelen ugyanis, hogy vannak betegek, kiknél asthmájukat megelőzően s gyógyulásuk után sem a sensibilitás, sem a motilitás, sem reflexeik tekintetében eltérések nem voltak kimutathatók. A neurasthenia csak más színezetet ad a beteg psychikus viselkedésének. Nem csupán neuropathiás, hanem idegileg teljesen ép emberek is betegedhetnek meg asthma bronchialeban. *Hoke* egy egyenesen „megrázó" esetet közöl, melynél az asthma bronchiale egy idegileg teljesen kifogástalan egyénen, viruló egészség közepette lépett fel, rohamai semmiképen sem voltak csillapíthatók és a beteg néhány hét alatt elpusztult.

Az asthmánál tehát egy constitutionalis factort sui generis kell felvennünk a bántalom alapfeltételéül. Persze, ehhez a felvételhez is, mint látni fogjuk, kétség fér. Talán éppen magyar szerzők — és itt utalok *Hajós* szép vizsgálataira — vetik meg az alapot annak felvételére, hogy az asthma nem is neurosis, hanem meghatározott kóros folyamatok által van feltételezve. Egyelőre azonban csak az idegrendszer útján tudunk megértéséhez hozzáférni és a chirurgiának is támadópontja a vagus, még inkább a sympathicus, kiválóan pedig a ganglion stellatum. Az operált esetek száma *Kuttner* szerint felülmúlja a kétszázat. A sebészek többsége azon az álláspontón van, hogy az operatio csak ultimum refugium. Az operatiónak élénk ellenzői is vannak. *Böttner* a műtét eredményességét suggestiv hatásnak tartja. Az esetek elfogulatlan mérlegelése szerint, kétségbeejtő állapotoknál, az operatio mégis csak életmentő beavatkozás volt.

Én az asthma óriási irodalmában, dacára annak, hogy a villamos fényfürdők alkalmazását olyan tekintély, mint *Strümpell* ajánlotta, sok esetben még utalást sem találok reájuk. De ha igen, úgy csak per tangentem, mint irodalmi adatra. Kivéve *Tóbiást*, majd *Goldscheidert*, *Strassert*, kik behatóbban foglalkoztak velük. Ez a körülmény és saját, éveken át tartó észleleteim indítottak arra, hogy e nagytekintélyű helyről felhívjam a figyelmet a villamos fényfürdők hatására asthma bronchialenál. A casuisticából csak egy-egy esetet kívánok kiemelni.

Az az eset, mely először ragadott meg eredményességével, egy kilencéves fiúé volt, aki hónapokon át szenvedett asthmában, mely minden kezeléssel dacolt s ki súlyos status asthmaticusban, diffus bronchitissel, respiratorikus dispnoëval, jelentkezett nálam. Az ötödik villamos fényfürdő után engedett a bronchitis, a dyspnoë és alig jelentkezett már asthmatikus attaque. A tizedik villamos fényfürdő után teljesen jól volt a gyermek. Figyelmeztetésem dacára többé nem jelentkezett.

Hosszú ideig, éveken át figyeltem meg a kedvező eredményt egy robustus, semmiképen sem neuropathiás 54 éves mészárosnál, kinél a hatodik villamos fényfürdő után szűntek meg a rohamok. Ez a betegem még egy éven át intermittálólag használta a villamos fényfürdőket, miközben rohama nem jelentkezett. Több év óta látom, jelenleg csak vízgyógykezelésben részesül.

Egy 48 éves hölgy éveken át klimatikus helyeket keresett fel asthmája miatt. A Semmeringet, Tátrát, Goesinget, stb. Mindig jobb tele volt, de rohamai teljesen nem múltak el. Kúrája megkezdésekor naponta többször voltak rohamai, az 5—6. villanyfényfürdő után ritkábban jelentkeztek, a 12. villanyfényfürdő után teljesen elmúltak.

Egy 30 éves hölgy tízévi szünet után ismét megkapta asthma bronchialeját, rohama naponta 2—3-szor jelentkezett, leginkább éjjel. Igen hanyagul járt az intézetbe, nyilván azért is, mert már a második fürdő után nyolcnapos szünete volt. Minden újabb roham, mint memento, ismét behozta. A 12. villamos fényfürdő után rohama már nem volt, bronchitise azonban nem tűnt el, bár javult.

Meg kell állapítanom, hogy csak a könnyű és középsúlyos esetek adnak rendszerint kedvező eredményt. Azok az esetek, melyeknél már emphysema lépett fel, főleg pedig az évek óta emphysematosus esetek eredményeikben kedvezőtlenek voltak. Nem volt kupirozható az asthmaroham, nem szűnt meg a bronchitis és természetsen az emphysema sem.

Kiemelendőnek tartom a villamos fényfürdőkkel való kezelés közben tett azon észleletemet is, hogy azok hatásosaknak bizonyultak, mikor még az anaphylaxiás jelenségekre, mint nem ismeretesekre, tekintettel sem lehettem. Fedik ezen megfigyelést *Schultz* és *Reichmann* psychikus kezelés folyamán és *Hofbauer* légzési gymnastikával való kezelés közben tett megállapításai.

Az időérzésről szóló tanulmányaimban, melyeket

annakidején itt volt szerencsém előadni, nem terjedt ki figyelmem az asthmatikusok időérzésére. Az észlelők érdeklődését azóta nagy mértékben vette igénybe az időérzés, vagy ahogyan *Frankenhäuser* elnevezte, a cyklonosis és megállapítást nyert, hogy az asthmatikusok igen érzékenyek a barometer esésével, időváltozásokkal, mint esővel, hóval, széllel, viharral szemben. Rohamaik azokat közvetlen megelőzően szaporodnak, súlyosbodnak.

Az asthma bronchialét mindjárt annak kezdeti szakában kell villamos fényfürdőkkel kezelni. Ezáltal elkerülhető lesz sok eset súlyosbodása és prophylactice az, hogy vitalis indicatio miatt mégis csak operatióra kerüljenek.

Legnagyobb jogosultsággal bír az a feltevés, hogy az asthmatikus roham úgy indul meg, hogy a központi irritatio folytán, illetve ennek közelebbről nem ismert sajátossága következtében bronchialis görcs lép fel, amelyhez csatlakozó vasomotorikus-secretorius zavarok, mint a bronchitis megindítói szerepelnek. A bronchitis viszont mint izgalom hat a vagus végződéseire és a sympathicuson át a centrumot irritálja. Ilymódon circulus vitiosus létesül, úgyhogy a therapia feladata ezt a kört valamely ponton megszakítani. A villamos fényfürdők melegbehatásuk révén kedvezően hatnak a bronchitisre, de tisztán hőhatásuk révén a bronchiolusok gyűrűszerű izmaira is, melyeknek görcsét megszüntetik, egyelőre persze csak ideiglenesen.

Hogy a villamos fényfürdők melege miért nagyobb értékű, mint a meleg fürdőké, az nyilván abban leli magyarázatát, hogy a villamos fényfürdők a test hőmérsékletét 40 C°-ra képesek fölmelegíteni, amit semmiféle más melegítő eljárással elérni képesek nem vagyunk. A hatás lényegét azonban nemcsak a görcs leküzdésében, hanem a többszöri beavatkozás folytán, főleg a görcsös hajlamosság engedésében látom. 10—15 villamos fényfürdő után a rohamok szünetelésével a beteg gyógyulása még nem végleges. A neurosis mint szervezeti kisebbértékűsége a légző apparatusnak (az Organminderwertigkeit) nemcsak peripherice, hanem centraliter értve, megmarad. Hiszen láttuk, hogy egy paciensem 10 éves szünet után megkapta újból asthmáját. Én ismét csak a neurosisok intermittáló kezelésének szükségességét hangsúlyozom, mert a beteg görcsös hajlamossága ismét visszatérhet és csak a folytonos gyakorlás, a gyakori elernyesztés révén maradhat el hosszú ideig, avagy végleg. Az 54 éves mészáros paciensem egy éven át eleinte hetenként, majd minden második, harmadik héten használta csak továbbra a villamos fényfürdőket és most már évek óta rohammentes.

Strümpell azt ajánlja, hogy lehetőleg hosszú tartamú legyen a villamos fényfürdők alkalmazása. *Tobiás* csak az izzadás kitöréséig kívánja folytatni. Az eruptióig való izzadsági szak túlrövid. Izzasszuk a beteget, de csak addig, míg jól érzi magát a villamos fényfürdőben és mihelyt türelmetlenséget, izgatottságot árul el, hagyjuk azt abba. Az utána következő meleg fürdőben is ne hagyjuk csak 5 percig. Én 15—20 percig és azontúl is bennhagyom. A protrahált meleg fürdő jól hat a bronchitises állapotra és ismét csak hozzájárul a görcsös hajlamosság ellensúlyozásához. A lehűtés is csak lassan és fokozatosan történjék. A vízgyógyászati eljárásokat, mint edző momentumot, sem iktatom a villamos fényfürdőzés kezdeti szakába, azon meggondolásból, hogy a fényfürdőkkel vagy zuhanyokkal való lehűtések a görcsös hajlamosságot újból felidézhetik. Mindig gondolnunk kell arra a hypersensibilis reflexingerlékenységre, mely az asthmát föltételezi. Ha az asthmatikus állapot a kétségtelen javulás jeleit mutatja, ha a rohamok már megszűntek és így jogunk van föltételezni, hogy a túlérzékenység már engedett, akkor hozzáfoghatunk az edző eljáráshoz, a vízkúrához.

Említést tettem arról, hogy már az 5—6. villamos fényfürdő után a rohamok engednek, a paciens affektuositása is alábbhagy. Ezzel csak ki akarom emelni, hogy a villamos fényfürdő kezelésre nemcsak a physicalis tünetek maradnak el, hanem a psychikus momentum is kikapcsolódik. Súlyt helyezek erre a megállapításra azért, mert egyesek szerint az asthma bronchiale egyenesen psychikus megbetegedés. Psychikus úton keletkezik és pusztán képzetek útján megközelíthető, eliminálható. Hogy az asthma psychomechanikus úton előidézhető, igazolják *Hofbauer* kísérletei, ki helytelen, de szándékosan előidézett sajátos légzési typus által fiatal, egészséges egyéneken az asthmatikus rohamok fellépését előidézni tudta. Ez a gyakorlás és gátlás jól ismert physiologiai lefolyása által könnyen értelmezhető is. Hiszen ő viszont asthmatikus betegeket helyes légzési gymnastikai gyakorlataival meggyógyítani is tudott. De hogy a psyche primaer módon, meglepetésszerűen, anélkül, hogy a beteg figyelme valamikor is az asthma bronchialera ráirányozódott volna, asthma bronchialet provokálni tudjon, ez félreismerése a lelki hatásoknak, túlhajtott beállítása a psychikai mechanismusnak. Nem egyenrangú és egymással szembenálló a psychikai élet és a physikai lét, szervesen egymásba vannak fonódva a psychophysikai identitásban. Emlékezés útján, utánzás módján a szervezet létesíthet asthmatikus kitöréseket, mint p. o. a papírrózsához való szagolás híres esetében, de ezeket azután is inkább a *Strümpell* értelmében hysteriás asthmáknak jellemezhetnők. De egy beékelt affectus egy asthma bronchialet primaer módon nem idéz elő és ennek kiküszöbölése nem „exstirpál"-hatja a constitutionalis dispositiót, adott esetben az asthma bronchialet.

Therapiánk egyáltalában nem tud még okilag küzdeni a neurosisokkal szemben. A neurastheniánál is az a lényeg, hogy endogen-e, mert az exogen módon keletkezett „idegesség" gyógyítható meg csak. Az idegileg egészséges egyén kimerüléses állapotában nem mondható neurastheniásnak. Néhány heti pihenésre, megfelelő roboráló eljárások mellett teljesen egészséges lesz. Az endogen, a constitutionalis alapon fennálló neurasthenia, ez a constitutionalis neurosis, megfelelő ártalmak mellett újra és újra kilép latentiájából. Úgy gondolom, hogy az asthma bronchiale, mely idegileg egészséges egyénen lép fel, melyben idegileg egészséges egyének betegednek meg, megszűnhetik végleg, de nem úgy a constitutionalis alapon nyugvó, mely évek és évek múltán kisebb, úgynevezett alkalmi okon csak visszatér, ez alkalmi ok által provokálva, de nem föltételezve.

A neurosisok diagnosisa mindinkább szűkül és helyet enged a kórtani megismerésnek. Nyilván így lesz az az asthma bronchialeval is. Ha az asthma lényegét nem is ismerjük, a modern pathologia már egyes részletekbe kezd belevilágítani, sőt éppen magyar szerzők, mint *Hajós*, *Csépai*, *Sümegi* érdemei folytán. *Hajós* élesen foglalja össze az asthma keletkezésének föltételeit, melyek között ott találjuk a bakteriumos intoxicatiós asthmát, influenza, tuberculosis, pestis következtében. Ha az egyes részletek össze lesznek gyüjtve, megjön az az idő, hogy egy összefoglaló elme a részletkérdések rendszerében meglátja majd az egységes okot. Egyelőre nem tehetünk mást, minthogy megfigyeléseinket elfogulatlanul és célzatosság nélkül közöljük, hogy a betegekre nagy szenvedéseket mérő bántalmat, ahogyan tudjuk, enyhítsük.

Összefoglalás.

1. Az asthma bronchiale villamos fényfürdőkkel, kezdeti vagy könnyű és középsúlyos esetekben sokszor

meglepő eredménnyel kezelhető mindaddig, míg emphysema nem fejlődött ki.

2. Az ilyen asthmás betegeknek gyakorta időérzésük (cyclonosis) van.

3. E kezelési mód mint prophylacticum is értékes eljárás, melynek segítségével az ultima ratio, a sympathektomia sok esetben elkerülhető lesz.

4. A villamos fényfürdő azért hatásosabb, mint a meleg fürdő, mert minden nehézség nélkül emeli 40°-ra a test hőmérsékét. Ismételt alkalmazása csökkenti a görcsös hajlamosságot.

5. Az izzasztás határát jelzi a beteg jólérzése, nyugodtsága. Ha a beteg nyugtalan, izgatott lesz, akkor az izzasztás beszüntetendő. Utána protrahált meleg fürdők adandók. A lehűtés lassan és fokozatosan történjék.

6. A kezelés legkezdetén a meleg fürdő után az erélyesebb lehűtés (zuhany, félfürdő) kerülendő, mert újból kiválthatja a görcsös hajlamosságot.

7. A constitutiós asthma rendszerint nem gyógyul meg véglegesen. Alkalmi okok újra, meg újra kiválthatják. Ezek közé tartoznak a bakteriumos intoxicatiók is.

Fürdés és ipari betegségek.

Írta: *Práger Márton dr.*

A kutatások, a kísérletek egyre inkább tisztázzák az ipari betegség fogalmát. Ma már tudjuk, hogy a munka, a foglalkozás erős befolyást gyakorol a dolgozó testére; figyelemmel kísérhetjük az ártalmakat, a létrejött elváltozásokat s azok alapján leszegezhetjük azon teendőket, amelyek hivatva volnának a javításokat eszközölni. Az ipari betegség alatt ne értsünk külön kórformát; a ható, az előidéző ok az, amely a betegséget ipari jellegűvé teszi. Talán leghelyesebb az a definitio, amely az ipari betegséget a munka káros hatása következtében kiváltott kórformának tartja, olyannak, amelynek csak az előidéző okai ipari jellegűek, klinikai képe, megjelenése azonban teljesen megegyezik a más körülmények között észlelt betegséggel. Szintúgy a therapiában sincs különbség.

Ha az ipari betegségek jellegével, sajátosságával, therapiájával óhajtunk behatóan foglalkozni, akkor csakis a genesist kell keresnünk, boncolgatnunk. Annak meglelése, megvilágítása az ipari megbetegedések prophylacticuma gyanánt tekinthető és kiküszöbölése elejét veszi annak, hogy a munkásoknál ipari jellegű megbetegedések jelentkezzenek.

Az ipari megbetegedések kifejlődése nemcsak az ártalmak erejével, intensitásával, tartamával áll egyenes arányban, hanem függ attól is, hogy az egyén szervezete mennyiben vesztett ellentállóképességéből. Ki kell terjeszteni tehát a vizsgálódást, a figyelmet az egyénre, szervezetére, testalkatára s akkor megállapíthatjuk, mekkora behatás szükséges ahhoz, hogy bizonyos körülmények között az ipari betegségek, ipari bántalmak létrejöjjenek. A belső hatóokok az egyén szervezetében rejtőznek, míg a külsőkről tudomást szerezhetünk. A két ok kapcsolatossága azonban fontos; mindkettő erősbödése okozza azt, hogy egyes munkások rövid idő alatt súlyosan megbetegszenek, míg ugyanott dolgozó társaik mentesek maradnak a betegségtől, a testi elváltozástól.

Ez alkalommal nem ismertetem az ipari betegségek összességét, nem tárgyalom összefoglalva a kérdést, hanem kiragadom közülük azokat, amelyek beleilleszthetők a congressus tárgysorozatába, vagyis kapcsolatba hozhatók a fürdéssel.

Nem ma hangoztatom először, nem is új keletű, hogy az ipari betegségek egy részét elkerülhetnék a munkások, ha nagyobb gondot fordítanának testük tisztaságára, különösen ha munka után megfürödnének.

A fürdés célja munkásoknál nem a test edzése, erősítése lenne, hanem azt célozná, hogy eltávolítsa a bőrre tapadt káros mikroorganismusokat. A fürdésre a dolgozóknak nagy szükségük van, mert a bőrön lévő bőven termelt faggyúrétegre gyorsan és könnyen hozzátapad a fertőző mikroorganismusok és egyéb káros anyagok számtalanja. Hogy mily fontos egészségvédelmi feladatot teljesít a fürdés, azt bizonyítja azon tapasztalat, hogy míg a gondosan megtisztított munkás mellén négyzetcentiméterenként csak 18 fejlődőképes mikroorganismust találtak, addig a piszkos, elhanyagolt munkás mellén 24.000 volt a mikroorganismusok száma. E tény erős bizonyítéka annak, hogy az iparegészségügy alapja csakis az lehet, ha a műhelyek, üzemek gondoskodnak az ott dolgozók megmosdásáról. A megmosdott munkás könnyebbnek, frissebbnek érzi magát és nem teszi ki családját a fertőző anyagok hazavitele által a megbetegedésnek. A járványok nem egy esetben ipartelepekről, ipari műhelyekből indulnak ki; a fertőzés forrásául sokszor láthattuk azt a munkást, aki testét elhanyagolva, nem mosdott, nem fürdött. Nemcsak egyéni cél tehát a munkás tisztaságra való nevelése, a mosdásra, a fürdésre való szoktatása, hanem közegészségügyi, sőt közvetve gazdasági érdek is. A tiszta munkás nem fertőz s ritkábban betegszik meg. Erős, egészséges szervezet termel, produkál és nem szorul az államra, a társadalomra.

Különösen ki vannak téve a fertőzés veszedelmeinek azok a munkások, akik a háziszemetet gyüjtik, osztályozzák. A hulladékok a legkülönbözőbb helyről származhatnak, olyanról, ahol fertőző betegeket ápolnak. Az ilyen anyagokkal dolgozó munkások fürdetése nemcsak elsőrangú iparegészségügyi követelmény, hanem védekezés is, hogy a fertőző betegségek tovább ne hurcoltassanak. Ugyanezen megállapítás vonatkoztatható a rongygyüjtő és osztályozó munkásokra. A fertőzésnek erősen ki vannak téve és azt tovább terjeszthetik az állati bőrökkel, szőrökkel dolgozó, azt kikészítő egyének, úgyszintén a csatornázási, vízvezetéki és fertőtlenítő munkások. Gyakorta tapasztalták, hogy a felsorolt munkát üző egyének foglalkozásuk folytán fertőződtek vörhennyel, vérhassal, typhussal, takonykórral, lépfenével, száj- és körömfájással és más bántalmakkal. A fertőzési lehetőséget fokozza a dolgozók egészségügyi tudatlansága s az a nemtörődömség, érzéketlenség, amellyel a tisztasággal és a fürdéssel szemben viseltetnek. A bőr a munkások nagy részénél hámfosztott; ez okozza, hogy az azon megtelepedő bakteriumok könnyen és gyorsan okoznak genyesedést. A bőr elváltozása a tisztasággal egyenes arányban áll; az olyan helyeken és egyéneknél, akik piszkos munka után mindig megmossák kezüket, ritkább a bőr elváltozása és a körömágy gyulladása. A statisztika nem mutatja ki a mosdás hiánya folytán létrejött bőrelváltozásokat; a nagy gyakoriságot azonban mutatja azon tény, hogy a magyarországi munkásbiztosító pénztárak 1910-ben 32.465 egyént kezeltek, akik bőrbajban, genyes tályogban, furunkulosisban szenvedtek s akiknél a létrehozó ok az volt, hogy a bőrre került, arra tapadt fertőző, izgató anyagot mosdás által nem távolították el. Ez a szám azonban csak a kezelt esetekre vonatkozik; abban nincs benne azon munkások nagy tömege, akik nem fordultak orvoslásért.

A munkás testére rakódott por izgató, sok esetben mérgező hatást fejt ki. A porok válfajaira, hatásbeli erősségére nem térek ezúttal ki, csak azt jegyzem meg: a műhelyek portalanításának, szívó-szellőztető készülé-

kekkel való felszerelésének harmonikusan kell kiegészíteni a mosdó- és fürdőberendezéseket. Ma, amikor a gazdasági leromlottság korát éljük s a súlyos pénzügyi helyzet folytán nagy iparegészségügyi berendezéseket az üzemektől nem követelhetünk, legfontosabb tényezőnek a mosdó- és fürdőberendezéseket kell tartanunk. Még ma is odahathatnánk, hogy a legkisebb üzemnek is meg legyen a célszerű mosdókészüléke. Ha ezt minden vonalon érvényesítjük, az esetben az ipari betegségek számának erős csökkenését észlelhetnők. Fontos a fürdés a szövő-, fonógyárakban, fonal- és szövetfestődékben, textilüzemekben, fémárugyárakban. Az itt dolgozók testét a por vastag rétegben vonja be, amely a hozzájutott izzadsággal a bőrt izgatja, gyulladását okozza. Jutagyárakban és szövőmunkásoknál a bőr gyulladását és a fellépő furunkulusokat nemcsak a por okozza, hanem a gép olaja is. A védekezés itt is csak a leggondosabb tisztaság lehet.

Gyakorta észleltek bőrelváltozásokat koromfestékkel dolgozó munkásoknál.

A cukrászok és pékek körömágygyulladása a tészta hatása; a védekezés csakis a tisztaság szigorú betartásából állhat.

Több iparágat tanulmányoztam a legkisebb részletekre is kiterjeszkedve, s a levont következtetés az, hogy teljesen háttérbe szorul a tisztaság iránti törekvés; legtöbb helyütt nem találtam olyan mosdót, amely a dolgozók tisztálkodására alkalmas lett volna. Különösen nyomdaüzemekben káros nálunk a mosdók hiánya; az ólomporral fedett kézen keresztül, a mosdás elmulasztása folytán, az emésztőrendszerbe jut az ólom és okozza a mérgezést. Nyomdászoknál sokkal több az ólommérgezés, mint azt a statisztika mutatja; több, mert az ólommérgezés kezdeti tüneteit klinikailag nem tudjuk kimutatni. Ha azonban alaposan vizsgáljuk a nyomdai munkások halvány arcszínét, s vérképet is szemléljük, akkor megállapíthatjuk, hogy a halvány szín tulajdonképen ólomcolorit és az egyénnél az ólommérgezés korai megnyilvánulásával állunk szemközt.

A szájon át történő ólommérgezések tudatosak, nem a véletlenen múlnak, s a munkás előrelátással, a szükséges védekezési eljárások, szabályok betartásával elkerülhetné s el is kerülik azok, akiknél a tisztasági érzék kifejlődött. Az olyan nyomdákban, ahol a mosdó megfelelő, ahol a szekrények a betűk mellett csekély port tartalmaznak, kevesebb az ólommérgezésre gyanús egyének száma. Nyomdákban az ólompor belégzése, elnyelése annál inkább történhetik, mert alig találunk olyan üzemet, ahol a szedőszekrények portalanítását porszívóval végzik; még ma is a régi rendszerű fujtatókkal távolítják el a port, amely a levegőbe kerül és a környezetre újra leülepedik. Hogy a szedőszekrények pora mennyiben veszedelmes, azt megállapíthatjuk azáltal, ha a szedőszekrények porát ólomtartalomra vizsgáljuk. A szedőszekrények porának ólomra való vizsgálatát tíz különböző nyomdában ejtettem meg, *Gortvay György dr.*-ral együttesen. A laboratoriumi vizsgálatokat *Jendrassik Jenő dr.* a központi vizsgáló laboratoriumban végezte. A vizsgálat a következő, még nem közölt adatokat adta:

1.	esetben	4·42%-ban,
2.	„	4·55%-ban,
3.	„	4·80%-ban,
4.	„	4·97%-ban,
5.	„	5·48%-ban,
6.	„	5·84%-ban,
7.	„	7·01%-ban,
8.	„	7·06%-ban,
9.	„	10·49%-ban,
10.	„	10·76%-ban

tartalmazott ólmot a por.

Ezen egyedüli hazai adatokkal kapcsolatosan leszögezhetjük azt is, hogy a por ólomtartalmának növekedését ott tapasztalhattuk, ahol a mosdók célszerűtlenek voltak, vagy hiányoztak. Természetes, hogy az ilyen helyenken hamar létrejön az ólommérgezés.

Fontos iparegészségügyi feladat tehát, amelynek gyakorlati megoldása nem ütköznék nagy nehézségbe, az, hogy rendeltessék el kötelezőleg a nyomdai üzemekben a szekrénynek porszívókkal való portalanítása és a mosdókészülékek felállítása. De necsak nyomdai üzemekre vonatkozzék a mosdók felállításának kötelező volta, hanem minden olyan üzemre, amelyben ólommal, higannyal és egyéb ártalmas anyaggal dolgoznak. Az iparegészségügynek ma még csak az alapjait rakhatjuk le; nem gondolhatunk nagy anyagi befektetést igénylő socialis alkotásokra. Sokkal helyesebb, ha a kicsiny, megvalósítható egészségügyi követelményeket hozzuk létre, mint a nagy tervezgetés minden alkotás nélkül. A ma lehetősége kicsiny térre szorítkozik s az pedig a tisztaság minden téren, de főleg az üzemekben való betartása. Meg kell adni a lehetőségét annak, hogy a dolgozó munkája után minden esetben mossa meg a kezét, esetleg arcát; bele kell vésni az emberekbe a mosdás, a fürdés szeretetét. A fürdés, a mosdás melletti propagandának szükségességét biztosítja az, hogy egy nagy újpesti bőrgyár, amely többezer munkással dolgozik, leszereltette jól berendezett gyári fürdőjét, azzal az indokolással: a munkásokat nem kényszerítheti fürdésre.

A szigor, a parancs soha nem érte el célját. Kényszerrel, erővel szokásokat, életmódokat nem lehet az egyének lelkébe vésni. Sokkal hatásosabb, eredményesebb a felvilágosítás, a tudás terjesztése. Célszerű, hasznos lenne azért, ha az egészségügyi propaganda elhatolna a műhelyekbe, a gyárakba és világossá tenné a munkások előtt a mosdás, a fürdés fontosságát és vázolná előttük azon következményeket, azon ipari betegségeket, amelyek a test tisztátlanságának következményei. A fürdés szeretetének, megkedveltetésének terjesztésére a „Balneologiai Egyesület“ van hivatva. Munkálkodásának, törekvésének oda kell ezért hatnia, hogy a munkások a fürdést természetesnek és egészségükre mélyen kihatónak tartsák. Az egyesület feladta az iparegészségügyre oly fontos fürdésnek s a gyári fürdők felállításának állandó felszínen tartása, mert ezáltal erősen hozzájárulhat a dolgozók erejének, egészségének megtartásához és a termelő munka fokozásához.

A magyar fürdők és ásványvizek forgalma.

Írta: *Sümegi József dr.*

Az igazgató-tanács megtisztelő szíves felszólítására tartandó ez előadásomban részletesen csak az 1923. évi fürdőstatisztika adataira térhetek ki, de ebből is érdekes következtetésekre nyílik alkalom egyrészt ugyanezen fürdők régi, békebeli látogatottságát illetőleg, másrészt rá lehet utalni egynéhány fürdő kimaradására, amennyiben azok jelentéseiket nem küldötték be, de meg hogy ezen jelentések nem egységesen történnek, hanem egyes fürdők azt egészen saját elgondolásuk szerint intézik el. Mindezekre jelentésem végén fogok előterjesztést tenni, melyet, ha egyesületünk igazgató-tanácsa is megtárgyalt, fel lehetne az ügy rendezése érdekében az Országos Statisztikai Hivatal igazgatóságához terjeszteni.

Mindenekelőtt tehát az 1923. év fürdőforgalmi statisztikai adatait leszek bátor előadni.

Ez évben Csonka-Magyarországból 39 fürdő kül-

dötte be adatait. Ezek, jellegük szerint csoportosítva, a következő számadatokat tüntetik fel:

I. Hévizek:

a) *Tiszta és földes hévizek.*

Név	Állandó vendégek		Összesen	Ideiglenes vendégek		Végösszeg
	belföldi	külföldi		belföldi	külföldi	
1. Hévíz	3165	93	3258	202	—	3460
2. Kács	103	—	103	133	—	236
3. Pétfürdő	19	—	19	20	—	39
4. Rácfürdő	39	—	39	240	—	279
b) *Kénes hévizek.*						
5. Császárfürdő	880	230	1110	153	15	1278
6. Harkány	1420	63	1483	5900	—	7383
7. Szt. Lukács-fürdő	870	265	1135	—	—	1135
8. Szt. Margit-sziget	796	245	1041	690	308	2039
II. Hideg ásványvizek:						
a) *Savanyúvizek.*						
Földes savanyúvizek.						
9. Bodajk	160	—	160	—	—	160
b) *Sulfatos vizek.*						
10. Parád	1463	180	1643	971	95	2709
c) *Keserűvizek.*						
11. Erzsébet sósfürdő	497	89	586	—	—	586
d) *Kénes ásványvizek.*						
12. Alsó-Kéked	75	—	75	—	—	75
III. Tóparti fürdők:						
a) *Balatonparti fürdők.*						
13. B.-Áliga	256	2	258	215	—	473
14. B.-Almádi	1363	59	1422	4266	—	5688
15. Alsóőrs	121	—	121	32	—	153
16. B.-Berény	1859	—	1859	—	—	1859
17. B.-Földvár	652	89	741	623	—	1364
18. B.-Füred	6920	338	7258	2373	167	9798
19. B.-Keresztur	250	2	252	3780	—	4032
20. B.-Boglár	1638	68	1706	160	6	1872
21. B.-Szemes	1632	—	1632	—	48	1680
22. Fonyód	335	4	339	621	30	990
23. Keszthely	2591	211	2802	7171	416	10389
24. B.-Lelle	4127	32	4159	2192	—	6351
25. Révfülöp	287	21	308	—	—	308
26. Siófok	1250	26	1276	348	—	1624
27. B.-Szárszó	2017	21	2038	24	2	2064
b) *Sziksós tavi fürdők.*						
28. K.K. Halasi sóstó	90	—	90	23	—	113
29. K.K. Dorozsmai	—	—	—	3400	—	3400
30. Nyiregyházi	136	—	136	—	—	136
IV. Magaslati gyógyhelyek.						
31. Gizellatelep	227	—	227	35	—	262
32. Mátrafüred	27	—	27	—	—	27
V. Vízgyógyintézetek és Szanatoriumok.						
33. Batizfalvy	290	34	324	—	—	324
34. Dr. Farkas M.	216	—	216	—	—	216
35. István-úti	1974	—	1974	—	—	1974
36. Kőszegi	82	7	89	—	—	89
37. Liget	443	201	644	170	112	926
38. Dr. Pajor	1262	222	1484	154	38	1676
39. Dr. Renner	1600	—	1600	—	—	1600

Összegesítés.

I. Hévizek.

Belföldi	Külföldi	Összesen
14530	1219	15749

II. Hideg ásványvizek.

Belföldi	Külföldi	Összesen
3166	364	3570

III. Tóparti fürdők.

Belföldi	Külföldi	Összesen
50652	1542	52194

IV. Magaslati helyek.

Belföldi	Külföldi	Összesen
289	—	289

V. Vízgyógyintézetek és Szanatoriumok.

Belföldi	Külföldi	Összesen
6201	614	6815

Összforgalom.

Állandó vendégek			Ideiglenes vendégek			Összes fürdővendégek		
belföldi	külföldi	összesen	belföldi	külföldi	összesen	belföldi	külföldi	összesen
41132	2502	43634	33896	1237	35133	75028	3739	**78767**

Végigvizsgálva a jelzett fürdők adatait és neveit, meg kell állapítani, hogy az utolsó békeévben és tudtommal még ma is üzemben lévő és Csonka-Magyarország területén fekvő *15 fürdő* nem küldötte be jelentéseit és így a fürdők sorából hiányoznak.

Ez a 15 fürdő a következő: 1. Rudas-fürdő, 2. Görömböly-Tapolca, 3. Artézi-fürdő, 4. Szent Gellért-fürdő, 5. Kolop, 6. Kenese, 7. Balaton-Világos, 8. Zamárdi, 9. Öszöd, 10. Gyopáros, 11. Telegdi sóstó, 12. Erdőbénye fürdők, 13. Pécsi, 14. Svábhegyi, 15. Kálvin-téri vízgyógyintézetek. A békében még üzemben nem lévő Kálvin-téri és Szent Gellért-fürdőket nem számítva, a többi 13 fürdő utolsó békeévi látogatottsága *4440* volt. Hiányoznak, de régebben sem voltak felvéve: Badacsony, Somogy-Kilitii, Vilma-telep, Csopak. 1925-ben ezeken a helyeken közel *2000* vendég volt.

Érdekes összehasonlítási adatok tárulnak elénk a régi Nagy-Magyarország fürdőinek látogatottsága és a mai állapotok vizsgálatánál. *1912-ben* Nagy-Magyarország összfürdőinek látogatottsága az üzemben lévő *200* fürdőben *300.000* volt. A háború alatt, *1915-ben, 124.000;* ez volt talán a legrosszabb esztendő. *1923-ban* Csonka-Magyarország *39* fürdője *78.767* összforgalma arról győz meg bennünket, hogy 152 fürdőnket rabolták el tőlünk, ezzel elvesztettük fürdővendégeink 61%-át, sőt a békebeli *35.000* külföldi látogatóval szemben 1923-ban csak 3700 külföldi vendég van kimutatva, tehát a régi idők 11%-a, és ezt már most jelezhetem, hogy ez is túlozva van, mert sokkal kevesebb volt az idegen vendégek száma.

Szembetűnő azonban, hogy a ma kimutatott 39 fürdőben a békebeli 1912. esztendőben 200 vendég híján egész egyforma volt a látogatottság, azaz *79.000 vendég.*

Sőt, ha a statisztikai adatokat pontosan megfigyeljük, igen jelentékeny többletet lehetne az 1923. év javára írni. Ez mutatja egyszersmind *a bejelentések pontatlanságát,* hogy az nem egységesen történik, hanem egészen a fürdőigazgató és jegyző urak egyéni felfogása szerint.

1912-ben Siófok kimutatott 29.000 vendégforgalmat, 1923-ban 1600-at, Balatonberény 1912-ben 11.000-et, 1923-ban 1850-at. Kérdést intéztem, hogy ez hogyan lehetséges, hisz köztudomású, hogy 1912-ben éppúgy telve volt a fürdő, mint 1923-ban vagy 1925-ben. Siófokról kaptam is választ, hogy 1912-ben tényleg kimutatták az ott megforduló összes egyéneket, míg 1923-ban csak az ott nyaraló családokat mutatták ki, akiktől ők gyógy- és zenedíjakat szedtek, tehát sem számszerint nincsenek a vendégek kimutatva, az ideiglenes vendégek pedig egyáltalán nem lettek tekintetbe véve.

Az adatok hiányosságára vallhat Balatonlelle fürdő 1923. évi és 1925. évi adatainak az összehasonlí-

tása. Előbbi évben 6500 vendégforgalmat mutat ki, a mult évben mindössze 2800-at, holott a fürdő egész nyáron át zsúfolva volt, de 1923-ban 2200 ideiglenes vendéget mutat ki, 1925-ben csak 140-et.

Végeredményben tehát meg lehet állapítani, hogy Csonka-Magyarország fürdőinek látogatottsága ugyanazon a szinten mozog, mint ahogy ugyanezen fürdők látogatottsága az utolsó békeévekben is volt. Konstatálni lehet, hogy több mint 20 fürdő nem küldte be jelentéseit a statisztikai hivatalhoz és így nem 39, hanem legalább 60 fürdő és üdülőtelep van a jelenlegi Magyarország területén üzemben.

Az előbbi tény könnyen érthető és csak azt mutatja, hogy alig történt komoly építkezés és így a fürdők befogadóképessége lényegesen nem emelkedett, bár örvendve lehet felemlíteni, hogy a Balaton körüli építkezés nagy lendülettel megindult, de persze csak kisebb villák építéséről van szó, de talán mégis most már jobbak a kilátások, hogy nagyobb építkezések is meg fognak indulni. Az utolsó évek látogatottságáról is ugyanazt lehet konstatálni, mint a multban, a fősaisonban mindenütt zsúfoltság, az elő- és utóidény rossz.

Utólagosan örömmel jegyezhetem fel, hogy *Balatonföldváron* még június havában egy a legkényesebb igényeket is kielégítő 84 szobás új szállodát nyitnak meg, *Balatonalmádiban* pedig a postatakarékpénztár építtetett egy 92 szobás szállodát, a „Pannonia-Otthont" és építettek egy hatalmas *fövenyfürdőt*, hol gőz- és kádfürdők is kaphatók.

Hogy a bejelentések helyes és pontos adatokat tartalmazzanak és az abból levonható értékes következtetéseket kellő időben figyelemre is lehessen méltatni, egy felterjesztést voltam bátor kidolgozni, melyet további intézkedés végett az Országos Statisztikai Hivatal igazgatóságához kellene felterjeszteni. Memorandumomat azon kéréssel adom elő a t. Közgyűlésen, hogy további intézkedés végett az igazgató-tanácshoz utalni méltóztatna.

Mielőtt ezen felterjesztésemet előadnám, azon körülményre is bátorkodom a t. Közgyűlés szíves figyelmét felhívni, nem-e volna helyes a székesfőváros körüli nyaralótelepek, mint Zugliget, Svábhegy, Hüvösvölgy, stb., azonkívül a Duna mentén lévő ismertebb nyaralótelepek, mint Visegrád, Leányfalu, Nagymaros, Zebegény, Verőce, Dunaharaszti, stb. forgalmát is megismerni. Ha igen, úgy erre is fel kellene hívni a statisztikai hivatal szíves figyelmét.

Ásványvizeink exportja

az 1922., 1923., 1924. és 1925. években, az egyes országok szerint, métermázsákban kifejezve:

	1922.	*1923.*	*1924.*	*1925.*
Ausztria	2.291	2.510	3.574	2.582
Csehország	925	1.228	941	1.755
Románia	1.359	1.937	1.846	1.755
Jugoszlávia	2.712	1.141	2.242	1.839
Németország	7.436	710	7.134	7.891
Olaszország	4.549	5.179	5.567	3.441
Dánia	50	50	157	—
Hollandia	—	872	1.094	1.149
Franciaország	904	2	200	101
Görögország	—	53	15	5
Bulgária	1	1	127	289
Svájc	350	402	704	630
Lengyelország	614	392	801	2.817
Luxemburg	50	50	50	50
Belgium	150	301	350	400
Angolország	107	1.210	600	2.371
Svédország	—	7	—	—
É.-A. Egyesült-Államok	7	26	209	208
Albánia	—	111	—	—
Tunisz	—	226	—	50
Brazilia	—	4	—	—
Bolivia	—	4	—	—
Sziám	—	4	—	—
Brit Nyugat-India	—	4	50	—
Fiume	101	—	—	—
Európai Törökország	37	—	—	—
Brit Kelet-India	63	—	50	—
Ausztrália	—	—	150	—
Trieszt	—	—	615	—
Mexikó	—	—	200	—
Egyiptom	—	—	3	50
Argentina	—	—	—	600
	21.706	16.424	26.679	27.983

Behozatal:

	1922.	*1923.*	*1924.*	*1925.*
Ausztria	526	143	432	3.943
Csehország	1.739	202	2.440	6.550
Románia	435	402	2.770	5.230
Jugoszlávia	1	—	97	7.300
Németország	744	4	259	406
Olaszország	1	—	—	—
Lengyelország	—	—	50	—
	3.446	751	6.048	23.023
Behozatal:	3.446	751	6.048	23.023
Kivitel:	21.706	16.424	26.679	27.983

1922-ben a behozatal a kivitelnek 16%-át,
1923-ban a behozatal a kivitelnek 4·6%-át,
1924-ben a behozatal a kivitelnek 22·6%-át,
1925-ben a behozatal a kivitelnek 83·75%-át képezte.

1922-ben export: 217 vagón, egy vagónban ládaáru 8000 palack 0·7 literes keserűvíz, összesen tehát 1,736.000 palack à 40 aranyfillér, összesen 694.000 aranykorona 15.000-szeres szorzószámmal = 10.416,000.000 papirkorona.

1923-ban export: 164·2 vagón, összesen 1,313.600 palack 0·7 literes keserűvíz à 40 aranyfillér, összesen 525.440 aranykorona = 7.881,600.000 papirkorona.

1924-ben export: 266·8 vagón, összesen 2,134.400 palack keserűvíz à 40 aranyfillér, összesen 853.760 aranykorona = 12.806,400.000 papirkorona.

1925-ben export: 279·8 vagón, összesen 2,238.400 palack keserűvíz à 40 aranyfillér, összesen 895.360 aranykorona = 13.430,400.000 papirkorona.

1922-ben import: 34·46 vagón, egy vagónban 6400 palack 1 literes, azaz 220.544 palack víz à 60 fillér, összesen 132.326 aranykorona = 1,984.890 papirkorona.

1923-ban import: 7·5 vagón, egy vagónban 6400 palack 1 literes, azaz 48.000 palack víz à 60 fillér, összesen 28.800 aranykorona = 432,000.000 papirkorona.

1924-ben import: 60·5 vagón, egy vagónban 6400 palack 1 literes, azaz 387.200 palack víz à 60 fillér, összesen 232.320 aranykorona = 3.484,800.000 papirkorona.

1925-ben import: 234·3 vagón, egy vagónban 6400 palack 1 literes, azaz 1,499.520 palack víz à 60 fillér, összesen 899.712 aranykorona = 13.495,680.000 papirkorona.

Összesítés:

	Vagón	Palack	Egységár	Arany K	Papir K.
1922: Export	217	1,736.000	40 f	694.400	10.416,000.000
Import	34·46	220.544	60 f	132.236	1.984,890.000
1923: Export	164·2	1,313.600	40 f	525.440	7.881,600.000
Import	7·5	48.000	60 f	28.800	432,000.000
1924: Export	266·8	2,134.400	40 f	853.760	12.806,400.000
Import:	60·5	387.200	60 f	232.320	3.484,800.000
1925: Export	279·8	2,238.400	40 f	895.360	13.430,400.000
Import	234·3	1,499.520	60 f	899.712	13.495,680.000

Fürdőink forgalmi statisztikáját befejezve, áttérhetek *az ásványvizek* mult évi forgalmának adataira. Régebbi évek összehasonlító adatait és részleteket a mellékelt táblázat tünteti ki.

Mult évben 20 államba szállítottunk ki ásványvizeket, és pedig nagyobb mennyiségben Ausztria, Csehország, Románia, Jugoszlávia, Németország, Olaszország, Hollandia, Svájc, Lengyelország, Angolország és Argentinába. Ezen országokba 600 q-nál nagyobb mennyiséget szállítottunk. Németországba szállítottuk a legtöbbet, 7891 q-t. Az összes kivitel *27.983* q-t tett ki. Behozatal öt országból történt, és pedig a legtöbbet Jugoszláviából importáltunk, 7300 q-t és így tovább Románia, Csehország, Ausztria és Németországból. Összes be-

hozatal *23.023* q volt és így a kivitel javunkra alakul, és pedig *4960* q-val.

Ez az adat azonban, sajnos, egy végtelenül elszomorító körülményre hívja fel figyelmünket. Akár az előbbi három vagy négy év adatait vizsgáljuk, akár pedig a békebeli évek adataival hasonlítjuk azt össze. A mult évben kivitelünk még *20.600* q-val multa felül a behozatalt, dacára, hogy a behozatali quota állandóan emelkedett, de az még mindig csak 22·6% volt, az idén ez a behozatali quotiens a kivitelhez képest már 83·75%-ot mutat. *1924-ben* még *9 milliárd* bevételi többletünk volt, addig *1925-ben* ez következőképen alakult:

1925-ben export: *279·8* vagón *2,238.400* palack keserűvíz à 40 aranyfillér, *13.430,400.000 papirkorona* értékben. Behozatal 1925-ben: *234·3* vagón à *6400* palack à 60 aranyfillér, azaz *13.495,680.000 korona*. Eszerint tehát passivitásba jutottunk *65 millióval*.

Mindezen végtelenül elszomorító körülményeknek magyarázatát fogjuk kapni *Felber Lipót* úr közgyűlési előadásán. Adataimat tőle kaptam és neki e helyütt ezen lekötelező szívességéért külön köszönetem nyilvánítom.

Elszomorító ezen körülmény különösen azért, mert azok a vizeink — *nevezetesen a keserűvizek* — jelenben is birtokunkban vannak és békeidőben is ezek képezték a kivitelnek több mint 90%-át. Alig 10%-ot tett ki az egyéb, jelenben elszakított területen lévő ásványvizek kivitele. Úgylátszik, hogy a vámszerződésekben az ásványvizeket dobták oda prédául, talán más ipari cikkek érdekében. Nem vagyok hivatott, mint nem kereskedelmi szakember, itt méltó kritikát gyakorolni, de minden kritikánál súlyosabban beszélnek a számok, amidőn azt lehet konstatálni, hogy helytelen vámokkal és bizonyára nem a helyes úton járó kereskedelmi politikával, miként tettek tönkre egy olyan iparágat, amely még ezelőtt két évvel is 9 milliárd tiszta hasznot hajtott az államkincstárnak.

Még súlyosabb lesz a számok kritikája, ha egy gyengébb régi békebeli évnek, az 1912. évnek az adatait sorakoztatjuk fel. 1912-ben behozatal volt 72.000 q, kivitel volt 200.000 q., 130.000 q többleti kivitel valamivel több mint 2½ millió értékben, ez ma közel *36 milliárd* bevételt jelentene a kincstár részére.

Kétségtelen, hogy ennek nem szabad így maradni, itt valamit tenni kell és hiszem, hogy a holnapi közgyűlésen a szakember meg fogja jelölni a további teendőket.

Ásványvízkereskedelmünk mai helyzete.

Írta: *Felber Lipót* igazgató.

Másodízben lépek az előadói asztalhoz, hogy ásványvízkereskedelmünkről beszámoljak. Bár a tegnapi napon dr. Sümegi József tagtársunk már beszámolt a magyar fürdők és ásványvizek forgalmáról — szárazon regisztrálva az adatokat —, de talán nem lesz érdektelen, hogy ha kereskedői szemszögből bírálom el az ő általa már ismertetett statisztikai adatokat és hozzáfűzöm az évek hosszú során át tapasztalt és a gyakorlatból leszűrődött reflexióimat s azokkal egy rövid negyedórára nagybecsű türelmüket próbára teszem.

Ez év januárjában fennjártam az Országos Statisztikai Hivatalban, kiirattam magamnak az ásványvízkereskedelem 1925 éves statisztikáját és bizony fájó érzés töltött el azoknak láttára és ökölbeszorult kézzel vonultattam el szemeimet az ásványvízbehozatal óriási számadatai fölött és nagy keserűség dúl lelkemben, ha az elmult esztendő ásványvízexportját nézem és tapasztalnom kell, hogy ez a békében oly gyönyörűen és hatalmasan kiépített üzlet milyen nehezen tud lábraállni.

1924. év november havában tartott fürdőügyi nagygyűlésen — amely oly impozáns keretek között zajlott le és amikor szerencsés voltam ásványvízkivitelünket és behozatalunkat ismertetni — reámutattam, hogy ha 1925 január 1-ével az ásványvízbehozatal szabaddá fog tétetni, úgy rövid időn belül oda fogunk jutni, hogy az ásványvízbehozatal el fogja érni a kivitelünket és így nemsokára ásványvízkereskedelmünk mérlege passivvá fog válni.

Az 1925-ös év — mint a szabad ásványvízbehozatal első éve — sajnos, teljes mértékben igazolja jóslatomat, mert bár palackmennyiségben a behozatal a kivitelt még nem érte el, de összegszerűségben azt máris túlszárnyalta.

Egyébként beszéljenek a számok.

Behozatal:	*1922-ben*	*1923-ban*	*1924-ben*	*1925-ben*
	3446 q	751 q	6048 q	23.023 q
Kivitel:	*1922-ben*	*1923-ban*	*1924-ben*	*1925-ben*
	21.706 q	16.424 q	26.679 q	27.983 q

Így 1922-ben a behozatal a kivitelnek 16%-át, 1923-ban 4·6%-át, 1924-ben 22·6%-át tette és ez a percentualis arányszám 1925-ben 83·75%-ra szökött fel.

Tehát a kivitel emelkedett 1924-től 1925-ig 1.304 q-val, ezzel szemben a behozatal emelkedett 1924-től 1925-ig 14.975 q-val.

A kivitelnél az 1925. évben elért emelkedés az előző évhez képest 4·66%-ot tüntet fel, ugyanakkor a behozatalnál ez az emelkedés 65%.

Az export terén a kép a következő:

Kivitel:	*1924-ben*	*1925-ben*		
Ausztriába	3.574 q	2.582 q	visszaesés	992 q
Csehországba	941 q	1.755 q	emelkedés	814 q
Romániába	1.846 q	1.755 q	visszaesés	91 q
Jugoszláviába	2.242 q	1.839 q	visszaesés	403 q
Behozatal:	*1924-ben*	*1925-ben*		
Ausztriából	432 q	3.943 q	emelkedés	3.511 q
Csehországból	2.440 q	6.550 q	emelkedés	4.110 q
Romániából	2.770 q	5.230 q	emelkedés	2.460 q
Jugoszláviából	97 q	7.300 q	emelkedés	6.203 q

Ez utóbbi számadat nem valószínű és itt bizonyára a Németországból bejövő és Jugoszlávián átfutott ú. n. transitoáru van felvéve.

Tehát amíg a környező négy államban, nevezetesen Ausztriában, Csehországban, Romániában és Jugoszláviában az 1924-es export mindössze 8.603 q-t tett ki ez 1925-ben 7.931 q-ra esett vissza, addig a behozatal ezekből az országokból az 1924. évi 5.739 q-val szemben 1925-ben 23.023 q-ra emelkedett. Ez percentualisan kifejezve: a kivitel 8%-kal esett vissza, a behozatal ezzel szemben 75%-kal emelkedett. Pénzértékben az 1925. évben exportált ásványvizek értéke 895.360 aranykoronát tett ki, addig a külföldről behozott ásványvizek értéke 899.712 aranykorona volt, így pénzértékben többet fizettünk ki a külföldről behozott ásványvizekért, mint amennyit a mi vizeinkért kaptunk.

Exportra, sajnos, ma csak a keserűvizek kerülnek és ha számításba vesszük, hogy a békeévekben a keserűvizeknél 200.000 q-t, azaz 2000 vagónt vittünk ki, ami körülbelül 15,000.000 palacknak felel meg, addig az 1925. évben ezen cikkünkben az export mindössze csak 28.000 q-t, azaz 280 vagónt tett ki, ami körülbelül 2,150.000 palacknak felel meg és amely 280 vagón vízben az exportlistán ma a Felsőmagyarországba, Erdélybe, Délmagyarországba szállított mennyiségek is bennfoglaltatnak, amelyek a boldog békeévekben még mint Magyarország területei szerepeltek és ezekre a helyekre

szállított víz a belföldi fogyasztás rovatai között szerepelt.

Nem elszomorító számadatok ezek? Meddig nézzük összetett kezekkel a környező államok ezen megfeszített munkáját? Miért tétetik lehetővé az ő exportjukat ilyen horribilis módon emelni Magyarország felé, s ugyanakkor nekünk látnunk kell, hogy a mi exportunk az ő országaikba nap-nap után visszaesik.

Ezt a kérdést végre a legsürgősebben meg kell oldani, mert ellenesetben önkezünkkel fogjuk ásványvízkereskedelmünk felett a lélekharangot meghúzni.

Kövessük szigorúan az ő receptjüket és ne engedjünk be Magyarországba sem luxusvizeket, illetőleg olyan ásványvizeket, amelyeknek megfelelő typusa Magyarországon is forgalomban van. És ha mégis valakinek gusztusa van luxusvizet inni, ám fizesse meg ezen passzióját és ilyen esetekben sujtsuk magas vámdíjtételekkel az ilyen vizeket. Hiszen ők is ugyanezekkel a fegyverekkel élnek és az magyarázza az ő országukban keserűvizeink exportjának a hanyatlását.

Két irányban kell ásványvízkereskedelmünket fejleszteni, és pedig emelnünk kell Csonka-Magyarországon az ú. n. belfogyasztást és másodszor emelnünk kell az exportot.

Nézzük már most, hogy melyik úton lehetne elsősorban a belfogyasztást fokozni.

Nem mulaszthatom el, hogy a m. kir. államvasutak igazgatóságának hálás köszönetünket tolmácsoljam azért, hogy a nagygyűlésen elhangzott panaszainkat, amelyek a magas vasúti fuvardíjköltségekre vonatkoztak, alapos revisio alá vette és örömmel állapítom meg, hogy ma az ásványvizek vasúti fuvardíjtétele az összes környező államok között, kivéve az egy Jugoszláviát, a legolcsóbb, és átérezve az ásványvízexport fontosságát, külön exportdíjtételeket állapított meg 5 és 10.000 kg-os kocsirakományoknál, amelyet egyetlen egy külföldi vasút sem iktatott be, bár Csehország 10.000 kg-nál ad exporttarifát, ugyanazt teszi az olasz vasút is, Ausztria, Románia nem ismer exporttarifát ásványvizekre, ellenben Jugoszlávia, hasonló módon, mint Magyarország, 5 és 10.000 kg-os ásványvíz kocsirakományoknál beiktatott exporttarifát, amely a rendes belföldi tarifáknál körülbelül hasonlóképen, mint a mienk, 20%-kal alacsonyabb.

A m. kir. államvasutak, belátva, hogy az autófuvarozás meglehetős nagy konkurrenciát csinál, 100 km-ig ezeket a meglehetősen alacsony tarifákat is mérsékelte még, úgyhogy őszintén szólva vasúti fuvardíj tekintetében ez idő szerint panaszra okunk nincs.

Súlyos tehertétel a belföldi fogyasztásnál az egyes városok által szedett ú. n. fogyasztási adó. Nem furcsa-e, hogyha valaki, akár orvosi rendeletre, avagy szükségből, keserűvizet fogyaszt, hogy ezért a gyógyszerért a városok fogyasztási adót szednek? Ugyanilyen címen lehetne az aspirin után is fogyasztási adót szedni. Hogy ez az adó milyen tekintélyes tétel, ezt bizonyítandó, beszereztem az egyes városok által szedett ilyen fogyasztási adó statisztikáját, amely a következő képet nyujtja:

Cegléd: Keserű- és gyógyvíz után az eladási ár 5%-át, ami körülbelül palackonként 6—800 koronát tesz ki, egyéb vizek után pedig az eladási ár 20%-át.

Szeged: Minden liter ásvány- és gyógyvíz után 800 koronát szed.

Győr: Literenként 4 aranyfillért, azaz 580 koronát hajt be. A töréskár után is beszedi az adót, mert számla szerint kell az adót leróni. A háborús évek előtt 5% töréskárt le lehetett vonni, most azonban nem.

Kecskemét: Az eladási ár 10%-át kell fogyasztási adóban leróni, akár természetes, akár mesterséges ásványvíz az.

Pécs: Minden liter ásványvíz után 600 korona a fogyasztási adó.

Budapest: Ha vagóntételben érkezik Budapestre ásványvíz, úgy kövezetvám címén egy vagón után 960.000 koronát szed, ami palackonként 120—150 koronát tesz ki.

Jól tudjuk, hogy a nagy Magyar Alföldnek és sok más vidék városainak nincs ivóvize és így a lakosság kénytelen a szénsavval telített ásványvizeket fogyasztani s ahelyett, hogy az illető városok prémiumot adnának a vállalkozóknak, akik a lakosságot élvezetes ivóvízzel látják el, ellenkezőleg, még fogyasztási adót szednek egy olyan cikk után, amely minden egyes ember részére nélkülözhetetlen. Ezen adók ellen a leghatározottabban tiltakoznunk kell és fel kell hívnunk a nagyméltóságú belügyminiszter úr figyelmét erre az adónemre, amely az ásványvizek belfogyasztásának emelkedését nagy mértékben megakadályozza. Igazán nevetséges, hogy a Kristály, Palatinus, Harmat vagy a nép által oly nagy tömegben fogyasztott szódavizek után ilyen adót szedjenek, de nem csekély mértékben abszurdum, hogy orvosok által előírt gyógyvizek után is ilyen adót szedjenek a városok. Ha ezen adókat az egész vonalon és országszerte el fogják törölni, úgy az ásványvizeknek belföldi fogyasztása lényegesen emelkedni fog.

Ami pedig az export fokozását illeti, arra a legfontosabb és a legsürgősebb a kereskedelmi szerződések megkötése a külfölddel, és pedig olyformán, hogy Magyarország összes ásványvizeinek taxative felsorolásával, azoknak előre megállapított olcsó vámdíjtételek mellett, minden korlátozás nélkül beengedést biztosítsanak, ugyanúgy, ahogy azt ma Magyarország a külföldi vizekkel szemben teszi.

Az ásványvizek vámkérdéseiben mindenkor a m. kir. munkaügyi és népjóléti miniszterium illetékes szakosztálya hivandó meg, esetleg az ásványvízforrás érdekeltségek bevonásával, nehogy olyan esetek fordulhassanak elő, mint amelyek ma állnak fenn, hogy a pénzügyminiszterium állapítja meg, az illetékes tényezők nélkül, hogy mely külföldi ásványvizek jöhetnek be az országba vámmentesen és melyek azok, amelyek a régi vámok alapján legyenek kezelendők.

Ma Ausztria, Szerbia, Németország, Olaszország és Románia vizei közül azok, amelyeket a pénzügyminiszterium jónak tart, vagónonként csak az üres palackok után fizetik a vámot, amely 172 aranykoronát tesz ki a régi 500 aranykoronával szemben és így vagónonként a vám 328 aranykoronával kisebb, ami 4,600.000 koronát jelent ma és ennyivel olcsóbbak ma a külföldről behozott ásványvizek, mint voltak ezelőtt két hónappal. Ez a megtakarítás palackonként körülbelül 720 koronát tesz ki. Mi tehát előmozdítjuk mindenképen a külföldi ásványvizeknek a fogyasztását, ők azonban a mi vizeink érdekében semmit sem tesznek.

Nem kell Giesshübli, Krondorfi, Rohitsi, Salvator és Karlsbadi víz. Ezek helyett itt vannak a mohai Ágnes, a Balatonfüredi, a Parádi, a szénsavval telített vizek, mint a Palatinus, Kristály és Harmat, itt vannak a mi kitünő keserűvizeink és az orvosvilág által karlsbadi víznek elfogadott Mira glaubersós gyógyvíz.

Pártoljuk és támogassuk a mi megmaradt ásványvízkinceseinket. Szólítsuk sorompóba a világ minden táján lévő külkereskedelmi képviseleteinket, különböző kereskedelmi levelezőinket a magyar ásványvizek és a magyar keserűvizek terjesztése érdekében, nyujtsunk adókedvezményeket az egyes forrásvállalatoknak, hogy megfeszített energiával ismét tért biztosítsanak világhírű keserűvizeinknek. Adjunk hosszúlejáratú, olcsó kamat mellett kölcsönöket ezen megtépázott vállalatoknak, hogy propagandával is versenyre kelhessenek a külföldi silányabb minőségű vizekkel szemben és szent a hitem, hogyha mindenütt olyan megértéssel fogunk

találkozni, mint a magyar orvosi karnál és a népjóléti miniszterium illetékes osztályánál, amely az új fürdőtörvényjavaslatot is a folyó évben tető alá hozni kötelező ígéretet tett, úgy a jövő esztendőben az ásványvízstatisztika sokkal kedvezőbb képet fog mutatni, mint az idei. Adja Isten, hogy úgy legyen!

A magyar fürdők és az ingó jelzálog reformja.

Írta: *Bánó Dezső* kormányfőtanácsos.

A balneologiai nagygyűlés minden alkalommal megemlékezik arról a szomorú körülményről, hogy a vesztett háború körülbelül 200 magyar fürdőtől fosztott meg bennünket és a Balneologiai Értesítő, melynek a magyar fürdők felsorolásához egész kis könyvecskére volt szüksége, ma *egy-két* oldalon felsorakoztatja csonka országunk megmaradt fürdőhelyeit. A fenséges szép Tátra számtalan gyógyhelyével és gyógyforrásaival, Erdély, Dél-Magyarország, ugyancsak páratlan szépségű gyógyhelyeivel és a nyugatmagyarországi Savanyúkút és Tarcsafürdő, mind-mind idegen kezekre került. Az óriási veszteség után kötelességünk a megmaradt természeti és gazdasági kincsekben felhalmozódott nagy értéket kiaknázni, hogy a magyar fürdőéletnek új lendületet adhassunk.

A fürdőélet fejlődésének útjában álló akadályokról és leküzdésükről számos ankéten tárgyaltunk és megállapítható, hogy dr. Vass József népjóléti miniszter úr nagyerélyű és állandó intervenciói alapján, a kormány hathatós támogatásával jelentős eredményeket sikerült is elérnünk, amennyiben a luxusadó és kincstári házhaszonrészesedés eltörlése a magyar fürdők vendégeinek számát erősen emelte és minden további reményünk megvan arra, hogy egy-két éven belül a magyar fürdőkhöz vezető országutak is olyan állapotban lesznek, hogy az autóutasok minden fennakadás nélkül használhatják. A miniszterelnök úrnak az a törekvése is nagy megelégedést váltott ki mindenkiből, hogy a Bükkhegységben lévő Lillafüredet, mely a Tátrát volna hivatva pótolni, kiépítteti. Erre is nagy szükség van, mert hisz természetes, hogy ahol lehet, fürdőhelyeket kell létesíteni, de emellett törekedni kell akár külföldi, akár belföldi kölcsönök megszerzésével a meglévőket kiépíteni és erősen fejleszteni, hogy ezáltal módunkban legyen a sok ezer külföldre utazót, akik megszámlálhatatlan milliót visznek ki, itthontartani.

Amint azt minden előző felszólalásomban hangoztattam, most is hangsúlyozom, hogy a fürdőket abban az állapotban, amelyben a háború előtt és után maradtak, *nem hagyhatjuk*. Ma már nem kívánhatjuk, hogy például a balatonmenti fürdőhelyeket nagy ládákkal, batyúkkal, ágyneműekkel, edényekkel felpakolva keresse fel a közönség, hanem *kifogástalanul*, minden kényelemmel fölszerelt lakásoknak kell a pihenést és üdülést keresők rendelkezésére állni, éppúgy, mint a külföldi fürdőhelyeken. Ma mindenütt azt látjuk, hogy 4, 5, 6 szobás villákban *egy* család lakik, csak azért, mert nincs meg a kellő berendezés és fölszerelés, pedig ha azok a villák kellően volnának berendezve és fölszerelve, elegendő és jó ágyakkal volnának ellátva, 4—5 személy helyett 10—15-en is ellakhatnának egy nagyobb villában. Gondoskodni kell tehát arról, hogy ez lehetővé váljék és a jelenlegi súlyos gazdasági viszonyok között minden adódó alkalmat meg kell ragadnunk, amelytől gazdasági életünk egyensúlyának helyreállítását remélhetjük.

Akik a fürdőügyekkel foglalkoznak, jól tudják, hogy a leghíresebb külföldi fürdőhelyek létesítése, fejlesztése, naggyátétele csakis olymódon vált lehetővé, hogy *hosszúlejáratú kölcsönök* állottak rendelkezésre. A fürdőhelyek épületeit — legtöbb esetben — jelzálogkölcsönök igénybevételével építették, berendezéseket, fölszereléseket ugyancsak *hosszúlejáratú kölcsönök* útján szereztek meg. Marienbad, Karlsbad, Abbazia, Svájc, az összes világhírű fürdőhelyek leggrandiózusabb épületeit sokszor 10—20 évi hitelre vásárolt bútorokkal és berendezési tárgyakkal szerelték fel és a szállítócégeknek kellő biztosítékot nyujtott az, hogy az eladott tárgyakat *tulajdonjog fenntartásával hitelezték*. Háború előtt ilyen hitelezők voltak nálunk a bútorgyárosok és berendezési vállalkozók, akik szebbnél-szebb szállodákat, kávéházakat, és a sörgyárak, amelyek fényesebbnélfényesebb vendéglőket rendeztek be és mint tudjuk, nem érte őket veszteség, mert adósuk csak velük, tehát *egy* hitelezővel állott szemben és így napi, heti vagy havi bevételeiből a megállapított idő alatt le tudta fizetni tartozását, amire nem lett volna képes, ha 10 vagy 15 hitelezővel állott volna szemközt. Az ilyenfajta hitelezést *intézményesen lehetővé teszi* az ingójelzálogkölcsön, amelyet néhány állam, köztük Anglia, Belgium, Olaszország, Franciaország, Svájc, Hollandia már évtizedekkel ezelőtt bevezetett, hogy a hitelszükséglet könnyebb kielégítését biztosíthassák.

A gazdasági élet is erősen sürgeti már, hogy a kereskedő üzleti berendezéseire, felszereléseire, esetleg áruira, az iparos gépeire, szerszámaira, magános lakásberendezési tárgyaira, műtárgyakra, járművekre kölcsönt vehessen fel olymódon, hogy a lekötött ingóságok, tekintve, hogy azok üzemük, iparuk folytatásához feltétlenül szükségesek, mindig birtokukban maradnak; illetve a hitelező kölcsönt ad az ingóságokra *anélkül*, hogy a tulajdonost birtokában megzavarná.

Ha jogi szempontból az ingójelzálog intézményének meghonosítása körül sok jogosnak látszó aggály merült is fel, illetékes körök ma már belátják, hogy az ingójelzálog megszervezése a gazdasági életben nagy hiányokat pótolna és hogy a kényszer növekvő szüksége rászorít bennünket az új hitelforrások felkutatására és elfogadására, hogy eszközeiket gazdasági és hiteléletünk rendezéséhez felhasználhassuk.

Én is belátom, hogy az ingatlanokra vagy a kézizálogként átadott tárgyakra nyujtott hitel biztosítékaiban *erősebb* bázison nyugszik, mint az ingóságokra nyujtott jelzáloghitel, de a kérdést mégis megoldhatónak vélem, mert nehezen tudom elképzelni, hogy az a kisiparos vagy kiskereskedő, aki szerszámaira, gépeire vagy üzleti berendezéseire, felszereléseire, tehát létének alapjára kölcsönt vesz fel, ne igyekezzék a legnagyobb törekvéssel azt a hitelezőjét kielégíteni, aki éppen existentiájának biztosítását teszi lehetővé. De tegyük fel azt, hogy találkozik mégis olyan kisiparos vagy kiskereskedő, aki szorult helyzetében eladja jelzálogilag lekötött szerszámait, gépeit vagy áruit, esetleg üzleti berendezéseit, tehát megfosztja magát létminimumának alapjaitól is. Ez esetben büntetőjogilag felelős. De hogy például egy villatulajdonos, akinek ingatlana van és ingóságaira kölcsönt venne fel, hogy berendezését szaporítsa, több férőhelyet teremtsen és ezzel jövedelmét fokozza, ezeket a jelzálogilag lekötött tárgyakat eladná, el sem tudom képzelni. Ellenben meg vagyok győződve arról, hogy az ingójelzálogkölcsön nyujtásával szaporodnának nálunk a külföldön nagy számban található *kis pensiók*, mert a Balaton környékén túlnyomórészben lakó kisexistentiák (özvegyek, B-listás tisztviselők, stb.) jövedelmük fokozására a villájukban elhelyezkedő 10—15 ember számára konyhát is létesítenének. Ezek a

kis pensiók, amelyek természetesen kisebb regievel is dolgoznának, mint a nagyobb vállalatok, *olcsóbban* nyujthatnák a napi ellátást, éppen úgy, mint azt a külföldi fürdőhelyek felhánytorgatott árainál látjuk, melyek természetesen mindig csak az ilyen kisebb pensiókra vonatkoznak, ámbár nálunk különösen ezeket szokták a mi legelső fürdőhelyeink legmagasabb áraival összehasonlítani.

Éppen ezért merem állítani, hogy a fürdőipar volna az, amely az ingójelzálog minden előnyét a *legnagyobb* mértékben tudná kihasználni és megvalósítása a legkisebb veszéllyel járna. Szeretném tehát az illetékeseknek tanácsolni, próbálják meg az ingójelzálog reformját először a fürdővállalatoknál és ha látják, hogy ott beválik — mint ahogy feltétlenül beválna —, akkor terjesszék ki azt az ipar és kereskedelem *többi* ágára is.

A külföldi államok is különbözőképen hozták meg annakidején törvényeiket az ingójelzálogról. Egyik állam ugyanis csak az állatokra, másik csak a függőtermésekre, harmadik csak a gazdasági gépekre vagy egyéb gazdasági célokat szolgáló tárgyakra korlátozta az ingójelzálogjogot.

Már az 1924. év októberében tartott fürdőügyi nagygyűlésen hangsúlyoztam, hogy fürdőink csakis hosszúlejáratú jelzálogos kölcsönök igénybevételével fejlődhetnek és épülhetnek ki. Ahogy a főváros is tárgyalásokat folytat külföldi tőke megszerzésére és jól tudjuk, hogy a többi város is ilymódon keresi fejlődésének lehetőségét, a magyar fürdők fejlesztéséhez is kölcsönpénz kell. De míg a nagy városok a kölcsönök fedezetére *kellő biztosítékot* nyujthatnak, addig a fürdők, amelyek évek hosszú során át semmiféle beruházást eszközölni nem tudtak és amúgy is erősen megrongált állapotban vannak, kölcsönfedezetül ma csak vajmi keveset nyujthatnak. Ezért kell tehát a meglévő hitelformák mellett újat keresni és gazdasági életünk vérkeringésének fokozására az ingójelzálog intézményét is bevezetni.

Nézetem helyességét igazolja, hogy az igazságügyminiszterium január havában értekezletet hívott egybe és módot nyujtott a kereskedelem, ipar és gazdaság képviselőinek arra, hogy az ingójelzálogra vonatkozó törvényjavaslat elkészítése előtt nézeteiket és kívánságaikat kifejezésre juttathassák. Ezen az értekezleten öt kérdés került tárgyalásra, nevezetesen, hogy a gazdaság mely ágaiban és mely tárgyakra kívánatos az ingójelzálog intézményének meghonosítása, milyen alakiságok szükségesek az ingójelzálog alapításához; megengedhető-e a jelzálogtárgy elidegenítése és további elzálogosítása; továbbá, hogy az ingójelzálog minden követelés vagy csak hitelügyletek biztosítására szolgáljon-e, végül, hogy *ki* adhasson ilyen kölcsönöket Erre a miniszteriumi ankétre úgy maga a Balneologiai Egyesület, mint a Balatoni Szövetség és a Magyar Idegenforgalmi Érdekeltségek Szövetsége meghívást nyert és ezek a rokonegyesületek az anket után szükségét érezték annak, hogy *együttes* felterjesztésben nyilvánítsanak véleményt az ingójelzálogról. A felterjesztésben kiemeltük, hogy nagy örömmel üdvözöljük az intézmény létesítését, amelyet mi már régebben sürgettünk s amely a fürdőügy és a vele kapcsolatos idegenforgalom nagy problemájának megoldását lesz hivatva részben elősegíteni. Elmondottuk, hogy a szállodák, sanatoriumok, pensiók létesítése éppen azért akadt meg és a fürdők fejlődése is azért maradt vissza, mert a szükséges hitel a régi berendezés kijavítására és új berendezés beszerzésére nem volt megszerezhető, holott épp ezeknek az üzemeknek berendezési és felszerelési tárgyai a legnagyobb mértékben alkalmasak ingójelzálogkölcsönöknél a lekötésre. Rámutattunk a többi között arra is, hogy mi az ingójelzálog nagy jelentőségét abban látnók, hogyha mód adatnék a nagy iparvállalatoknak és üzemeknek arra, hogy a magyar fürdőhelyek villáit újonnan berendezhessék, vagy erre a célra a tulajdonosoknak megfelelő hiteleket nyujtsanak, *anélkül*, hogy követeléseik veszélyeztetve volnának. Így olyan áruhitelt, esetleg azon túlmenő hitelt is adhatnának az ingatlantulajdonosoknak, amilyennel egyetlen *pénzintézet* sem versenyezhetne. Amennyire természetesnek találjuk, hogy az ingatlanjelzáloghitel lebonyolítását bankok végezzék — írtuk a felterjesztésünkben —, annyira nem vélnők helyesnek, hogy az ingójelzáloghitelügyleteket is *csak bankok* bonyolítsák le. A fürdővállalatok érdekében éppen az állana, hogy ne pénzintézetek, hanem bútorgyárak, berendezési vállalatok, sörgyárak és más üzemek legyenek abban a helyzetben, hogy ilyen kölcsönöket nyujthassanak, mert ezeknek érdeke elsősorban, hogy *áruikat elhelyezhessék*. Tehát nem rideg financiális szempontok alapján járnának el a kölcsön nyujtásánál, feltételei megállapításánál és a kölcsön behajtásánál. *Többet* adhatnának kölcsön, mint a pénzintézetek, *olcsóbb* kamatláb mellett és ezenkívül a behajtásnál sem tanusítanának szigorúságot, mert hiszen ők nem a kölcsönügyleten, hanem magán az *áruügyleten* keresnek és nem egyszer keresnek, hanem mindaddig *folyton*, míg az adósnak szállodája, sanatoriuma, pensiója, vendéglője vagy kávéháza fennáll. A bútorgyár nem egyszer szállít, hanem folyton újabb és újabb berendezési tárgyakat kell, hogy szállítson, a tejgazdaság éveken keresztül árusíthatja termékeit az általa berendezett tejivóban, a sörgyár az általa berendezett vendéglőben, stb., stb. Ha pedig rossz konjunktura következtében egyik vagy másik évben az adós fizetési kötelezettségének eleget tenni nem tudna, ezek a vállalatok nem folyamodnának a *végső* eszközhöz, miként azt bankok tennék abban az esetben, ha adósuk az annuitásos kölcsönt törleszteni nem tudná.

Ezekután bátor vagyok a mélyen tisztelt Nagygyűlésnek javasolni: írjon fel a Balneologiai Egyesület a kormányhoz és kérje az ipar és kereskedelem minden ágának érdekeit felölelő ingójelzálogtörvény sürgős megalkotását. Amennyiben ennek a törvényjavaslatnak tető alá hozása hosszabb időt venne igénybe, úgy a fürdőkkel kapcsolatban — mint amelyek a *legnagyobb* hitelbiztosítékot tudják nyujtani — sürgősen keressen valamelyes megoldási módot az ingójelzáloghitel létesítésére.

Van-e létjogosultsága a szénsavval telített ásványvizeknek Csonka-Magyarországon.

Írta: *Angyal Márton* államilag képesített ásványvíz- és fürdőüzemvezető.

Harmadik évtizede foglalkozom szénsavval telített ásványvizek forgalomba hozatalával s így volt alkalmam jó és rossz gazdasági viszonyokban megfigyelni az üdítővizek fogyasztóközönségének ízlését, igényeit és szokásait. Ez bátorított fel arra, hogy a fölvetett kérdésre az indokolt választ megadjam.

Előre bejelentem, hogy felolvasásom meglepően rövidre szabtam azon oknál fogva, hogy szerény nézetem szerint ma már a leglaikusabb közönség is tudatában van annak, hogy a szénsavval mesterségesen telített ásványvíz nem egynéhány embernek az üzlete, hanem egy kultúrnép megszokott szükségleti cikke.

Ezen állításomat legjobban alátámaszthatom azzal, ha hivatkozom a németországi „Apollinaris“ szénsav-

val telített ásványvíz legutóbbi forgalmára, amely 40—42 millió litert tesz ki évente, vagyis majdnem annyit, mint az összes európai természetes ásványvizek, beleértve a keserű- és egyéb gyógyvizeket is.

Nem célom az igen tisztelt hallgatósággal a forgalomban levő ásványvízmárkákat ismertetni; ez alkalommal kizárólag a szénsavval telített ásványvizek elterjedésének keletkezéséről óhajtok némi felvilágosítással szolgálni.

A 90-es évek végéig a szénsavval telített ásványvizek forgalma nem volt számottevő; a közönség csak a természetes szénsavas ásványvizeket kedvelte és fogyasztotta. A belföldi ásványvizek közül a Borszéki, Buziási, Szántói és Mohai Ágnes volt általánosan ismert, míg a külföldiekből a Krondorfit és a Gieshüblit kedvelte a közönség.

A szénsavval telített ásványvizek fejlődéstörténetének fordulópontja volt nálunk 1899 május 1-e, mikor Palotay testvérek — a Szent Lukácsfürdő akkori tulajdonosai — a Lukácsfürdő 21 C-fokú termálvizét mesterségesen szénsavval telítették és „Kristály" név alatt kezdték forgalomba hozni.

A „Kristály" név igen szerencsés választás volt kereskedelmi szempontból, habár nekem mindig az volt az álláspontom, hogy ezt a jelzőt valakinek saját cikkére, pláne az ásványvíz elnevezésére lefoglalni és védjegyeztetni nem lenne szabad, miután nagyon jól tudjuk, hogy a magyar nyelv a vizek ideális, tiszta meghatározására más alkalmas szót, mint „kristálytiszta" nem ismer, és így lehetetlennek tartom, hogy a többi ásványvizek rovására, a víz tiszta meghatározásától ezen szót valaki a saját céljaira elvonhassa.

A Lukácsfürdő R.-T. üzemét a külföldi „Apollinaris" mintájára rendezte be. Nagy tömegű és igen ügyesen alkalmazott reklám-anyaggal indult meg, úgyhogy az élelmes sajtópropagandával kapcsolatos ügynöki akvizició eredménye folytán a közönség akaratlanul is megszokta a szénsavval mesterségesen telített ásványvizek fogyasztását.

Igen természetes, hogy a már régen forgalomban volt Szent Margitszigeti üdítővíz, a mai „Palatinus" ásványvíz forgalma sem maradhatott a régi kereteken belül és forgalma már a Palotay testvérek propagandája következtében is emelkedett. A fogyasztóközönség ízlése megváltozott és szívesebben vásárolta a dúsabb szénsavtartalmú, csípősebb ízű, mesterségesen telített ásványvizet, mint a gyengébb, természetes ásványvizeket.

Rendes folyománya az már a dolgoknak, hogy ha a közönség valamely cikket megkedveli, gombamódra szaporodnak az utánzók. A szénsavval telített ásványvizek hamisítói a leghangzatosabb nevek alatt hozták forgalomba a közönséges, sokszor szennyezett kútvízből készült szénsavas vizeket. Még ma is számtalan szikvízgyár engedi magának azt, hogy az ásványvízüzemek porcellándugós palackjait közönséges szikvízzel tölti meg és hozza forgalomba. Sajnos, az erre vonatkozó törvényeink még a régi világból valók és bizony kissé hiányosak és így csak a védjegybitorlás alapján tudnak az ilyen hamisítók ellen eljárni a forrástulajdonosok.

Rövid idő alatt a szénsavval telített ásványvíz egész generációt szoktatott, nevelt fogyasztónak, akik közül igen sokan vannak olyanok is, akik még sohasem ittak természetes szénsavas ásványvizet; ezeket ma már a szénsavval telített ásványvizek fogyasztásáról leszoktatni szinte lehetetlenség volna. De miért is törekednénk erre, hiszen országos érdek, hogy amikor természetes szénsavas ásványvízforrásaink a szerencsétlen trianoni békeszerződés következtében 0·9 részben idegen kezekbe kerültek, a megmaradtak pedig vagy csekély vízbőségük, vagy alacsony szénsavtartalmuk, vagy jellegzetes ízük miatt alig jöhetnek számításba, — a közönség a meglévő bőforrású szénsavval telített ásványvizeinket fogyassza s ne vándoroljon idegenbe pénzünk még az élvezeti vizek értéke fejében is; de közegészségügyi szempontból is igen fontos, hogy ezen olcsó és igen könnyen hozzáférhető üdítővíz mindenütt el legyen terjedve az országban, mert járványok esetén állandóan kéznél van egy tiszta, bakteriummentes olyan hűsítő ital, amelyet minden orvos tiszta lelkiismerettel ajánlhat betegeinek, az egészséges közönség pedig olcsó áránál fogva szívesen fogyasztja. Ugyszintén a fővárosban igen gyakran előforduló vízvezetéki zavarok esetén is bármily mennyiségben beszerezheti a közönség a szénsavval telített ásványvizet és így ivóvízszükséglete állandóan biztosítva van.

Ha ezeket megfontoljuk, nem lehet senki más véleményen, mint hogy ha valaha is szükség volt hazánkban a szénsavval telített ásványvizekre, úgy most valóban nélkülözhetetlenné váltak; és így elfogulatlanul állíthatom, nemcsak hogy van létjogosultságuk Csonka-Magyarországon a szénsavval telített ásványvizeknek, de igen szép jövő is vár reájuk, ha jól ismert márkáinknak kilátásba helyezett export-üzletei is megvalósulhatnak.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

A liquor cerebrospinalis calciumtartalma. *F. Lickint.* (Klinische Wochenschr. 1926, 13. sz.)

A liquor calciumtartalmára vonatkozólag a régebbi szerzők egymástól merőben eltérő adatokat közöltek, míg az újabb közlemények megegyeznek abban, hogy a cerebrospinalis folyadék calciumconcentratiója 5—6 mg-% körül mozog. A szerző 250 liquort vizsgált, ezek között 70 egészséges emberét, akiknél a calciumtartalmat középértékben 5·9 mg-%-nak találta. Ugyanezeknek a vérében a calciumconcentratio 9·5—10·5 mg-% volt; tehát csaknem kétszerese a liquorértéknek; a két érték aránya ezek szerint hasonló a vércukor és a liquorcukor arányához. Az idegrendszer betegségeiben végzett vizsgálatok nem vezettek positiv eredményre, amennyiben ezeknél jellemző eltolódásokat nem lehetett megállapítani. Egyedül a meningitis purulenta eseteiben volt következetesen kimutatható a liquor, a calcium tükrének emelkedése, de az emelkedés itt sem haladt párhuzamosan az eset súlyosságával. *Czoniczer dr.*

Mikor kell operálni a vese- és ureterköveket? *M. Zondek.* (Klin. Woch. 1926, 15. sz.)

A vese- és ureterköveket belgyógyászilag kell kezelni, ha a fájdalomrohamokat rendszeresen kíséri a kőnek a vizelettel való eltávolodása és egyáltalán, ha a röntgenologice kimutatható kő olyan nagyságú, hogy annak spontan kiürülése várható. Ugyancsak belső kezelésre vagyunk utalva olyan egyéneknél, akiknek magas kora vagy másnemű megbetegedése contraindikálja a műtéti beavatkozást és olyan esetekben, mikor a Röntgen-kép mindkét vesében számos apró követ mutat ki, mert ilyenkor az operatio kilátásai amúgy is igen rosszak. Viszont feltétlenül műtétre szorul az inficiált vesekő, valamint az olyan, mely csillapíthatatlan vérzéshez vagy anuriához vezet. Anuria esetében néha igen nagy nehézséget okoz annak az eldöntése, hogy vajjon melyik oldalon fekszik az elzáró kő. Erre vonatkozólag még leginkább az utolsó fájdalomroham helye adhat felvilágosítást.

A kövek eltávolítása pyelotomiával, nephrotomiával nagy nephrektomiával történhetik. Ha a kő pyel-

otomiával is eltávolítható, úgy a műtét prognosisa lényegesen kedvezőbb, mintha nephrotomiára van szükség, miért is lehetőleg már eleve tájékozódjunk afelől, hogy milyen műtétre van kilátás. Erre vonatkozólag persze csupán a Röntgen-felvétel adhat felvilágosítást, és pedig rendesen több különböző irányú felvételre van szükség abból a célból, hogy a kő és a vese egymáshoz való viszonyát megállapíthassuk. *Czoniczer dr.*

A szőlőcukor spasmolytikus hatásáról. *H. Handowsky.* (Zeitschr. f. klin. Med. 102. köt., 347. old.)

Átáramoltatott állatsziveken végzett vizsgálataival kimutatta, hogy a szőlőcukoroldattal felhígított vérserum érszűkítő hatása lényegesen kisebb, mint a tiszta serumé. Feltünően nagynak bizonyult ez a különbség hypertoniások vérserumával eszközölt kísérleteinél. Az áramlási sebesség növekedése ilyen serumoknál szőlőcukoroldat hatására, kifejezetten nagyobb, sőt sok esetben a Ringer-oldatnál is gyorsabb átáramlás észlelhető. Valószínű, hogy a szőlőcukor ezen spasmolytikus hatása részben a vér colloid rendszerének (főként a cholesterin-kötés) állatpotváltozásából ered. A cholesterin labilitásának élettani jelentőségére utalna *Westphal* vizsgálata is, aki kimutatta, hogy bizonyos kóros állapotokban (genuin hypertonia, diabetes) a lazakötésű („direkt ausschüttelbar") cholesterin-tartalom megnövekedik, míg más esetekben (nephrosis, infectiók) erősen megcsappan. *Fischer dr.*

Az endocarditis lentáról és annak aetiologiájáról. *Lossen.* (Med. Klin. 1926., 17. sz.)

Az endocarditis lenta diagnosisa újabban igen számottevő százalékban szerepel a kórházi megbetegedések statisztikájában, egyrészt azért, mert határozottan gyakrabban fordul elő, másrészt azért, mert az orvosok most inkább gondolnak rá, mint évekkel ezelőtt. Régebben azt hitték, hogy az endocarditis lenta csak olyan egyéneknél lép fel, kiknek az anamnesisében polyarthritis szerepelt, újabban azt látjuk, hogy teljesen ép szívű embereknél is elég gyakran keletkezik endocarditis lenta, amelynek felismerése kezdetben, amikor a szíven nem hallható zörej, vagy tachycardia nincs, sőt ellenkezőleg, hosszabb ideig bradycardia található, igen nehéz a typhustól való elkülönítése. A régebbi szerzők inkább a mitralis billentyűkön találtak elváltozásokat, most túlnyomóan az aorta billentyűi azok, melyek a mitralis billentyűk mellett megbetegszenek. A vérképet illetőleg régebben mérsékelt leukocytosist és neutrophiliát írtak le; mostanában előfordult néhány eset, amelynél leukopenia mellett relativ lymphocytosis (42%) állott fenn. A léptumort és a vérképet illetőleg mindaddig, míg a szíven elváltozások nem mutatkoznak, a kórképet a typhustól elkülöníteni nehéz. A vérlemezkék kezdetben megszaporodtak, a fokozódó anaemiával és bőrvérzésekkel lassan csökkennek. A bőr-, nyálkahártya-, retinavérzések nem mindig, de gyakran társulnak e betegséghez, melyek egyrészt a capillarisok emboliái által, másrészt a véredények endotheljeinek sérülései által idéztetnek elő. Ezen endothelsejtek igen nagy számban lelhetők fel a vérkenetben, különösen ha a vért a fülcimpából annak előzetesen történt dörzsölése után vesszük. Az edények sérülésére utal a positiv Rumpel-Leede-tünet és a *Moravitz-Denecke* által leírt tünet is, mely abból áll, hogy ha egészséges véredényű emberek art. és vena brachialisát hirtelen lekötjük, akkor 12 perc mulva a vér felhigulása következik be azáltal, hogy a szövetekből szövetnedv áramlik a vérbe, amit a vérserum refractiójának vizsgálata által könnyen konstatálhatunk. Az endocarditis lentánál ezen vérfelhigulás nem következik be, sőt ellenkezőleg, a vér vizet veszít és besűrűsödik. A capillarisok emboliája és az izomvérzések következtében igen fájdalmas csomók jönnek létre, különösen az utolsó ujjperceken. Ez néha az endocarditis lenta első tünete is lehet. A dobverő ujjak is gyakran észlelhetők a megbetegedés későbbi szakában, melynek oka egyrészt a pangásban, másrészt a toxikus bántalomban keresendő. Az erek laesiójának és az embolusoknak következményei az apoplexiaszerű insultusok, amelyek a legváltozatosabb bénulásokat idézhetik elő, továbbá a vese- és lépinfarctusok. A vesében legtöbbnyire apró gócos glomerulonephritist találunk, kevés albumennel a vizeletben és sok vörösvértesttel az üledékben. A lépinfarctus sokszor heves léptáji fájdalmakat okoz (perisplenitis). Dacára annak, hogy sokan különböző táptalajokkal kísérleteztek, mégis azt lehet mondani, hogy aránylag kevés azon klinikailag biztos endocarditis lenta eset, melyeknél a bakteriologiai lelet positiv lenne. S azon esetekben sem, ahol a bakteriologiai lelet positiv volt, nőtt ki minden esetben a streptococcus viridans, hanem másfajta coccusok is; így haemolytikus streptococcus, pneumococcus, mikrococcus flavus, mikrococcus pleimorphus, influenza-bacillus, sőt staphylococcus is. A streptococcus viridansról részletes vizsgálatok bebizonyították, hogy az nem egy önálló coccus, hanem a szervezet védő fermentjeinek hatása alatt különböző módon variálódhatik. A Wassermann-reactio a megbetegedés későbbi szakában positivvá is válhat, dacára annak, hogy lueses infectio nem áll fenn. E betegséget mindenféle desinficiensekkel próbálták gyógyítani, de hasztalan. Figyelnünk kell a tonsillákra, genyes foggyökerekre, melyeknek eltávolítása néha javuláshoz vezethet. *Kaltstein dr.*

Sebészet.

A prothesis által az amputatiós csonk széli részén keletkező csomók és tályogok. *(Prothesenrandknoten und Prothesenrandabszesse.) Verth,* Hamburg. (Zentralblatt für Chirurgie. 1926, 6. sz.)

Az amputatiók után fennmaradó csonkon előforduló megbetegedések között a legkínosabbak közé tartoznak a prothesis által előidézett csomók. Leggyakrabban a combamputatiók után jelentkeznek a comb belső felszínén, ott, hol a prothesis dörzsöli a csonk széli részét. A bőrön át borsónyi, babnyi-almányi alakban mutatkoznak. Ezen csomók idővel, a folytonos inger behatása folytán, elgenyednek és a bőrön áttörnek. Láz és a környéki mirigyek beszűrődése csak súlyos esetekben észlelhető. Legtöbbször igen fájdalmasak. A szövettani vizsgálatok kimutatták, hogy ezen csomók idegentestek által létrejövő granulomák; az idegentestek pedig a prothesisről levált törmelékek.

Schmidt Károly dr.

A leukocyták szerepe és jelentősége a sebészi megbetegedéseknél. *A. Sorkin,* Jekaterinoslaw. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 6. sz.)

Pathologiás esetekben a fehérvérsejtek vizsgálatánál három tényezőre kell ügyelnünk, neveztesen: 1. a leukocyták számára, 2. a leukocyták egyes alakjainak százalékos arányára és 3. az egyes neutrophil sejtek elváltozásaira. *Naegeli* szerint a leukocyták megszaporodnak, ha keletkezési helyük, a csontvelő izgalomban van, vagy súlyos infectiónál, ha a csontvelőben paralysis áll be. A neutrophil leukocyták száma erősen megszaporodik és fejlődési alakok jelennek meg infectiónál, ha pedig a bántalom igen súlyos, akkor a neutrophil leukocyták száma egész a normalisra esik le és igen sok fejlődési alak jelentkezik. Ezért szerző javasolja, hogy minden infectiós esetben vizsgáltassék meg a beteg fehérvérsejtje, mivel igen sokszor prognostikus jelentőségű lehet. *Schmidt Károly dr.*

A szabad hasüregbe perforált gyomor- és duodenalisfekélyek kezeléséről. *F. G. Meyer,* Berlin-Schöneberg. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 6. sz.)

A perforált gyomor- és duodenalis fekélyek ellátásának technikája függ a műtétre kerülő esetektől, a beteg erőbeli állapotától és leginkább a perforatio időtartamától. Ha a perforatio 12 órán túli, a beavatkozás infaust prognosist nyujt. Szerző eseteiben mindenkor a *Kausch* szerinti gastroentero anastomosist retrocolica post. végezte. A perforatiós nyílást pedig összevarrja és a hasüreg gondos kiöblítése után drain nélkül zárja a hasat. Resectiót eseteiben nem végzett; az első 12 órán belül végrehajtva, a műtét kedvező eredményt nyujthat. *Schmidt Károly dr.*

Katheterezzünk vagy intravenásan urotropint adjunk-e a műtét utáni vizeletvisszatartásnál? *G. Wolff v. d. Sahl*, Hannover. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 6. sz.)

Teljesen a kezelőorvostól függ, hogy a műtét utáni vizelet kiürítésének elakadásánál és retentiónál megkatheterezi-e a beteget, vagy intravenásan 40%-os urotropint injiciál-e. Mindkét eljárás kellő jártasság mellett veszélytelen. Szerző mindenkor prophylactice már a műtőasztalon ad intravenásan urotropint, mert megfigyelései szerint eseteiben mindenkor jól bevált, míg a már kifejlődött retentio esetén adott injectióknál nem látott mindig kedvező eredményt.

Schmidt Károly dr.

Védekezés az arteria poplitea lekötése után a combot fenyegető gangraena ellen a nervus sympathicus lumbo-sacralis határkötegének resectiója által. *Y. Osawa* és *G. Usami*, Osaka. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 6. sz.)

Szerző egy 55 éves férfibetegénél a térdhajlatban lévő aneurysma kiirtásakor az arteria popliteat lekötötte. Műtét után a végtag peripheriás része erősen cyanotikus, hideg és hypaesthesiás. Ezért másnap laparotomia kapcsán az art. és v. iliaca com. lekötése után a három alsó lumbal ganglion, három felső sacralis ganglion és határkötegeinek kiirtását végzi. Műtét után a cyanosis megszünik, a végtag melegebb az épnél és a peripheriás arteria lüktetése jól észlelhető.

Schmidt Károly dr.

A vasoorchidostomia kérdéséhez. *I. I. Stutzin*, Berlin. (Zentralblatt f. Chirurgie, 1916, 5. sz.)

A vasoorchidostomia célja a megakadályozott ondószálcsák levezetésének helyreállítása. A műtét végrehajtása igen nagy nehézségekbe ütközik, mivel a ductus deferens, mely igen kis lumennel bír, nehezen ágyazható be a here vagy mellékhere állományába úgy, hogy a sperma levezetése biztosíttassék. Mindenkor számolnunk kell a ductus lumenének a beágyazás helyén beálló szűkületével. *Levaditi*nek és *E. Martin*nak sikerült állatoknál ezen anastomosist sikeresen létrehozni, úgyhogy kimutatható volt a spermának mesterséges úton létrejövő levezettetése. Embereknél azonban az eredmények kétségesek, mivel a közölt esetek nem állják ki a tudományos kritikát. A beágyazás helyéről vagy a részlegesen resekált mellékhere, vagy a rete testis szolgál a mellékhere eltávolítása után direct a heréhez vagy a mellékheréhez adaptálva. *Francis E. Hagner* ilymódon végzett műtéteinél 38%-os eredményt ért el. Szerző a jelen műtéti beavatkozást, tekintve a kevésbbé biztos sikert, csak ultimum refugiumképen ajánlja végrehajtani, tekintve, hogy ártani nem, csak használni tudunk a betegnek. *Schmidt Károly dr.*

Az epehólyag kiirtása után létrejövő úgynevezett pseudorecidiva kérdéséről és a choledocho-duodenostomia indicatiójáról. *H. Rummel.* (Zbl. f. Chirurgie, 1926, 5. sz.)

Az epehólyag kiirtása után néha igen heves kólikaszerű fájdalmak lépnek fel. Ok gyanánt a szerzők egy része a gyomor megváltozott chemismusát, a spastikus colon contractiókat, mások az epehólyaggal szomszédos szervek — így a pankreas, a pylorus és appendix — megbetegedésére vezetik vissza. Biztosan észlelt esetekben a pseudorecidivát chronikus gyulladás, rossz műtéti technika mellett létrejövő stricturák okozzák a ductus hepaticus- és choledochusban. A legtöbb szerző azonban azon postoperativ adhaesiókat tartja a bántalom okának, amelyek az epeutak megtöretésére és elváltozására vezetnek, így főleg a duodenumheg fixatiója. Szerző egy esetét közli, ahol három hét óta fennálló beékelt choledochus-kő miatt műtétet végzett cholecystektomiával és choledochus draine-val. A beteg meggyógyult, de 12 héttel a műtét után ismét erős kólikaszerű fájdalmak léptek fel, úgyhogy a beteget újból meg kellett operálnia. Ekkor azonban kisfokú összenövéseken kívül a ductus hepaticust és choledochust hüvelykujjnyira tágultnak találta. Ekkor a ductus choledochus és a duodenum közt side-to-side anastomosist végezve, drain után a hasat zárta. A beteg meggyógyult és a kólikaszerű fájdalmak másfél év után sem jelentkeztek és a beteg most is panaszmentes. Szerző jelen esetben a kólikaszerű fájdalmakat az epeutakban fellépő epeáramláscsökkenésnek tulajdonítja, ami azáltal keletkezne, hogy a hosszas kőbeékelődés folytán a ductus choledochus és hepaticus falában lévő sphincter izom elernyed és nem tudván az epét továbbítani, a pangó epe nyomást gyakorol az epeutakra és ez hozza létre a kólikákat. Ezért szerző mindazon eseteiben, hol tágult epeutakkal bíró egyént operál, mindenkor prophylactice a choledocho-duodenostomiát végzi. Technikailag legegyszerűbbnek és legveszélytelenebbnek a lateralis choledocho-duodenostomiát tartja. Kellemetlenségeket, így recidivát és cholangitises lázt eseteiben nem észlelt. Ezen műtéti eljárás végrehajtását ajánlja mindenkor, ha tágultabb epeutakkal van dolgunk, de főleg akkor, ha relaparotomia alkalmával kifejezett dilatatiót találunk. *Schmidt Károly dr.*

Gégészet.

A choanalis polypusok egy eddig még nem közölt symptomájáról. *Menzel.* (Monatschr. f. Ohrenh. und Lar. Rhin. 1926; 1. füzet.)

Oly choanalis polyp, melynek nyúlványa elől az orrüregben van, a nyúlványnak beszédkor és nyeléskor történő mozgása révén, már rhinoskopia anteriorral is diagnostizálható. Ezen tünet az egyik orrfél teljes elzáródásakor is fennáll. A choanalis polyp az orrüregben látható részével (nyelével) teljes egészet képez. Ha ezen polypusnak a sinus maxillaris a kiindulási pontja, amint ez rendesen lenni szokott, úgy a nyele, aminek révén a sinus maxillaris nyálkahártyájával van összefüggésben, minden szó kiejtésekor, valamint nyelés alkalmával elernyed, majd újból megfeszül. A velum fölemelkedésével ugyanis a polyp teljes súlyával ezen nyugszik s a nyél, tehermentesítése folytán, elernyed; míg a velum süllyedésével a polyp is leszáll s így a nyelet megfeszíti.

Oly polypusoknál, melyek nem terjednek le a choanakig, szintén tapasztalható mozgás, ez azonban csak az orrhangok: „m" és „n" kiejtése alkalmával jön létre. Ez azzal magyarázható, hogy a choanák és az orrüreg között az összeköttetés az „m" és „n" betük kiejtése által jön létre s emellett a légáramlat az orron át kifelé vezettetik. Ily alkalmakkor az orrban székelő polypusok — ha könnyen mozgathatók — gyengén megrezdülnek, amely mozgásuk rhinoskopia anteriorral jól megfigyelhető. A nyeléskor ellenben mozgás nem jön létre. *Bajkay Tibor dr.*

A rostcsontok endonasalis kitakarításának plastikai methodusáról. *Schlesinger.* (Zeitschr. f. Laryng. Rhin. Otol. usw. XIV. köt., 1925.)

Az orr és melléküregeinek műtéti kezelésénél a teljes functióképesség helyreállítására kell törekednünk, amit a nyálkahártya lehető kímélésével érünk el. Kivételt képez ez alól, ha vitalis érdekről, tumorokról, tuberculosisról, scleromáról van szó. Az állcsonti üregen végzett manapság szokásos műtéti eljárások, mint a Denker-, Luc-Caldwell- és a Sturmann-féle, a fenti követelménynek megfelelnek. Máskép áll a helyzet az endonasalis rostacsontkitakarításnál. A technika szempontjából két dolog fontos, t. i. hogy a középső kagyló ép-e vagy sem. Műtéti eljárását az utóbbi esetre vonatkoztatja és a következőképen jár el: a rostasejtek alapos kitakarítása, különös tekintettel a hátsó és a frontalis sejtekre. Alapos revisiója a ductus nasofrontalisnak. A beteg kagylórészeket eltávolítja, a kagyló medialis falát, amennyire csak lehetséges, teljes egészében megtartja, úgyhogy egy vékony lemez marad vissza, amely a kagylónyálkahártyából, periostból és esetleg vékony csontlemezkékből áll. A lemez lateralis falát lehetőség szerint lesimítja, basisánál fracturálja és az így keletkezett lebenyt a kitakarított rostacsont sebfelületére fekteti. A rögzítés a kagyló és a septum közé tett tamponnal történik. Ügyelni kell, hogy a lebeny ne takarja el a ductus nasofrontalis nyílását. *Campián.*

Urologia.

A szervezet nedvkeringésének műtét utáni zavarai. *G. Albano.* (Journ. d'Urol. 1926., XXI. köt., 2. füz.)

A mutét utáni reconvalescentia időszakában gyakran tapasztalható, hogy a betegeknél első fentlételük után alsóvégtagoedemák jeletkeznek és a nappal kiválasztott vizeletmennyiség az éjszakához mérten megkisebbedett. Az eziránybam észlelt betegeinél a vérserum refractiójának pontos ellenőrzésével arra az eredményre jutott, hogy extrarenalis physiko-chemiai okoknál fogva a szövetek és a vér víztartalma a testhelyzet befolyására megváltozik és hogy a napközben a szövetekben túlsúlyra jutott szövetnedv az éjszaka folyamán a vérbe jut és az így keletkezet hydraemia kiegyenlíti az egyensúlyzavart. Gyógyszeres beavatkozásra, miután a megváltozott testhelyzet az elváltozást kellőkép megmagyarázza, szükség nincsen; nem lehet továbbá e tünetből prognostikus következtetést sem vonni.

Adler-Rácz dr.

A d'Hérelle-féle bakteriophag alkalmazása a húgyutak fertőzéseinél. *R. Dalsace.* (Journ. d'Urol. 1926., XXI. köt., 2. füz.)

D'Hérelle 1917-ben fedezte fel és nevezte el bakteriophagnak azt a filtrálható virust, mely a dysenteriabacillust „in vitro" feloldotta. Későbbi szerzők a colicsoportot és a különböző staphylococcus-törzseket oldó bakteriophagokat fedeztek fel és alkalmaztak therapiás célokra. Szerző *Haundroy*tól készített erős hatású anyaggal végzett therapiás kísérleteket. Elvként hangoztatja, hogy csak olyan bakteriophag lehet hatásos, mely a kórokozókat „in vitro" feloldja és hogy a gyógyhatás elérésére csak bizonyos számú adag alkalmas, mert túladagolásnál a szervezet antibakteriophagok termelésével a hatásnak határt szab. Ezért a boralatti befecskendéseket, melyek a leghatásosabbak, csak 3—4-szer szabad megismételni; viszont a „per os" és a hólyagba vitt anyag csak helybeli hatást fejtve ki, korlátlanul alkalmazható. 30 esetet közöl: 17 coli, 11 staphylococcus és 2 vegyes fertőzést. A staphylococcus fertőzéseknél eredményei jobbak voltak, mint a colinál, amit részint a bélműködés megváltozásával, részint a colicsírok nagy variabilitásával hoz összefüggésbe. Helyi és általános reactiók csak kis mértékben jelentkeztek, főleg erősebben leromlott betegeknél. A gyógymódot csupán ott ajánlja, ahol a fertőzés felületes és a vese mélyebb, kiválasztási rétegeibe még nem hatolt.

Adler-Rácz dr.

A prostatektomia suprapubica után fellépő heges húgycsőszűkületek. (Soc. Fr. d'Urol. 1925 dec. 21 és 1926 jan. 18.)

A felvetett kérdéshez hozzászólók *(Janet, Marion, Pasteau, Pillet, Papin, Iselin)* személyes tapasztalataikat a következőkben összegezik: A prostatektomia után az esetek kis részében bizonyos idő mulva a hólyagnyak magasságában heges szűkület keletkezik, melyet egyrészt benthagyott adenomagöbök későbbi megnövekedése, részint a prostata körülmetszése helyén keletkezett heg okoz, vagy az adenoma körüli gyulladásos prostata utólagos heges zsugorodása hoz létre. A betegek mindinkább nehezbedő vizelésről panaszkodnak, sőt a teljes vizeletrekedés is beállhat; ilyenkor vagy csak filiformis eszközzel lehet a hólyagba jutni, mert az eszköz a sphincter előtti tágulásban (loge prostatique) megakad, vagy a húgycsövet a hólyagtól hólyagnyálkahártyából képződött hártya zárja el. A teendő: diathermiával kombinált tágítás, illetőleg az apró adenomás göbök fulguratiója, vagy a nagyobb göbök műtéti eltávolítása. Az elzárást okozó nyálkahártyalemez esetén ennek fémszondával való átszakítása és utána rendszeres tágítás.

Adler-Rácz dr.

A pangás jelentősége idült vesegyulladásnál. *Porge.* (Presse Medicale 1926 ápr. 7.)

A csupán górcsővel megállapítható vérvizelés, mely minden egyéb a gyulladásra utaló jel nélkül áll fenn, észlelései szerint elég gyakori és felfogása szerint vesebeli pangás eredménye. Ennek feltalálása rendszeres megfigyelést igényel. Észlelt eseteinek egy részénél a kisfokú vérvizelés vesegyulladás maradványaként állott fenn. Némelyeknél a hosszú ideig tartó tünet végül is makroskópos vérvizeléshez vezetett, amikor azután az idült vesegyulladás egyéb jelei is mutatkoztak. Helytelenül jár el az, aki ezen fontos tünetet figyelembe nem véve, csupán a vizelet fehérjetartalmából akar a baj fennállására következtetni. A vesebeli pangás mellett ilyen esetekben bizonyos idült ártalom is szerepel, melynek következtében a vörösvértestek a vizeletben megjelenhetnek.

Adler-Rácz dr.

Vesegyulladások sebészi therapiájáról. *Damski.* (Journal d'Urologie 1926., 3. sz.)

A nephritisek sebészi kezelését illetőleg még eloszlók a vélemények. Az erre vonatkozó nézetek összefoglalása után saját 24 esetét közli. 40%-nál teljes gyógyulást, 30%-nál javulást és 30%-nál mortalitást mutat ki. Néhány előrehaladt genyes esettől eltekintve, kizárólag decapsulatiót végzett. Sebészi beavatkozás szempontjából négy csoportra osztja fel a vesegyulladásokat: 1. *Haematogen genyes nephritiseknél* az elváltozás foka határozza meg a beavatkozás minéműségét; miliaris, tok alatti tályogoknál decapsulatio, a medencéig terjedő nagyobb tályogoknál nehprotomia, a veseállomány nagyobb pusztulásánál nephrektomia. 2. *Nephritis dolorosanál*, melyeket gyakran kísér ú. n. essentialis haematuria, legjobb a decapsulatio, ha vesesüllyedés is jelen van, úgy nephropexiával kapcsolatban. 3. *Toxikus nephritisek és puerperalis eklampsia.* Főleg a sublimat vesék tartoznak ide. Utóbbiakból körülbelül 50 eset ismeretes, melyeknél decapsulatiót végeztek, de csak kettő gyógyult meg. Legtöbb esetnél a sebészi beavatkozás után javul ugyan a diuresis, amely azonban már nem menti meg a beteg életét. Eklampsiánál is végeztek decapsulatiót jó eredménnyel, főleg oly esetben, hol anuria vagy olyguria volt jelen, de szerzőnek nem volt alkalma ilyen esetet operálni. 4. *A Bright-kór különböző alakjainál* szintén a decapsulatio bír jelentőséggel. Természetesen, ez csak akkor jöhet szóba, ha az eset a belgyógyászati kezeléssel dacol. Szerző 10 esetben (2 glomerulonephritis, 2 nephrosis, 6 subacut nephritis) végezte a decapsulatiót, javulás volt észlelhető, de a betegség teljes meggyógyulása nem következett be. Chronikus esetekben, hol már zsugorodási folyamatok is jelen vannak, a decapsulatio nemcsak hogy nem használ, hanem ártalmas beavatkozás. — Általában mondhatjuk, hogy a decapsulatio, ha nem is okoz teljes gyógyulást — tekintve, hogy többnyire súlyos esetekben alkalmazzuk —, mégis hathatós segítség, mert legtöbb esetben a betegség javulását s a beteg életének meghosszabbítását idézi elő.

Minder dr.

Gyermekorvostan.

Gyermekkori struma további vizsgálatairól. 3. Gáz- és jódanyagcsere. *A. Eckstein* és *E. Monuner.* (Zeitschr. für Kinderheilk. 1925, 40. köt., 5. füz.)

Nagyszámú gyermeknél végzett gázanyagcserevizsgálatok alapján szerzők arra a tapasztalatra jutottak, hogy a pubertaskori struma nem jár hyperthyreosissal. Ennek dacára a systematikus prophylaxis az iskolás korban teljesen indokolt; részben azért, hogy elejét vegyük a műtéti beavatkozás szükségességének, részben, hogy — főleg endemiás vidéken — a felnőttkori struma kifejlődését megakadályozzuk. A jód adagolása, teljesen függetlenül a dosis nagyságától, a gázanyagcserére semmiféle befolyást nem gyakorol. Gyermekeknél a jódnak vizelettel való kiürítése igen gyorsan, az első 24—48 órában megtörténik; számbavehető jódretentio nagyobb strumánál sem volt észlelhető. A vizsgálatok megerősítik, hogy a jódadagolás kedvező gyógyító hatása annak csak katalysatori szerepén alapszik.

4. Jódresorptio a pajzsmirigyben. *A. Eckstein* és *M. Nuelle.* (Zeitschr. für. Kinderheilk. 40. köt., 2. füz.)

Állatokkal végzett kísérletek kimutatták, hogy

nagy mennyiségben adagolt jódnak csak elenyésző része raktározódott fel a pajzsmirigyben. A jódtartalom független a mirigy nagyságától és külső alakjától s az egyes lebenyben különböző lehet. A vizsgálatok megerősítik a jód katalysatori szerepét.

Malatinszky Vilma dr.

Csecsemők sárgásfakó bőrszíne pyuriánál. *W. Lasch, M. Fischer* és *L. Silber.* (Monatschr. für Kinderheilk. 31. köt., 2. füz.)

Szerzők a csecsemők legkülönbözőbb fertőző megbetegedésénél vérvizsgálatokat végeztek és úgy találták, hogy a pyuriaesetek 33%-ában a vér bilirubintartalma megnövekedett. A magasabb epefestenytartalom mellett e gyermekek mind azzal a sajátságos sárgásfakó bőrszínnel bírtak, mely már régen fölhívta az orvosok figyelmét.

Jóllehet, általában a vér bilirubintartalma nincs egyenes arányban a megbetegedés súlyosságával, mégis az esetek nagy számában a normalis epefestenytartalom a könnyebb esetek, a megnövekedett, az infaust esetek kísérője volt. Utóbbiak boncolási leletében többízben multiplex vesetályog szerepel.

A hyperbilirubinaemiának előidéző oka egyelőre homályos, de az már most megállapítható, hogy sem a teljes epepangás egymagában, sem a májparenchyma kiterjedtebb kóros elváltozása nem okozhatja. Nagyon valószínű, hogy egyes májsejtek nekrosisa segíti elő az epecapillarisok megnyílását és az epefesték felszívódását.

Malatinszky Vilma dr.

Egészséges és táplálkozási zavarban szenvedő gyermekek vizeletének periodikus fermentativ energiaingadozása és ezek viszonya az emésztési phasisokhoz. *Tur A. F.* (Zeitschr. für Kinderheilk. 11. köt., 4. füz.)

A szentpétervári katonaorvosi akadémián végzett vizsgálataiból közöl 17 esetet, egészséges, hypotoniás és athreptikus gyermekekről. Azt találta, hogy amylase és propepsin a legkisebb szopós csecsemők vizeletében is előfordul. Az első életévben a fermentativ energia gyengébb, mint idősebb korban, körülbelül a 10—12. évben éri el a felnőtteknél találhatót. A vizeletfermentumok a vér fermentjeivel megegyezők. Nem ért egyet más szerzőkkel abban, hogy az újszülöttek fermentativ energiája egyenlő a felnőttekével. A vizsgálatokat mindig friss vizelettel kell végezni, mert a bakterium flora erősen megváltoztathatja a képet. Amylase- és pepsintartalomban a koraszülött gyermek szervezete közel áll az athreptikus csecsemő functionalisan gyenge szervezetéhez. Lehetségesnek tartja, hogy a vizelet fermentativ energiájának tanulmányozása a pankreas functionalis diagnostikájának megismerésére vezethet.

Henszelmann dr.

Az álom szerepe enuresis nocturnánál. *Weissenberg S. dr.* (Jahrb. für Kinderheilk. 61. köt., 5. füz.)

A gyermek elég korán megtanulja megfelelő neveléssel a hólyagizomzat akaratlagos beidegzését. A háború alatt és után nagyon gyakorivá lett az enuresis, e jelenséget szerző több momentumra vezeti vissza. Ilyenek: hiányos, főleg folyékony táplálkozás, hideg, álomképek. Az enuresis ugyanazon gyermeknél is nyáron ritkább. Az általa vizsgált gyermekek legtöbbjénél a kiváltó ok psyhés trauma volt. Nagyon sok esetben oly álmok előzték meg az enuresist, melyek hatása alatt a gyermek azt hitte, hogy megfelelő helyen vizel. Minden esetben túlérzékeny hólyag s az agykéreg feltűnő álomkészsége szerepel s ezeknél csekély hólyagtelődés is reactiót vált ki. Minden esetben jó hatást vár calcium camphor és morphin készítményektől. *Henszelmann dr.*

Adatok a pyuria ismeretéhez. *Conti* Archiv für Kinderheilk. 76. köt., 2. füz.)

A szerző vizsgálatai erős támpontot szolgáltatnak arra nézve, hogy a pyuria keletkezésében az elsődleges szerepet a szervezetnek elégtelen táplálkozás folytán beálló resistentiacsökkenése okozza mindenféle fertőzéssel szemben. A resistentiacsökkenés következménye a húgyuti fertőzés lehetősége, amit elősegít a húgyutak hiányos átöblítése.

Helyesen táplált csecsemők általában ritkán betegszenek meg pyuriában. Okszerű kezelésként ajánlja a szerző qualitative és quantitative megfelelő táplálás mellett a szükséges kiegészítő tápanyag nyujtását.

Mihalovics dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Lehrbuch der physiologischen Chemie. *Olaf Hammarsten.* 11. kiadás, 1926, 777 oldal. Ára füzve 29 márka 40 pfennig, kötve 32 márka 40 pfennig. J. F. Bergmann.

Mi sem bizonyítja jobban e kitünő tankönyv nagy keletjét, minthogy hatéves szünet után, melyet a világháború és az azt követő zavaros idők okoztak, hat év leforgása alatt immár harmadszor jelenik meg újabb, ezuttal 11. kiadásban. A biochemia természetében rejlik, hogy ismereteink ezen a téren nem egyformán fejlődnek. Hol az egyik kérdést viszi rohamosan előre számos szerzőnek éveken és évtizedeken át tartó szívós munkája, miközben más kérdésekkel szemben pang az érdeklődés; hol pedig az előbbi jut bizonyos nyugvópontra és a másik kerül előtérbe. Igen tanulságosan derülnek ki a mondottak, ha *Hammarsten* művének egymást követő kiadásait lapozgatjuk. Azonban az utóbbi évek lázas és évről-évre fokozódó munkája e tekintetben is változást hozott. Alig van a biochemiának egy fejezete is, mely mélyreható változást ne szenvedett volna aránylag rövid idő alatt. A tankönyv utolsó kiadásait már egy közel négy nyomtatott ív terjedelmű physikai-chemiai rész vezeti be, jeléül annak, hogy számos életfolyamatot nem elégséges a régebbi, tisztán vegyészi szemmel nézni, hanem azoknak mélyebb értelmezését csakis modern physikai-chemiai alapon kaphatjuk meg. E bevezető rész *Hedin*nek kitűnő tollából származik. Az anyag beosztása és tárgyalásának sorrendje egyébként ugyanaz, mint az előző kiadásokban. A legfontosabb táplálóanyagok, a fehérjék, szénhydratok és zsírok (zsírneműek) tárgyalását követi a véré, a nyiroké, a májé és az emésztési folyamatoké. Majd következik az izmok, az agy- és idegszövet, az ivarmirigyek, a tej, a vizelet, a bőr és a bőrváladékok chemiája. Utolsónak maradt az oxydatiók és az anyagcsere tana. Különösen e két utolsó fejezet anyaga az, mely az utolsó tíz év kutatásai alapján gyökeresen megváltozott formában kerül az olvasó elé; érthető módon, mert éppen ezen két kérdésben folyik most a legtüzetesebb munka. Mivel ilyen még sub judice lévő kérdésekben egymással gyakran ellentétes nézetek merülnek fel, különösen gondos tanulmányozás és éles kritika kell ahhoz, hogy e kérdésekről összefoglaló, de amellett kimerítő ismertetés jöjjön létre. Ez *Hammerstenn*ek éppen olyan mesteri módon sikerült, mint a többi fejezetekben, úgyhogy a kezdő is, a haladottabb is világos képet kap minden fontos kérdésben e már évtizedek óta bevált tankönyv olvasásából.

Prof. Hári.

Methoden zur Untersuchung d. Überlebenden Nervensistems. *H. Winterstein.* **Die Methoden zur Funktinsprüfung von Muskeln und Nerven beim Menschen mittels des galvanischen und faradischen Stromes.** *G. Grund.* Handbuch d. biologischen Arbeitsmethoden. Lfg. 188. Urban Schwarzenberg.

Winterstein monographiája egyike a legalaposabban és legszebben megírt munkája az Abderhalden-féle gyüjteménynek, amelyben nemcsak a különböző technikák száraz felsorolását adja, hanem az összes módszerek leírása előtt azok történelmi fejlődését és kialakulását is. A munka a hidegvérű, túlélő állatok átáramoltatásának methodikájával kezdődik, amelyeknél igen szép eredményeket észlelt, különösen oly esetekben, midőn az átáramoltatáshoz nem physiologiásan egyensúlyozott oldatokat használt, hanem az állatot tiszta oxygengázzal táplálta. Ennek okát abban látja, hogy ilyenkor a folyadékok oedemát okozó káros hatása elmarad. Melegvérű és újszülött állatok átáramoltatásánál fontos tényként szerepel azoknak szoba-, illetőleg alacsonyabb hőmérsékre való lehűtése, kivéve a téli álmukat alvó állatoknál, mivel ezek hőmérséklete már physiologiásan is alacsony. Az átáramoltatásnál nem fontos, hogy a folyadék rhytmikusan lökődjék a szervezetbe, mert stationaer átáramoltatás teljesen megfelel, sőt sok esetben jobb is. Túlélő, isolált központi idegrendszerrel való vizsgálatokhoz legalkalmasabbak a békák, melyeknek gerincvelejét nagyon szépen és aránylag kevés fáradtsággal lehet kipraeparálni, összefüg-

gésben hagyva azt a két nervus ischyadicus közvetítésével a hátsó végtagokkal, melyek így az épen maradt gerincvelő indexeként szerepelnek. Az ily módon előkészített békagerinc 11 C°-on tartva, 2—3 napig is ingerlékeny marad. Melegvérű állatoknál ily kielégítő eredményeket nem tapasztalt, kivéve a téli álmukra készülő sündisznóknál.

Ismerteti továbbá a túlélő szervek átáramoltatásához használt összes physologiás oldatok specialis előnyeit és hangsúlyozza, hogy azok egyáltalán nem szolgálnak a szervek táplálására, hanem csak a szervezet ion-egyensúlyának fenntartását célozzák. Természetesen, vannak itt is kivételek, amikor pl. cukrot adunk az oldathoz. A különböző oldatok közül érdemes *Baylissét* megemlíteni, aki az osmosisos kolloid nyomás megőrzésére gummiarabicumot kever a folyadékhoz. Tapasztalták pl. azt is, hogy ha az oldatokhoz lipoidokban könnyen oldódó anyagokat kevernek, mint pl. glycerint, alkoholokat, de különösen aethylurethánt, úgy a túlélő szervek sokkal tovább megtartják ingerlékenységüket. Ha vért használunk a szervek átáramoltatásához, fontos, hogy a máj ép legyen és beleessék a circulatióba, mert úgy látszik, hogy az átáramló vérben olyan anyagok keletkeznek, melyek a túlélő szervre károsan hatnak és amelyeket éppen a máj méregtelenít.

G. Grund munkája az általánosan használt klinikai elektromos mérőeszközöket és azoknak használatát ismerteti, kiemelvén azt, hogy azok a régi eszközök, amelyekkel a kutatók felfedezéseiket tették, sokkal pontosabbak voltak, mint a mai tömegesen előállított és különböző nevek alatt forgalomba hozott apparátusok. A mű második részében a klinikai izom- és idegingerlésnek methodikáját tárgyalja, részletesen ismertetve a motorikus pontokat. A rángási törvények és azok diagnostikai értékelését, továbbá az érzőidegek elektromos vizsgálatát a könyvben szintén megtaláljuk.

Annau Ernő.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület május 29-i ülése.

Bemutatás:

1. **Nyomárkay József:** *Extrauterin és intrauterin terhesség egyidőben összetalálkozásának három esetét ismerteti.* Első esetben 32 éves asszonyt typusos extrauterin tünetekkel szállítanak a kórházba, laparotomiánál tubaris abortust találnak. Síma gyógyulás. Négy hét mulva újra felvételre jelentkezik, amikor háromhónapos élő petét abortál. A betegnél tehát egy kéthónapos extrauterin és egy kéthónapos intrauterin terhesség állott fenn egyidőben. Ugyanezt észlelték egy második alkalommal is, mikor a 35 éves nő tubaris abortus miatt kerül műtétre. Síma gyógyulás után távozik, majd három hét mulva háromhónapos incoplét abortussal kerül ismét az osztályra. Itt is kéthónapos extrauterin és egy kéthónapos intrauterin graviditás állott fenn egyidőben. Egyik laparotomiánál sem tudták felismerni az intrauterin terhességet, mert hiszen a méh nagysága éppen olyan lúdtojásnyi a kéthónapos extrauterin, mint a kéthónapos intrauterin graviditásnál s így mindkét esetben csak az intrauterin terhesség megszakadásakor ismerték fel azt. Harmadik esetben 38 éves asszony két rendes partus, egy abortus U. M. három hó előtt, azóta kétízben kevés vérzés. Két hónap előtt hirtelen rosszul lett, elájult, azóta állandóan nyomásszerűen fáj a hasa. Két hét óta székelési és vizelési nehézségek. Laparotomiánál nagyökölnyi terhes retroflectált uterus s annak mellső falán a belső méhszáj tájékán szélesen ülő intraligamentás fibomyomát találtak a kismedencébe szorulva. Ezenkívül balra egy kisökölnyi tuba daganatot is. Az appendix a méh falához szívósan le volt nőve. A kismedencébe szorult terhes retroflextált méhet kiemelvén, róla az appendixet leválasztják és a méh falában mélyen ülő myomát kihámozzák, majd az erős roncsolások miatt a baloldali tuba tumorral és a többi függelékeivel együtt exstirpálják. Végül az appendixet eltávolítják. Az exstirpált méhben egy ökölnyi még élő, ép petét, 14 cm hosszú magzatot, a baloldali tubadaganatban pedig egy rozsdabarna színű véralvadékba ágyazott tyúktojásnyi és látszólag régebben elhalt másik petét, 4 cm hosszú macerált magzatot találtak. Mindkét ovariumban egy-egy corpus luthevm ült. Síma gyógyulás. A három asszonynál az extrauterin és intrauterin terhességet egymás mellett észlelték. A méhenkívüli terhességnek ilyen combinatióját, az extrauterin terhességet évről-évre erősen növekedő nagy száma mellett is igen gyéren látják. A Szent Rókus-kórház szülő- és nőbeteg-osztályán körülbelül 6½ év alatt 155 extrauterin gravid operáltjuk között ezt csak a három ismertett esetben találták. A harmadik eset még ezenkívül azért is ritkaságszámba megy, mert benne súlyos kóros alakulások egész csoportja fordult elő. Egy hasmetszés alkalmával négy életveszélyes operativ bajt találtak: 1. méhenkívüli terhességet, 2. a retroflectált terhes méh incarceratióját, 3. a terhes méh cervicalis myomájának intraligamentás elhelyeződését, 4. az appendixnek a terhes méh falához tapadását. Mind a 4 súlyos bajtól egy műtét szabadította meg a beteget.

2. **Torday Árpád:** *Vércukormeghatározások tüdőgümőkórban.* Tüdőgümőkórban szenvedő betegek legnagyobb részénél (70%), tekintet nélkül a folyamat kiterjedésére, aktivitására, produduktiv vagy exsudativ voltára, az értékek a normalis határok között ingadoznak; a többi részben (80 eset közül 24-szer) hyperglykaemiás értékeket kapott. Ezek főleg a III. és II. csoportba sorolható lázas betegek voltak, azonban teljesen láztalanoknál is talált ilyen eltolódást. Dextroséval történt megterhelésre az emelkedés maximuma 30 perc mulva bekövetkezett; ugyanezen adagot adva testi munka végzése után a görbe nem emelkedett oly magasra és néhányszor a reactio maximuma valamivel később jelentkezett.

Előadás:

1. **Friedrich László:** *Fractionált gyomornedv vizsgálatok ulcusoknál.* 200 esetről számol be, melyek közül 146 volt duodenalis s 32 gyomorfekélyes. Secretiós ingerül 300 cm³ 5%-os alkoholos oldatot használt. Technikája az, hogy a duodenalis sondát a gyomorba vezetett két éhomi portio kiszívása után fecskendezi be az oldatot. Az alkohol kiürülése után is (phenolphtaleinnel megállapítva) folytatia a vizsgálatot, úgyhogy ez 2½—3 óráig tart. A felfogott váladékokban meghatározta az aciditast, pepsint, az összchlort, neutralchlort, és a regurgitatiót. A kapott értékeket coordinata rendszer segélyével görbéken tünteti fel. (Számos görbét demonstrál.) Az így nyert savgörbék különböző typusokat mutatnak. Ötféle görbe-typust különböztet meg, amelyek mindegyike előfordul fekélyeseknél. Így fekélyre absolut jeljemző görbetypust nem ismer el. A fekély localisatiója igen fontosnak bizonyult a secretio lefutására. Duodenalis ulcusnál az esetek nagy részében magasra emelkedő s így maradó s folyton emelkedő, vagy ú. n. mászótypust kapott. Ezzel szemben a kisgörbületi fekélynél sokszor alacsonyabb lefutású volt a görbe. A praepylorikus ulcusok nem viselkednek egyöntetűen. Kettős ulcusok hasonlóan viselkednek. Fekélyeseknél általában a bevitt alkohol gyorsan ürül ki. Kisgörbületi fekélyeknél talán az esetek egy részében még gyorsultabb a kiürülés. A savértékek duodenalis ulcusnál rendszerint nagyobb magasságot érnek el. A savértékek kulminatiós pontja ezeknél későn következik be. vagy az alkohol kiürülésének időpontjában, vagy mikor az már rég kiürült. Az éhomi secretio nagy fontosságú a vizsgálat egész későbbi tartamára. A secretio intenzitását a legmagasabb érték és az éhomi secretio közti különbség értéke adja meg. Duodenalis ulcusoknál a gyomor állandó izgalmi stadiumban van, ezt bizonyítja egyrészt az, hogy tisztán éhomra vizsgálva gyomortartalmat fractionáltan a sonda ingerére, egy idő mulva kifejezett emelkedést kapunk a savértékekben, másrészt secretiós inger (az alkohol) beadása utáni késő secretio úgy mennyiségi, mint minőségi szempontból. Regurgitatio duodenalis ulcusnál az esetek felében nem volt észlelhető. A pepsinértékek egyenletes, rendesen lépcsőzetes emelkedést mutatnak. sokszor a vizsgálat végén ismét elérve eredeti értéküket. A pepsin elválasztás a savelválasztással nem halad párhuzamosan, nagy magasságot sohasem ért el. Az összchlor ulcusoknál nem kifejezetten magas, legföljebb a vizsgálat késő szakában, mikor már tiszta gyomornedvvel van dolgunk. A chlor lefutása és kiválasztása a savértékektől függetlenül történik. A neutralis chlor magassága s ennek az összchlorhoz való viszonyából minden valószínűség szerint következtetni lehet a regurgitatióra és ebből indirecte a pylorus állapotára. A próbareggeli értéke és az aciditási görbék között nem áll fenn párhuzam. A betegek pana-

szai, a gyomorfájdalom milyensége és a savgörbe lefutása és typusa között kölcsönösség nem áll fenn: alacsony lefutás és alacsony sorérték mellett is fennállhatnak hyperacidpanaszok. Therapiás eredmények megítélésére a fractionált vizsgálat nem alkalmas. A panaszos és panaszmentes szakban az aciditás legtöbbször azonos és így a gyomorpanaszok és az aciditás között összefüggés nem volt található.

Vándorfy József: A fractionált methodussal nyert aciditási görbék alakjánál az ő vizsgálatai szerint is csekély ulcusosoknál a differentialdiagnostikai jelentősége, mivel az itt található egyes typusok más alapon létre nem jött hypersecretiónál is előfordulnak. Jellemzőnek mondható azonban az ulcusos gyomor különböző intenzitású digestio-ingerekkel szemben való viselkedése. Míg ugyanis ulcus nélkül fennálló hypersecretiónál minél nagyobb digestio-ingert alkalmazunk, annál nagyobb lesz a kiváltott secretorikus reactio. Ezzel szemben ulcusnál a legtöbb esetben már aránylag igen kis digestio-inger is maximalis reactiót vált ki, ha az ingert fokozzuk, a reactio nem fokozódik, sőt csökken. Ez kétségkívül az ulcusos gyomor igen nagyfokú ingerlékenységére vezethető vissza. Emellett szól az a körülmény is, hogy a digestio-inger hatására ulcusoknál a reactio igen gyorsan és intesiven megindul, úgyhogy aránylag rövid idő alatt, 5—10 percen belül már a gyomortermékben magas savértékek találhatók.

2. **Tóvölgyi Elemér:** *Gégetuberculosis és immunbiologia.* (Második előadás.) Az első előadásban említett vizsgálatok és tapasztalatokon kívül a köhögésnek fontos védekező szerepét a gégetuberculosissal szemben, megerősíti előadó ama észlelete is, miszerint a különböző foglalkozások tekintetében a sűrű lisztporban dolgozó molnárok és malommunkások tüdőbaj esetén igen gyakran kapnak gégetuberculosist (előadó 17 esete közül 9-ben), miután a lisztpor a gégében a nyálkával keveredve csirizt képez, mi a köpetet megköti, úgyhogy az igen erős köhögés sem képes a gégéből a váladékot eltávolítani. Hasonló okból az idült száraz gégehurutok is erős praedispositiót képeznek tuberculosis esetén (4622 tuberculosisban szenvedő közül 181 esetben volt jelen száraz gégehurut és ezek közül 82 esetben kezdődő vagy kifejezett gégetuberculosis volt jelen). A símaságát vesztett száraz nyálkahártyán a köpet erősen tapad, és az itt található hámfoszlások, berepedéseken át a bacillus könnyen bevándorolhat a szövetekbe. Az idült hurutok egyéb faja nem disponál sokkal gyakrabban a gégetuberculosisra, mint a teljesen intact gége. Két hónapi mulva újból vizsgált 82 gégehurutból 17, 117 intact gégéből 10 vált tuberculotikussá. A szervezetnek a bacillus támadásával szemben gyenge vagy erősebb védelme játsza itt a főszerepet. Az intact gégékben, ha a szervezet védelme alászállott, pár hét alatt súlyos perichondritis fejlődhetik ki, minél jobban a negativ anergia felé hajlik a szervezet, annál hamarabb. Előadó szerint ez okból, ha a negativ anergiásoknál a bár intact gégét nem kezeljük (instillatiók), úgy műhibát követünk el, miután a gégetuberculosis a prognosist igen megrontja, azaz helyesebben, fordítva a gégetuberculosis azért lép fel, mert a prognosis rossz. Az exitusnak túlnyomóan a tüdőbaj az oka és nem a gégetuberculosis. Eltekintve a gégestenosisoktól, 110 exitus közül mindössze kétszer volt a gége közvetlen oka az exitusnak. Ha a tüdők a specifikus kezelésre javulnak, úgy a localis kezelésre a gége is javul, ellenkező esetben a gége néha szintén meggyógyítható a localis kezelésre, de csak időlegesen, miután a tüdők folytonos romlása esetén a recidiva, ha még idő van reá, be fog állani. 244 laryngo-pulmonalis tuberculosis közül, könnyebb proliferativ tüdőállapot mellett, kétszerannyi gyógyulást ért el előadó, mint rosszabb tüdőállapot esetén. Az élet vége felé a Rankeféle harmadik statiumban — az anaphylaxia megszűntével — a gége minden esetben megbetegszik, ha arra a folyamat rapiditása időt enged. Előadó 110 boncolatnál csak 15 esetben talált intact gégét, 5-nél enteritis tuberculosat, 5-nél exsudatum, 1-nél nephritis, 1-nél vitium, 1-nél pyopneumothorax volt a complicatio, 2-nél pedig a miliaris tuberculosis végezett rapide a beteggel. Habár előbb is kifejlődhetik az igen gyenge köhögési reflex esetén — az élet vége felé ugyanezen okból és a szövetek védekezésének megszűntével gyakori a subglottikus és trachealis gégetuberculosis. A gégetuberculosis mikénti viselkedése igen értékes felvilágosítással szolgál az egész szervezet allergiás állapotának megítélésénél, miután az itteni elváltozásokat szemmel tudjuk kísérni. Előadó ama kétséges esetekben, hol a laryngo-pulmonalis tuberculosisnál a prognostikus célból végezett oltások nem nyujtanak tiszta képet, a probatorikus galvanocaustikát alkalmazza és az erre bekövetkező gégeszöveti reactióból igen értékes felvilágosítást nyer az egész szervezet védelmének mikénti állására. A gégestenosistól eltekintve, csupán két esetben nincs szükség a probatorikus galvanocaustikára. A lágy szájpad tuberculotikus anaemiája és az álhangszálagok ulceratiója esetén, mindkét elváltozásból biztosan következtethetünk negativ anergiára. A gégetuberculosis csak akkor kezelendő radicalisan, ha a szervezet allergiás, egyébként csak tüneti kezelésre vagyunk kényszerítve. A gégevizsgálat minden esetben a rendelkezésünkre álló összes vizsgálati módszerekkel megejtendő, miután a gége rejtett helyein (morgagni tasak, subglottikus tájék, interarytenoid részlet, a gégefedő petiolusán) már mélyebben ható elváltozások lehetnek jelen, mikor a tükrözés még intactnak mutatja a gége képét, avagy csak igen kis fokú elváltozás látható. A boncolatoknál előadó 6 esetben az előzetes tükrözésnél intactnak mutatkozó gégekép mellett, súlyos elváltozásokat talált a hypoglottikus részen és a tracheában. 17 könnyűnek látszó gégetuberculosis esetében hasonló súlyos elváltozásokat talált a rejtett helyeken. A therapiát illetőleg előadó a galvanocaustica barátja, a curette alkalmazása esetén is, a képződött sebzés a galvanocauterrel beégetendő, mert nyitott kaput hagyni a szövetekben, hol a bacillus könnyen bevándorolhat a mélybe, nem szabad. A fénykezelésnél a jelen viszonyok között előadó szívesebben alkalmazza az egész testre kiható fényfürdőt, mint a direkt sugarazásokat, amely utóbbiak igen kimerítik az amúgy is gyenge ellenállással bíró beteget.

Előadó hangsúlyozza, hogy kerekded egészet az idő rövidsége miatt előadásában nem nyujthatott és végezetül még vetített képekkel illusztrálja az előadásban mondottakat.

VEGYES HÍREK

Előfizetésük megújítására és hátralékuk kiegyenlítésére kérjük előfizetőink közül azokat, kiknek előfizetése lejárt. Előfizetési díj: egész évre 250.000, félévre 125.000, negyedévre 65.000 korona. Kérjük nagyon a sürgős elintézést, mert a késedelemből a lapnak kára van.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1926 június 5-én tartandó tudományos ülésének programmja. Bemutatás: *Tóvölgyi Elemér:* Gégetuberculosis és immunbiologia című előadásához tartozó vetített képek bemutatása. Előadás: 1. *Pándy Kálmán:* A syphilis socialis gyógyításáról. 2. *Steiner Béla:* A scarlatinás nephritis kóroktanáról.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat június 11-én tartja újjáalakuló közgyűlését. Mai számunkhoz tagbelépési felhívást mellékelünk; kérjük olvasóinkat, hogy akik a társulatba belépni szándékoznak, jelentsék be mielőbb szándékukat az Orvosi Hetilap kiadóhivatalában a válaszlevelezőlap felhasználásával, nehogy annak elkallódásával jószándékukról megfeledkezzenek. Az igazgató-tanács 20 pengő évi tagdíjat fog a közgyűlésnek javasolni, amit annak idején az Orvosi Hetilap előfizetésével együtt is be lehet fizetni csekklapon, vagy a kiadóhivatalban.

A Magyar Fogorvosok (Stomatologusok) Egyesülete f. évi június hó 5-én délelőtt 11 órakor az *Orvosegyesület* Semmelweis-termében tartja országos kongresszusát, amelyen az Egyesület vezetősége, a közegészségügy korszerű fejlesztését tartva szem előtt, óhajtaná megszólaltatni a közvéleményt a következő indítványokra nézve: 1. a fogászat (stomatologia) egyetemi tanításának, hallgatásának és az abból való szigorlatnak kötelezővé tétele az orvosi tanítási programmjában; 2. *a)* a fogorvos-szakorvosi címre jogosító szakkiképzés idejének meghosszabbítása egy évről két évre; *b)* ezzel kapcsolatosan szakvizsga a kétéves szakképzés befejeztével. A kongresszus referátumai: 1. „A fogászat történetének és jelenlegi állapotának ismer-

tetése.“ *Előadó: Sturm József, a M. F. E. elnöke.* 2. „A szaktanításról az egyetemi általános orvosképzés keretén belül és a specialistaképzésről.“ *Előadó: Salamon Henrik, egyet. m. tanár.* 3. „A kérdés szociális vonatkozásairól.“ *Előadó: Csilléry András, ny. miniszter, nemzetgyűlési képviselő.* A referátumokat vita követi; az egyes hozzászólások 10 percnél hosszabb időt nem vehetnek igénybe.

Dékánválasztás. A budapesti orvosi kar folyó évi június hó 1-én tartott választóülésén jövőévi dékánná *Tellyesniczky Kálmán*, jegyzővé *Farkas Géza* professzorokat választotta meg. Rector electorok lettek: *Tellyesniczky Kálmán, Krepuska Géza*, báró *Kétly László* és *Lénárt Zoltán* tanárok.

A nagy angol sztrájk szeszmentes volt. Az angol munkásvezérek gondolkodásmódjára és az angol szakszervezeti tanács komolyságára jellemző, hogy a legutóbbi általános sztrájk tartamára alkoholtilalmat rendeltek el, amelyet a sztrájkolók, hivatalos megállapítás szerint, igen kevés kivétellel meg is tartottak. Bizonyára nagy része van ennek abban, hogy a sztrájk minden nagyobb bántó incidens nélkül mult el. Az angol egészségügyi kormányzat elismerését nyilvánította ezért a szakszervezeti tanácsnak.

A berlini „Robert Koch“ intézet október 1-től december végéig a mikrobiologia tárgykörből, különös tekintettel a bakteriologiára, protozoologiára, láthatatlan virusokra, serologiára, immunitástanra, chemotherapiára, biologiai chemiára és mikrophotographiára, kurzust rendez. Az előadások gyakorlatokkal lesznek egybekötve, melyeknek előadói *Boecker, Gins, Kleine, Koch, Bruno Lange, Lockemann, Otto, Schiemann, C. Schilling, Zettnov* professzorok. Jelentkezési határidő: szeptember 15. Bővebb felvilágosítással szivesen szolgál: Die Geschäftsstelle des Instituts „Robert Koch“, Berlin N. 39, Föhrerstrasse 2.

Az alkoholellenes mozgalom Svájcban. Mióta a svájci szövetségtanács a pálinkafőzést és behozatalt állami monopoliummá tette, a szeszfogyasztás nem volt túlmagasnak mondható egészen a legutóbbi időkig, jóllehet a törvény egyeseknek megengedi, hogy gyümölcsből saját használatukra pálinkát főzhessenek. A háború után a „kisüst“ annyira elterjedt, hogy a kicsiben előállított pálinka ma olcsóbb, mint az állami monopolium által forgalomba hozott szesz, vagy akár a mezőgazdaság főproduktuma: a tej. A szeszivás természetesen nagy mértékben emelkedett, úgyhogy már 1923-ban megpróbálták törvényhozási úton rendezni a kérdést — alkoholellenes szellemben, ez azonban nem sikerült. A fokozódó alkoholizmus mindjobban érezhető szociál-egészségügyi és gazdasági ártalmai arra indítják most az egyes kantonokat, hogy az alkoholtörvény újabb tárgyalására tegyenek javaslatot.

A német orvosok napja. A németországi orvosok ez évi június 26-án Eisenachban tartják hagyományos nagygyűlésüket, amely a német orvosi rend seregszemléje lesz. Az idei „orvosi nap“ programmjának főpontja az orvosi rendtartás reformja lesz. A referens *Stauder* professzor javaslata az, hogy az egész német birodalom orvosait egy nagy szövetségbe, központi kamarába tömörítse, amely, mint az orvosok hivatalos érdekképviselete, tárgyalhasson a hatóságokkal minden, az orvosi társadalmat és a közegészségügyet érintő kérdésben. A javaslat fölött előreláthatólag heves vita lesz, mert az egyes birodalmi államok szaktestületeinek egyesülését gátló tényezők (politikai okok, az orvosi kamarák önállósága, stb.) ma is éppúgy fennállanak és éreztetik hatásukat, mint a multban.

Az orvostudomány önzetlen támogatása. Az orvostudományi kutatás támogatására 1·2 millió aranykoronát kitevő összeget ajánlott fel a minap egy ismeretlen adakozó a London Hospitalnak. Az összegből — az adományozó kívánsága szerint — részint olyan fiatal orvosok részesülnek tekintélyes, évi 2400 aranykoronát kitevő támogatásban, akik valamely orvostudományi ágazatban a kutatómunkára különösen alkalmasaknak látszanak, részint pedig olyan tudósok javadalmaztatnak, akik egy bizonyos tudományos feladatnak szentelik egész munkásságukat. Ez utóbbiak évi 10.000 aranykoronát kapnak, ennek fejében minden kenyérkereső munka alól felmentést nyernek.

Groó Béla dr. főorvos rendelését Iglófüred gyógyfürdőben ismét megkezdette.

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

Székesfővárosi SZÉCHENYI-GYÓGYFÜRDŐ Városliget.
970 méter mélységből előtörő 74 C° kénes rádióaktiv forrás. Medence- és különfürdők, iszapgöngyölések, szénsavasfürdők. Elektroterápia. Diathermia. Hőlégkezelések. Zander. Javallatok: Idősült csúz, izületi izzadmányok, köszvény, elhízás, idegzsábák, különösen ischiás. Szivbántalmi betegségek. Ivókúra.

BAD TATZMANNSDORF TARCSA FÜRDŐ
Glaubersós és szén-savas vasasforrások. A legújabb gyógymódszer szerint berendezett **ásvány-, vasláp-** (**Moór**) és természetes **szénsavasfürdők.** Rendkívüli gyógyeredmények: szívbajoknál, női betegeknél, vérszegényeknél, sápkórnál, a vizeleti szervek megbetegedésénél, Basedow-kór és az ütőerek elmeszesedésénél.
Hidegvizgyógyintézet
Fürdőidény: május 16-tól szeptember végéig. **Teljes penzió** (lakás és napi négyszeri étkezés) az előszezonban május 16-tól június 19-ig és az utószezonban augusztus 20-tól szeptember 20-ig **Schilling 9.** Bővebb felvilágosítással és prospektussal szolgál **Badedirektion Tatzmannsdorf** (Burgenland).

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

Dr. DOLLINGER BÉLA Orthopaediai intézete. Tornaterem.
Budapest, VIII, Mária-utca 34. (Telefon: József 393.

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

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

ORVOSI MŰSZEREK
teljes orvosi felszerelések elsőrangú kivitelben, méltányos árban.
Kötszer, gummiárú, sérvkötő, haskötő, görcsér-gummiharisnye és az összes betegápolási cikkek raktára.
LUSZTIG JENŐ BUDAPEST, Múzeum-körút 31.
Telefon: J. 103-74

Szanatóriumokban, kórházakban gyakorolt ÁPOLÓNŐK ápolók, madámok és fürdősnők minden időben rendelkezésre; betegszállítást vállal az
Országos Betegápolók és Ápolónők Országos Egyesülete
Budapest VIII, Stáhly-utca 1. szám. Telefon: József 30—12.
Elnök: Dr. ZÁBORSZKY ISTVÁN operateur, v. egyetemi tanársegéd.

ETRA RÖNTGEN
Nagyteljesítményű olajtransformatoros Röntgen-készülékek Coolidge- és klasszikus üzemre.
Kitűnő referentiák! Kétévi garantia! ETRA R. T. V, ÜGYNÖK-U. 11. Telefon L. 922—19. Kitűnő referentiák! Mérsékelt ár!

AZ ORVOSI HETILAP FÜRDŐISMERTETŐ MELLÉKLETE

Az Orvosi Hetilap úgy a magyar orvosokkal, mint a magyar fürdőkkel szemben feladatának tekinti, hogy évenként egy számát a magyar fürdőügynek szentelje. Ilyen volt már a mult évi május 31-i 22. számunk, melyben a balneologiai kongresszus tudományos előadásait közöltük. Ez által azonban csak az ügy tudományos részének tettünk szolgálatot. A mi feladatunk pedig e téren nem csak tudományos, hanem nemzeti is, mert tudományos élet nincs szilárd gazdasági bázis nélkül, fürdőink gazdasági fellendülését pedig csak attól várhatjuk, hogy orvosainkkal fürdőinket jól megismertetjük és ez ismeretet állandóan fenntartjuk és fejlesztjük. Ezért az idén balneologiai számunkat megtoldottuk ezzel a fürdőismertető melléklettel, önköltségen bocsájtva rendelkezésre fürdőinknek hasábjainkat általunk revideált ismertetéseik számára.

Sajnos, bármilyen önzetlen és hazafias volt ez az ajánlat, nem talált visszhangra minden fürdőnknél, vagy készületlenül találta őket, és így az ismertetés hibánkon kívül nem tökéletes. Hiányoznak abból: Császárfürdő, Lukácsfürdő, Erdőbénye, Balf, Gyopáros sóstó, Halasi sóstó, Konyári sóstó, Nyiregyházi sóstó, Telegdi sóstó, Lillafüred, Mátrafüred és a következő balatoni fürdők: Aliga, Badacsony, Berény, Boglár, Csopak, Fonyód, Gyenesdiás, Györök, Kenese, Keresztur, Szárszó, Szepezd, Szemes, Zamárdi, Tihany és Keszthely ismertetései. De reméljük, hogy a kezdet e zökkenőin a jövőben már túlleszünk és minden évben teljes és szigorúan az orvosok igényeihez mért ismertetést adhatunk olvasóinknak.

Ezt a számunkat a világon felkutatható című összes magyar orvosoknak mutatványul megküldöttük azon reményben, hogy szolgáljuk a nemzeti ügyet és a mi törekvéseink is elismerésre fognak találni pártfogóink (előfizetőink) számának messze külföldön is szaporodásában.

VÁMOSSY.

BALATON.

Balatonalmádi.

Az ország minden részéből összegyült orvosok, akiket *Bánó Dezső* kormányfőtanácsos a balatonfüredi orvostanfolyamról átvitt a közeli Almádiba, szinte csodálkozva nézték azt az egészen új fejlődést, amelyen ez a fürdőhely legutóbb átment. *Óvári Ferenc dr.*, a Balatoni Szövetség alelnöke, aki annyiféle komoly munkát javasolt és hajtott is végre a Balaton körül, a háború után fiatalos, új lendülettel formálta szebbé és nagyobbá Almádit, amely azelőtt is jóformán mindent neki köszönhetett.

Csinos új villák és szállóházak épültek, főkép a szerényebb igényű közönség számára, amellyel nem valami sokat törődtek a Balaton sok más pontján. Hétszázszemélyes új színház is épült, elsősorban mozgóképelőadások számára, táncterrasszal és üzletsorral.

Rendkívül nagy áldozat árán sikerült megmutatni, hogy ezen a parton is tudnak kitünő *fövenyfürdőt* létesíteni, elegáns kettős kabinsorokkal és úgy női-, mint férfi-gőzfürdővel. Balatonalmádira már csakugyan ráillik az, amit az északi Balatonvidék szülötte, *Bacsányi János* 1798-ban írt, messze jövőbelátón:

„Áldgyák Somogy s Szala megörült vidéki
S állandóbb szerentsét óhajtanak néki.
Áldom s dicsőittem én is! s örömömet
Zengvén, homlokára függesztem versemet:
Nézz e kis példára, Magyar Föld nagy Népe!
Ez lehet még a Te ujulásod képe."

Az ősi erdők helyén, ahol valaha *Nagy Lajos* vadászgatott, eleinte a veszprémiek kedvelt szőlőhegye volt, amely idővel mind népesebb nyaralóteleppé vált, úgyhogy ma már körülbelül négyszáz nyaraló áll majdnem háromezer holdon.

Az alkalmazott gyógytényezők javallatai: vérszegénység, angolkór, légzőszervi hurutok, köszvény, rheuma, izzadmányok, ideggyengeség, stb.

Itt van az Országos Gyermekszanatorium Egyesület első Zsófia gyermekszanatoriuma, ahol minden nyáron többszáz gyermeket üdültetnek.

A fürdőrészvénytársaság bérházain és légsátortelepén kívül több magánszálló és villa majdnem négyezer vendéget képes nyaranta befogadni. Árnyas sétaútjai lent a parton és két bájos völgyben vezetnek szebbnél-szebb kirándulóhelyekre. Balatonalmádi általában a legmérsékeltebb árú magyar fürdőtelepek közé tartoznak. Három vasuti állomása könnyen megközelíthetővé teszi. Hatszáz méter hosszú partfürdője, amelyben több mint hatszáz személy vetkőzhetik egyszerre, modern villamos-, szénsavas-, sós- és fenyőfürdőkkel egészül ki.

Bungalow-rendszerű építkezés az új *Pannonia-Otthon*, amelynek három szárnyában kilencvenhat szobát rendeztek be erkélyekkel, illetve tornácokkal. Vízvezeték, csatornázás, villanyvilágítás, parkos udvar, külön telepi vendéglő és kávéház létesült itt, társalgótermekkel, hölgyszalonokkal és kitünő rádióteremmel. Nagy evezős-, vitorlás- és motorospark, emeletes yachtház s a tölgyerdőben árnyas tenniszpályák és kirándulóhajók szolgálják a közönség kényelmét. *(—i.)*

A ma érvényben lévő árak:

Fövenyfürdő: a) fürdőjegy felnőtteknek 5000 K, gyermekeknek (3—10 évig) 3000 K, *b)* kabinjegy 5000 K, havi bérletben 150.000 K, *c)* közös vetkőzőjegy 1000 K, *d)* csónakjegy óránként és személyenként 7500 K, de legalább 15.000 K, *e)* vitorlásjegy kétóránként és személyenként 10.000 K, de legalább 40.000 K, *f)* fürdőruhabérlet (férfi, vagy női) 5000 K, *g)* értékőrzés fiókonként 5000 K, *h)* ruhaőrzés hetenként és darabonként 5000 K, *i)* úszástanítás felnőtteknek 120.000 K, gyermekeknek 60.000 K, *j)* nyugágydíj esetenként 5000 K.

Parkfürdő: a) fürdőjegy felnőtteknek kabinhasználattal 5000 K, gyermekeknek 3000 K, *b)* csónakjegy

Glanduitrin Richter

A hypophysis infundibularis részének kivonata steril ampullákban. Szülőerők elégtelenségénél. Post partium és post abortum vérzéseknél. Toxikus vérnyomáscsökkenésnél. Állandósított!
Fehérje és toxinmentes!

Richter Gedeon vegyészeti gyár r.-t. Budapest X.

Glanduovin Richter

Friss ovárium-kivonat.
A klimakterium beteges állapotainál intravenosus vagy subcutan injectiós adagolásra.

ARNEA

NEMES VITAMINTÁPSZER

az egyedüli, főleg B- és D-vitaminokban rendkívül gazdag diaetetikus tápszer,

mely a vitaminokat nyersen, tehát változatlan physikai-chemiai állapotban, biologiai correlatioban és complexumban tartalmazza; egyúttal magas kaloriatartalmú.

Mindennemű diaetás és gyógyszeres kezelés frappáns hatású alátámasztója.

Mintával és bő irodalommal, melyben számos egyet. tanár és közel 200 gyakorlóorvos nyilatkozik, készséggel szolgál az

ARNEA TÁPSZERGYÁR, BUDAPEST
VII, Angol-utca 17/19.

EKZEBROL

Strontium-bróm vegyület isotoniás oldatban intravenás injeótiókhoz; naponta vagy másodnaponként.
Forgalomban: dobozok 6 ampullával à 10 cm³.
3—4 injectio többnyire teljes gyógyulást eredményez.

Ekzema ⋄ Urticaria ⋄ Angioneurotikus dermatosisok, psoriasis stb.

Jodoscleran-Kalcium „Tosse"

(Nitroscleran + jod + calcium) belső kezelésre tablettákban
Forgalomban: phiolák 25 tablettával. Adagolás 3-szor napjában 1 tabletta.

A hypertonia és arteriosclerosis injectiós kezelésére. **NITROSCLERAN** **ampullákban.**

PRIMULATUM FLUIDUM

Javallva mindazon esetekben, ahol eddig a radix. ipecac. és radix. senega infusumai és decoctumai voltak szokásban.
Forgalomban: orig. üvegek.
Adagolás: két óránként 25 csepp.

BISMOGENOL

intramuscularis injectiók a lues minden stadiumában. 4—5 naponként 1 injectio.

15 és 30 cm³-es eredeti üvegekben.

Világirodalmat díjmentesen küld: E. TOSSE & CO., HAMBURG 22. — Kaphatók az összes gyógyszertárakban.

ANTIFEL

Főalkatrészei: Frangulin és Emodin.

Epekólika, epekőbántalmak, epekőképződésre való hajlam.

Állandó használat esetén a rohamokat teljesen megszünteti.

Rp. **Antifel** lag. orig. I. D. S. Napjában 3-szor 20—30 cseppet.

ARCULOZON

Magnesium superoxyd, magnesia usta, agar-agar és különféle ízjavítók specialis combinatiója.

Hyperaciditas — Gyomorégés — Ulcus ventriculi — Meteorismus — Flatulentia Obstipatio — Ideges gyomorbélzavarok.

Rp.: **Arculozon** scat. orig. I. D. S. Naponta 3-szor 1 teáskanálnyit vízben.

Kaphatók az összes gyógyszertárakban.

Részletes irodalom: Arcula Chem Fabrik, Rostock, vagy a vezérképviselet által.

QUADRONAL

Lactophenin, phenacetin, antipirin és coff. purum specialis összetétele.

Indikált: Influenza, csúzos bántalmak, fejfájás és fertőző betegségek eseteiben.

Felnőtteknek naponta 3×2 tabletta, gyermekeknek naponta 3×½ tabletta.

Originalis phiolákban 20 tabletta-tartalommal kerül forgalomba.

ASTA-WERKE, BRACKWEDE (Németország). KAPHATÓ A GYÓGYSZERTÁRAKBAN.

EUSILIT

Természetes kovasav natriumbenzoicummal kombinálva.

Bevált köhögést csillapító szer: légutak hurutos bántalmainál, tuberculosisnál.

Orig. üvegekben. Naponta 4 evőkanálnyit.

Kapható az összes gyógyszertárakban.

Részletes irodalom: **Pharm. Fabrik Hada, Dortmund,** vagy a magyarországi vezérképviselet által.

SUPERSAN Prof. Berliner szerint

Menthol — eucalyptol — antifebrin — antipyrin, melyek 300°-nál savtalanított olajban vannak oldva.

Tüdőlob — Tüdővész — Influenza — Infectiók eseteiben.

Adagolás 1-2 cm³ injectiók. — Orvosi minta és irodalom a magyarországi vezérképviselőség vagy a gyár által

KRONEN APOTHEKE PHARM. FABRIK,
Breslau V. Neue Schweidnitzerstrasse 3.

EATAN

Anaemia, neurasthenia, dyspepsiák, műtétek utáni reconvalescentia, gyermekágy. Tuberculotikusok kitűnő étvágyjavító szere.

Állati fehérje, vér, kötőszövet, csontok, porcok és szervek hydrolysatja.

Eredeti üvegek, célszerű rendelés kis üvegekben.

Adagolása: *felnőtteknek:* naponta ½—1 kávéskanálnyi, *gyermekeknek:* 5 kg testsúlyra 3—4 csepp 1 tányér levesben.

Kapható az összes gyógyszertárakban.

Részletes irodalmat küld: EATINON G. m. b. H., MÜNCHEN, Karolinenplatz 3.

óránként és személyenként 5000 K, de legalább 10.000 K, *c)* fürdőruhabérlet (férfi vagy női) 5000 K, *d)* értékőrzés fiókonként 5000 K, *e)* ruhaőrzés hetenként és darabonként 5000 K, *f)* az állandó almádi lakosok részére községi igazolvány alapján fürdőjegy kabinhasználattal felnőtteknek 1000 K, gyermekeknek 500 K.

Pannonia-Otthon: kétágyas szoba nyolc napnál tovább elő- és utóidényben napi 40—45.000 K, főidényben 45—55.000 K, nyolc napnál rövidebb időre elő- és utóidényben napi 45—50.000 K, főidényben 50—60.000 K, egyágyas szoba nyolc napnál tovább elő- és utóidényben napi 25.000 K, főidényben 30.000 K, nyolc napnál rövidebb időre elő- és utóidényben napi 30.000 K, főidényben 35.000 K.

Légsátortelep és kőépületi szobák: kétágyas szoba nyolc napnál tovább elő- és utóidényben napi 35.000 K, főidényben 40.000 K, nyolc napnál rövidebb időre elő- és utóidényben napi 40.000 K, főidényben 45.000 K, egyágyas szoba nyolc napnál tovább elő- és utóidényben napi 25.000 K, főidényben 30.000 K, nyolc napnál rövidebb időre elő- és utóidényben 30.000 K, főidényben 35.000 K.

Gyógyfürdő: gőz-, kádfürdő 20.000 K, fürdőruha, lepedő vagy törülköző darabonként 5000 K. Tenniszjegy két órára 20.000 K. Gyógy- és zenedíj személyenként napi 2000 K.

Egyesületek, testületek, intézetek, hivatalok részére tömeges részvételnél jelentős ármérséklést nyújtunk.

Felvilágosítással szolgál a fürdőigazgatóság (távbeszélő Balatonalmádi 1. sz. állomás) és a Balatonalmádi Fürdő és Építő Rt. budapesti megbizottja (V., Hold-utca 4.).

Balatonfüred.

Egész éven át nyitva.

Csonka-Magyarország egyik legnagyobb multú üdülőhelye Balatonfüred, amelynek történetében a legtiszteltebb magyar nevek szerepelnek; *Széchenyi* éppúgy, mint *Deák*, *Vörösmarty* csakúgy, akár *Eötvös*. Amikor négyesfogaton jöttek a magyar urak a *Savanyúvíz-feredőbe* és a máig híven őrzött palantinokon vitték a dámákat sár fölött a Gyönyördébe, víg Anna-bálokba, — gróf *Fekete* János így írt a már híres gyógyfürdőről:

A forrásért ugyan nem szükség költeni,
Lehet abbul gyomrot ingyen megtölteni,
De a fördőt szokták pénzért készíteni,
Minthogy tűz által kell vizet hévíteni.
Vagyon itt embernek szállás, tisztességes,
Három épületből álló, elégséges.

Azóta három épületből háromszáz lett, a „Savanyúvizetske" pedig kellően analizált szénsavdús ásványvízforrások sorozata. *Spur István* kormánybiztos ezt írja Balatonfüredről:

Úgyis mint tavi, de főképen mint szénsavas gyógyfürdő, a Balatonnak legjelentősebb és leglátogatottabb helye. A Balatontól mérsékelten emelkedő domb oldalában, északtól hegyek által védve, délnyugattól öt kilométernyire a Tihanyi-féle szigettel. Vidéke kies és egészséges, tele kristálytiszta vizet szolgáltató forrásokkal, üde, szép völgyekkel, kirándulásokra alkalmas erdőborította magaslatokkal; kiválóan gondozott parkkal és árnyas parti sétánnyal, amelyről remek kilátás nyílik a tihanyi erdős hegyoldalra és a Balatonra. Az Erzsébet-udvar kétemeletes modern épület a gyógytéren, 117 kényelmes, *magasabb igényeket* is kielégítő szállószobával, ét-, társalgó-, olvasó- és játéktermekkel, lifttel; az épületben gyógytermek az orvosi tudomány által megkövetelt berendezéssel, gőzfűtéssel; zárt és fűthető folyosó köti össze a fürdőházzal, stb.

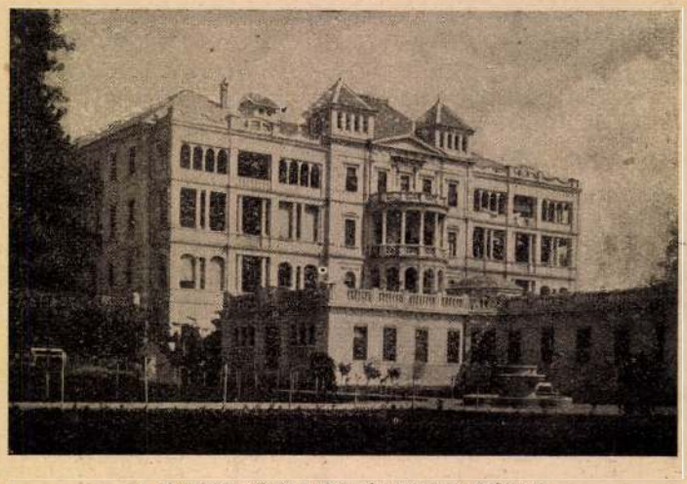
Vámossy Zoltán dr. egyetemi tanár a következőket írja egyik tanulmányában:

„A nyugati part teremtve van arra, hogy elsőrendű komoly gyógyhelyek sora keletkezzék egész hosszában, hygienés kényelemmel, bőséges és jó diaetás konyhákkal, s mindenekfölött derék és jó, állandó orvosokkal, mert ezek nélkül a világ minden természeti kincse se ér semmit. Egy ragyogó példánk már van reá: Balatonfüred."

Specialitás a fürdőhelyek közt ez a gyönyörű hely, mert nemcsak hatalmas uszodájában és strandján folyik vidám nyári élet, hanem különösen *szénsavas gyógyforrásai* vonzanak oda tömérdek embert. Persze, fent a nagy *Erzsébet*-sanatoriumban és a közvetlenül melléje épített Tiborfürdőben már csendesebb és decensebb az élet, mint a parton, a Yacht-klubban és a kávéházakban, hogy a szívbajosok is megtalálják a maguk teljes nyugalmát.

Rendkívül nagy előnye Balatonfürednek, hogy az *egész éven át nyitva* marad. Éghajlata enyhe, szél- és pormentes, mert a fekvése kitünően védett, erdős hegyek környékezik s fenyvesliget illatozik közvetlenül a gyógytér fölött is.

Elsősorban a szívbetegek Mekkája Balatonfüred. De az érelmeszesedésben és vesebajban szenvedők, továbbá a cukorbetegek nagy száma is odazarándokol évről-évre, hogy enyhülést, gyógyulást találjon.



A BALATONFÜREDI ERZSÉBET-SZANATÓRIUM.

A szénsavban dús ásványvizek kitünően hatnak a vérkeringési szervekre, erősítik a legyengült szivet, javítják a vese működését, megszüntetik a szédülést, a mellszorongást, a gyors kimerülést.

A források gyengébbjeit ivókúrára használják. A víz Glaubersó-tartalma bélrenyheség és hasi szervek pangása esetén szabályozza a bélműködést. Idült és ideges gyomorbántalmaknál, májnagyobbodásnál, vastag- és vékonybélhurutnál gyógyítóan hat. A víz lythium-tartalma nagyon elősegíti vesebántalmaknál a káros anyag kiküszöbölését. Chemiai összetétele, alkalikus vegyhatása biztosít kedvező gyógyeredményeket a cukorbajnál.

Nyugateurópai nivójú, abszolut kényelmű a Tiborfürdő, amelynek épületébe a mozgásban korlátolt szívbeteg is könnyen átjut, mert akár ágyából is zárt és fűtött folyosón, liften viszik le a szénsavas fürdő kabinjába.

A Balatonnak régóta híres, erős rádióaktivitású iszapja is soknak használ. Ezt ugyancsak a Tiborfürdőben adják. Szénsavas és sósfürdőkkel való combinatiója igen különböző *női bajoknál* bizonyult hasznosnak.

Vízgyógyintézet, Zander, elektrotherapia, Quarzfénykezelés, Röntgen-intézet is van a sanatoriumban. Asthmában és tüdőtágulásban, valamint influenza után visszamaradt hurutban szenvedők a teljesen modern *inhalatoriumban* kúrázhatnak.

Kitünő orvosok és képzett ápolónők működnek a sanatoriumban *Schmidt Ferenc dr.* egyetemi magántanár, egészségügyi főtanácsos, igazgató-főorvos vezetésével. Az állandó orvosi felügyelet alatt álló *diaetás konyha* megadja a módot arra is, hogy *télen-nyáron gondos hízó- és fogyókúrát* tartsanak.

Az Erzsébet-sanatoriumban a modern szobák

nagyrésze a Balatonra és a gyógytérre néz, loggiás vagy nyitott erkélyes, villanyvilágítással és központi fűtéssel.

A sanatoriummal szemközt van a *Grand Hotel*, mint amannak depandansa, hol a vendégek éppoly kényelmes szobákat találnak.

Az Ipoly-udvar, mely a Balaton partján épült, a park fái közt, ugyancsak kedvelt szálló (itt 36 lakószoba van, míg a sanatoriumban 120).

Rajtuk kívül még a *Stefánia* és több kisebb szálló, valamint kertekben, szőlőkben elszórt kedves viliák várják a közönséget. Családoknak a fürdőigazgatóság is szivesen segít villalakások bérlésében.

A nyaralók szórakozásáról változatos műsorokkal gondoskodnak. Az ország legjobb zenekarai, tánc- és hangversenyesték, sportversenyek, naponta többször gőzhajó- és motoros csónakkirándulások váltakoznak.

A szokatlanul tágas fürdőházban, melyet a Balatonba építettek, kis gyermekek és úszni nem tudók is biztonsággal élvezhetik a hullámzást, mert két tágas „kosár" van ott. *Azonkívül nagy strandfürdő.*

Felvilágosítást készséggel ad a balatonfüredi igazgatóság, vagy Balatonfüred Gyógyfürdő budapesti igazgatósága: VIII., Erzsébet-körút 41. (Telefon: József 73—07 és József 119—35.)

Balatonföldvár.

Modernebb fürdőhely nincs a Balaton körül, mint Balatonföldvár, amelyet a *Széchenyi* grófok nemzetsége alapított. Több mint félszázholdas gondozott park a legforróbb napsütésben is biztosítja az árnyékos üdülést. Kitünő csatornázás, villanyvilágítás és minden újszerű fajtája és formája az európai nivójú fürdőépítkezésnek jellemzi Balatonföldvárt.

Most, 1926 júniusában olyan nagyarányú építkezés is fejeződött be, amely világfürdői karaktert adhat Földvárnak. Aki az új köntösű *Nagyszálló* tágas teraszairól széjjeltekint, lába alatt ízléses fürdőkulturát, távolabb pedig gyönyörű kilátást élvezhet.

Balatonföldvárnak az a rendkívüli előnye, hogy kezdettől fogva gondos tervek szerint alakult ki. Az odaérkezőt meglepi a ritkaszép, 16—18 méter szélességű parti sétány, amelyet nagyon szép platánfák árnyaznak. Exkluzivitása megszűnt. Majdnem 250 méter hosszú és 6 méter széles mólója, az eleven, pezsgő yachtsport és a disztingvált tónusú, de azért folyton élénkülő társasélet mindinkább kedvessé teszi a balatonföldvári tartózkodást.

Új büszkesége a fürdőhelynek a nagy harmincholdas *golfpálya* is, mely csak öt percnyire esik a Nagyszállodától, a Karikavölgyben és a szelíd hajlású dombon, amelyről ugyancsak elragadó kilátás nyílik.

BALATONFÖLDVÁR AZ ÚJ NAGYSZÁLLÓ.

BALATONFÖLDVÁR KLUBHÁZ.

Kilencszakaszos, teljesen modern golfpálya ez, amely nálunk egészen ritka változatosságú játékot biztosít.

Táncsics Mihály dr., az új fürdőigazgató és buzgó segítőtársai a szórakozásoknak egyéb széles skáláiról is gondoskodtak. Sportversenyeken kívül hajó-, motoros- és csónakkirándulások, bárok, hangversenyek, mozik és rádió szaporítják a közönség szórakozási lehetőségeit. A strandon nivós zene, cigány és jazzband, délután és este tánc, horgászat, lawn-tennis és olcsó kirándulások közt válogathat a publikum. Az elvonuló természetűek viszont megkapják valamennyi belföldi és jelentősebb külföldi ujságot az olvasóteremben és azonkívül kölcsönkönyvtár is áll rendelkezésre.

Külföldi tófürdők ismerői legnagyobb dícsérettel emlegetik Földvár fürdőjét. Ez mindig üdítőfriss állóvíz, amelybe pici gyermekek is jó darabig veszélytelenül besétálhatnak, páratlan specialitás a maga áldott melegségével.

Régi kutatók tudják, hogy *Mária Terézia* híres mérnöke, *Krieger Sámuel*, 1785-ben le akarta csapolni az egész Balatont, hogy azután fölszántsák és községeket építsenek egyik-másik részén. Igaz, hogy csak három méter az átlagos mélysége, míg például a wörthi tóé háromszáz; de a Kriger-féle terv mégis dugába dőlt, mert a Siónak, a Balaton lefolyásának esését olyan kicsinek találták, hogy csak aránylag kevés víz folyhat le rajta és a legcsekélyebb mértékű apasztásnál is vizenyős maradna a talaj. A Kisbalaton mocsárvidéke mindinkább eltűnik, de a csodaszép magyar tenger — hála Istennek — megmaradt és büszkék lehetünk rá, hogy ezt a nagy colliert *olyan gyöngy ékesíti, mint Balatonföldvár.*

A napfürdő, a lég-, homok- és szabadfürdő mellett, amelyek annyira kedvezően hatnak az idegekre és könnyen edzve erősítik a szervezetet, Balatonföldváron még lithiumos-vasas, alkalikus víz is van és ezt különösen vese- és más anyagcserebántalmaknál ajánlják a doktorok. Persze, fürdőorvos van a telepen és az is természetes, hogy Földváron posta, táviró, interurbán, telefon is rendelkezésre áll. A hatalmas, tágas klubház egyes helyiségeiben szivesen fogadják a fürdő vendégeit.

Ami az elszállásolást illeti, ma már kilencven modern szoba van az újjáépített, hatalmasan kibővített *Nagyszállodában* (azelőtt *Kupavezér*). Fürdőszobák, külön lakosztályok, hideg- és melegvízszolgáltatás, olvasó- és táncterem, téres, szabad terraszok és 120 négyzetméteres fűthető hall is állnak rendelkezésre. Ez az impozáns hotel a park közepén, három percnyire a Balatontól áll, míg a strandsétányon ott a 30 szobás *Zrinyi*-szálló, továbbá a parkban épült 20 szobás *Bendeguz*-szálló és az egyszerűbb, de csinos, 33 szobás *Sport*-szálló. Valamennyi fürdővendég használhatja a Nagyszálloda társastermeit.

Jelentős körülmény még az, hogy nagyarányú villaépítkezési akció folyik (amortizációs törlesztésre) és igen kedvező föltételek mellett szerezhetők ma jófekvésű villatelkek.

Balatonlelle.

A Balaton déli (somogyi) partján, 5 km vízparton elterülő fürdő- és nyaralótelep, végig pompás, bársonyos fövennyel. Villáinak száma 149 (összesen 600 lakószobával, amiből átlag 480 kiadó szokott lenni, 1925-ben szobánként 2,500.000—3,000.000 K. Egy szállója (22 szobával) és 8 pensiója (körülbelül 80 szobával) van, de a Kath. Tisztviselőnők Otthona, a Kath. Tanítók és a Kereskedelmi Kórház üdülője is többszáz nyaralót képes befogadni, azonkívül az 1600 lakosú községben is van körülbelül 170 kiadó szoba, valamivel mérsékeltebb áron, mint a telepen, de valamennyihez külön fürdőkabin és partjog.

A falu három vendéglőjén kívül a telepen egy vendéglő, két cukrászda és kávéház, egy hideg buffet áll a közönség rendelkezésére, míg a háztartást vezetők kényelmére a faluban hat, a telepen négy szövetkezet, illetőleg fűszer- és vegyeskereskedés működik.

A szálloda vagy pensiók árai 1926-ban az előidényben 60—70.000 K, a főidényben 70—110.000 K lesz személyenként és naponként.

Zenekar három működik állandóan a telepen, az egyik a fürdő Casinójában, hol esténkint táncra jön össze a nyaraló fiatalság és melynek olvasótermei mellett a díszes kártyateremben is nagy élet szokott lenni.

Egyéb szórakozások közül felemlítendő a vitorlázás, csónakázás, tennisz, football.

Kirándulások: a közeli Tóthegy, a boglári hegy (pompás sétaúton, kényelmes padokkal 30 perc), stb.

Vasúti közlekedése: a Duna—Száva—Adria-vasút megállóhelye (Balatonlelle, Alsólelle és 111-es őrház). Az összes személyvonatok, valamint az újonnan beiktatott és a gyorsvonatok kiegészítéséül közlekedő sínautójáratok megállóhelye.

Hajóállomása: Balatonboglár (3 km), honnan hetenként többször lehet az egész Balaton mentén szép hajó-körkirándulásokat tenni. Van azonkívül társas bérautója és motorcsónakja. A falubeli fuvarosok pedig szivesen szállítják a közönséget a boglári hajó- vagy gyorsvonati állomásra 50.000 K-ért.

Az egész telepen be van vezetve a villany s a faluban is a saisonra már villanyvilágítás lesz.

A telepnek egy állandó, hivatalos orvosa van, de rendszerint 6—8 egyetemi tanár, valamint több neves specialista nyaral állandóan a fürdőtelepen.

Posta- és táviróhivatal a faluban.

Balatonlelle távolsága Budapesttől 145 km (gyorsvonaton 3 óra), Wientől 4 óra, Nagykanizsától (76 km) másfél óra, Kaposvártól 3 és fél óra, Siófoktól 40 perc.

Balatonlelle 196 m-nyire van a tenger színe fölött. Vize különösen jó hatással van a következő bajokra: angolkór, tüdőcsúcshurut, neurasthenia, izzadmányok, stb., de legelsőrangú minden gyermekbetegségnél (görvélykór, vérszegénység, általános étvágytalanság, stb.). Mint gyermekfürdő-, üdülő- és gyógyhely pedig joggal vetekszik a világhírű olasz Grado homokjával, de ezt még annyival is felülmúlja, hogy a víz sekélysége (partszél) folytán a legkisebb gyermek is minden veszély nélkül fürödhetik.

Siófok.

A gyors fejlődésnek egyik legérdekesebb példáját nyujtja Siófok, amelyről néhai jó *Horváth Bálint* bencés pap 1848-ban „Az Füredi Savanyú víz és a' Balaton' környéke“ tisztelt vendégeknek írt könyvetskéjében még jóformán csak ennyit tud:

„Siófokon találtatik ama fényes vasfövény, melly innen különbféle tájakra elhordatván, irás-porzásra használtatik“.

Hogy a finom parti fövényen napfürdőzni is lehet, hogy az éghajlat kellemesebb, mint a túlságosan hideg északtengeri, vagy a túlforró olasz tengeri fürdőkön, arról százévvel ezelőtt szó se esett. De még arról se, hogy egyáltalán fürödni is lehet azon a nagyszerű helyen. *Vámossy Zoltán dr.* egyetemi tanár tanulmánya („A Balaton mint gyógyhely“) szerint:

Különös gyógytényezője ennek a partnak, a szeles napokon jelentkező igen erős hullámzás, amely a partnak tengerifürdő jellegét megadja. A hullámokat a rendesen uralkodó nyugati és északnyugati szél nyomja a zalai partok felől keletre és azok tömege a hullámzó mozgás törvényei szerint egyre növekvően érkezik a sekélyes, homokos partok felé. A Balaton vihar esetén somogyi partjain szinte kiárad, oly nagy a szél nyomása alatt erre duzzadó hullámok tömege. *Legnagyobb hullámok érkeznek a siófoki partokra*, mert legmeszszebbről jöve növekedhetnek s a partvidék hullámzása vetekedik az Adriáéval, hacsak vitorlázásra kedvező szél is fuj. Szellőben csak 30—50 cm-es, 6—9 méteres szélben 60—80 cm-es, erős szélben 100—120 cm-es vízmélységben már megtörik a hullám és habzó taraja átcsap, ami gyönyörű látvány a széltől zölddé borzolt víztömeg szegélyén. Ez a „cicázás“ az altalaj sekélyessége szerint a parttól 30—60—80 méternyire látszik s vídám és bátor küzdelemre hívja az edzettebb fürdőzőket. Mert a hullámzás erős erőművi idegingerrel növeli a hűvös víz ingerhatását. *Testi és lelki edző hatása kétségtelen.* A balatoni tófürdők mérsékelt ingerét javukra fordíthatják a *szellemi és testi kifáradásban, anyagcserebántalmakban, nem súlyos állapotú* (kompenzált) *szívbetegségekben, scrophulosisban, angolkórban, vérszegénységben, vérbajban* szenvedők s *különösen a gyermekek edzésében, egészséges fejlődésében van azoknak fontos szerepe.* De hasznukra fordíthatják súlyos betegségből lábbadozók, tüdő- és csonttuberculosisban szenvedők is, ha orvosi vezetés alatt okkalmóddal használják azokat és szigorúan orvosuk rendelése szerint élnek.“

A Balatonpart legnépesebb és mondhatjuk legnépszerűbb fürdője Siófok. Ennek a magyarázata pedig nemcsak a fürdő kitünőségében rejlik, hanem abban is, hogy directiója okos taktikával igyekezett a mai igényeknek igazán megfelelővé tenni az egész fürdőéletet. Régi szakember: *Kelndorfer Oszkár* igazgató irányítja ezt a nehéz munkát. Siófokon ma már nyolcszáz tengeri fürdősátor és kabin áll a kétszázméter hosszan kiépített strandfürdőn.

Páratlanul jó homok-, nap- és légfürdők, zuhanyok, sok tornaszer, szórakoztató játékok, strandzene teszik kellemessé az ott tartózkodást. Betegek számára az *elektrotherapia* tökéletes berendezéseivel fölszerelt orvosi rendelő.

Csaknem minden napra esik valami kedves ünnepség, atlétikai verseny, tenniszmérkőzés, futballmeccs, nemzetközi és országos úszóverseny. Siófoki specialitás, a Fodor-féle gyermek-sportünnepség. Persze evezős-, vitorlás- és motorcsónak-versenyek is növelik a változatosságot, s least not least: az egykor híres és mostanában újra kedveltté vált lóversenyek.

Este a kaszinó kerthelyiségében művészi előadások, hangversenyek, táncestély, virágünnepségek és színházi előadások gondoskodnak a közönség szórakoztatásáról.

Kirándulásokra tömérdek alkalom van, nemcsak gőzhajón, hanem akár hidroplánon is. Naponta több hajó visz a pittoreszk tulsó partra, meg a többi csinos helyre. Ha szép az idő, zenés hajó indul a Canale Grandeval vetekedő holdfényes Balatonra.

Külön tornamesterek és trénerek oktatják az úszást, evezést, tenniszt és vívást. *Fodor Károly* mester vezetése alatt óriási gyermekjátszóhelyen sok-sok vézna és helytelen testtartású gyerek talál gyógyulást, a szabadban végzett svédtorna és légzési gyakorlatok útján. A nagyterületű gyermekjátszóhelyen gondot vetnek arra is, hogy zenés ritmikustorna módszerével az egyenletes és általános izomképződést elősegítsék.

Siófok csakugyan az a fürdő, ahol *mondain élet* látszik az egész vonalon, a mellett, hogy komoly építőmunka biztosítja a jövendő egyenletes kialakulását, a férőhelyek szaporítását. Az idén kikövezték az árnyas

Batthyány-utcát és még egész csomó kocsi- és gyalogutat. A vízművek szűrőkészülékét nagy áldozatokkal kibővítették, úgy, hogy a víz ma már egészen kifogástalan. A főbb utakat teljesen portalanítják. A vízművek magas tornyán reflektort állítanak a vízi járművek éjjeli tájékoztatása végett. Ezek a szürkének látszó, de fárasztó és igen költséges munkát jelentő adatok is igazolják, hogy a fürdő fejlesztése szakadatlanul folyik.

Lakás dolgában növekvő kényelem tapasztalható a parti szállodákban. Európai szintájú ellátás történik a fürdő-telep éttermében, ahol magyar és francia konyha, diétás élelmezés, külön gyermekmenü van. Persze mind több magánszállóban és penzióban is kapható ellátás vagy lakás, esetleg konyhával. Az előidény május közepétől június 20-ig, a főidény június 21-től augusztus 31-ig, az utóidény szeptember 1-től szeptember végéig tart. A szállodai árak: ágyankint 2·50—4 aranykorona. Elő- és utóidényben 30% kedvezmény.

A Balatonnak ez a legnagyobb strandfürdője ma már a legápoltabb és legmodernebb *európai világfürdők* sorába kezd lépni. *(—l.)*

BUDAPEST FÜRDŐI, FORRÁSAI ÉS ÜDÜLŐHELYEI.

Erzsébet Sósfürdő.

Az Erzsébet Sósfürdő Csonka-Magyarország egyetlen sósfürdője; nemcsak kiváló gyógyereje folytán, hanem fekvésénél, pormentes, enyhe klimájánál fogva vetekszik a legjobb fürdőkkel. 1853 óta köztudomású, hogy a budai Erzsébet Sósfürdő sajátságos és természetes vegyi tulajdonságai folytán a nők számos szervi betegségeit meggyógyítja.

Az Erzsébet Sósfürdő forrásai a keserűvizek csoportjába tartoznak. A telepnek 30 keserűvízforrása van, ezek egyik része szolgáltatja a fürdéshez szükséges vizet, másik része ivókúrára használtatik fel.

A fürdő unicum a maga nemében, mert keserűvizet másutt is alkalmaznak ugyan gyógyító célból belsőleg, de fürdők alakjában sehol, csak itt. A tapasztalat sokszorosan bebizonyította, hogy a keserűvízfürdők éppen annyira hatásosak, mint a konyhasósfürdők.

Az Erzsébet-forrás és a Király-keserűvíz chemiai összetétele a következő: Egy liter vízben van *(Nentvich* és *Bernáth* elemzése, 1862.):

	Erzsébet-forrás	Király-keserűvíz
Chlornatrium	—	4·284 g
Natriumcarbonat	—	2·651 g
Calciumcarbonat	0·400 g	—
Magnesiumcarbonat	0·330 g	—
Kaliumsulfat	0·160 g	—
Natriumsulfat	14·180 g	17·001 g
Magnesiumsulfat	8·040 g	27·765 g
Calciumsulfat	1·230 g	0·575 g
Aluminiumoxyd	0·080 g	—
Kovasav	0·040 g	—
Összesen	26·290 g	52·426 g

A víz ivókúraképen, kicsiny adagokban és huzamosan használva, enyhén elősegíti a gyomor és belek működését, fokozza az emésztőnedvek elválasztását, élénkíti a szövetnedvek áramlását, végeredményben az anyagcserét javítja, jobb az étvágy és így jobb a test táplálkozása. A víz nagyobb adagban erősen elvezető hashajtó hatású és eredményeképen a szervezet fölös zsírlerakódásai és kóros termékei gyorsabban oldódnak és szivatnak fel.

Fürdők alakjában alkalmazva, a természetes sóoldaton kívül a fürdő hőfokának és tartamának esetről-esetre való szabályozásával a legkiválóbb gyógyeredményeket érhetjük el. A forrásvizek különleges összetételű sótartalma a bőr érmozgató idegvégződéseit úgy befolyásolja és izgatja, hogy az egész szervezet, de különösen a medencebeli szervek keringési viszonyai javulnak, a pangó lymphakeringés megindul, izzadmányok felszívódnak, daganatok eltűnnek.

Hosszú tapasztalatok alapján kifejlődött javallatok a következők: Általános gyengeség (heveny betegségek, szoptatás, szellemi túlerőltetés), ideggyengeség, idegzsábák, chronikus izom- és izületi csúz, egyszerű és habitualis székrekedés, máj- és epeutak megbetegedései, pangások a vena portae rendszerében, általános elhízás. Legfőképen azonban medencebeli gyulladásos elváltozásoknál, tehát az úgynevezett *női bajoknál* javalt, minők: hüvely- és méhhurut, méh melletti kötőszövetlobok és izzadmányok (parametritis, exsudatum), petefészek és kürtgyulladások után visszamaradt izzadmányok, gyulladások, adnextumorok, stb.

A fürdő természetnyujtotta gyógyerejét van hivatva támogatni a fürdőházzal kapcsolatos mesterséges szénsavfürdő-berendezés és a gyógyintézet, hol szakértő személyzet az orvos utasításai szerint működik.

Fürdő- és gyógydíjak:

Szalonfürdő	25.000 K
Kádfürdő	18.000 K
Szénsavas fürdő	40.000 K
Strandfürdő bennlakóknak	10.000 K

Tíz fürdőre szóló bérletjegyeknél 5% kedvezmény.

Gyógydíj naponta	2.000 K
Gyermekekért	1.200 K

Lakás, ellátás (napi 3-szori étkezés): elősaisonban (május 1-től június 15-ig) 90—125.000 K, főszaisonban (június 15-től augusztus 31-ig) 110—140.000 K.

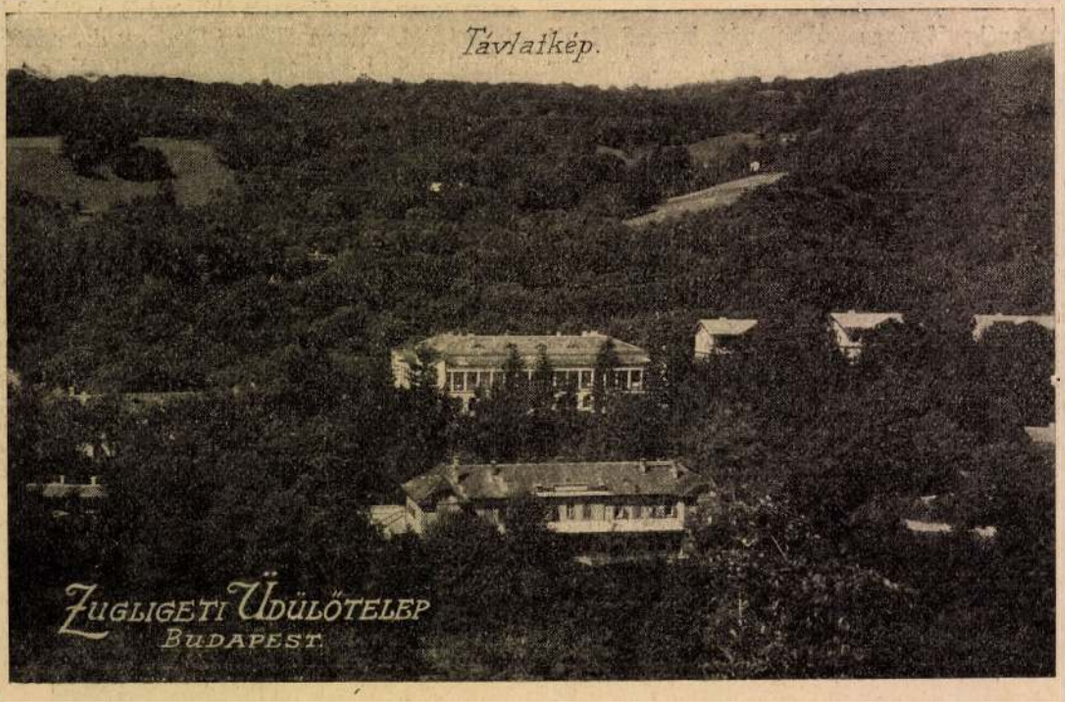
Fürdőorvos: Tassy István dr., nőiklinikai tanársegéd.

„Fácán" Zugligeti Üdülőtelep.

Budapest—Zugliget, I., Béla király-út 59.

A történelmi nevezetességekben gazdag üdülőtelep *a tenger színe felett 315 méter magasságban*, a Jánoshegytől délkeletre kiinduló hegyláncolat délkeleti lejtőjén terül el. Északnyugatról a Jánoshegy (529), észak felől a Tündérhegy (385), nyugatról a Hármaskúttető (390) határolja, *délkelet felől* a Kútvölgy felé *teljesen nyitott*. A 26.000 □-öl kiterjedésű telepet túlnyomórészt fenyvesek borítják, gondosan kezelt sétányok szelik át és saját kertészetünk által karbantartott pompázó virágágyak, parkok díszítik. *Fenyvesek között épült az a 12 dependence, amelyeknek modernül berendezett és a legkülönbözőbb igényeknek megfelelő szobái szolgálnak a vendégek elhelyezésére. Valamennyi szoba déli és délkeleti fekvésű, állandóan napos tágas terraszokkal bír. Fekvőcsarnok. Külön nap- és légfürdő. Az üdülőtelep levegője*, amint azt dr. Végh János tisztifőorvos úr vezetése alatt történt levegővizsgálatok igazolták, *tiszta:* bakterium- és pormentes. *Klimatényezőinek* sajátságait a telepen lévő hivatalos meteorológiai állomás adatai alapján az 1924. évi XXIX., előnyös photoklímáját az 1925. évi XXX. balneologiai kongresszuson ismertették. *(Bővebben Orvosi Hetilap 1924. 21., 1925. 22. sz.)*

A tiszta levegő, kisebb légnyomás, a *felette kedvező* őszi, téli és tavaszi *insolatio*, a nyári hónapokban észlelt alacsonyabb léghőmérsékletek és kisebb napi ingadozások, a levegő kedvező páratartalma, a hideg és nedves északnyugati szél elleni védelem olyan tulajdonságok, amelyek alapján *a Zugligeti üdülőtelepet mérsékelt magasságban fekvő hegyi klímájú helyek közé sorozzák* és kiváló hatású a *légzőszervek hurutos állapotánál, kezdeti zárt apexfolyamatnál, vérszegénységnél, influenza, tüdőgyulladás, mellhártyagyulladás* és *műtétek utáni lábadozás* időszakában, neurastheniánál, hysteriánál, a szervezet nagyfokú testi és psychés gyengeségénél, továbbá álmatlanság és *étvágytalanság legkülönbözőbb eseteiben. A vörösvérsejtek és a vérfesték mennyisége jelentékenyen szaporodik*, amit a Gyógyászat 1923. évi 15. és 16. számában ismertetett vizsgálatok bizonyítanak. *Mindezen hatások neuropathiás városi gyerekeknél fokozottabb mértékben jelentkeznek*, annyira, hogy ugyanazon gyermekes családok évről-évre a legnagyobb ragaszkodással keresik fel hosszabb időre a telepet. *Néhány eset:* S. Ödönné (Scharl tanár) apicitis, *9 hét után láztalan és 9 kilót hízott;* S. Margit (Ungár főorvos) apicitis, *3 hónap után láztalan és 24 kilót hízott;* R. Oszkárné genitalis műtét utáni rec. (Paunz főorvos), *6 hét alatt 12·30 kilót hízott;* B. Endréné (Erdélyi tanársegéd) tuberculosusos vesekiirtás utáni rec., *6 hét alatt láztalan és 4 kilót hízott;* S. Gábor 12 éves, lymphomák (Kovács tanár), *12 hét után hőmérséke 39°-ról 37° alá esett és 5·80 kilót hízott;* V. Ödönné apicitis, *5 hét után láztalan és 7·20 kilót hízott;* A. Hugó apicitis (Erdélyi tanársegéd), *3 hét alatt 5·20 kilót hízott és láztalan lett;* B. Mária apicitissel a Tátrából jött, ahol nem tudott hízni, nálunk *3 hét alatt 5·50 kilót hízott;* B. Sándor, bronchopneumonia utáni bronchitis miatt állandó lázzal, *egy hét után teljesen láztalan;* G. Jónásné orrműtét utáni rec. (Pollatschek tanár), *9 hét* után asthmája gyógyult és *6·90 kilót hízott;* F. Gyuri 3 éves, *neuropathiás étvágytalanság*, 3 hét alatt 2·50 kilót hízott; K. Gyuri 3 éves, *neuropathiás étvágytalanság*, egy hónap alatt 4·10 kilót hízott.



A közlekedés természetesen igen kényelmes és könnyű, hiszen az üdülőtelep a főváros kerületén fekszik és az összes közlekedési eszközökkel *10—15 perc alatt könnyen elérhető.* A Széna-térről induló 81-es villamos zugligeti végállomása a telepen van. Ezért ezen magaslati helynek megbecsülhetetlen előnye a távolabb fekvőkkel szemben az is, hogy *vendégeinek az összes fővárosi gyógytényezők* (professorok, specialisták, háziorvosok stb.) *rendelkezésre állhatnak.*

A vendégek szórakoztatására szolgálnak a társalgóterem zongorával, tenniszpályák, ping-pong-asztalok, külön gyermekjátszótér, elsőrangú zene, a legkivá-

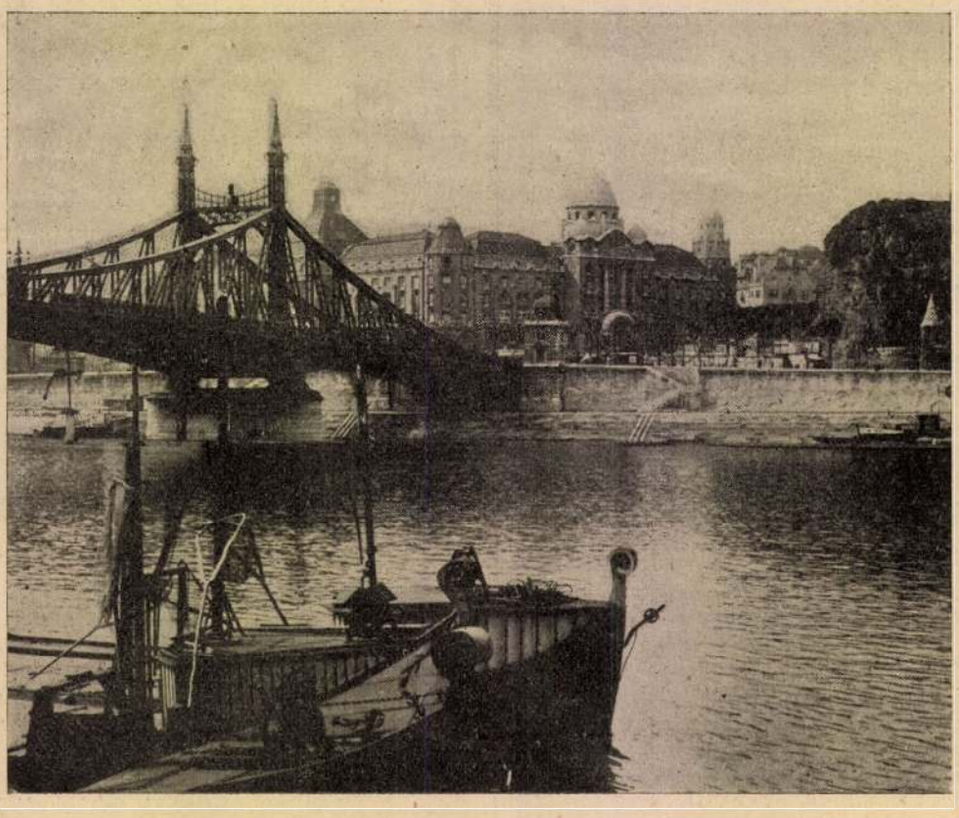
lóbb művészi erők közreműködésével gyakran tartott hangversenyek stb.

A vezetőség legféltettebb gondja a jó és bőséges táplálkozás. Ezért az *éttermet saját kezelésben* tartjuk és konyhánk — *amely a legelsők egyike* — a legmesszebbmenő igényeknek is megfelelő. A telepen lakó üdülők étkezése *pensio-rendszerben* történik, napi négyszeri étkezéssel. *Komplett reggeli:* kávé vagy tea vagy csokoládé, kalács, vaj és tojás vagy méz vagy jam. *Ebéd:* leves, sült körettel, főzelék, tészta, gyümölcs vagy sajt. *Uzsonna:* tejszínes kávé, tea vagy csokoládé, kalács. *Vacsora:* sült körettel, főzelék, tészta, gyümölcs vagy sajt. *Diaetás konyha.* Emellett nyilvános éttermünk nyitva áll à la carte az üdülők rokonai, ismerősei számára.

Egész évben nyitva. Jelenleg személyenkint lakás, ellátás adókkal együtt 130 ezertől. Felvilágosítást szóbelileg, levélben vagy telefonon készségesen ad az igazgatóság *(telefon* **54—28** és **45—06)** és dr. Wladárczyk József *(telefon* **55—08).**

Szent Gellért Gyógyfürdő és Szálló.

Budapest székesfőváros tulajdonát képező fenti gyógyintézet a régi *Sárosfürdő* helyén épült. Amikor 1894-ben a Ferenc József-híd építéséhez fogtak, a fürdő



medencéje, híres forrásaival együtt, mélyen az úttest alá került. Midőn 26 esztendővel később a csaknem elfelejtett *Sárosfürdő, Szent Gellért Gyógyfürdő* néven újjáéledni kezdett, a forrásmedencét kitisztították, átépítették, a forrásokat újrafoglalták. Jelenleg a fürdőelőtti úttest alatt fekvő renovált medencét 12 forrás táplálja, melyek közül egy 50—51 C hőfokú, míg a többi hőfoka 46—47 C° között váltakozik. A források vízhozama 24 óránként 2,600.000 liter. Maga a víz *földes-meszes hévviz*, amennyiben sói közül a calcium és magneziumcarbonát s calciumsulfát a dominálók. *Radioactivitása* tekintetében a középerős rádiumos vizekhez tartozik, minthogy *Weszelszky* tanár megállapítása szerint literenként 3173×10^{6} Millicurie = 12·26 Mache egységnyi rádiumemanatiót tartalmaz. Ez a forrásvíz táplálja a női és férfi-társasfürdő díszes helyiségeinek a medencéit, a különfürdők kádjait és a szálló szobáival kapcsolatos fürdőszobákat.

A forrásvíz — mint a leghatalmasabb gyógyfactor — köré csoportosulnak a modern physikalis therapia összes többi gyógytényezői:

1. *Iszapkezelési osztály*, amelyen a kezelés az iszapnak a beteg végtagra borogatás formájában való applikálásával történik. Erre a célra az intézet a kolopi iszapot használja, melynek jellemzésére álljon itt *Vámossy* professzor véleménye: „A kolopi gyógyiszap egyike a világ legbecsesebb gyógyfactorainak, amennyiben nemcsak hatalmas emanatiója van, hanem a legkiválóbb szakemberek vizsgálatai szerint annyi rádiumot tartalmaz, hogy rádiumnyerés céljából is gondolni lehetne reá, ha ennek legyőzhetetlen akadályai nem lennének. *Hevesi György dr.*-nak a manchesteri *Rutteford* laboratoriumában végzett vizsgálatai szerint negyvenszer radioactivabb, mint a világhírű battagliai fangóföld.“ Maga *Hevesi György dr.* pedig azt mondja: „Tudtommal *nincsen iszap, melynek activitása* ezt (a kolopit) felülmúlná.“ Ehhez nem kell kommentár. Hogy pedig az egyes betegségek heteken, hónapokon át tartó kezelésénél mi az előnye, az iszapfürdőnél melegebb, mégis a szervezet energiáit, különösen szív-véredényrendszerét kevésbbé igénybevevő iszapborogatásnak az iszapfürdővel szemben, azt nem szükséges részletezni.

2. *A hőlégosztály* a legmodernebb Tyrrnauer-rendszerű hőlég- és Wulff-féle villanyfényszekrényekkel van felszerelve, melyekben a beteg ülő vagy fekvő állapotban egyaránt nyerhet kezelést.

3. Mesterséges *szénsavas, konyhasós és pezsegő fenyőfürdők* kiszolgáltatására az intézet tökéletesen be van rendezve.

4. Hiánytalanul felszerelt *vízgyógyintézet* külön hölgyek és urak részére.

5. *Villany- és fénykezelések* az elektro- és phototherapia legújabb eszközeivel (quarz-, izzószénlámpák, Schnee-fürdő, villanykádfürdő, diathermia, stb.).

Természetes napfürdők a fürdőnek dunai homokkal beszórt terraszán.

6. *A géptorna* (Zander) részére szolgáló activ-passiv gépfelszerelés a külföld legjobb berendezésű Zander-intézeteivel méltán vetekedhetik. *Svédtornagyakorlatok* Svédországban képesített svéd tornatanárnő vezetése mellett. A massaget iskolázott svéd masseurök végzik.

7. *Inhalatorium* és Magyarország legnagyobb, reichenhalli rendszerű *pneumatikus kamrája* az intézet magas színvonalának megfelelően berendezve.

8. Legújabb typusú *Röntgen-készülék diagnostika és mélytherapia számára is.*

9. *Laboratorium* Wassermann-, vércukor-, vérhúgysav-, bakteriologiai és minden e szakba tartozó vizsgálatok elvégzésére berendezve.

10. *Diaetás konyha* anyagcserebajokban (köszvény, cukorbaj) szenvedők részére.

Az intézet berendezése mutatja, hogy *falai között nemcsak a hévvízfürdők szokásos betegei:* a különböző *izületi* bántalmakban, a *peripherikus* és *központi idegrendszer* egyes betegségeiben (neuralgiák, bénulások, stb.) szenvedők találhatnak gyógyulást, hanem a *szív- és véredényrendszer* (decompensált szív, magas vérnyomás, véredényelmeszesedés), a *légzőutak* megbetegedései (idült bronchitis, emphysema, asthma), *anyagcserebántalmak* (diabetes, köszvény), *functionalis neurosisok* (neurasthenia, stb.), a belsősecretio zavarai (Basedow, climacterium), a *női nemiszervek* megbetegedései (exsudatumok) is a legjobban kezelhetők.

Rendkívül alkalmas a gyógyfürdő *lábadozók* számára is, amennyiben a fürdővel kapcsolatos *gyógyszálló* 180 szobája minden lehető kényelemmel be van rendezve. Gyönyörű nagyméretű társashelyiségek, éttermek és terraszok, télikert, saját park. Tennisz. Motorcsónak. Autogarage chauffeurszobákkal. A szállóvendégek részére díjtalan autoközlekedés a szálló és Apponyitér között. A szállóvendégek az összes gyógytényezőkből 25% engedményben részesülnek.

Budapest — Szent Margitsziget.

A Duna-folyam, Budapestre érve, két nagy ágra szakad s a folyam két partja között terül el a Szent Margitsziget, Európa egyik legszebb és leglátogatottabb folyami szigete.

A magyar történelem a hagyományok és legendák legszebb emlékeit fűzi a Szent Margitszigethez. A XII. században a dominikánus szerzetesek itt építették fel kolostorukat és ebben nevelkedett Béla király leánya, a szentéletű Margit királykisasszony, akiről a sziget nevét nyerte. A kolostor romjai még ma is láthatók a Margitszigeten, a ferencrendiek egykori kolostorának maradványaival együtt.

A Szent Margitsziget, mint téli-nyári üdülőhely és gyógytelep, egyaránt kitünő. Ózondús levegőjét 150 holdas gyönyörű park táplálja, amelyet gyepszőnyeges ligetek, színpompás virágok tarkítanak, hatalmas, évszázados fák és a híres margitszigeti rózsaerdő 20.000 virágzó, illatos rózsatővel.

Ideális klimája mellett a Szent Margitsziget legfőbb gyógytényezője a világhírű *gyógyforrás*, amely 118·5 m mélyből 43·3 C hőfokon fakad. Szénsavas, kénes, rádiumtartalmú gyógyvíz, amelyet nagyszerű eredménnyel használnak *csúz, köszvény, női betegségek* és *idegbántalmak* ellen.

Budapest városának szívében, de mégis elvontan a város lármájától, fekszik ez a csodálatos szépségű festői park, amelynek szállodái és gyógyfürdői a Dunát átivelő Margithídról *pontosan 5 perc* alatt érhetők el a telep saját autóival.

A Szent Margitsziget gyógyfürdő üzemei:

Nagyszálloda.

Közvetlen a gyógyfürdő mellett, 150 kényelmes, elegáns szoba. Állandó orvosi szolgálat. Forrásfürdők a szállodában. Központi fűtés. Lift. Modern berendezés. Elsőrangú ellátás. Pontos diaetás élelmezések. A szálloda egész éven át nyitva. Állandó zene- és táncestélyek, művészhangversenyek. Autogarage. Sürgönycím: Budapest, Margotel.

Gyógyfürdő.

A gyógyfürdőt a Szent Margitsziget 43·3 C (108 F°) hőfokú kénes és szénsavas rádióaktiv gyógyforrása táplálja. Kitünő eredmények csúz, köszvény, rheuma, női betegségek és idegbántalmak ellen. Iszapborogatások. Luxuskabinok. A legtökéletesebb berendezések.

Strandfürdő.

Langyos és hideg medencék. Thermál gyógyfürdők a szabadban. Óriási homokstrand. Budapest legnagyobb úszómedencéje. Világvárosi látványosság.

A gyógyforrás (ásványvíz).

A 43·3 C (108 F°) hőfokú bőséges forrás a fürdő táplálásán felül palackozási célokra is szolgál. A Szent Margitsziget ásványvíztöltődéje hozza forgalomba a Szent Margitszigeti „*Palatinus*“ ásványvizet, amely szénsavas telítéssel a legkitünőbb üdítővizek közé tartozik.

A Margitsziget gyógytényezői ezeken kívül az újonnan épült

Sanatoriummal

igen nagy mértékben bővültek.

A Szent Margit-szigeti Sanatorium *Magyarország legmodernebb berendezésű diagnostikai és phisikatherapiás gyógyintézete.*

A Szent Margitszigeti Sanatorium, mint *klimatikus gyógy- és üdülőhely*, kitünő gyógyhatású; specialisan, mint *rheumás és izületi betegségek*, valamint *anyagcserezavarok* gyógykezelésével foglalkozó gyógyintézet, a legelsőrangú és legtökéletesebb hasonló európai intézmények között áll.

A lakószobák modern berendezésű fürdőszobáit a világhírű Szent Margitszigeti forrás 43·3 C hőfokú kénes és szénsavas rádióaktiv ásványvize táplálja, amely kiváló gyógyeredményeket biztosít köszvény, rheuma, idegbántalmak és női bajok ellen.

Orvosilag vezetett tökéletes diaetás konyha cukor,- gyomor-, vese- és szívbetegek részére.

Soványító- és hízókúrák.

Röntgen- és bakteriologiai laboratorium. Vízgyógyintézet.

Rádium-inhalatorium. Villanyos és diathermiás kezelések.

Fekvő-, nap- és levegőkúrák.

Külön park a sanatoriumi lakók számára.

Három állandó orvos.

Az összes szobákban városi és interurban telefon.

Szent Margitszigeti Nagyszálloda.

A szigetre vonatkozó összes kérdésekben részletes felvilágosítással szolgál a Szent Margitsziget igazgatósága, Budapest, III, Szent Margitsziget. Sürgönycím: Margotel.

Budapest székesfővárosi Rudas-gyógyfürdő.

Budapest egyik legrégibb és legkiválóbb gyógyfürdője a *Rudasfürdő*. A fürdő a városnak úgyszólván középpontjában, a Duna jobbpartján, a Gellérthegy sziklafala alatt fekszik és a különböző közlekedési eszközök igénybevételével — de kellemes sétával is — minden irányból könnyen elérhető. Hírnevét már a rómaiak által is gyógyvizül használt nagyhőmérsékletű, kitünő összetételu gazdag forrásainak és mostani pompás berendezésének köszöni. Erős radioactivitású, 45—47 C° természetes melegforrásai a Gellérthegy szikláiból bugyognak elő és szabad szénsavon kívül nagymennyiségű oldott mész- és magnéziasót tartalmaznak, rheumatikus, köszvényes bántalmaknál, továbbá neuralgiánál, vérszegénységnél, izzadmányok, bőrbántalmak eseteiben bámulatos hatást eredményeznek. A fürdő mai berendezésének alapját a törökök által 1556-ban épített ú. n. törökfürdő adta meg és Budapest főváros — későbbi építkezésekkel — a mai modern fürdőintézetté fejlesztette. Gőzfürdője, a már említett törökfürdő — mely a középkori építés remeke — tökéletes berendezésével minden kényelmet kielégít. Szalon-, porcellán-, márványkád-, továbbá kőfürdői ugyancsak teljes kényelmet nyujtanak a fürdőt használó betegek részére. A fürdőnek több szállószobája is van. Előnyös fekvésénél és vizének csodás gyógyhatásánál fogva különösen keresett és kedvelt fürdő, hol számos külföldi is megfordul, kik megemlékezéseikben mindig a legnagyobb elismerés, sokszor a csodálat hangján szólanak Budapest e kiváló fürdőintézetéről.

Svábhegy.

A magyarországi klimatikus gyógyhelyek között nagy jelentőséggel bír *Budapest* közvetlen közelében, a közigazgatásilag is Budapesthez tartozó *Svábhegy és vidéke.*

A Duna jobb partján haladó dombsor fokozatosan emelkedik és a svábhegyi, istenhegyi magaslatban és a jánoshegyi csúcsban kulminál. Budapest város és a Duna a tenger színe felett 106 méter magasan fekszik, a Svábhegy 430—480 méter magasan van a tenger színe felett, a legmagasabb csúcs, a Jánoshegy pedig 526 méter magasságot ér el. Igy ma Magyarország legmagasabban fekvő klimatikus gyógyhelye.

A klimatotherapiában főként tekintetbe jövő elemek, a légnyomás, a levegő hőmérséklete és annak változásai, a levegő nedvességtartalma és szennyezettsége, a csapadék és a széljárás, valamint a besugárzás tekintetében lényeges eltérést mutat a síkságon fekvő Budapest és az alacsonyabban fekvő budai részekhez képest a Svábhegy.

A Svábhegy-vidék légnyomása a 300—400 m-nyi magasságkülönbségnek megfelelően körülbelül 30—40 Hg-mm-rel kisebb, ami 5%-os légnyomáscsökkenésnek felel meg. Ennek megfelelően az oxygen partialis nyomása is kisebb és ez már *Löwy* legújabb vizsgálatai alapján számbavehető factorként működik közre az anyagcsere fookzásával járó betegségek gyógykezelésében. A légnyomás változásai és az ebből kifolyó széljárás és csapadékeloszlás nagyjából ugyanaz, mint magában a síkságon, Budapesten. Azonban mégis jelentős különbségek vannak a hegység délkeleti-déli lejtőjén, amelyek fölött vonul el a fő széljárás. Talán még jelentősebb, hogy miután a Svábhegy vidékén az uralkodó széljárási irány északnyugatról délkelet felé vonul, a tőle keletre fekvő város füst- és porrétege egyáltalában nem jut a hegyvidék felé.

A Svábhegy klimatikus viszonyait jó irányban befolyásolja, hogy *nagy kiterjedésű lomberdők borítják,* amelyeknek hatása, mint ismeretes, egyrészt az alacsonyabb széljárások enyhítésében, másrészt a levegő megfiltrálásában nyilvánul. Ennek megfelelően a Svábhegy levegője bakterium- és porszegényebb és így catarrhusos, hurutos megbetegedések gyógykezelésére kiválóan alkalmas.

Fodor József, a magyar egészségtan-tudomány megalapitója, gyakran említette, hogy hurutos bántalmakban szenvedők milyen gyorsan javulnak meg a Svábhegy vidékén.

A levegő nedvességtartalmát illetőleg a Svábhegy a mérsekelten nedves klimájú helyekhez tartozik, ami részben a talaj nagy áteresztőképességének a következménye. A legnagyobb esőzések után is a talaj felső részletei igen gyorsan kiszáradnak és ezért a Svábhegy levegőjének relativ nedvességtartalma jóval alacsonyabb, mint az alatta fekvő völgyeknek. Gyakori dolog, hogy esőzések után a város majdnem a Gellérthegy magasságáig egy párázatos légkörben fekszik, míg ugyanakkor a Svábhegy levegője tiszta és relative kevés nedvességet tartalmaz.

A Svábhegyen a tikkasztó fülledtség érzése is csak igen ritkán áll be, ami megfelel *Dalmady* megállapításának is, amely szerint a tikkasztó fülledtségérzés a levegő nagyobb, relativ nedvességtartalmával van összefüggésben.

A *nap besugárzása* tekintetében a Svábhegy jóval kedvezőbb helyzetben van, mint az alatta fekvő város és az azt környező dombok. Az activ fenysugaraknak, a violet és ultraviolet sugaraknak a megszürése jóval csekélyebb, mint a városban, amelynek párázatos és piszkos, poros levegője alig engedi át az ultraviolet sugarakat.

Ebben a tekintetben kedvező az is, hogy — mint már említettük — a leggyakoribb szelek északnyugat felől jönnek és így a Svábhegy felett elvonulva, a város füst- és portartalmát éppen az ellenkező irányba viszik.

A Svábhegy vidékének *középhőmérséklete* átlagban 3—4 fokkal alacsonyabb, mint a síkságé, azonban a besugárzott helyeken az insolatio következtében, különösen téli havas napokon, a maximalis temperatura gyakran emelkedik 5—10 fokkal is magasabbra, mint ahogy az lenn a városban tapasztaltatott.

Az elmondottakat összefoglalva, *a Svábhegy a középmagas fekvésű, mérsékelten nedves, meleg klimához tartozik, amelynek levegőjének tisztaságát a nagy erdőségek és a széljárás kedvező iránya biztositják.* Nagy hasonlatosságot mutat a Svábhegy, különösen a Svábhegy déli lejtőjének a klimája a Bodeni és Interlakeni tavak klimájához, amelyek szintén körülbelül 440—450 méter magasságban fekszenek.

Az elmondott klimatikus tényezők folytán arány-

SVÁBHEGYI SZANATORIUM VÍZGYÓGYINTÉZETI ÉPÜLETE.

lag nagy azon napok száma, amelyeken a beteg a szabadban tartózkodhatik. Hirtelen hőmérsékletváltozások igen ritkák és különösen a reggeli órák gyakran tiszta napsütésesek, ami *Lenkey*, korán elhunyt kiváló klimatologusunk szerint is a legfontosabb jelentőségű.

A Svábhegy hygienikus viszonyai, miután közigazgatásilag Budapest alá tartozik, jónak mondhatók. Vízvezetéke mindenütt egészséges ivóvizet biztosít. Gyönyörű sétautai, erdei útjai a főváros gondozása alatt, kitünőek.

Számos villalakás és több pensio mellett egy kitünően berendezett, az orvostudomány minden követelményének megfelelő szanatorium, a *Svábhegyi szanatorium* (3 állandó orvos, vízgyógyintézet, inhalatorium, diaetás konyha, laboratoriumok, stb.) áll a gondosabb felügyeletet és szakszerű kezelést igénylő betegek rendelkezésére.

A Svábhegy közelében, Budakeszi községben tüdőbetegszanatoriumok vannak (Erzsébet királyné szanatorium, katonai tüdőbetegszanatorium). A Svábhegy aljában fekvő ismert üdülőhelyek a Zugliget és a Hüvösvölgy.

A Svábhegy főbb javallatai: hurutos megbetegedések, beleértve az asthma bronchialet is, thyreotoxicosisban, Basedow-kórban szenvedők, vérszegénységek különböző formái és a táplálkozási zavarok megbetegedései mellett rachitis, gyengeségi állapotok a reconvalescentia időszakában.

Zugligeti Gyermekszanatórium. (I. Szilasi-út 6.)

Fekvés és épület (tengerszínmagasság 380 m): A Zugligetnek csendes és előkelő villanegyedében, a Jánoshegy déli lábánál fekvő csarnokos épület, már izolált fekvésénél fogva is igen alkalmas gyermekek pihentetésére és gyógyítására.

A szanatorium épületét gyönyörű park övezi, melynek évszázados fái alatt kellemes s állandó tartózkodást nyujtunk gondozottainknak.

Széltől mindig védett, napos, fekvőkúrákra különösen alkalmas nyitott terraszoikon harminc gyermek elfér.

Gyógyjavallatok: Az intézetben vérszegény, neuropathiás, rossz étvágyú, hizlalni és megerősíteni kívánt gyermekek gyógyulást találnak. Felvétetnek azonkívül betegségeket kiállott lábadozó és egyéb okokból üdülésre szoruló 4—16 éves fiú- és leánygyermekek.

Az intézet legfőbb orvosi vezetését és ellenőrzését *Preisich Kornél dr.* gyermekorvos, egyetemi m. tanár végzi.

Az intézetben lakó vezető gyermekorvos minden idejét a gyermekek között tölti s ellenőrzi azok étkezését és testi ápolását.

A gyermeke erősítésére bőséges, ha kell, diaetás konyha, massage, vízkúrák, quarzkezelés áll rendelkezésre.

Röntgen-laboratorium is rendelkezésre áll.

Az évszakok szerint sportolhatnak a gyermekek. Az intézet egész éven át nyitva van s védett fekvésénél fogva különösen télen alkalmas hurutos betegségekre hajlamos gyermekek edzésére és gyógyítására.

Mindennemű felvilágosítással készséggel szolgál *Rosenberg Gyula dr.* gyermekorvos, az intézet vezetőorvosa. (Telefonon: 965—58 Lipót.)

A 81-es állomástól az intézet fogata rendelkezésre áll.

Csillaghegyi Árpád-strandfürdő.

A *Csillaghegyi strandfürdő* a főváros szívétől 25 percnyi távolságra, széltől védett, hegyektől övezett, csodás parkok között 20.000 négyszögöl területen fekszik.

A fürdő vize 23 fokos természetes, nagy rádiumtartalmú (hydrocarbonátos) ásványvizes forrás, melynek az egészségre — elismert orvostanárok által is igazolt — kitünő hatása van. A fürdő vize különösen bizonyos gyermekbetegségek gyógykezelésénél igen hatásos.

A fürdő minden kényelmet kielégítő. Modern be-

rendezése egyedülálló. Hatalmas úszóbassinek, több nagy természetes fövenyfürdő, kényelmes vasbetonkabinok állanak a közönség rendelkezésére, mérsékelt áron.

Gizellatelep Duna-Szanatorium.

Klimatikus gyógyhely.

Hajóállomás: *Gizellatelep.*

Vasútállomás: *Nagymaros—Visegrád.*

A telep közvetlenül a Duna partján, a pilisi hegyek lábánál fekszik. Éghajlata enyhe. Teljesen pormentes és ózondús levegője. Hőmérséke napi ingadozásokat alig mutat. Modern vízgyógyintézet, szénsavas, fenyő-, terepkúrák, rendszeres hízlaló- és fogyasztó-, valamint szigorú diaetás kúrák.

Gyógyjavallatok: Légutak hurutos megbetegedései (tuberculosis kivételével). Ideggyengeségi állapotok. Általános táplálkozási zavarok. A véredényrendszer bántalmai. Lábbadozók.

Vezető-főorvos: *Tausz Béla dr.*

Ellátási árak: Lakás és naponta négyszeri étkezés: 120—140.000 korona naponta, a szoba fekvése szerint.

Telefon: Visegrád 3. Posta: Visegrád.

Harkány gyógyfürdő.

62 C° meleg, természetes, kénes, iszapos gyógyforrások. Posta-, auto- és vasútállomás. Int. tel. 9. sz.

Magyarország legdélibb részén, ott, ahol a zajló Dráva a szlavoniai őserdők határához ér, fekszik a Pécs—Dolnji-Miholjac-i országúton Európa egyik legnagyobb gyógyhatású, kénes, iszapos hévfürdője: *Harkány.* Egy széles völgy, mely északról és keletről az Alpesek kifutói által szél és váratlan időváltozás ellen védve van, szegélyezi a fürdő kies környékét.

A fürdő Pécsről autobusszal 35 perc alatt, vagy rövid és kellemes vasuti utazással könnyen elérhető. Az utasok tömegforgalmát állandó autobuszjáratok (autotaxik) és naponta négy vonatpár (vasár- és ünnepnap öt vonat) bonyolítják le.

A 62 fok természetes forrású, kénes ásványi anyagokkal telített radioactiv források egy 50 holdas gondozott angolpark közepén bugyognak fel, melynek viruló lomb- és virágcsodái övezik körül a gyógyfürdő szállodáit és fürdőit. Száz év óta vándorolnak a szenvedők és betegek Aesculap ezen búcsújáróhelyére, ahol fájdalmaik enyhítésére és bajuk gyógyítására gyógyírt találnak.

A felbugyogó víztömeg (naponta 40.000 hl) önmagából váltja ki a nagymennyiségű gyógyiszapot, mely az ismert nagyhatású iszappakolásra szolgál.

Az I. oszt. fürdő görögstylusú oszlopcsarnokában vannak elhelyezve a karrarai márványkádak, masszi-

rozó- és pihenőtermek, melyek nagy kényelemmel vannak felszerelve. Kádfürdőket tartalmaz a II. oszt. is. Minden egyes fürdőszobában a víz hőfoka orvosi rendelés vagy tetszés szerint szabályozható. Sokan előszeretettel használják a közös fürdőt is, melynek külön férfi- és nőiosztálya van.

Harkány gyógyfürdő vize kénes hévvíz, mely *Than Károly dr.* vegyelemzése szerint a következő tartalommal bír:

Konyhasó	0·048
Szénsavas natrium	0·206
Kénsavas natrium	0·010
Chlorkalium	0·073
Chlorlithium	0·002
Chlorcalcium	0·043
Szénsavas mész	0·093
Szénsavas strontium	0·008
Chlormagnezium	0·034
Brómmagnezium	0·001
Jódmagnezium	0·008
Szénsavas magnezium	0·0007
Szénsavas manganoxydul	0·003
Kovasav	0·129
Szerves anyagok	0·015
Szilárd alkatrészek összesen	0·684
Szénoxydsulfid	6·82
Félig kötött és szabad CO_2	191·75

Elsőrangú gyógytényező izom- és ízületi csúz, csúzos lobtermékek és azok által okozott ízületi merevségeknél, köszvény, ischias, nőibetegségek, stb. balneotherapiájánál.

A forrásvíz gyógyhatásának fokozása céljából iszappakolások végeztetnek s az orvosi rendelő modern elektrotherapiai felszereléssel is el van látva.

A fürdő „Gróf Benyovszky" nagyszállodájában, mely villanyvilágítással, vízvezetékkel modernül van berendezve; a fürdővendégek kényelmes elhelyezést találnak a fürdők közvetlen közelében.

A gyógyfürdő vendéglőjének elsőrangú magyar, francia és kívánatra diaetás étkezésre berendezett konyhája van.

A fürdővendégek szórakozására szolgálnak az angolpark árnyékos sétautai, kitünő jazz- és cigányzenekar, színház, rádió, tennis, valamint a gyógyterem zongorával, bel- és külföldi ujságokkal és több ezer kötetes könyvtárral, végre kirándulások Máriagyüd kegyhelyre, a Drávára, stb.

Külön kell említenünk a páratlan szépségű, kristálytiszta, eredeti forrásvízű, langyos strandfürdőt, melynek 100 kabinja, homokos strandfürdője és zuhanyberendezése az egészséges ember minden hygienikus kívánságát is kielégíti.

Fürdőorvos: *Saortay Árpád dr.*

Elő- és utóidényben olcsó pensio!

Kérjen prospektust!

Hévíz-Gyógyfürdő (Zalamegye.)

A fürdő fekvése, leírása.

A Balaton északnyugati sarkától, a zalamegyei Keszthely városától 6 kilométernyire, gyönyörű tájképi részleteket mutató vidék egyik völgyében, évszázados fáktól környékezve, fekszik a páratlan, elismert gyógyhatású hévízi tó. Forrásai nagy mélységből erednek és melegüket a vulkanikus hegységekben végbemenő folytonos mérhetetlen vegyi átalakulásokból nyerik. A tó nyugati oldalán fejlődött ki a fürdőtelep, ezen oldalon van a fürdőnek árnyas, mérsékelten emelkedő, gondozott utakkal bíró, körülbelül 50 hold kiterjedésű parkja.

Festői fasorokon vezet az út Hévízre, hol az érkező beteget az igazgatóság épülete előtt fogadják és útbaigazítják lakosztálya felé.

A fürdőtó közepén impozáns, kupolás épület áll; velencei módra óriási pilotákon nyugszik. E szép és szerfölött praktikus berendezésű fürdőházon kívül szintén újonnan épült másodosztályú és harmadosztályú fürdőház áll a tó déli részében. Ezen épületeket egymással és a partokkal széles fahidak kötik össze. A díszes főbejárattól vezető híd észak felé védett és tetővel fedett, tulajdonképen kellemes, félig zárt sétahelyet képez. A folyó évben elkészült a modern homokstrandfürdő és a világon páratlanul álló iszapstrandfürdő.

A tó nagy része a partok mentén tarka a gyönyörű fehér, piros és kék lotuszoktól (Nymphea thermalis); ennek gyökerei különös szétmálló folyamaton mennek át és a forrásiszapot állandóan gyarapítják korpaszerű növényi részekkel.

A fürdőtelep, mely 14 szálloda és villából, összesen 250 elsőrangú bútorozott szobából áll, egységes kezelésben van és a fürdőigazgatóság hatáskörébe tartozik.

A fürdőtelephez tartozó szállodákon kívül van a Kraicsovits-féle szálloda 900 lépésre a teleptől 60 szobával, továbbá közvetlen a fürdőtelep mellett kezdődő Hévízszentandrás községben kb. 60 szálloda és magánház, hol 800 szoba áll rendelkezésre.

Hévíz gyógytényezői és gyógyjavalatai.

Hévíz gyógytényezői között első hely illeti meg a tó vízét és a tófeneket képező korpaszerű iszapot, mely növényi anyagainak nagy mennyisége és physikalis sajátságai folytán lápnak is mondható. Ezen gyógytényezők tulajdonságaik folytán bírnak az évtizedeken át kipróbált gyógyerővel.

A hévízi források körülbelül 10 hold felszínű tómederbe ömlenek, és ezen nagy területre kiterjedve nyáron is 37—39 C-fok meleggel táplálják a tó vízét. A forrástól a lefolyó csatornáig egész skálája van a hőfokoknak a 37 foktól 33 fokig.

A forrás az akratothermák csoportjába tartozik („warme Wildbäder"). szilárd alkatrészei közt kénsavas és szénsavas sók a dominálók. Gázalakú testek közül szénsav és kénhydrogen van oly nagy mennyiségben a vízben, hogy a beléje helyezett kézre sűrű gyöngyalakban rakódik le, mint a szódavíz vagy pezsgő gyöngyöcskéi a pohár oldalán.

A tófeneket képező iszap puha, korpaszerű anyag, mely korhadt növényi alkatrészekkel sűrűn van keverve, a testhez nem tapad, nem piszkít, felkavarva a benne absorbeált gáz felszabadul és élénk pezsgés keletkezik. A korpaszerű anyag ásványi alkatrészei közül főleg a kénes sók fontosak, melyek az egyenletes meleg korpának chemiai gyógytényezőjét szolgáltatják.

A víznek és iszapnak physikalis hatásmódja abban rejlik, hogy az állandóan és egyenletesen meleg víz és iszapréteg hőfoka és súlya által nemcsak a bőridegvégződésekre, hanem a mély véredénybeidegzésre is hatva, az anyageserére hatalmas javító, az élenyülést fokozó befolyással bír. Azon betegségeknél, melyeknél fürdőnk használata javalt, legfontosabb mozzanat bizonyos kóros vérkeringési zavarok megjavítása, kórtermékeknek olyszerű átalakítása, hogy azoknak átalakult termékei a vérkeringésbe fölvétessenek és alkalmas úton eltávolíttassanak. E célra hathatósabb gyógyeszközt a hévízi fürdőknél még csak elképzelni sem lehet. A szerencsés hőfokviszonyok, hogy t. i. minden eset megtalálja a neki megfelelő hőmérséket, a víz óriási gáztartalma, az iszap természettani és vegytani tulajdonságai mind hozzájárulnak ahhoz, hogy a kórtermékek kedvező átalakuláson menjenek át és a javított keringési viszonyok azok kiküszöbölését a legelőnyösebben eszközölhessék. A fürdők után javult bőr és veseműködés a legnagyobb mértékben eszközli ezt. Az iszapréteg súlya, egyszersmind mint a legtermészetesebb, enyhe massage mindezen fo-

lyamatokat erélyesen támogatja. Ha a bőr útján való kiválasztást, az izzadást fokozni akarjuk, a fürdő után göngyöléseket használunk. Orvosi massage, villanyozási eljárások, Zander-gymnastika a fürdőkúráknak alkalmas esetekben kitűnő támogatói.

Röviden felsoroljuk itt azon nagyobb betegségcsoportokat, melyeknél fürdőnk gyógyhatása kitűnő sikerhez vezet:

1. *Csúzos bántalmak.* E csoporthoz tartoznak mindazon *izületi* és *izomcsúz*-esetek, melyek az első heveny, lázas állapoton túl vannak, vagy már kezdettől fogva idülten lépnek fel. A heveny sokizületi lob után visszamaradó *izületi izzadmányok, daganatok, a tokszalagok megvastagodásai, inhüvelylobok, inzsugorok,* porcos *merevedések, összehúzódások* — melyek mind a legkülönbözőbb klinikai tünetek képében jelentkeznek — igen hálás és szép eredményekhez vezető tárgyai a hévízi fürdőkúrának.

Csúzos betegeknél nem túlságosan ritkán a szív is többé-kevésbbé meg van támadva. Ha pangásos tünetek (incompensatio) nem voltak jelen, akkor némi elővigyázattal bátran ajánlható a hévízi fürdő, *mert szénsavas fürdő létére a hévízi fürdő gyakran gyógyítja a szív részéről mutatkozó tüneteket.*

2. *Anyagcsere-bántalmak.* Itt főleg a *köszvény* és a *cukorbaj* kóros tünetei azok, melyek a hévízi gyógyfürdő használatát teszik javalttá.

3. *Lobos folyamatok után visszamaradó izzadmányok.*

4. *Idegbántalmak.* Fürdőnk, ellentétben azon hévfürdőkkel, melyeknél túlzott hőfokú vizekben, gőzös helyiségekben kénytelen fürödni a beteg, az idegességre hajlamosaknál sem vált ki ideges tüneteket, sőt sok neurastheniás gyengeségi és izgalmi állapotot megnyugtató melegsége, szénsavgáztartalma folytán teljesen meggyógyít. Fürdőnkben meg van oldva az orvosi körökben oly sokat vitatott és nehéz kérdés *az ideges egyénekben fellépő csúzos megbetegedések kezeléséről.*

Az iszapfürdők és göngyölések azon idegbántalmak specifikus gyógyszerei, melyek nagy fájdalommal járnak: így főleg *zsábák* (arcideg-, kar- és bordaközi zsába) és ezek között is elsősorban az *ülőideg zsábái,* az *ischiások* mutatnak gyors, alapos és biztos gyógyulást.

5. *Külerőszaki behatások, ú. n. traumák okozta bántalmak. Csonttörések, ficamok* és *izomzúzódások, vérömlenyek.*

A fürdőigazgatóság minden érdeklődőnek küld részletes tájékoztatót. Az összes vonatoknál a keszthelyi pályaudvaron elegendő, a fürdőigazgatóság üzemében tartott autó áll rendelkezésre megszabott, mérsékelt tarifa szerint. Keszthely legjobban megközelíthető a Délivasút Balatonszentgyörgy állomásától kiinduló helyiérdekű vasúttal, továbbá a MÁV vonalán Tapolcán keresztül.

Parád-gyógyfürdő.

Parád-gyógyfürdő a hasonnevű községtől 2 km távolságra a tenger színe felett átlagosan 210 m magasságban fekszik a mai Magyarország legmagasabb hegységében — a Mátrában — és legnagyobb kiterjedésű erdőségének határában. A majdnem teljesen zárt völgykatlanban fekvő fürdőtelep tehát szélmentes és kifejezetten erdei klimával bír.

A magyar viszonyokhoz képest magas kultúrájú fürdőtelep karbahozatalára a tulajdonos hitbizomány zárgondnoksága az elmult három év alatt igen sokat áldozott. A fürdőhely saját villanyvilágítással, vízvezetékkel és szennyvízcsatornázással van fölszerelve, az 5 km távolságra fekvő vasútállomással a rendes fürdőidényben rendszeres autóközlekedést tart fenn, de értesítésre, idényen kívül is küld kocsit az állomásra. Ezenkívül a telepen gyógyszertár, csendőrörs és postatávirda-távbeszélő-hivatal van. Budapesttel a fürdőt 4 órai út alatt három gyorsvonat-pár köti össze, amelyek közül kettő az idény alatt közvetlen kocsit is visz magával. Szórakoztatásul a fürdőhelyek szokásos kellékein kívül a nem beteg vendégek részére főkép a túrisztika szolgál. Gyalogsétákra a nagykiterjedésű park, a Mátrahegység közelebb fekvő számos szép pontja, az ilonavölgyi halastavak, vízesés stb. állanak rendelkezésre. Hetenkint kétszer társas-kirándulást is rendez a fürdőigazgatóság, mikor is autón a parádi üveggyár, sasvári kastély, Sirokvára, Kékes, Galyatető stb. kereshető fel. Gyöngyös, Eger is autón jó úton 1—2 óra alatt megjárható. A sportkedvelőknek három kitűnő tenniszpálya, több ping-pong-asztal áll rendelkezésére. Tervbe van véve egy nagyszabású golfpálya építése. A fürdő körüli patakokban meg van engedve a rákászás is. A fürdővendégek szórakoztatására a főidényben naponkint háromszor játszik a hírneves mezőkövesdi cigányzenekar. A fürdőigazgatóság hetenkint egyszer tombolával és tánccal egybekötött zeneestélyt is rendez a vendéglő nagytermében.

A gyógyfelszerelést egy gőzfűtéssel ellátott fürdőház, külön vízgyógyintézet, valamint a vegyi és górcsövi vizsgálatokra és szükség esetén műtétek elvégzésére is alkalmas orvosi laboratórium és rendelőhelyiségek képezik. Az eddig legföljebb 1·25‰ sűrűségű vasszulfátos fürdővizet, alapos kísérletek eredményeként, nagy költséggel épült és az évenkint cserélt, 500 tonna szulfátos (alutinosodott trachit-andezit) kőzetet magába foglaló, lúgozószekrény 6—8‰ töménységüre erősíti. A mult év folyamán az Ilona-völgyben újonnan feltárt gyógyforrás klinikailag kipróbált vizét is felhasználjuk és a speciális melegítőkészülék útján adagoljuk. Végül a kőzetlúgozás üledéke (gipsznek töményebb szulfátok oldatával való keveréke) iszapborogatások alakjában is alkalmazást nyert, amely eljárások segélyével gyógyeredményeinket kívánjuk lényeges mértékben fokozni.

Az egészségügyi szolgálatot, az igazgatói teendőket is, végző dr. Dessewffy Aladár főorvoson kívül egy egyetemi belgyógyászati klinikán alkalmazott orvos és egy ugyancsak egyetemi női klinikáról kikért ápolónő látják el. Mivel a gyógyfürdő a betegek szakszerű kezelését kívánja szolgálni, elsősorban a fürdőt kúravétel céljából felkeresni szándékozók nyernek elhelyezést. Ez a cél vezette a fürdőigazgatóságot akkor is, amikor a telepen saját kezelésében tejcsarnokot és pékműhelyt létesített, amelyek szükségleteit (tej, tejtermékek, hideg felvágottak, gyümölcs, liszt stb.) szintén saját maga termeli ki. Végül a betegek érdekére való tekintettel úgy a vendéglőben, mint a tejcsarnokban a különböző betegségeknek megfelelő diaetás penzió, illetőleg étlapszerinti ételek is kaphatók.

A gyógyfürdő — míg a téli kúrákat rendszeresen be nem vezetjük — május 1-től október 1-ig van üzemben, amely időtartamból a főidény június hó 16-tól augusztus hó 31-ig tart. Azonban 15 fűthető szoba átutazó vagy pihenő vendégeknek télen is állandóan rendelkezésre áll és igénybe vehető.

A gyógyfürdő három, egymástól teljesen különböző típusú gyógyvízzel rendelkezik, melyeknek alkalmazási módja a következő:

I. *Fürdőgyógymód* a megerősített vas- (kálium-, nátrium-, kalcium-, magnézium-, aluminium- stb.) szulfátos vízzel:

a) a női ivarszervek hurutos és idült kötszövetszaporulatot képező megbetegdéseinél;

b) a test bármely részében székelő izzadmánymaradványok felszívódásának elősegítésére;

c) hűléses betegségek (csúz, köszvény, ischiás, zsá-

bák, inhüvely-gyulladás stb.) azon eseteinél, hol a kénes és hévizek egyénileg nem hatnak;

d) mirigytúltengések ellen;

e) különböző bőrbajok ellen.

II. *Ivógyógymód.* Arzénes-savas (Than tanár 1902. évben végzett elemzése szerint 0·0098 súlyrész arsentryoxidot tartalmaz), kénes-szénsavas (Csevice, elemezte Felletár Emil, főhatóanyaga a carbonilsulfid-gáz) és

vasas-szénsavas (Klarisse-forrás, Lengyel tanár 1882-ben végzett elemzése szerint 0·559 súlyrész vasbicarbonátot tartalmaz) forrásvizekkel:

a) a vér rendellenes összetételén alapuló betegségeknél a Klarisse-forrás a vér vastartalmának növelésére, az arzénes víz a vérsejtek szaporítására;

b) bőrbetegségeknél az arzénes víz;

c) ideges vagy hurutos hasmenéseknél, vagy vérzést okozó aranyeres bántalmaknál az arzénes víz;

d) reconvalescentiánál mindkét előbbi forrás;

e) a gyomor és bél emésztőnedveinek rendellenes képződésénél a melegített Csevice-víz;

f) idült székrekedéssel egybekötött vastag- és vékonybélhurutoknál a melegített Csevice-víz;

g) motorikus gyomor- és bélbajoknál a meleg vagy hideg Csevice-víz;

h) epekő- vagy epehomok-képződés ellen a meleg Csevice-víz;

i) hólyag- és vesemedence-hurutok ellen a hideg Csevice-víz;

k) anyagforgalmi megbetegedések ellen mind a három forrás vize.

III. *A vízgyógyintézet* különböző kezelései pedig idegesség, kimerültség és mint kisegítő-eljárás a fenti kúrákkal együtt egyéb betegségek kezelésénél javaltak.

A közönség elhelyezésére szolgáló 6 szállóban, a kastélyban és 6 kisebb villában levő 192 szoba mind a fürdőigazgatóság rendelkezése alatt áll és ez évtől kezdve a kastélyban levő szobák is (napi áraik 32.000—95.000 K között) *ágy- és fehérneművel* vannak ellátva. Mivel a fürdőtelep az utóbbi évek alatt a jelentkező vendégek harmadrészét sem volt képes elhelyezni, ajánlatos, ha a szobákat a vendég minél hamarabb lefoglalja, a kúrázni kívánók pedig inkább az elő- és utóidény csendesebb hónapjait használják ki — már azért is, mert ezen időszakokban áraink 25%-kal alacsonyabbak. *Vasúti arcképes igazolvánnyal rendelkező közalkalmazotak* az elő- és utóidényben igazolványaik egyszerű felmutatására a szoba- és fürdőárakból, valamint a gyógy- és zenedíjból 50% kedvezményben részesülnek.

A lakásmegrendelésnél kérjük világosan feltüntetni, hogy emeleten vagy földszinten és hány ágyas legyen a szoba, továbbá mikortól meddig óhajtják a lakást. Két vagy több szoba megrendelése esetén pedig közölni kérjük, hogy azok egymásba nyíljanak-e. A felajánlott vagy óhajtott szoba lefoglaltnak csak akkor tekinthető, ha annak 10 napi időre eső bérösszegét a vendég foglalóként megküldötte, amely esetben költvéllel biztosítjuk a lakás megjelölt időre való használatát. Ha a lefoglalt szobát a kikötött időpontban nem veszik igénybe, illetve a későbbi érkezésről a fürdőigazgatóság legalább 14 nappal hamarább értesítést nem kap, úgy jogában áll a lakást másnak kiadni, az előleget pedig saját céljára elszámolni. Ha az igazgatóság a későbbi érkezésről kellő időben értesítést kap, a szoba lefoglaltnak tekintetik, annak árát azonban a bérbevétel eredeti napjától számlázzuk és ez nem biztosítja a szobának a megállapított határidőn túl való igénybevehetőségét. Végül a fürdőigazgatóság a leghatározottabban kiköti magának azt a jogot, hogy a kiadott lakás hozzájárulása nélkül másra át nem ruházható.

*

Bár a fürdőidényben minden nappali vonatnál kocsi várja az érkezőket, mégis a szoba elkészítése végett is ajánlatos az érkezésről a fürdőigazgatóságot idejében és pontosan értesíteni. A fürdőigazgatósághoz intézett levelek: Igazgatóság, Parádfürdő címzendők. Távirateím ugyanaz. Telefon: Parád 1.

Vasúti állomás: Parád, Recsk község szélén fekszik, Kisterenyétől vasúton 26, Kálkápolnától 28 km-re és a vonat kb. 70 perc alatt teszi meg ezt az utat. Budapestről Kálkápolnán át egész évben két pár, Kisterenyén át egy pár gyorsvonat közlekedik, amelynek a parádi vonathoz kitűnő összeköttetése és a fürdőidényben Parádig közvetlen kocsija van. Budapestről Parád — Gödöllő, Hatvan, Gyöngyös és a Mátra-hegység kitűnő szerpentinútján át — autóval is két és fél óra alatt könnyen elérhető. Parádtól Eger autón ¾ óra — igen jó úton. Kálkápolna—debrői országút autótúrára nem ajánlható.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VAMOSSY ZOLTÁN.

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

70. évfolyam 24. szám Budapest, 1926 június 13

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HŐGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Fáykiss Ferenc: Az epeutak megbetegedése typhus kapcsán sebészi szempontból. (631—635. oldal.)
Szentkirályi Zsigmond: Az urobilinogenuria jelentősége neosalvarsankezelés előtt és alatt. (635—638. oldal.)
Göttche Oszkár: A Czerny-tünet vizsgálata Röntgenernyővel chorea minor eseteiben. (638—640. oldal.)
Horváth Árpád: Méhenbelül elvérzett magzat (lepényi aneurysma). (640. oldal.)
Minich Károly: Epikrisis. (641. oldal.)
Therapia. Schwartz Dezső: Salvacid alkalmazása hyperaciditásnál. (641—642. oldal.)
Madi Kovács Ferenc: Új sebészi tűtartó mélyben és üregekben való dolgozáshoz. (642—643. oldal.)
Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Szülészet és nőgyógyászat. — Gyermekorvostan. (643—647. oldal.)
Könyvismertetés. (647—648. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület június 5-i ülése. (648—649. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának máj. 31-i ülése. (649—650. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület otologiai szakosztályának május 27-i ülése. (650—651. oldal.)
A M. Urologiai Társaság május 31-i ülése. (651—652. oldal.)
Az Országos Munkásbiztosító Pénztár orvosainak május 27-i ülése. (652. oldal.)
A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának május 29-i ülése. (652—653. oldal.)
A Debreceni Orvosegyesület május 27-i ülése. (653. o.)
Darányi Gyula: A Wassermann-reactio szabályozásának kérdése. (653—655. oldal.)
Vegyesek. (655—658. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A Budapest székesfőváros Szent László-közkórházának közleménye (igazgató: Gerlóczy Zsigmond dr. egyetemi ny. rk. tanár.)

Az epeutak megbetegedése typhus kapcsán sebészi szempontból.

Írta: *Fáykiss Ferenc dr.* közkórházi főorvos.

„Az epeutak megbetegedése folytán létrejött typhus abdominalis szövődmények a sebészre nézve fontosság tekintetében mindjárt a bélátfúródás után következnek" mondja *Ottó W. Madelung* „*Die Chirurgie des Abdominaltyphus*" című munkájában.

Mikor az ő teljes irodalmat feltüntető könyve után a Szent László-kórház utolsó három évi typhusanyagának epeútszövődményeit sebészi szempontból feldolgozni megkísérlem, teszem azt abban a reményben, hogy adataimmal én is hozzájárulhatok néhány vitás kérdés tisztázásához, mert dacára annak, hogy az utolsó 25 esztendőben a hasityphus kérdése körül óriási irodalom fejlődött ki, a nézetek sok tekintetben még ma is eltérőek, így elsősorban az epeutak megbetegedésénél követendő sebészi beavatkozás tekintetében is.

Sebészi beavatkozás epeútmegbetegedés miatt történhetik az abdominalis lezajlása folyamán, a reconvalescentiában és a teljes gyógyulás után akár évekkel később is az úgynevezett bacillusgazdák eseteiben. Időbelileg ez a három eshetőség lehetséges.

Mint általánosan tudjuk, a typhusbacillusok az epeutakban, különösen pedig a sebészt érdeklő epehólyagban már a megbetegedésnek első napjaiban is megjelennek. *Hage* és *Brinkmann* duodenalis szondázással a megbetegedés negyedik napján is kaptak typhusbacillusokat az epehólyagból és ezáltal bebizonyosodott a *Chiari* által már 1894-ben hangoztatott nézet, hogy a typhusbacillusok az epehólyagba nem ascendálva a bél felől, hanem a véráram útján kerülnek. Ugyancsak ők megállapították azt is, hogy az epehólyagban a betegség második hetében szabályszerűleg vannak typhusbacillusok, míg a harmadik és negyedik héten csak túlnyomó többségben, a reconvalescentiában pedig csak elvétve, ami azt bizonyítja, hogy a typhusbacillusok a gyógyulás folyamán többnyire hamarosan kitakarodnak az epehólyagból. Typhusbacillusoknak az epehólyagban való jelenléte tehát ezek szerint magában véve szövődményt nem jelent; a bacillusok jelenléte csak akkor válik jelentőségteljessé, ha egyidejűleg gyulladásos tünetek is lépnek fel az epehólyagban, vagy pedig a bacillusok még akkor is kimutathatók, amikor a typhus már régen lezajlott, sokszor évek multával is.

Hogy mi az oka annak, hogy a mindig jelenlévő bacillusok egyszer előidéznek epehólyaglobot, máskor nem, rendszerint hamarosan kitakarodnak az epehólyagból, kivételesen ott évekig is elbújnak, erre vonatkozólag teljes megállapodás még nincsen. E tekintetben nagyjelentőségű volna az, ha kimutatható lett volna akár csak egy esetben is, hogy a typhusbacillusok az epehólyagban éppen olyan jellegzetes fekélyeket hoznak létre, mint a bélben, amelyekről már makroskoposan is megállapítható, hogy azok typhusos fekélyek. Ilyent azonban egyszer sem találtak. A régi nézetnek, hogy cholecystitis chronicának és a cholelithiasisnak igen sokszor a kiállott typhus kapcsán az epehólyagban letelepedett typhusbacillus az oka, ma már csak kevés követője van. Amióta *Bachmeister* 1907-ben kísérletileg kimutatta, hogy a typhusbacillusok az epekövek belsejébe másodlagosan is belejuthatnak, az irodalomban ismert epekőesetek, ahol a kövekben typhusbacillusokat találtak, az epekőkeletkezésre vonatkozólag értéküket vesztették. A nézet jelenleg mindinkább arrafelé hajlik, hogy a typhusbacillusok az epehólyagban, éppúgy, mint bárhol máshol a szervezetben, gyulladást, illetőleg genyedést csak akkor okoznak, ha az epehólyag, illetőleg a szervezet egyéb része már előzetesen bármely oknál fogva sérült vagy beteg volt. A legújabb irodalomban főleg *Eugen Fraenkel* erős védelmezője ezen elméletnek, aki a typhusbacillusokat, mint rendszeres epekőokozókat, már csak azért sem fogadja el, mert, habár Hamburgban a typhusjárvány rendkívül visszafejlődött, az epekőesetek egyáltalán nem kevesbedtek meg. Még

valószínűbbé válik ez az elmélet a Kehr-féle epekőadatok szerint, ahol a Riedel-féle számítás Németországban kétmillió embernél vesz fel epekőmegbetegedést, ezek közül azonban 95% tünetmentes marad és így nagyon könnyen lehetséges, hogy éppen az epekövesek azok elsősorban, akik a typhus kapcsán epehólyagszövődményt kapnak, annál is inkább, mivel epehólyagszövődmény typhus abdominalisnál az eseteknek elég kis számában fordul elő.

Aschoff kimutatta, hogy, ellentétben a régi Naunyn-féle elmélettel, van epekőképződés steril epében is kizárólag pangás következtében. A sterilen képződött epekő kristályos cholestearinkő, amely évekig lappangva, minden tünet nélkül ülhet az epehólyagban, de ha valamely fertőző megbetegedést kap az egyén, legyen az akár csak egy tonsillitis is, heveny gyulladás léphet fel az epehólyagban és addig tisztán cholestearinkőre mészsók rakódnak rá; a lappangó kő egyszerre kólikás rohamokat vált ki és így van az typhusnál is.

Ezek szerint tehát typhusnál a mindig jelenlévő bacillusok az epehólyagban lappangó kő körül gyulladásos folyamatot indítanak meg, amely acut cholecystitis képében jelentkezik s a rendes cholecystitistől csak annyiban tér el, hogy a tünetek a szokottnál jóval hevesebbek és a gyulladásos átfúródásra sokkal hajlamosabb, mint azt saját eseteimben is volt alkalmam észlelhetni. Igen szépen bizonyítja ezt a secundaer gyulladást a *Báron Sándor* által (1912) leírt, *Réczey* professor anyagán észlelt eset, ahol a műtét útján eltávolított epehólyagban kő és typhusos eredésű geny volt, ez utóbbiból typhusbacillusok tisztán tenyésztek ki. A kövek belsejében typhusbacillust nem lehetett kimutatni, hanem csupán colibacillust. Nyilvánvaló tehát, hogy ez esetben a coli idézte elő a követ, viszont a typhusbacillus a kő mentén a genyes epehólyaglobot.

Ezen elméletet támogatja az is, hogy míg a typhus abdominalis körülbelül egyformán támadja meg a férfi és női nemet, epeútszövődmény főleg a női betegeknél fordul elő, éppúgy, mint a cholelithiasis is főleg a nők betegsége. De ha továbbmegyünk és a bacillusgazdákat vizsgáljuk meg, úgy azt látjuk, hogy azok túlnyomó számban szintén nők, és pedig a különböző statisztikákat összehasonlítva, körülbelül ugyanazon arányban, mint amilyen arányban vannak egymáshoz a női és férfi cholecystitikus, illetőleg cholelithiasisos betegek. Igen fontos idevonatkozólag az is, hogy gyermekek csak igen ritkán lesznek bacillusgazdákká, ami ismét megfelel annak, hogy gyermekeknél ritkább az epekőmegbetegedés. A műtétre került bacillusgazdáknál csaknem mindig kő volt az epehólyagban, mint az a *Madelung* által az irodalomból összeállított hatvan esetet felölelő statisztikából is látszik, és ahol kő nem volt, ott gyulladásos folyamatok voltak észlelhetők az epehólyag falában, még pedig rendszerint súlyosabb formában. Ezeknél az idülten gyulladt epehólyagoknál feltehető, hogy valamikor szintén követ tartalmaztak; a kő kiürült, a gyulladás azonban a hólyagban tovább is fennmaradt. *Madelung*nak egy másik statisztikájában, amely a typhus alatt operált esetekre vonatkozik, az esetek kétharmadában nem volt kő jelen, azonban a kérges falvastagodások, a heges összenövések arra engedtek következtetni, hogy itt lehetett egyszer kő, amely kiürült, vagy legalább is az epehólyag már előzetesen is idülten beteg volt. Voltak azonban elvétve egészen heveny jellegű catarrhalis elváltozások is az epehólyagfalban, amit másképp magyarázni nem lehetett, mint hogy a typhus alatt a ductus cysticus vagy a choledochus valamely oknál fogva beduzzadt, mint egyik esetemben a choledochust összeszorító nyirokmirigyek következtében és ezáltal az epeutakban, illetőleg az epehólyagban pangás és gyulladás jött létre. Ilyen esetekben mégis csak fel kell vennünk az önmagától létrejött typhusos cholecystitist, illetőleg cholangitist és ezen az alapon nem zárkózhatunk el az elől sem, hogy a typhusos epehólyaglob kapcsán kövek is képződhetnek, azonban semmiesetre sem abban a mértékben, mint azt azelőtt feltételezték.

Eugen Fraenkel 1923-ban azon nézetének adott kifejezést, hogy a typhusbacillus csak igen enyhe, makroskopos vizsgálat útján alig észrevehető gyulladást képes csak előidézni az epehólyagban és ez a gyulladás teljes visszafejlődésre alkalmas. Az epehólyag falában ilyenkor bacillus nincs, úgyhogy itt csak az epehólyag bacteriocholiájáról lehet beszélni.

A typhusos cholecystitis tünetei semmiben sem különböznek a rendes cholecystitis tüneteitől, azonban a többnyire kimutatható tumor a jobb bordaív alatt a belek felfuvódottsága miatt hiányozhatik, éppígy a tapintási érzékenység is a betegek elesettsége miatt. Rövidebb-hosszabb ideig tartó ikterus egyáltalán nem bizonyítja a cholecystitist, éppúgy a hányás sem, mert mindkettőnél a duodenum nyálkahártyájának a megduzzadása játszhatja a főszerepet. Fájdalmasság az egyenes hasizomban a hányások következménye lehet, vagy izomrostelfajulás folytán állhat fenn és nem szabad semmiesetre sem elfeledkezni a jobboldali pleuritisről sem, mely a Bennecke-féle pseudocholecystikus tüneteket idézheti elő. A typhusos cholecystitis diagnosisának felállítása tehát igen nagy körültekintést igényel, emellett a helyes diagnosis igen fontos, mivel az enyhe tünetekkel kezdődő epehólyaglob éppen typhusnál nagyon rövid időn belül átfúródáshoz vezethet. Az epehólyagátfúródás tünetei akárhányszor teljesen egyeznek a bélátfúródás tüneteivel s ezért átfúródásos tüneteknél az epehólyagról sem szabad a sebésznek megfeledkeznie.

Mi történjék a beteggel, akinél a typhusos cholecystitis kétséget kizárólag megállapítást nyert? Ha átfúródásról van szó, csakis azonnali sebészi beavatkozás jöhet szóba. Más az eset a nem perforatiós cholecystitiseknél. A typhus lázas állapotában teljesen legyengült beteggel van dolgunk s még ha alarmirozó tünetek is mutatkoznak, igen nehéz a választás, kitegyük-e a beteget a bármely pillanatban bekövetkezhető átfúródás veszélyének, vagy pedig a súlyos sebészi beavatkozás eshetőségeinek. Az általam észlelt esetekben iparkodtam bevárni a reconvalescentiát, de ez nem mindig sikerült. A műtétet azonban előbb vagy utóbb mindig végrehajtottam, és pedig azért, mert az ilyen typhusos cholecystikus betegekből mindig bacillusgazdák lesznek.

A *Szent László-kórházban* az 1923., 24. és 25. évben összesen 2032 beteg feküdt typhus abdominalissal, ebből 989 férfi- és 1043 nőibeteg volt. Ezen betegeket epeútlob szempontjából személyesen volt alkalmam megfigyelhetni és, eltekintve néhány nem kifejezett, igen enyhe tüneteket mutató kétes esettől, hét esetet találtam kétséget kizáró, sebészileg számításba jövő epeútlobbal. E betegek kivétel nélkül nők voltak; férfibeteget ezen idő alatt egyet volt alkalmam a magángyakorlatomban typhusos cholecystitis miatt operálni, az esetet a kórházi eseteimmel együtt tárgyalom.

Ha nyolc esetünket közelebbről áttekintjük, azt látjuk, hogy *hét esetben kövek voltak* a hólyagban, jóllehet az anamnesisben cholecystikus rohamokat csak két betegnél tudtunk kimutatni. Ezek a kövek, amelyek a typhus alatt váltak manifestté, semmiesetre sem fejlődhettek a typhus kapcsán, már csak azért sem, mert egy részük kristályos cholestearinkő volt, amely steril

pangó epéből képződik, másik részük, mint vegyes kő, lobos epéből képződött ugyan, azonban a talált kövek száma, nagysága és csiszoltsága ellene mondott annak, hogy ilyen rövid idő alatt képződhetett volna. De ellene szól összes esetünkben főleg az, hogy kivétel nélkül heges összenövések voltak a hólyagkörüli szervekkel s a heveny genyes gyulladás kétséget kizárólag csak másodlagosan társult a typhusbacillus okozta fertőzés következtében a régi folyamathoz. Három betegnél eltokolt perforatiós tályogok voltak az epehólyag szomszédságában, ami megerősítette a mások által is észlelt tényt, hogy a typhusos cholecystitis átfúródásra igen hajlamos. Egy esetben idült vakbéllob, egy esetben májechinococcus és pankreas zsírszövetelhalás is volt még a cholecystitis mellett. Meg kell itt említenem, hogy az a nézet, miszerint epeútszövődmény éppen az enyhe lefolyású typhuseseteknél szokott fellépni *(Fodor Imre)*, beigazolódást nem nyert, amennyiben két betegnél hosszú ideig tartó deliriumok, egy betegnél pedig bélvérzés előzte meg a cholecystitis fellépését. A Widal-reactio különbözőképen viselkedett, 1 : 100 és 1 : 1200 között ingadozott. Különösen érdekes volt az az eset, ahol a májban echinococcus-tömlőt és emellett pankreas-zsírszövetelhalást is találtunk. Ennél a betegnél, dacára a kifejezett typhusos tüneteknek, mint roseolák, meg-nagyobbodott lép, meteorismus, ileocoecalis korgás, deliriumok, műtét előtt a Widal negativ volt; műtét után 1 : 200 positiv lett, majd később 1 : 100-ra leesett. Műtét után a Widal titerszámának emelkedését mások is észlelték, valószínűleg azzal függ össze, hogy a műtét alkalmával megbolygatott epeutakból nagyobb tömegű bacillus kerül a véráramba. Észlelt esetemben műtét előtt a Widal negativ volt és csak műtét után vált positivvé; így hát nem lehetetlen, hogy az egyszersmind jelenlévő pankreas zsírszövetelhalás befolyásolta valamiképen a reactiót. Érdekes volt ez az eset már csak azért is, mert, dacára a közvetlen közelben lévő epehólyagphlegmonenak s a genyedés átterjedésének a szomszédos májállományra, az echinococcus-tömlő nem genyedt el. Az echinococcus-tömlő már maga a typhus következtében is elgenyedhet, mint azt számos példa bizonyítja. Jelen esetben valószínűleg azért nem genyedt el, mert a Troisier-elmélet szerint az echinococcus-tömlő fala hosszú ideig ellenállt a typhusbacillusoknak, sőt még sokszor az antitestecseket sem bocsátja át. A vérsejtszámlálás az én eseteimben sem nyujtott semmi támpontot, sőt láttam genyes cholecystitisnél nagyfokú leukopeniát is (2600); láttam azt is, hogy a fehérvérsejtek száma 11.500-ról a genyes cholecystitis fellépése után 4400-ra esett le. Typhus recidivát a műtét előtt három betegnél észleltem és ezért beigazoltnak látom *da Costa* nézetét, hogy typhus recidivánál gondolnunk kell cholecystitis jelenlétére is s hogy a recidiva onnan indul ki. Vajjon typhus recidivával, vagy pedig csak cholecystitis okozta lázakkal van-e dolgunk, annak megítélése a legtöbbször igen könnyű. Ha a roseolák, a hasmenések, főleg pedig a lépduzzanat visszatérnek, a typhus recidiva kétségtelenül bebizonyított, míg azokban az esetekben, amelyekben a lázas szak alatt epehólyagtáji fájdalmak voltak jelen, azután megszüntek, majd a reconvalescentiában ismét hevesebben felléptek, a lázakat cholecystitikus, illetőleg cholangitikus eredésűeknek kell tartanunk *(Kelly)*.

Ikterust a műtétre került betegek közül kettőnél észleltem; egyiknél a papillába beékelt choledochus kő, a másiknál a choledochust összenyomó typhusos mirigycsomó idézte azt elő. Ez utóbbi esetben a pangó epében felszaporodott typhusbacillusok rázó hidegeket, magas lázat és cholangitist idéztek elő. Porta körüli mirigyduzzanatból cholecystitikus tüneteket és ikterust mások is észleltek, így gümős mirigyduzzanatból *Verebély* professor anyagán *Neuber*, ezenkívül *Mutschenbacher*, *Manninger*, *Fasano* és mások; skarlátos mirigyduzzanatból *Fischer Aladár;* typhusos mirigyek által előidézett ilyen nagyfokú epepangást és cholecystitikus tüneteket az irodalomban nem találtam. Az ikterus a choledochus felszabadítása után megszűnt. Az epeutakat nem draineztem, mert a cholangitist nem tartottam olyan súlyosnak, amely spontan visszafejlődésre nem alkalmas.

A typhusos lázak alatt négy betegnél, a reconvalescentiában szintén négy betegnél végeztem műtétet. A typhus lezajlása után évekkel, mint bacillusgazda, három beteg került műtétre.

A *három bacillusgazda* közül kettő influenzával került a kórházba. Az influenza, mint azt más alkalommal is többször láttam, lángra lobbantotta az epehólyagban lévő chronikus gyulladást, gyakran ismétlődő heves rohamokat váltott ki s az anamnesisben lévő typhus mindjárt arra terelte a gyanút, hogy bacillusgazdával van dolgunk. A harmadik eset az előzőknél sokkal érdekesebb. Ez a beteg az egyik sebészi osztályról került be a kórházba typhus gyanuja miatt, a magas agglutinatiós titer (1 : 600) alapján. Az eset pontos kivizsgálása után kiderült, hogy, dacára az anamnesisben ki nem mutatható typhusos megbetegedésnek, bacillusgazdáról volt szó, akinek a bélsara állandóan tele volt typhusbacillusokkal. A magas lázakat az eltokolt perforatióhoz vezetett genyes epehólyaglob tartotta fenn számos kővel az epehólyagban és a choledochusban. Egyébként semmi typhusos tünet nem volt észlelhető, lépmegnagyobbodás nem volt, haemocultura negativ volt. Ez az eset classikus példája annak, hogy bacillusgazda lehet valaki anélkül, hogy az anamnesisben typhusos megbetegedés kimutatható volna. Ilyen egyéneknél feltételezik azt, hogy a bacillus belejut a szervezetbe anélkül, hogy kártékonnyá válnék az illető egyénre nézve. A véráram útján az epehólyagba kerül, ott kedvező feltételekre találván, megtelepszik. Nézetem szerint ez a feltevés el nem fogadható, mert az a szervezet, amelyre nézve a bacillus ártalmatlan, rövid időn belül megsemmisíti a bejutott bacillusokat, ha pedig azok az epehólyagban mégis kedvező viszonyokra találnának, akkor azoknak ott ú. n. primaer epehólyagtyphust kellene okozniok, mint azt a *Posselt* által összeállított (1912) statisztika adatai bizonyítani akarják, ahol számos esetben az intestinalis tractus állítólagos épenmaradása mellett a typhustüneteket az epehólyagban letelepedett bacillusok idézték elő. Úgy vélem azonban, sokkal valószínűbb az, hogy mindezen esetekben, sőt a Posselt-féle primaer epehólyagtyphus esetekben is, enyhe vagy ambulans typhus zajlott le évek előtt a beteg tudtán kívül s a szóbanforgó betegek így lettek bacillusgazdákká, mert, mint tudjuk, éppen az enyhe lefolyású és főleg az ambulatorius typhusbetegekből lesznek többnyire a bacillusgazdák. Az állítólagos primaer epehólyagtyphus esetek tehát minden valószínűség szerint bacillusgazdák voltak, mert a bacillusgazdák csak látszólagosan élnek teljes egészségben *(Fütterer, Chiari)*, az általuk kiválasztott typhusbacillusok rájuk is kifejthetik káros hatásukat, ami hányásban, fejfájásban, hasi fájdalmakban, hasmenésekben, magas hőemelkedésekben jelentkezhetik, sőt typhuskiújulást is észleltek, jeléül annak, hogy a bacillusgazdák véráramába is belejuthatnak. Hozzávéve még azt is, hogy bacillusgazdáknál akárhányszor igen magas az agglutinatiós titer, mint azt a *Jellinek Sándor* által ismer-

tetett esetnél (1 : 6000), vagy mint az általam észlelt harmadik esetben láttuk, továbbá léptumor is lehet jelen, mint éppen az említett Jellinek-féle esetben, igen könnyen megeshetik még gyakorlott orvossal is, hogy béltünetek hiányában primaer epehólyagtyphusnak tartja a bacillusgazda genyes cholecystitisét.

A sebészek figyelme a bacillusgazdákra különösen az utolsó években terelődött. Igaz ugyan, hogy már 1905-ben *Forster* felvetette a kérdést, nem volna-e szükséges, hogy sebészi beavatkozások történjenek bacillusgazdákon, azonban a belgyógyászok és főleg a bakteriologusok részéről igen heves ellenzésre talált. Két évvel később *Dehler* magáévá tette a Forster-féle javaslatot és kimondotta, hogy bacillusgazdáknál, még epehólyagpanaszok hiánya mellett is, az epehólyagot, mint a bacillusok fészkét, el kell távolítani. Dacára annak, hogy a *Dehler* által felállított tétel óta csaknem húsz esztendő telt el, a bacillusgazdáknak Dehler-féle értelemben való sebészi kezelése gyökeret verni nem tudott. Mint tudjuk, a bacillusgazdáknál a legtöbb esetben a bacillusok fészke az epehólyag, de fészkelhet a bacillus az epeutakban, a húgyutakban, idült bélfekélyekben, a féregnyúlványban, béldiverticulumban, a bél nyálkahártyaráncok között, sőt találtak évek multával typhusbacillust a lépben és a csontvelőben is. Ezekben az esetekben igen természetes, hogy az epehólyag eltávolításával semmiféle eredményt sem fogunk elérni. Ez a fő oka annak, hogy a belgyógyászok olyan mereven ellenszegültek a Dehler-féle műtétnek. Ma azonban, amikor már a legtöbb esetben egészen pontosan meg tudjuk állapítani duodenalis szondázással és a Stepp-féle peptonreflex kihasználásával, hogy a bacillusok fészke az epehólyagban van-e, határozottan van létjogosultsága a Dehler-féle műtétnek.

A bacillusgazdákra vonatkozó ismereteink a legújabb időkben lényegesen kibővültek. A németek a következő módon osztályozzák őket: Langausscheider, azaz hosszasan kiválasztó, aki a reconvalescentián túl egy éven belül választja ki a bacillusokat; Spätausscheider (Gottschlich), azaz késői kiválasztó, akinél a bacillusokat a typhus alatt nem lehet kimutatni, hanem csak a reconvalescentiában; végül Daueraussscheider, azaz állandó kiválasztó, a tulajdonképeni igazi bacillusgazda, aki éveken át kiválaszt a székkel vagy vizelettel időszakosan typhusbacillusokat. A két első csoport spontan is gyógyulhat, ha kedvező körülmények közé kerül, mint amilyen az intézeti kezelés. Nem ilyen a helyzet az igazi bacillusgazdáknál. Itt sem az epeutakat, sem a bélhuzamot fertőtlenítő gyógyszerekkel, sem activ és passiv immunizálással (amerikaiak), sem az epeelválasztást fokozó gyógyszerekkel *(Forster)*, sem Röntgen-besugárzással állandó eredményt elérni nem tudtak. *Stuber* a cystinhigannyal és cystinhiganychloriddal csakis a két első csoportba tartozó bacillusgazdáknál tudott jó eredményt elérni; mihelyt állandó kiválasztókról volt szó, ezek a szerek is csődöt mondottak. Éppígy nem vált be a hexamethylen-tetramin, saliformin és neohexal sem. Nyilvánvaló ezekután, hogy a belgyógyászati kezelés teljes kilátástalanságánál megfelelő esetekben a sebészi beavatkozásnak határozott létjogosultsága van. *Hage* és *Brinkmann* statisztikája szerint az irodalomban ismert Dehler-féle műtétek után igazi bacillusgazdáknál csaknem 70%-ban lehetett megállapítani az állandó gyógyulást.

A kérdés csupán az, vajjon minden bacillusgazdánál, aki a szék útján választ ki, kell-e végrehajtani az epehólyagműtétet, vagy csak azoknál, akiknél epehólyagtünetek állanak fenn.

Amióta *Westphal* rámutatott a duodenalis szondázásnak typhus diagnostikus értékére és amióta legtöbbször egészen pontosan meg tudjuk állapítani, hogy a typhusbacillus a májepéből, vagy pedig a hólyagepéből származik-e, a műtét indicatióját tulajdonképen függetleníteni kellene attól, vajjon voltak-e cholecystitikus tünetek, vagy sem. Az epehólyagműtét eredménye ugyanis azon fordul meg, hogy a gazda a Garbat-féle beosztás szerint Leberkeimträger, májbacillusgazda is egyszersmind, vagy pedig csak az epehólyagban van a bacillusok fészke. Mégis cholecystitikus tüneteknél, ha az első portióban, azaz a májepében is kapunk bacillust, a műtét sikerrel kecsegtethet, tekintettel arra, hogy az epeutak lobja miatt jelenlévő epepangás következtében már az első portióban is lehet hólyagepe. Hogy olyan eset is gyógyulhat, ahol a máj epeútjai is tartalmaznak typhusbacillusokat, bizonyítja az általam operált egyik bacillusgazda esete is, akinél a choledochusba beékelt kő mellett a máj epeútjai is tartalmaznak typhusbacillusokat és mégis sikerült a műtéttel a széket állandóan bacillusmentessé tenni. *Hage* és *Brinkmann* szintén ezen a nézeten vannak, miután ők is gyógyulást értek el műtéttel olyan gazdánál, akinél a májepében is voltak bacillusok.

Ami az epeutakon történő *beavatkozás miniműségét* illeti, errenézve a nézetek még ma is eltérőek. Az epehólyagdrainezéssel egybekötött cholecystostomiának még ma is vannak állhatatos hívei, akik az erősen legyengült typhusbetegeknél a cholecystostomiát enyhébb beavatkozásnak tartják s az epének kifelé való vezetésére nagy súlyt helyeznek; a cystektomiát pedig már csak azért sem tartják feltétlenül szükségesnek, mert a cystektomia sem szünteti meg minden esetben a bacilluskiválasztást. Mások, akiknek fő képviselője *Kehr* volt, következetesen cholecystektomiát és ezt követő hosszú ideig tartó hepatikus drainaget végeztek, hogy az epeutakban lévő typhusbacillusokat a bél elkerülésével kifelé vezessék. *Madelung* azon a nézeten van, hogy mindig az eset miniműsége döntsön abban, hogy cystostomia vagy cystektomia történjék-e; egyet azonban feltétlenül helyesnek talál mindig és ez az epeutak hosszasan tartó drainezése. Azokat az eseteket, amelyekben a bacilluskiválasztást nem lehetett megszüntetni, arra vezeti vissza, hogy itt nem történt az epeutak drainageja, vagy legalább is nem a Kehr-féle előírás szerint, aki mindaddig drainezett, amíg az epében typhusbacillus kimutatható volt. Ebben a pontban azonban aggályaim vannak. *Kehr*nek *„Die Praxis der Gallenwege-Chirurgie“* című munkájában olvasható, hogy cholecystektomia és hepatikus drainage után több ízben typhus felléptét észlelte és ezért *Arnsberg*gel együtt azon a nézeten van, hogy a typhus a bakteriumtartalmú epének a műtéti seben át történő felszivódása folytán mint autoinfectio jött létre; de látta ugyanezt cystostomiánál is és ez a beteg aztán typhusos bélátfúródásban halt meg. A systematikus epeútdrainage már csak ezért az autoinfectio lehetőségeért is meggondolandó, de másrészről semmiesetre sem befolyásolhatjuk előnyösen a typhusbacillusok kitakarodását hosszasan tartó epeútdrainezéssel, mert a hosszasan fekve hagyott draincső a hepaticusban helyi izgalmat, genyes hurutot idéz elő mint mechanikus inger és ez éppen ellenkezőleg a bacillus huzamosabb megtelepedését fogja csak elősegíteni. A hepatikus drainaget egyáltalán nem tartom közömbösnek a betegre nézve. A különben is súlyos beavatkozást még tetézni azzal, hogy a legyengült beteg nagy mennyiségű folyadékot is veszítsen a kifelé vezetett epe útján, határozottan károsnak tartom. A sebészek közül ma már többen ezen a nézeten vannak, így *Finsterer*, aki két

cholecystektomisált betegét elveszítvén az epefolyás következtében létrejött inanitióban, teljesen felhagyott a hepatikus drainage-zsal, sőt még choledochus kőnél is lehetőleg elvarrja a choledochus sebét. Nálunk *Elischer E.*-től jelent meg ilyen irányú közlemény. Magam részéről, ha choledochus kőbeékelődés és ikterus van jelen, a hepatikus drainaget feltétlenül szükségesnek tartom, de csak igen rövid ideig, amíg a pangó epe levezetést nyer és a lázas hőemelkedések megszűnnek, ami néhány napon belül rendesen megtörténik. Az általam operált tizenegy eset közül csak kétszer végeztem hepatikus drainaget, mindkét esetben a choledochusba beékelt kő és következményes ikterus miatt. A bacillusgazdáknál a bacilluskiválasztás megszűnése nem azon fordul, hogy az epefolyás kifelé történik, hanem azon, hogy a lobos epehólyagot a szervezetből eltávolítván, az egyén egészsége helyreáll, a magasabb epeutakban esetleg visszamaradó typhusbacillusokat az egészséges szervezet azután kiküszöböli, mint azt *Pendl* és mások esetei is bizonyítják, de ezt bizonyítják saját eseteim is, amelyek valamennyien meggyógyultak és úgy a typhus alatt operált esetek, mint a bacillusgazdák, gyógyulásuk után több hónappal székükkel typhusbacillusokat többé nem választottak ki.

Tapasztalataim eredményét az irodalmi adatokkal egybevetve a következőkben foglalhatom össze:

Typhusos epeútszövődmény, amely súlyosságánál fogva sebészi beavatkozást igényel, *gyakorinak nem mondható.* A Szent László-kórházban az utolsó három év alatt kezelt hasi typhusbetegeknek nem egészen 0·4%-át teszik ki ezek az esetek. Ez a százalék közel áll *Hölscher* észleleteihez, aki kétezer typhusos hulla boncolásánál 0·2%-ban talált fekélyes gyulladásos folyamatot az epehólyagban.

Maga a typhusbacillus súlyos gyulladást az epeutakban nem idéz elő; ott, ahol súlyos gyulladást találunk, az epehólyag már előzetesen beteg volt, és pedig legtöbbször kő kapcsán. Ilyenkor a typhusbacillusok igen gyors átfúródáshoz vezető fekélyes folyamatot idézhetnek elő, és éppen ezért fenyegető tüneteknél nem tarthat minket vissza a műtéttől a beteg súlyos typhusos állapota sem.

Typhusbeteget, akinek kétségtelen cholecystitikus tünetei voltak, *ha csak lehetséges, ne bocsássunk el műtét nélkül*, ezekből ugyanis mindig bacillusgazdák lesznek, még akkor is, ha esetleg a székben nem is találunk bacillusokat a gyógyulást követő időszakban.

Bacillusgazdáknál elsősorban meg kell győződnünk arról, hogy *az epehólyag útján fertőződik-e a bélsár*, amit duodenalis szondázással végezhetünk. Előrement cholecystitisnél még a májepében található bacillusok sem ellenjavalják a műtétet.

A már felismert *epehólyag-bacillusgazdánál ajánlatos minél előbb végrehajtani a műtétet*, mert minél hosszabb ideig tart a bacilluskiválasztás, annál kevesebb remény van a sikerre. Természetesen a bacillusgazdára a műtétet ráerőszakolni nem lehet és különösen akkor lesz nehéz valakit műtétre rábírni, ha nem voltak cholecystitikus rohamai, ami azonban nem zárja azt ki, hogy az epehólyagban súlyos elváltozások ne legyenek.

A belgyógyászoknak tekintélyes része még ma is nehezen hajlandó epeköves betegét a sebésznek átengedni. Ezen a téren még mindig túlzott conservativismus uralkodik és ez a fő oka annak, hogy a Dehler-féle értelemben való műtéttől oly általános az idegenkedés. A magam részéről azonban azon a nézeten vagyok, hogy ha egészen biztosan meg tudjuk állapítani, hogy a bacillusok fészke az epehólyagban van, rá kell vennünk a beteget arra, hogy vesse magát alá a műtétnek. Tekintettel arra, hogy igen sok epeköves beteg egyszersmind bacillusgazda is, hiszen majd minden sebészi osztály ismertetett epekőeseteket, ahol a hólyagban typhusbacillust találtak és még több lenne az ismert esetek száma, ha a kiirtott hólyagot rendszeres bakteriologiai vizsgálatnak vetnék alá, jó lenne, ha a conservativ meggyőződésű belgyógyászok epeköves betegeiknél ismételten székvizsgálatot végeztetnének és abban az esetben, ha az typhusbacillusra positivnak bizonyulna, indicatiót találnának a sebészi beavatkozásra.

A typhusos lobos epehólyag sebészi kezelése csakis a teljes kiirtás lehet: a conservativ cholecystostomia mellett fertőző fészkek maradhatnak vissza a Luschka-féle járatokban, vagy az epehólyag körüli összenövések között eltokolt tályogok. Az epeutak drainezését hólyagkiirtás után lehetőleg kerüljük el és amennyiben az kőbeékelődés folytán létrejött ikterus vagy epeútlob miatt elkerülhetetlen volna, a lehető legrövidebb ideig alkalmazzuk csak azt. Műtött eseteimnél elért jó eredményt, hogy *egyetlen halál sem fordult elő*, a vázolt sebészi eljárásra vezetem vissza.

Irodalom: *Otto W. Madelung:* Die Chirurgie des Abdominaltyphus 1923. — *Fraenkel E.:* Mitteil. aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1923, 36. köt. — *Fodor Imre:* Therapia 1925, II. évf., 5. sz. — *Dehler:* Med. Wochenschr. 1907, 779. és 2134. old., 1912, 857. old. — *Hage* és *Brinkmann:* Mitteil. aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1924, 37. köt. — *Hage* és *Brinkmann:* Mitteil. aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1924, 37. köt. — *Kehr:* Gallenwege Chirurgie 1913. — *Neuber Ernő, Mutsenbacher Tivadar, Manninger Vilmos, Fischer Aladár:* A Magyar Sebésztársaság Munkálatai 1923. évi szept. 13—15., A tizedik nagygyűlés jegyzőkönyve. — *Báron Sándor:* Bruns Beiträge 1912, 77. köt., 481. old.

A hódmezővásárhelyi Erzsébet-közkórház közleménye (igazgató: Genersich Antal dr. egyetemi magántanár).

Az urobilinogenuria jelentősége neosalvarsankezelés előtt és alatt.

Írta: *Szentkirályi Zsigmond dr.*, kórházi főorvos.

A lues gyógyításánál használt gyógyszerek egyaránt okozhatnak olyan ártalmakat, amelyek miatt — ha a beteg élete nem is forog veszélyben — gyakran le kell mondanunk a mellékhatásokkal járó szer alkalmazásáról. Különösen a salvarsan az, amely gyakran kétélű fegyver, a lelkiismeretes orvos minden salvarsannal kezelt betegének sorsát aggodalommal figyeli, mert a mellékhatások — a salvarsanártalmak — eleddig előre nem láthatók és kiszámíthatatlanok. Ha a salvarsanártalmak kóroktanáról kialakult véleményeket figyeljük, valamennyi megegyezik abban a tényben, hogy az ártalmak oka az igen különböző egyéni teherbíróképesség határának túllépése, miután azonban az egyéni teherbíróképesség előre nem állapítható meg, a salvarsanártalmak elleni védekezés olyan nyílt kérdés, amelyre a feleletet — egy könnyen alkalmazható és minden esetben beváló módszer formájában — nem ismerjük. Védekezésre módot csak a szervezet bizonyos működéseinek figyelemmel kísérése nyujthat. Mint megelőző rendszabály a vesék működésének megfigyelése a salvarsan ártalmak ismeretének korai idejéből származik; természetszerű, hogy beteg vesékkel bíró lueses egyén salvarsankezelésénél a legmesszebbmenő óvatosság indokolt, még abban az esetben is, ha tudjuk, hogy a vesék megbetegedése lueses eredetű, de

ettől függetlenül az épveséjű egyének állandó ellenőrzése salvarsankezelés alatt elengedhetetlen, dacára annak, hogy a vesék salvarsan által okozott megbetegedése csak késői és aránylag ritka tünet szokott lenni. A vesék sérülését igen egyszerű módszerekkel mutathatjuk ki, ezért a gyakorlat ragaszkodik a rendszeres vizeletvizsgálathoz salvarsankezelésnél.

A veseműködés mellett újabban — tekintettel a máj kimagasló szerepére a salvarsanártalmak kóroktanában — a máj működésének megfigyelését ajánlják. A máj igen komplikált és sokoldalú működésének vizsgálata azonban a mindennapi gyakorlat szempontjából leküzdhetetlen nehézségekbe ütközik, akár laevulose *(Strauss)*, galactose *(Bauer)*, serumbilirubin *(Wolff)*, májlipase *(Kartamischew)* és chromo-reactiók *(Lepehne)* stb. kémlésére vonatkozzék az: szóba tehát csak olyan módszer jöhet, amelyet a gyakorlóorvos elvégezhet és amely érzékenységénél fogva idejekorán ad megbízható felvilágosítást a májműködés megváltozásáról. Miután a májparenchyma legenyhébb toxikus sérülésének felismerésére az urobilin, illetve urobilinogen megszaporodása a vizeletben alkalmas e kettőnek, különösen utóbbinak ellenőrzését ajánlják. Az urobilinogen megjelenését salvarsankezelés alatt *Kahn, Wolff* és mások figyelték meg. Dacára annak, hogy az urobilinogen megszaporodott mennyiségben való megjelenése a vizeletben elméletileg tökéletesen nem magyarázható meg, a klinikai megfigyelések alapján a gyakorlatban az uroblilinogenkémlésnek nagy jelentőséget tulajdonítunk és haszonnal alkalmazzuk.

Az urobilinogen — mint ismeretes — egészséges egyéneknél is megjelenik a vizeletben, az élettani urobilinogenuria nagy ingadozásokat mutathat napszakok szerint a táplálkozással, bélflórával, bélműködéssel kapcsolatban. Az urobilinogen kóros megszaporodása a májbetegségek túlnyomó részénél, továbbá olyan általános betegségeknél, ahol a máj működésbeli részvétele számbajöhet, sőt egyéb betegségeknél is (fokozott vérsejtszétesés stb.) meg van, így természetszerűleg a máj diffus lueses eredetű elváltozásainál is lehet fokozott urobilinogenuria. Nem ritka azonban az az eset, amikor a májparenchyma kezdődő megbetegedését nem árulja el az urobilinogenuria, hanem egy súlyosabb jellegű elváltozás minden előjel nélkül jelenik meg. Ha tehát az urobilinogen mennyiségének megszaporodása és a salvarsan közötti kapcsolatot akarjuk megállapítani, ezekre a körülményekre tekintettel kell lennünk.

Vizsgálataimat lehetőleg az összes számbajöhető zavaró momentumok kikapcsolásával igyekeztem végezni és csak a minden kritikát kiálló esetek eredményeit értékesítettem. Ezen meggondolás alapján minden egyes vizsgálat alá kerülő betegnél több napon keresztül kétszeri ellenőrzéssel meggyőződtem arról, hogy urobilinogenuriája van-e? Amennyiben a máj működése normalisnak mutatkozott, a salvarsanadagolást megkezdtem. Minden salvarsaninjectio előtt — ha a betegnek spontan széke nem lett volna — székről gondoskodtam. Miután a májparenchyma lueses megbetegedése a korai secundaerszakban — tehát a sepsisszerű disseminatio idején — a leggyakoribb, az ilyen betegeket (számszerint 12-őt) a vizsgálatból kizártam és megfigyelésüket csak a lues következtében esetleg beálló urobilinogenuria megismerése szempontjából hasznosítottam. A vizsgálat alá kerülő kórházban fekvő betegek legnagyobb tömege különböző korú és nemű latens luesben szenvedő vagy tertiaer tünetes egyénekből állott, akiknál májmegbetegedés kideríthető nem volt (összesen 67 eset). Megfigyelésre került azután három olyan beteg, akik régebbi salvarsankezelés után hosszabb-rövidebb idővel sárgaságot kaptak. Végül 17 esetben olyan betegeken figyeltem meg a salvarsan hatását a májra, akiknél a salvarsankezelés nem lues, hanem valamilyen bőrbetegség (tuberculosis cutis, ekthyma stb.) miatt volt indokolt. Ilyen munkaterv szerint megfigyeléseim csak olyan betegekre vonatkoztak, akiknél sem fokozott élettani urobilinogenuria, sem lues, sem pedig egyéb számbajöhető és klinikailag ellenőrizhető betegség miatt az urobilinogen megszaporodva nem volt. A vizsgálatok végzésénél tekintettel voltam továbbá arra, hogy a salvarsantúlterhelés csak az injectio után válhat ismeretessé, ezért az urobilinogen jelenlétéről nemcsak az injectio előtt, hanem különösen utána győződtem meg; az injectiók közötti napokon a vizeletet délelőtt és délután ellenőriztem, a tehermentes napok megismerése céljából. A salvarsaninjectio mindig déli 11 és 12 óra között történt, a nap folyamán az első vizsgálat délelőtt 10 órakor, a második délután 5—6 óra között. Miután a kórházban az ebédkiosztás déli 12 és fél 1 óra között van, a főétkezés a második vizsgálatot 5—6 órával előzte meg. Az urobilinogen kémlésére a friss, de lehült vizelethez néhány csepp *Ehrlich*-féle aldehyd reagenst cseppentettem, a reactio positiv voltát az urobilinogen pyrrol magjának a reagens azo-csoportjával való egyesüléséből származó meggypiros szín adja. A színreactio mértékét és gyorsaságát a könnyebb áttekinthetőség szempontjából keresztekkel jelöltem: ha az urobilinogen csak nyomokban volt kimutatható, azt egy kereszt, ha kissé lassan beálló, de kifejezett reactio volt, két kereszt, ha igen gyorsan beálló, élénk meggypiros színeződés jelentkezett, három kereszt jelezte.

I. Egészséges egyéneknél az urobilinogenuria általában véve igen sok tényezőtől függő és nem egységesen megítélt jelenség. A megfigyelt száznál jóval több egyénnél, akik osztályomon bőrbajok stb. miatt feküdtek, nem fordult elő gyakran. Megjelenése idült székrekedéssel, apróbb lázakkal járó betegségekkel (tuberculosis) volt összefüggésbe hozható és különösen a délutáni vizeletben fordult elő. Hosszabb ideig fennálló fokozódó urobilinogenuriát két esetben észleltem, mindkét betegnél azonban a sárgaság egyéb jelei rövidesen megjelentek.

II. A korai secundaer lues szakában fellépő hepatikus reactióról és ezzel összefüggésben álló urobilinogenuriáról a felfogás igen különböző; *Gruber* szerint a máj sérülése gyakori, de hamar visszafejlődik, mert a secundaer szakban elhalt lueses egyének boncolásánál a májban elég ritkán találunk a lues által okozott elváltozásokat. *Joseph* és *Cohnheim* szerint minden secundaer luesnél positiv urobilinogen-reactio található, *Wolff* azonban ezt a megállapítást kétségbevonja, mert szerinte és *Kleeberg*, *Kirch* és *Freundlich* szerint említett szerzők melegített vizeletet vizsgáltak; tudvalevőleg pedig a meleg vizelet Ehrlich-reagens hozzáadása után még normalis körülmények között is ad vörös színeződést. Saját eseteim száma igen kevés ahhoz, hogy önálló véleményt alkothassak, mindenesetre azt tapasztaltam, hogy a megfigyelés ideje alatt csak három beteg vizelete adott positiv urobilinogenreactiót, azonban ez is egészen rendszertelenül történt és nem volt tartós.

III. A latens és tertiaer lueses betegeknél az urobilinogenuria viselkedése salvarsanmegterhelés után igen különböző vélemények alkotására adott lehetőséget. Az általam ismert ilyen irányú megfigyeléseket *(Kahn, Wolff)* értekesíteni kevéssé tudom, mert a szerzők a salvarsant más gyógyszerekkel kombináltan alkalmazták és mert vizsgálataik nem az enyémhez ha-

sonló rendszer szerint történtek, hanem egy kúra tartama alatt legfeljebb 5—6-szor vizsgálták meg a betegek vizeletét.

A vizsgálat alá került betegeim luese 2—20 éves volt. Előzetes kezelésük igen különböző, legtöbb esetben egyáltalán semmi, vagy igen kevés volt; negativvá vált Wassermann csak öt esetben fordult elő. A betegek egy része betegségéről nem tudott és betegségüket az anamnesis vagy a positiv Wassermann-reactio derítette ki. A betegeknek kizárólag neosalvarsant adtam, hogy más gyógyszerek esetlegesen a májra gyakorolt hatása a vizsgálatok eredményét ne befolyásolhassa. Néhány napi előzetes ellenőrzés után meggyőződve arról, hogy a betegnek salvarsanmegterhelés nélkül nincs urobilinogenuriája, először 0·15 vagy 0·30 g neosalvarsant adtam, ezután pedig 6—8 napi kétszeri ellenőrzés után emelkedő adagokat, 0·45 egész 0·60 g-ig. Amennyiben urobilinogen a vizeletben nem mutatkozott, az egyszeri adagot magasan tartva, a kezelést addig folytattam, amíg a tertiaer tünetek be nem gyógyultak, illetőleg a Wassermann-reactio átváltását el nem értem. Az összmennyiség a szükség és teherbírás szerint 3—4 g, sőt extrém esetekben hat g volt. Az urobilinogen megjelenése az egyszeri adagok emelését nem befolyásolta, az adagot csak akkor csökkentettem, ha egyéb tünetek (láz, fejfájás, hányás, tartós rosszullét stb.) a túlterhelés felvételét megerősítették. Ilyenkor lefelé haladva igyekeztem a legjobban tűrt egyszeri adagot megtalálni és ezen a színvonalon maradva 6—8 naponként újabb ugyanilyen adagokkal értem el a szükséges összmennyiséget. A vizsgált esetek túlnyomó része a salvarsankezelést jól tűrte, urobilinogen a vizeletben nem jelent meg, illetőleg csak nyomokban és rendszertelenül volt kimutatható, mellékhatások nem mutatkoztak; csak hét esetben volt a fokozott urobilinogenuria és a salvarsanmegterhelés közötti összefüggés kétségtelen és figyelmet érdemlő. Az esetek közül a két legjellemzőbb kórlefolyását szándékozom ismertetni.

K. I. 40 éves, nő, lues latens. Fertőzésének ideje bizonytalan. Wassermann-reactio ++++ positiv. Belső szerveken jelentősebb elváltozás nem észlelhető. 1925 augusztus 2—16-ig tartó ellenőrzés alatt U. R. negativ. Augusztus 22-én 0·30 g neosalvarsan U. R. negativ. Augusztus 28-án 0·35 g neosalvarsan U. R. délután hat órakor +++ positiv. Augusztus 29-én reggel U. R. + positiv, ettől fogva szeptember 3-ig állandóan negativ, szeptember 10-én 0·45 g neosalvarsan, délután U. R. +++ positiv, hányás, hőmérséklet 38·9 C°. Szeptember 11-én délelőtt 10 órakor U. R. ++, délután hat órakor U. R. +++, hőmérséklet 37 C° alul, szeptember 12-én délelőtt U. R. +, délután U. R. negativ. Ettől kezdve a beteg 0·30 g-os adagokban nyolcnaponként összesen három g neosalvarsant kapott; az összmennyiség további emelése nem volt indokolt, mert az utolsó 0·30-as adag élénk U. R.-t és lázat váltott ki. Kétheti pihenés után a kezelés a Wassermann-reactio negativvá válásáig 0·15 g-os egyszeri adagokkal folytattam, egy ízben erre a kis adagra is két napig elhúzódó positiv U. R. jelentkezett, láz vagy más zavar nem volt.

Az eset bírálásánál figyelmet az a körülmény érdemel, hogy az urobilinogenuria 0·30 g fölötti egyes adagra jelentkezett, ha az adagot emeltem, 0·45 g-nál az U. R. élénksége és elhúzódó volta mellett egyéb zavarok is voltak; ebben és az ehhez hasonló négy esetben tehát a neosalvarsan egyszeri adagja bizonyult túlmagasnak.

A neosalvarsan összmennyiségének túlmagas voltát a következő eset érzékelteti:

R. B. 28 éves, férfi. Luesét egy évvel ezelőtt szerezte, akkor kezelés után latens lett. Wassermann-reactio ++++ positiv. A belsőszervek részéről elváltozás nem mutatható ki. 1925 augusztus 20—30-ig tartó megfigyelés alatt U. R.-ja állandóan negativ volt. Augusztus 31-én 0·15 g neosalvarsan, U. R. negativ, szeptember 4-én 0·30 g neosalvarsan, U. R. negativ. Szeptember 10-én 0·45 g neosalvarsan, délután hat órakor U. R. + positiv, szeptember 11-én délelőtt U. R. + positiv. Ettől fogva az egyszeri adagot zavar nélkül 0·60 g-ra emelve és ezen a színvonalon tartva, összesen 3·5 g neosalvarsant kapott; az utolsó 0·60-as adagnál két napig tartó igen élénk U. R., láz, hányás és hasmenés keletkezett. Miután a Wassermann-reactio ekkorra negativvá vált, a kezelés beszüntetése és szünet beiktatása teljesen jogosult volt.

Hasonló körülmények között még két beteget észleltem.

IV. A salvarsanmegterhelés és az urobilinogenuria közötti összefüggést érdekesen szemlélteti három olyan beteg, akik régebben állanak megfigyelés alatt és a salvarsannal összefüggésbe hozható sárgaságban szenvedtek.

B. Zs. 42 éves, nő. Fertőzésének ideje bizonytalan. Egy évvel ezelőtt végzett antilueses kezelés után (1·5 g összadag neosalvarsan) sárgasága volt. Belsőszerveken elváltozás nem mutatható ki, mája megnagyobbodva nincs, májtáján tapintásra nem érzékeny. 1925 szeptember 2—15-ig tartó megfigyelés alatt U. R. állandóan negativ. Szeptember 15-én 0·30 g neosalvarsan, délután hat órakor U. R. +++ positiv, szeptember 16-án délelőtt és délután U. R. negativ és negativ marad. Szeptember 22-én 0·30 g neosalvarsan után U. R. ++ positiv, szeptember 23-án délelőtt és délután U. R. +++ positiv, általános rosszullétről, végtagfájdalmakról panaszkodik. Panaszai teljesen azonosak a mult évi sárgaságát megelőző kellemetlenségekkel. Szeptember 24-én délelőtt és délután U. R. ++ positiv, rosszulléte fokozódik. A salvarsankezelést beszüntetve, Bismuth-ra tértem át.

Az ismertetett beteg és két másik eset ugyanilyen körülmények között árulta el salvarsan intoleranciáját és hepatikus reactióra való hajlamosságát.

V. A megfigyelt esetek utolsó csoportját képezik azok, amelyeknél a salvarsan alkalmazására nem lues miatt volt szükség; az ilyen módon salvarsannal kezelt 17 beteg közül kettőnél volt a salvarsan és urobilinogenuria között összefüggés kimutatható. Az egyik beteg kórlefolyása a következő:

M. J., 18 éves, jól fejlett, jó erőben lévő fiatal férfi. A jobb lábháton forintnyi területen tuberculosis verruccosa cutis, egyébként tuberculotikus folyamat a szervezetben nem mutatható ki. Wassermann-reactio negativ. 1925 augusztus 20-ától 28-áig tartó megfigyelés alatt U. R. negativ, augusztus 28-án 0·30 g neosalvarsan, délután 6 órakor U. R. +++ posjtiv, hőmérséklet 37·7 C°, augusztus 29-én délelőtt 10 órakor és délután 6 órakor U. R. +++ positiv. Augusztus 30-ától szeptember 4-éig U. R. negativ, hőmérsékletemelkedés nincs. Szeptember 4-én 0·30 g neosalvarsan, délután 6 órakor U. R. ++ positiv, szeptember 5-én délelőtt 10 órakor U. R. + positiv, ezután negativ. Szeptember 10-én 0·15 g neosalvarsan, délután U. R. + positiv, szeptember 11-én délelőtt U. R. negativ. A beteg ezután 0·15 g-os adagokban összesen 1·5 g neosalvarsant kapott, az U. R. a neosalvarsan beadása utáni délutánokon nyomokban megjelent, másnapra eltűnt és az adagolások közötti napokon negativ maradt. A Volkmann-kanállal kikapart helyi góc igen szép heggel gyógyult.

Az öt hónapra terjedő megfigyelés eredményeit összegezve, megállapítható az, hogy a salvarsanmegterhelés és az urobilinogenuria közötti ok és okozati összefüggés csak igen kevés esetben, körülbelül 10%-ban vehető fel. A különböző szerzők véleménye az összefüggésről és különösen a később beálló sárgaságok viszonyáról igen eltérő; saját magam sem a vizsgálat tartama alatt, sem pedig azután a salvarsan-túlterhelésnek tulajdonítható sárgaságot nem észleltem, dacára annak, hogy a betegek egy része újabb vizsgálatra és kezelésre jelentkezve, további sorsuk megfigyelésére a lehetőséget megadta. A megfigyelt esetek egy részénél az urobilinogenuria kisebb fokban kiváltható volt a salvarsannal, azonban ezzel egyidejűleg más zavar nem jelentkezett; a betegek másik részénél hányás, fejfájás,

hőemelkedés mutatkozott, a vizeletben azonban nem jelent meg urobilinogen; a harmadik és legkisebb résznél az élénk urobilinogenuriával egyidejűleg egyéb zavarok is felléptek. Valószínű az, hogy ha az utolsó csoportba tartozó betegek salvarsanmegterhelését fokoztam volna, úgy a máj nagyobbmérvű sérülése következett volna be, azaz ezeket az eseteket tekinthetjük hepatikus reactióra hajlamosaknak.

Dacára annak, hogy az eddigi tapasztalatok szerint az urobilinogenuria ellenőrzése salvarsankezelés alatt csak az esetek kevés számában nyujt elméletileg igen hiányosan megmagyarázott és csak kevéssé értékesíthető felvilágosítást a májműködés állapotáról, gyakorlati szempontból mégsem szükségtelen és haszon nélkül való, természetesen a talált eredmények értékesítésénél a már leírt kizárandó momentumokon kívül, tekintettel kell lennünk egyéb körülményekre is. A salvarsankezelésnek például jól ismert jelensége az első salvarsaninjectio után jelentkező és a spirochaeták széteséséből származó kisebb-nagyobb hőemelkedés, az ilyen lázas állapot nem abnormis, ezzel szemben már a második salvarsant követő láz figyelemremeltó és ha ugyanekkor urobilinogenuria is jelentkezik, úgy ez óvatosságra int *(Kahn)*. Ugyancsak fontos a proteintesttherapiával combinalt salvarsankezeléseknél az urobilinogenuria viselkedése. A salvarsanmegterhelés és urobilinogenuria közötti viszony vizsgálatával parallel körülbelül 200 tej- és 4%-nál magasabb caseintartalmú injectióval kapcsolatban figyeltem meg gonorrhoeás betegeken az urobilinogen viselkedését. A megfigyelések eredménye röviden összefoglalva az, hogy az 5—10 cm^3-es tejinjectiók után az esetek 80%-ában, egyéb proteintestek befecskendezése után pedig 50%-ában igen élénk U. R. jelentkezett, mely néha két-három napig is elhúzódott. A combinalt kezeléseknél tehát annak eldöntése, hogy az urobilinogenuriát melyik gyógyszer váltotta ki, lehetetlen.

A megfigyeléseim alapján tehát a gyakorlatban a következő szabályok betartását tartanám helyesnek:

1. A neosalvarsan előtt a vizeletet urobilinogenre vizsgáljuk meg; ha az urobilinogen mennyisége meg van szaporodva, kutassunk májmegbetegedés után, ha a máj egészséges, a neosalvarsan nem contraindikált, ha a máj beteg, a neosalvarsannal legyünk óvatosak.

2. A neosalvarsan után 6 és 24 órával vizsgáljuk meg a vizeletet, ha csak az urobilinogen megszaporodása mutatható ki, a betegnek azonban a neosalvarsannal összefüggésbe hozható egyéb zavara nem volt, a neosalvarsan egyszeri adagját emelhetjük; ha az urobilinogenuria mellett egyéb zavarok is voltak, az egyszeri adag emelése nem célszerű, nagyobbfokú zavarok mellett (hidegrázás, hányás, hasmenés) az egyszeri adagot csökkentsük.

3. Ha az urobilinogenuria napokon keresztül elhúzódik és csökkentett újabb injectiók után egyéb zavarok jelentkezése mellett fokozódik, a neosalvarsanadagolást *egyelőre* szüntessük be és alkalmazzunk más antilueticumot.

Irodalom: *Bauer:* Wiener Archiv für innere Medizin VI. köt., 4. füz. — *Gruber:* Archiv für Dermatologie und Syphilis 143. köt., I—II. füz. — *E. Hoffmann:* Dermatologische Zeitschrift 1922, 362. lap. — *Isaac:* Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde 1925, 423. old. — *Kartamischew:* Archiv für Dermatologie und Syphilis 147. köt., I. füz. — *Kahn:* Münchener med. Wochenschrift 1925, 431. lap. — *Lepechne:* Münchener med. Wochenschrift 1922, 342. lap. — *Lepechne:* Klinische Wochenschrift 1924. — *Holland:* Archiv für Dermatologie und Syphilis 142. köt., II. füz. — *Stümpke:* Münchener med. Wochenschrift 1924, 69. lap. — *Wolff:* Dermatologische Zeitschrift 1924, 3—4. füz.

A pécsi m. kir. Erzsébet Tudományegyetem gyermekklinikájának közleménye (igazgató: Heim Pál dr., egy. ny. r. tanár).

A Czerny-tünet vizsgálata Röntgenernyővel chorea minor eseteiben.

Írta: *Göttche Oszkár* dr. tanársegéd.

A *Czerny-tünet*,[1] mint ismeretes, a choreások paradox légzését jelenti. A choreás gyermek ugyanis, ha felszólítjuk, hogy mélyen lélegezzék, a hasát nem domborítja elő inspiratiókor, tehát a rekesz nem száll le, ellenkezőleg a hasfal belapul, „a rekeszt a mellkas felszívja". *Czerny* még megjegyzi, hogy ezt a tünetet gyakran látni a chorea minor kezdeti szakában, amikor is a betegség korai tüneteként értékesíthető, a betegség lezajlásakor hamarabb múlik el, mint a többi tünetek és a betegség súlyossága és a Czerny-tünet között nem található parallelismus.

Ez a tünet azóta teljesen átment a köztudatba — mint minden, ami igaz — és csaknem minden kórtörténetben, amelyeket choreásokról közölnek, megemlítve találjuk: Czerny positiv.

A Czerny-tünet tehát megvan és minden choreánál — különösen annak középső stadiumában — megtalálható, csak az a kérdés, hogy mint diagnostikai segítség a chorea legkezdetibb szakában, amikor a jellegzetes mozgások még nem oly kifejezettek, hogy azokból egy biztos diagnosist azonnal felállíthatnánk, megvan-e, vagyis felhasználható-e, mint egy korai diagnostikus jel?

Egy choreás gyermek Röntgen-átvilágítása alkalmával tűnt fel először nekünk, hogy a rekesz milyen érdekes mozgásokat végez és ezen idő óta igyekeztünk choreás betegeinket systematikusan átvilágítva megfigyelni, a fősúlyt a diaphragma mozgásaira fektetvén.

Azt fölösleges kiemelnünk, hogy a diaphragma mozgásainak megfigyelésénél éppen a Röntgen a legmegfelelőbb eszköz és joggal mondja *Weil*[2] legutóbb megjelent munkájában, hogy a Röntgen előtti időkben minden anatomiai, klinikai, kórbonctani fáradozás dacára „blieb mir das Zwerchfell ein fremdes, ich möchte sagen, ein lebloses Organ". Ma pedig elég egy pillantás a rekeszre a Röntgen-ernyőn át és a legtöbb kérdés megoldódott.

Mit figyelhetünk meg a rekeszen choreásoknál?

Czerny is említi, hogyha a gyermekek nyugodtan lélekzenek, a paradox légzés nem fordul elő, csak akkor, „ha felszólítjuk őket a mély lélekzésre". Röntgenen is azt látjuk, hogyha a gyermek nyugodtan áll, akkor a rekesz a rendes légzőmozgásokat végzi.

Egészen más lesz azonban a kép, ha a gyermeket mély légvétre szólítjuk fel. Amint már külső inspectióval is láthatjuk, a choreások mély légvételkor a légzés erősen thoracalis lesz, a mellkas igen erősen felemelkedik. Röntgenernyőn is azt látjuk, hogy a bordák hirtelen felemelkednek, azonban a rekesz változóan viselkedik: a mély légzés kezdetén, rendszerint kissé elkésve, lejjebb száll egy keveset, utána azonban felemelkedik, még pedig magasabbra, mint az inspirium kezdetén volt, létrejön tehát a paradox légzés. Azonban a légzés további phasisában a paradox légzés nem állandó: újabb inspiriumkor a rekesz egyáltalán nem mozdul, míg a mellkas extreme emelkedik, addig a rekesz áll, legfeljebb minimalisan felfelé huzatik, de ez nem más, mint tapadási vonalainak feljebb helyezése. Ezt különösen frontalis átvilágításnál figyelhetjük jól meg, ebben a helyzetben ugyanis a rekesz kitérését úgy az első, mint a hátsó részen jól láthatjuk — ez a rekesz mozgásvizsgálatának a helyes iránya — és itt láthat-

juk igazán, hogy amíg a mellkas extrem tágulásokat végez, a rekesz szinte görcsösen összehúzódva áll. Orthodiagraphálva a rekesz mozgásait, ugyancsak ezt az eredményt kapjuk.

Van még egy harmadik változás is: az újabb inspirium alkalmával a rekesz elkésve bár, de leszáll, úgy mint normalis viszonyok között, míg előzőleg a mellkas erősen felemelkedett.

Choreásoknál tehát mély légvétkor három variatiót találunk:

1. Paradox légzés.
2. Álló rekesz.
3. Elkésett rendes légzés.

Ha ezt a külső inspectióval hasonlítjuk össze, ott két typust látunk:

1. A mellkas felemelkedik, a has lelapul: paradox légzés.

2. A mellkas felemelkedik, a has először kissé belapul, majd utána erősen kidomborodik: elkésett normalis légzés.

Hogy az álló rekesz nem látszik kívülről, az természetes, de az a meghatározás, hogy „a rekeszt a mellkas felszívja", igen találó, mert a mellkas erősen felemelkedik és a rekesz vele megy.

Már *De la Camp*[3] említi és röntgenesek előtt ismert jelenség, hogy fiatal, erős hasfalú egyéneknél mély légvétkor a hasfalak megfeszülnek és a rekesz ahelyett, hogy lejebb szállna, felemelkedik. Ez mint a légzési innervatio zavara fogható fel és állítólag kezdő énekeseknek okoz néha gondot. A rekesznek ez a kisfokú innervatiós zavara tehát ismert, azonban oly consequensen és oly nagy fokban, mint choreánál, semmi más esetben nem láttam, pedig minden átvilágított betegünknél mindig igen nagy gondot fordítottunk a rekesz mozgásainak megfigyelésére, sem leírva nem találtam, úgyhogy a leírt rekeszmozgásokat a choreára charakterisztikusaknak tarthatjuk.

A rekesznek ez a sajátságos viselkedése choreánál erősen analog a többi haránteísíkolt izmokéval. Ismeretes, hogy a choreások valamely szándékolt mozgást mindig túlságos lendülettel végeznek, azt mondhatnók, hogy túlságosan ambicionálják, mintha éreznék, hogy nem tudnak rendesen megfelelni a követelményeknek. Ha egy choreást felszólítunk a mély légvételre, az oly lendülettel tud lélekzeni, amilyet normalis gyermeknél nem látunk. *Förster*,[4] *Kleist*,[5] *Stertz*[6] munkáiból tudjuk, hogy a choreások inkoordinatiós zavarának egyik oka az akaratlagos beidegzés akadályozottsága, az impulzus elkésik, kevéssé prompt jelentkezik. Ezt nagyon jól láthatjuk a diaphragmán, mert míg normalisan a rekesz leszállása az első jele az inspiratio kezdetének, addig choreánál a mellkas már erős tágulásban van, amikor a rekesz mozogni kezd. Ezért van az, hogy a normalis légzéstypusnál is a rekesz leszállása később történik.

A paradox légzés oka nem a rekesz bénulása (egyéb, nem idegrendszeri ok úgysem jön figyelembe), mert hiszen a diaphragma normalis magasságban áll az akaratlagos innervatio kezdetén, az ok valószínűleg az, hogy ilyenkor az innervatio egészen elkésik és a már felemelkedett mellkas az össze nem húzódott rekeszt felszívja, amiben valószínűleg a hasfalizmok choreánál ismert hypotoniájának is szerepe van, mert ezek nem fejtenek ki kellő ellenállást.

A leggyakrabban észlelhető mégis a rekesz álló helyzete, vagyis a rekesz egy bizonyos állásban összehúzódik, valóságos görcsben van. Mikor ezt először láttam, önkéntelenül is az ismert *Gordon*-reflexszel hoztam analogiába a rekesznek ezt a contracturáját. A Gordon-reflex nem más, mint a kilengett alsó lábszár tónusos állapota, aránylag elég hosszú ideig. Ezt is az innervatio zavarának tartják *(Kleist, Wollenberg,*[7] *Runge*[8]*)*, mert choreánál nemcsak a kezdeti innervatio késik el, hanem az *abbahagyás impulsusa is.* A kilengett alsó lábszár tónusban marad, mert az újabb impulsus, mely visszahelyezné régi állásába, késik. Hasonlót észleltek a mimikai izmokon is és úgy látszik ez történik a diaphragmával is. Különösen a choreások gyors, valósággal dyspnoëszerű légzésénél látjuk a rekesznek ezt a tónusos állapotát.

A fenti leírás természetesen nem mindig látható ily szabatosan és aki legelőször látja a choreás rekesz mozgását, az csak annyit lát, hogy valami zavar van. Van eset, amikor a háromfajta rekeszmozgás rendszerint váltja egymást, van, hogy csak a két utóbbi látható, sokszor egészen zavaros a kép, azonban ha többször átvilágítunk, hamar tisztázzuk az egyes phasisokat.

Eddig 16 choreás gyermeket volt alkalmunk systematikus vizsgálattal megfigyelni, igyekeztünk természetesen abban az irányban is tájékozódást szerezni, hogy a betegség melyik szakában láthatjuk leginkább és felhasználhatjuk-e diagnostikailag is a Czerny-tünetet a Röntgen-ernyő segítségével.

Tizennégy esetben a gyermekek kész diagnosissal és typikus choreiform-mozgásokkal kerültek elénk, úgyhogy itt a diagnosist már maguk a szülők mondták be. A rekesznek ez a typikus viselkedése minden esetben megvolt — megvolt az egész klinikai tartózkodásuk alatt. A choreásokat nem szokták „per primam" gyógyultan hazavinni, a szülők megelégszenek, ha a gyermek már alig mozog valamit és elviszik őket. Klinikánk beteganyagát legnagyobbrészt a vidék adja, ismételt bemutatásra alig kerülnek. Két gyermek mégis újra elénk került, azonban a klinikáról történt távozás és az új jelentkezés között 4—6 hét telt el, úgyhogy akkorra már semmit nem láttunk.

Két esetben sikerült a choreát a kezdet kezdetén megfigyelni:

1. A. E. 7 éves leánykát orvosa vidékről azzal a kéréssel küldte hozzánk, hogy a gyermeknél tüdőátvilágítást végezzünk, mert a gyermek két hónapja subfebrilis, izületi fájdalmakról panaszkodik és semmi pathologiás eltérés nem látható. Átvilágításkor feltűnt a diaphragma „choreás" viselkedése, azonban semmi hyperkynesis nem volt látható. Három hét múlva újra berendeltük, amikorra a jellegzetes diaphragma-tünet mellett a choreiform-mozgások már kifejlődtek.

2. E. K. 12 éves leánygyermek a klinikára került tuberculosis-observatio végett. A gyermek subfebrilis volt és már az első napokban kisfokú motorikus nyugtalanság látszott rajta, különösen a vizsgálatok alatt. Assistenstársam, ismerve a diaphragma-tünetet, átvilágította és már kész diagnosissal mutatta, mint kezdődő choreát.

Meg kell említenem, hogy átvilágítás után figyelve a has légzéskitérését, a Czerny-tünetet így is megtaláltuk. Azt, hogy a rekesztünet átvilágításkor hamarább jelentkeznék, mint egyszerű inspectiónál, még nem tudnám eldönteni, annyi bizonyos, hogy praegnánsabb és — ha szabad magamat úgy kifejeznem — a diagnosis számára megnyugtatóbbnak látszik. Egyszerű inspectiónál ugyanis a mozgások mégis a térben, tehát több irányban történnek, melyeket a nyugtalan choreás beteg erősen befolyásol és zavarja a megfigyelést. Röntgen-ernyőn a rekesz egy éles vonal és itt voltaképen egy vonal mozgásainak nyugodt megfigyeléséről van szó.

Irodalom: [1] *Czerny:* Monatschr. für Kinderh. 28. köt. — [2] *Weil:* Erg. der inn. Med. und Kinderh. 28. köt. — [3] *De la Camp* cit. *Assmann:* Röntgendiagnostik. —

[4] *Foerster:* Volksmanns Samml. klin. Vort. 1914, 382. — [5] *Kleist:* Arch. f. psych. u. Neurol. 59. köt. — [6] *Stertz:* Münch. med. Woch. 1920, 8. sz. — [7] *Wollenberg:* Nothnagels Handbuch 1899. — [8] *Runge:* Erg. der inn. Med. u. Kinderh. 26. köt.

Az Új Szent János közkórház szülő- és nőbetegosztályának közleménye (főorvos: Nádory Béla dr.)

Méhenbelül elvérzett magzat (lepényi aneurysma).*

Írta: *Horváth Árpád dr.* alorvos.

A köldök véredényeinek sérülése nem gyakran észlelt jelenség. Ha az eseteket át akarjuk tekinteni, különbséget kell tennünk a köldökereknek a magzat testében futó szakasza, a köldökzsinórban futó rész és a lepényen eloszló rész között. A repedés majdnem kivétel nélkül a szülés alatt történik, tekintet nélkül arra, hogy melyik szakaszon.

A magzat testében futó köldökvena repedéséről *Edelberg* egy esete ismeretes. (*Schmidt:* Halban-Seitz 6. köt. 664. old.)

A köldökzsinórban futó erek sérülésével gyakrabban találkozunk, mert a köldökzsinór szabadon lebeg a magzatvízben, környezete, a magzatvíz, nem védi egyes erőművi hatások ellen és nem támogatja úgy az érfal ellenálló képességét, mint akár a magzat testében futó, akár a lepényen eloszló ereket a környező szövetrészek. Műtéti beavatkozások, rohamos szülés, vagy túlrövidre fejlődött köldökzsinór, amelyek a traumás sérülésre leggyakrabban adnak alkalmat, közvetlenül és elsősorban a köldökzsinórt illetik. Ide sorozhatjuk a vitorlás tapadást is, amelyről ismeretes, hogy az elölhaladó rész vagy direct szakítja át, vagy a tovarepedő burokkal együtt szakad ketté az azon futó köldökér. Előfordulnak azonban ezen a szakaszon is spontan sérülések, amelyekre jellemző, hogy az érfal reped meg először fejlődési hiba, vagy néha kimutatható pathologiás folyamat gyengítő hatása folytán és az ereket körülfogó amnionhártya, a haematoma feszítése által, másodlagosan szakad át és így jut a vér a peteüregbe. Az amnion ilyenkor nem is szakad mindig át, mint pl. *Krömmer* esetében, melynél a 42 cm köldökzsinór a haematomától olyan vastag lett, mint a magzat combja, és „kékesfekete, mint az elhalt bőr". (Halban-Seitz 6. köt. 663. old.) Ismeretesek olyan esetek is, amelyeknél az érfallal egyidőben repedt meg az amnion.

Nagyon ritkán kerül észlelés alá a köldökerek sérülése a lepény magzati felszínén. Az irodalomban számomra hozzáférhető helyen egyet sikerült találnom, melyet *Elly Rannenberg* közölt az osnabrücki bábaképzőből a Ztbl. f .Gyn. 1924. évf. 30. oldalán és *Schmidt* (Halban-Seitz) szerint *Edelberg* idéz egyet *Hamilltól* a Newyork Med. Journal 1888-ból.

Ilyet volt alkalmam észlelni az Új Szent János-kórház szülőosztályán, amely, ritkaságát tekintve s minthogy a szülés lefolyását követhettem, nem lesz érdektelen.

K. A.-né (73.992. fejlapsz.), 38 éves, ötödször gravida. 1913-ban és 1924-ben normalis lefolyású szülés, zavartalan gyermekágy. Egy háromhónapos és egy kéthónapos vetélés, melyek közül az első lázas volt. Régebbi betegségre nem emlékszik. Hőmérsék felvételkor: 36·0°, vizeletben fehérje nincs, kevés geny. Vérben úgy a Wassermann-reactio, mint a praecipit. próba: negativ. Medenceméretek rendesek, magzat: második koponyafekvésben. 1925 június 5-én 1 óra 30 perckor kezdődnek szülőfájásai, jó magzati szívhangok mellett. Zavartalanul halad a szülés, mígnem 10 óra 40 perckor egy fájás alatt hirtelen sok vér lökődött ki a vaginából, ugyanakkor a szívhangok nem hallhatók többé. Azonnal belső vizsgálatot végzek, amikor a koponyát a bemenetben rögzítve találom, négyujjnyi méhszáj és ép burok mellett. A fájások elég gyakoriak, de rövid tartamúak, amiért 0·90 g chininum bisulfuricumot adok intramuscularisan, mire 11 óra 10 perckor tolófájások kezdődnek és 11 óra 15 perckor a burok mutatkozik a szeméremrésben. Ezt megrepesztve, *tiszta fejvíz ürül* és 11 óra 18 perckor megszületik a halott érett fiúmagzat, 4200 g súllyal, hossza 56 cm, feltűnően fehéren, összeesett, egyszer a nyak köré csavart köldökzsinórral, vérrel sötétvörösre festett magzatvíz kíséretében. A lepény 32 perc mulva spontan távozik, hosszabbik átmérője 24, rövidebb átmérője 20½ cm, súlya 720 g, köldökzsinór 53 cm. Feltűnt rajta, hogy az amnion alatt, körülbelül gyermektenyérnyi felszínen, vékony rétegben véralvadék borítja. Felemelve az amniont, egy körülbelül zöldborsónagyságú tágulat tünik fel, az egyik kötegszerűen tömött, kiemelkedő edényágon, melyet enyhén megnyomva, abból a felső részén lévő kis gombostűfejnyi nyíláson vér nyomul elő.

Az esetet a következő módon rekonstruálnám. Az értágulat vékony fala a fájásalatti nyomásnak nem tudott ellenállni, ezért megpattant és vérzés indult meg. Minthogy az amnion a chorionnal, melyben az erek futnak, nem nő össze, hanem a magmaür eltűnésével azzal csak összetapad, az érfal megrepedésével nem repedt meg az amnion is egyidejűen, hanem a kiömlő vér szétválasztotta a burkokat annyira, amennyi helyre szüksége volt s elsősorban abban az irányban, amerre egyrészt súlya, másrészt a fájások alatti nyomás következtében süllyednie kellett. A vérzés megindulásának időpontja nem ellenőrizhető, de valószínű, hogy akkor, amikor a vérzés megindult, a koponya még nem zárta tökéletesen a belső méhszájat, így a két burok között lévő vér a koponya előtt, szabatosabban az igazi elővíz előtt, foglalt helyet. A szülés előhaladtával az érintkezési gyűrű annyira ráhúzódott a koponyára, hogy megszakította az összeköttetést a gyűrű előtt és mögött helyet foglaló magzatvízrészek között. A passiv szakasz visszahúzódása következtében az ellenállás mindig kisebb, a fej lenyomulása következtében a nyomás mindig nagyobb lett, amiért megrepedt a chorion és kiömlött a vulván át a két burok között elől helyet foglaló vér, ugyanúgy, mint némely esetben a magmavíz (álmagzatvíz) szokott. A fejnek a medencében lejebbnyomulása folytán a vérzés kifelé megszűnt, de folytatódott a két burok közé, míg a vér meg nem repesztette az amniont s így útat talált a peteürbe és keveredett a magzatvízzel. A tény, hogy az elővíz nem volt véres, azt bizonyítja, hogy a vér csak akkor keveredhetett a magzatvízzel, amikor a lenyomuló koponya a fejvíz és a magzatvíz közlekedését megszakította.

A kórbonctani vizsgálat kétségkívül igazolta, hogy a magzat intrauterin vérzett el. A boncolási jegyzőkönyv szerint a magzatban syphilisre utaló elváltozást nem találtak.

Hasonló esetek diagnosisánál ki kell zárnunk a lágy szülőutak sérülése, vagy a placenta esetleges korai leválásakor keletkező vérzést és meg kell győződnünk, hogy a vér a peteürből, illetve a két burok közül jön-e? Ha a diagnosist ilyen módon biztosítottuk, a szülés mielőbb való befejezése indicalt, ha a feltételek megvannak, fogóműtéttel vagy lábfordítással összekötött extractióval. Esetünkben műtétet nem végeztünk, mert biztosak voltunk abban, hogy a magzat elhalt és megelégedtünk a szülőfájások gyógyszerrel való fokozásával. Az anya zavartalan lefolyású gyermekágy után a szülés utáni nyolcadik napon osztályunkról gyógyultan távozott.

* Bemutatás a Közkórházi Orvostársulatnak 1925 december 2-án megtartott XIII. szakülésén.

Epikrisis.

Irta: *Minich Károly dr.* egyet. magántanár, közkórházi főorvos.

A vizsgálat adataiból kitűnik, hogy a feltűnően nagy méretű és súlyára nézve is az átlagos 500-nál jóval súlyosabb, 720 g súlyú méhlepény magzati felületén az erek legnagyobb része elzáródott állapotban van. Az elzáródás a magzati utaknál physiologikusnak tekinthető intima összenövés útján következett be, tehát minden thrombus képződés nélkül. A placenta magzati felületén, annak periferiás részletein, az ereken kisebb-nagyobb tágulatok látszanak, amelyek közül a legnagyobb, vastagabb babnyi átszakadt. A hozzávezető ér vizsgálata szerint a tágulat arterián következett be és ennélfogva aneurysmának tekinthető. A placentában, és pedig különösen annak méh felé tekintő részeiben, elterjedt infarctusok látszanak. Minden a mellett szól, hogy a szokatlanul nagy kiterjedésű tömörülések és a placentáris ereknek ezen folyamattal kapcsolatos elzáródása szolgáltatott alkalmat a tágulatok kifejlődésére. Figyelemmel arra, hogy a szülött vizsgálatánál luesre utaló elváltozás egyáltalán nem találtatott és hogy a placenta területében sem volt észlelhető lueses jelenség, a lueses fertőzés szerepe kizárható.

A valószínűség a mellett szól, hogy a placenta területében fellépett infarctusok nagy terjedelme vonta maga után az erek nagyfokú elzáródását és ezzel a tágulatok kifejlődését.

THERAPIA

A gróf Apponyi Albert poliklinika belgyógyászati osztályának közleménye (főorvos: Stern Samu dr. egyet. m. tanár.)

Salvacid alkalmazása hyperaciditásnál.

Irta: *Schwartz Dezső dr.* poliklinikai orvos.

A hyperaciditas, illetve hyperchlorhydria ventriculi oly gyakori az ambulantián, hogy szükséges vele bővebben foglalkozni. Az orvosnak fontos és hálás feladata az általa okozott kellemetlen s a beteg egész közérzetére kiható panaszoknak gyökeres vagy legalább tüneti megszüntetése.

A megszokott gyógykezelésekkel szemben újabb időkben patogenetikus szempontok irányítják a therapiát.

Ezt az új irányt szolgálja a *salvacid* is, amellyel elért eredményekről óhajtok beszámolni.

Már *Glaessner* jelentősebb eredményt ért el epének adagolásával, mely szerinte egyrészt a gyomorsavnak direct módon való közömbösítését hozza létre, másrészt a pylorust reflectorice befolyásolja, miáltal az epeelválasztás szabályozódik. Az epe adagolása csökkenti a sósavproductiót és leköti a pepsinfelesleget. *Palfrey* ez esetben a gyomor gyorsabb kiürülését tartja fontosnak a gyógyulás szempontjából. A hyperchlorhydria gyógyítása epe adagolásával az újabb évek eredménye s ez a szempont vezette *Csákit* is újabb lépésre. Szarvasmarhaepéből vett *glykocholsavat* combinált a Folia Salviae hatóanyagából, a *thujonból* előállított illó anyagokkal, mely utóbbiak a secretióra hatnak gátló befolyással. Készítménye, a *salvacid* (thujoncholyl-glycin) még igen kis mennyiségben alkalisókat is tartalmaz. A készítményt a magyar *Tres-gyár* hozza forgalomba.

A hyperaciditás eseteinek legnagyobb részében — amikor nem az ulcus ventriculi egy tünetéről, hanem önálló kórképről van szó — a betegséget *Kuttner* szerint 60—75%-ban obstipatio váltja ki; elég gyakran fordul elő a női nemiszervek zavarainál, graviditásnál (ez esetben a hypersecretióval kapcsolatban), climacterium esetében. *Crämer* statisztikája szerint nagyon gyakori a nikotin-, kávé-, tea-abususoknál. Mások szerint a túlságosan fűszerezett ételekkel való táplálkozásnál jelentkezik.

Sokszor fordul elő azonban, hogy ily aetiologiai momentumot nem találunk, mikor is genuin hyperchlorhydriáról szólunk. Ezt egyesek constitutionalisnak, mások nervosusnak tartják.

Pathologiáját illetőleg *Pawlow* az aciditás nagyságát a gyomortartalomnak a gyomornyálkahártya által történő neutralisatiója fokától teszi függővé. Más vizsgálatok szerint az idegrendszernek secretionalis hatása sokszor ki nem deríthető okból egyénileg nagyon változó. *Rubow* szerint a motilitás fokozódása hathat secretiofokozólag. *Kuttner* szerint a gyomornyálka nagyobb mennyisége is előidéz secretiofokozódást és hyperchlorhydriát. Legújabban *Bálint* a vér aciditásának fokozódásával hozza kapcsolatba. Bizonyosat azonban e téren még nem tudunk.

Csákinak a hyperaciditásra vonatkozó hypothesisébe, mely szerint a hyperaciditás az ulcusnál a szervezet védekezésekép jön létre, mint „az ulcust kiváltó és elhárító erők viszonyában egy új egyensúlyi helyzet", nem óhajtok lényegileg beleavatkozni; ellenben vizsgálataim alapján állíthatom, hogy minden esetben, hol a sui generis hyperaciditást normaciddá tettem, a klinikai tünetek és panaszok is megszűntek. Két esetemben a Röntgen-vizsgálat eredménye vero-similiter ulcus duodeni állapított meg, a normaciddá tétel által eredményeim itt is a fentiekhez voltak hasonlók; vagyis minden egyéb tünet és panasz teljesen megszűnt. Ezek szerint a hyperaciditas szükségességét nem tartom valószínűnek s csak azért nem foglalkozom ezzel bővebben, mert vizsgálatomat nem az ulcusra, hanem a hyperchlorhydriára terjesztettem ki s állításom, illetőleg cáfolatom mellé nem tudnék elegendő ulcusbeteget bizonyítékul állítani.

A hyperaciditás cardinalis tünete a pyrosis hydrochlorica. Legtöbbször megvan az epigastrium tájára kiterjedő, nyomásra diffus érzékenység. Az étvágy rendszerint változatlan. Gyakran felületes loccsanás váltható ki. Teljesen biztossá teszi a kórismét a klinikai tünetek mellett a gyomortartalom chemiai vizsgálata.

A genuin hyperchlorhydria gyógykezelésében az aetiologiai momentum kiküszöbölése azon oknál fogva, hogy az csupán theoretikus s biztosan nem ismerjük, nem igen lehetséges és mégis sokszor a tüneti kezelése a causalissal egyértékű lesz, amennyiben a diaeta, alkaliák és secretiocsökkentő gyógyszer adagolása után egy idő mulva a beteg panaszmentes és a savértékek is normalisak, még ha a gyógyszert el is hagyja.

A therapia bevezetésében fontos a diaeta szabályozása. Ennek számos alakja ismeretes, melyek közül ismertebbek *Lenhartz*, *Lüthje*, *Penzoldt*, *Bickel* étrendjei; utóbbi sémája a legrészletesebb, amennyiben felosztva a táplálékokat a secretiót erősen és kevésbbé fokozó hatásúakra, ebből a szempontból a folyékony és szilárd halmazállapotú táplálékok sorrendjét állapítja meg, melyet a szerint alkalmazunk, hogy a hyperchlorhydriának mily foka áll fenn. Lényegileg minden diaeta a fűszeres, különösen sós, paprikás, borsos, savanyú, ecetes táplálék eltiltására, alkohol-, nikotin-, coffeinabusus kerülésére helyezi a súlyt.

A salvacidot a gyakorlatban *Csákin* kívül hazánkban és külföldön is többen kipróbálták, különösen ulcus

ventriculinál, mindazonáltal a további vizsgálatok — véleményem szerint — nem válnak feleslegessé, annál kevésbbé, mert engem részben más nézőpont irányított, másrészt pedig úgy vélem, annál inkább vagyunk hajlandók hitelt adni valamely gyógyszer által feltételezett és kifejtett jó hatásnak, minél szélesebb rétegekben történt annak kipróbálása. Magam 24 ambulans betegnél jegyeztem fel az adatokat. Eljárásom a következő volt: Csupán azon betegeknél alkalmaztam, melyek az ú. n. genuin hyperchlorhydria csoportjába tartoznak. Említettem volt, hogy két esetemben a Röntgen-lelet verosimiliter ulcus duodeni. Azoknál a betegeknél, kik hyperchlorhydriára voltak gyanusak, Ewald-Boas-féle próbareggelit végeztem, különös tekintettel a próbareggeli mennyiségére és epefestenyezettségére. Két hétig reggel, délben, este étkezés előtt 2—2 szem salvaciddragée vétele után másodszor, további hasonló két hét után harmadszor végeztem el a próbareggeli-vizsgálatot. Nem írtam elő a szokásos diaetát, minthogy csupán a gyógyszer által kifejtett hatást óhajtottam vizsgálat tárgyává tenni. Néhány kórtörténet fogja megvilágítani az eredményt.

I. *Cs. J.*, 25 éves szerelő. Április óta feje fáj, szédül, hányingere van, amint megéhezik; étkezés után pedig ¼—½ órával gyomorégése van, savanyú és keserű felböfögései vannak. Széklet rendben. Az asthenias beteg gyomortája nyomásra érzékeny, de az érzékenység kisfokú és az egész gyomorra lokalizált. Az első próbareggeli 1925 nov. 12-én 80 cm³, kevés epetartalmú, jól emésztett, szabad HCl: 56, összaciditás: 66. Két hét mulva panaszai csökkentek, de nem teljesen szűntek. A próbareggeli most szabad sósavat 42-t, összaciditása 48-at mutat, egyébként az előbbihez hasonló. Dec. 5-én azzal jelentkezett, hogy panaszai teljesen megszűntek. A harmadik próbareggeli eredménye 30 cm³ jól emésztett, bővebb epetartalmú szabad HCl: 22, összaciditás: 34. Azóta ismét jelentkezett, panaszmentes.

II. *V. Mária*, 37 éves napszámos. 1925 nov. 5-én azzal jelentkezett, hogy egy éve szenved gyomorfájdalmakban, gyomorégésben, rosszizű felböfögésekben, minden evés után hányingerben, sőt azelőtt majdnem minden nap hányt is. Egy évvel ezelőtt jelentkezett ambulantiánkon, kapott gyógyszert, mely csökkentette egyidőre a fájdalmat és a hányingert, de nem szüntette meg. Klinikai vizsgálatnál gyomortáj érzékeny. Széklete rendben. Próbareggeli 100 cm³, jól emésztett, szabad HCl: 56, összaciditás: 68. A salvacid két hétig tartó szedése után alig van panasza. A 100 cm³ jól emésztett gyomortartalom aciditása 30—54. Dec. 2-án a beteg jól van, a próbareggeli savértékei 24—40. Azóta minden gyógyszer vétele nélkül jól van.

III. *B. György*, 68 éves építésvezető. Három hónapja gyomrában erős égést és nyomást érez; ezek a panaszok kissé szűnnek, ha szódabicarbonát vesz be, de a következő táplálkozás után ½—1 órával ismét jelentkeznek. Savanyúízű felböfögései vannak. Hányingere nincs, hányni nem szokott, gyakran csuklik. Gyomortájon nyomásra érzékenység. Röntgen: három ujjal süllyedt rendes tágasságú gyomor, tonusa kifejezetten fokozott. Sűrű peristaltikus hullámok a pylorus előtt, olykor rövid antiperistaltica. A kisgörbületen a pylorus előtt spastikus behúzódás, mely olykor a helyét változtatja. Duodenum rendesen telődik. Nyomásérzékenység legkifejezettebben praepylorikusan a kisgörbületen. Motilitás rendes. Radiologice: vero-similiter ulcus juxtapyloricum. Az egymásutáni három próbareggeli (2—2 hét után) eredménye a következő: nov. 12-én 20 cm³, jól emésztett, aciditása 82—90; nov. 25-én 20 cm³, jól emésztett, aciditása 38—44; dec. 7-én 30 cm³, jól emésztett, aciditása 28—44. A harmadik próbareggeli jóval több epét tartalmaz, mint az első kettő. Panaszai teljesen megszüntek, azóta két ízben is jelentkezett, nagyon jól érzi magát.

Egy esetben fordult elő, hogy az aciditást nem sikerült lecsökkenteni, egy 18 éves leánynál. Itt főleg az obstipatio dominált, 4—5 napig sem volt széklete; salvacid vétele után változatlan panaszok és változatlan aciditás. A székletnek nehezen, de sikerült rendezése után ismét adtam salvacidot, mire teljes javulás állott be, de csak a laxans állandó használata mellett.

Az esetek további felsorolása unalmas, de felesleges is lenne, mert majdnem teljesen azonos panaszok, tünetek mellett az elért eredmények is jóformán mindig a három esetben foglaltaknak felelnek meg.

Ezek szerint az elválasztott epe felhasználásának szabályozása az eddig alkalmazott gyógyszerek eredményeit túlhaladva — hogy úgy mondjam — pathologiájában közelebb fogja meg a betegséget.

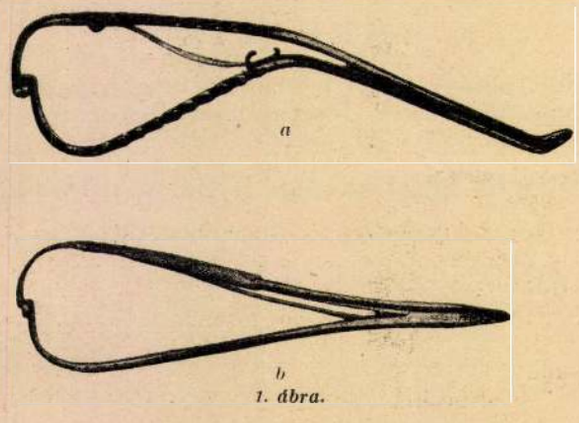
Ad conclusionem: Mindazon esetekben, hol a hyperchlorhydria sui generis áll fenn, salvaciddal kitűnő eredmény érhető el, valószínűleg azon az alapon, hogy egyrészt a duodenalis regurgitatio zavarát megszünteti, másrészt alkalisói neutralisáló hatást fejtenek ki; végül a diaeta nagyobbfokú huzamosabb ideig való alkalmazását feleslegessé teszi.

Irodalom: *Bickel:* D. med. Wochenschr. 1906, 33. sz. — *Csáki:* Therapia 1925, 11. sz. — *Kuttner, Pless:* Wiener med. Wochenschr. 1925, 21. sz. — *Crämer:* 1907.

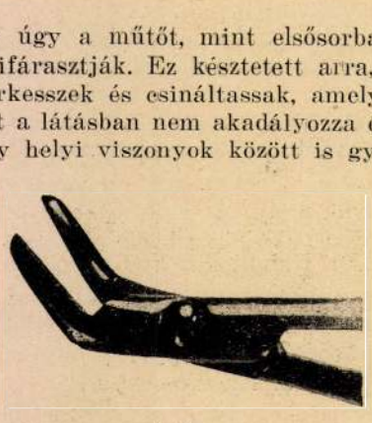
Új sebészi tűtartó mélyben és üregekben való dolgozáshoz.*

Írta: *Madi Kovács Ferenc dr.* egyet. tanársegéd, a II. sz. sebészeti klinika fül-, orr-, torok- és gégerendelésének vezetője.

A szájüregben végzett műtétek utáni varratbehelyezések a műtéti terület mély és szűk volta folytán, dacára a legnagyob körültekintésnek és a legfejlettebb manualitásnak, igen vesződségesek és annyi ideig tartanak, hogy úgy a műtőt, mint elsősorban a beteget rendkívül kifárasztják. Ez késztetett arra, hogy olyan tűtartót szerkesszek és csináltassak, amelynek használata a műtőt a látásban nem akadályozza és amellyel a szűk és mély helyi viszonyok között is gyorsan, biztosan és megbízhatóan lehessen a varratokat elhelyezni. Megemlítem, hogy hasonló célzattal mások már egész sorozatát produkálták a tűtartóknak, melyek azonban céljuknak csak többé-kevésbbé feleltek meg.



1. ábra.

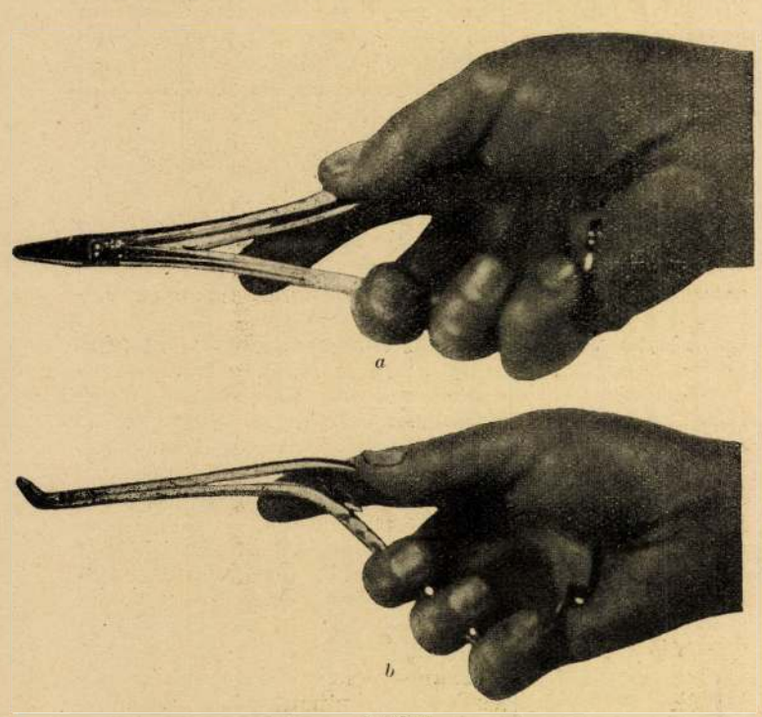

2. ábra.
Tűtartóm tűtmegfogó pofarésze.
(Eredeti nagyság.)

Tudva azt, hogy minél egyszerűbb a műszer,

* Bemutatva a Magyar Sebésztársaság 1925. évi szept. havi nagygyűlésén.

annál könnyebb annak tisztántartása, javítása és előállítása, sőt annál könnyebb vele dolgozni is, a legszélesebbkörű használatnak örvendő *Mathieau*-féle tűtartó alakján próbáltam változtatni. A mellékelt ábrán jól látható a *Mathieau*-féle tűtartó és a mi tűtartónk közötti különbség. (1. ábra „*a*“ és „*b*“.)

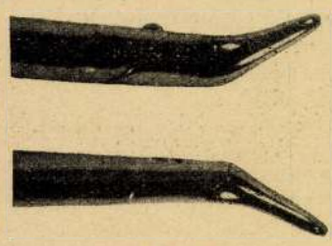
Az általam szerkesztett eszköz pisztolyfogású, tompaszögben lefelé hajlított markoló-résszel bír, míg



3. ábra.
a Mathieau tűtartó kézben, *b* tűtartóm kézben.

az eredeti egészen egyenes. Eszközömnek a tűt megfogó része, a pofája szintén tompaszögben (2. ábra) felfelé hajlik körülbelül egy cm hosszúságban és fogó felülete erre keresztbe áll. Azáltal, hogy a tűtartót így két irányban meghajlítottam, egyrészt kézfejemet távolítottam el a látóteremből a markolórész meggörbítése útján, másrészt a kisebb fölfelé irányuló görbítéssel a könnyed és kis helyen való öltést, illetve a műszer könnyű fordításának lehetőségét biztosítottam, a műtéti terület áttekinthetőségét pedig fokoztam. (Lásd 3. ábra „*a*“ és „*b*“.)

Az új műszernek hosszabb a nyele, mint a másiknak (lásd 1. ábra) és ezért különösen kövér betegeknek aránytalanul mély hasüregében is, klinikánkon chole-



4. ábra.

cystektomiák, hólyagműtétek, prostatatektomiák stb. esetében is számtalanszor sikeresen használták.

A műszer első modelljét több mint másfél éve használom a szájüregben végzett műtétek után előforduló varratbehelyezésekhez és használata mindég nagy könnyebbséget jelentett.

Különösen hangsúlyoznom kell, hogy tűtartómat csakis rövid, kisgörbületű tűvel, vagy szánkatűvel lehet használni, erősen görbe, *Bassini*-tűvel nem lehet dolgozni vele. Az említett használható tűket úgy, miként az más tűtartóknál is szokás, a hátsó és középső harmad határán, a pofához viszonyítva kissé ferdén kell befogni.

Zárószerkezete ugyanolyan, mint a másiké és ha műtét után gondosan kitakaríttatjuk, zárófogazatát kefével átdörzsöltetjük, beolajoztatjuk, akkor a műszernek ez a kritikus része, mondhatnám a lelke, sohasem okoz bosszúságot a vele dolgozónak.

Megemlítem még és ábrán bemutatom (4. ábra) tűtartóm egyik módosított alakját is. Ez abban különbözik az eredeti modellemtől, hogy felfelé görbülő pofarésze vagy jobb- vagy balfelé és kifelé is elhajlik kissé. Hátránya ennek, hogy vagy csak jobb, vagy csak bal kézben használható, míg a csupán felfelé hajlított műszer mindkét kezünkkel egyformán használható.

Van mindegyik tűtartóból egy erősebb a vastagabb tűk, egy gracilisabb a vékony tűk használatára. (4. ábra.)

E műszerrel az volt a célom, hogy a mélyben való varrást egyszerűsítvén a műtét idejét megrövidítsem s ezzel könnyebbséget szerezzek úgy a betegnek, mint orvosának.

Örömmel közölhetem, hogy a leírt tűtartókat a Magyar Sebésztársaság nagygyűlésének 1925 szeptember 11-i második napján történt bemutatásuk óta igen sokan (hassebészetben, urologiai, sőt már nőgyógyászati műtéteknél is) teljes megelégedéssel használják.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Az asthma bronchiale allergenmentes szobában való kezelésének eredményei. *S. van Leeuwen* és *W. Kremer*. (Klin. Wochenschr. 1926., 16. sz.)

Szerző már előző munkáiban kimutatta, hogy az asthma bronchiale az esetek 90%-ában a levegőben jelenlévő láthatatlan anyagoknak, az ú. n. klima-allergeneknek a belehelése által jön létre. Az asthmás beteg túlérzékeny ezek iránt az anyagok iránt, melyeket praktikus szempontból két csoportba lehet osztani: 1. az „A“ klima-allergenek a külső levegőben, 2. a „B“ klima-allergenek a beteg szobájának levegőjében találhatók. Ha ez a feltevés helyes, úgy az asthmás beteg megszabadítható a rohamaitól azáltal, ha allergenmentes levegőben tartjuk. *Van Leeuwen* ezen célzattal külön klinikát rendezett be Leydenben asthmás betegek részére, ahol hat olyan hermetikusan elzárt szoba áll a patiensek rendelkezésére, melyeknek egyetlen berendezése egy sterilizált vaságy, egy asztal és egy szék. A szoba levegőellátása ventillátor segítségével történik egy fémcsövön át, mely a klinika teteje felett 10 méterre nyílik. Az ilyen szobákban (I. typus) tehát „B“ allergen nincsen, míg az „A“ allergen a külső levegőből behatolhat; ha a szobát az utóbbitól is mentesíteni akarjuk, úgy a csövön át beáramló levegőt lehűtés útján sterilizálni kell (II. typusú szoba).

Szerző 80 olyan betegről számol be, akiket ilyen allergenmentes szobákban kezeltek. A klinikára válogatás nélkül felvettek minden olyan asthmás beteget, akinek az utolsó héten súlyos rohamai voltak. A betegeket először 2—3 napra az I. typusú szobákba helyezték; ha erre nem javultak, úgy az étrendben vezettek be bizonyos változtatásokat, majd ha az nem vezetett eredményre, úgy a II. typusú szobákat vették igénybe. Az ilymódon kezelt 80 beteg közül csupán 8 viselkedett refractaer módon, 11 lényegesen javult, a többi 61 (76%) pedig tökéletes javulást mutatott. Érdekes, hogy az eredményes kezeléshez a legtöbb esetben elegendő volt, ha a beteg csak az éjszakát töltötte az allergenmentes szobában és nappal a dolga után járt. Viszont az ott-

honba való visszaköltözés természetesen recidivához vezetett. A leírt kezelés eredményeinek számszerű adatai teljesen egyeznek azokkal az eredményekkel, melyeket *Turban* közöl Davosból, ami szintén bizonyítéka annak, hogy a javulás valóban a klima-allergenek kikapcsolásának köszönhető. *Czoniczer dr.*

Szőlőcukoroldat intravenás alkalmazása a therapiában. *Erich Meyer.* (Zeitschr. f. klin. Med. 102. köt., 4—5. füz., 343. old.)

Szőlőcukoroldat intravenás befecskendését az errendszer spasmusos állapotainál vagy gyógyszerek felhígítása céljából (10—20%-os oldatból 10—20 cm^3) már éveken át alkalmazták. Kellemetlen mellékhatások (hidegrázás, láz, hányás, stb.) csak a legritkább esetben s valószínűleg csak túlérzékenység következtében jelentkeztek. Ezzel szemben némely gyógyszer (strophantin, digipurat, stb.) intravenás befecskendezésénél oly gyakran észlelt komolyabb zavarok szőlőcukoroldat kombinálásával kiküszöbölhetők, sőt némely gyógyszer (pl. euphylin) hatása lényegesen fokozható is vele. Így hypertoniával vagy angina pectorissal járó szívelégtelenségeknél sokszor nagyon jól bevált az euphylin-digitalis szőlőcukoroldat keveréke intravenásan adagolva. Szerző tisztán szőlőcukoroldat-injectiókkal végzett kezelésekkel főleg hypertonia, angina pectoris és claudicatio intermittens eseteinél észlelt szép eredményt. Pár heti kezelés után a fájdalmas rohamok teljes kimaradása és legtöbb esetben a tensio csökkenése jelezte a javulást. Fenti bántalmakban szenvedő diabeteses betegeken szintén jól befolyásolta már kevés injectio is a szívtüneteket. Vizsgálatok szerint *(Opitz)* a szőlőcukor-injectiók következtében a hyperglykaemia alig változik s így nem contraindikálja annak alkalmazását. Klinikai észlelések szerint a szőlőcukor-injectiók értágító hatása csak megfelelő reactioképes ereken következhet be. Nagyfokú anatomiai elváltozásoknál (atherosklerosis, nephrosklerosisos, nephritises érspasmusok és hypertoniák) a szőlőcukor-injectiós kezelés eredménytelen. Raynaud-betegségnél, angioneurosis és hasonló bántalmaknál az injectiók szintén hatástalanok voltak.

Fischer dr.

Szőlőcukor hatása a vérnyomásra és vérképre. *P. Wichels.* (Zeitschr. f. klin. Med. 102. köt., 352. old.)

Az *E. Meyer* által érspasmusoknál (angina pectoris, abdominis, intermittáló sántítás) sikeresen alkalmazott szőlőcukorbefecskendéseknél rendszerint vérnyomáscsökkenést is észleltek. E tapasztalás alapján szerző essentialis hypertoniás betegeken is megkísérelte a kezelést. 26 eset közül 21 esetben a szőlőcukorinjectiókat kifejezett tensiocsökkenés követte. A vérnyomás süllyedése Riva-Rocci szerint 20—60 Hg-mm volt; a systolés értékkel arányosan a diastolés nyomás is alászállott. Hasonlóan, de kisebb mértékben hatottak laevulose- és konyhasó-injectiók is. Ezzel szemben nephrosklerosis eseteiben a szőlőcukoroldat-kezelés teljesen hatástalan maradt. Normalis vérnyomást szintén nem befolyásolják a befecskendések. A vérnyomássüllyedéssel parallel a leukocytaszám is csökken, relativ lymphocytosis és gyakran eosinophilia kíséretében. Atropin hatása a bekövetkezendő leukopeniát meggátolhatja. Ezen jelenségek sokban emlékeztetnek a Widal-féle „haemoklasiás krisis"-nél észleltekre és szerző ezek szerint feltételezi, hogy a szőlőcukoroldat therapiás hatásának alapja az autonom idegrendszer befolyásolása lenne, amit — a már ismert vizsgálatok szerint *(Meyer, Handovsky)* — a vér colloid rendszerében létrejövő változás eredményezne. *Fischer dr.*

Harmadik lues-kicsapási reactióm („DM") technikájához. *Meinicke.* (Münch. med. Wochenschr. 1926, 17. szám.)

Szerző harmadik lues-kicsapási reactióját (DM) 1919-ben közölte először. Reactiója ugyan specifikusnak bizonyult, de egy élesen beállított Wassermann-reactióval szemben gyengébb eredményeket adott. Azóta szerző a DM tökéletesítésén nem dolgozott mindaddig, míg újabban *Hohn* a reactión bizonyos változtatásokat eszközölt (DMHo), melyeknek lényege az, hogy az extractum hígításához használt edényeket, úgyszintén a destillált vizet és konyhasóoldatot thermostatban előmelegítette és az eredményt először 24 óra mulva 37 C°-os thermostatban, majd 6—8 óra mulva szobahőmérsékleten való állás után olvasta le. Eljárása eltér még az eredeti DM-től abban is, hogy nem 0·2 cm^3 savóhoz ad 0·8 cm^3 hígított DM-extractumot, hanem 0·4 cm^3-hez 0·25 cm^3-t. Szerző *Hohn* eljárását utánavizsgálva, azt találta, hogy az előmelegítéssel az extractum-hígításokban néha fellépő csapadékképződés minden esetben elkerülhető, a szobahőmérsékleten való állás utáni leolvasás is jobb eredményekhez vezet, mint az eredeti leolvasás; ezzel szemben a Hohn-féle serumextractum aránnyal — mely gyengén reagáló esetekre van beállítva — néha nem specifikus positiv eredmények is előfordulhatnak. Zavaró még az is, hogy kis reaginmennyiségekre való beállítás következtében a Wassermann-reactio szerint erősen positiv savók DMHo-val alig adnak positiv eredményt. Tapasztalatai alapján szerző az eredeti DM-reactióján bizonyos változtatásokat eszközölt. Egyrészt átvette *Hohn*tól az edények, a víz és konyhasó előmelegítését és a szobahőmérsékleten való állás utáni leolvasást, másrészt az extractumot hatásosabbá teendő benzoesavat adott hozzá. Kísérleti tapasztalatai szerint optimalis, ha az extractum 0·3—0·4%-ban tartalmaz benzoesavat. Ezen változtatásokkal a DM-reactio technikája röviden a következő: A vizsgálandó savókat ¼ óráig 55—56 C°-on inactiválja. Az eredeti DM-extractumnak — mely most már 0·4%-os benzoesav-tartalommal külön „B" jelzéssel is kerül forgalomba — a reactióhoz szükséges mennyiségét felényi destillált vízzel rázza össze és egyórai szobahőmérsékleten való állás után a vizes extractumhoz hétszeres mennyiségben ad 3%-os konyhasóoldatot. Így megkapja a használatra kész friss extractumhígítást. A keveréshez használt pipettákat, üveghengereket, destillált vizet és konyhasóoldatot 37 C°-os thermostatban egy óráig előmelegíti. Minden csőbe 0·2 cm^3 savót és 0·8 cm^3 frissen készült extractumhígítást pipettáz, jól összerázza és 24 órára 37 C°-os thermostatba teszi. 24 óra mulva a thermostatból kivéve, a csövek 4—5 óráig szobahőmérsékleten (20—22 C°) állnak. Utána az eredményt nagyítóval olvassa le. A javított DM-reactióval általában minden serum positiv, mely Wassermann-reactióval és MTR-val, habár csak gyengén is, positivnak mutatkozott. A lueses esetek egy kis részénél, ahol a Wassermann-reactio és MTR negativ eredményt adott, a benzoesavval felerősített DM-reactio egyedül ad döntően positiv eredményt. A vizsgálat pontosságát tehát lényegesen emeljük, ha a Wassermann-reactio és MTR mellett a DM-reactiót is megcsináljuk. *Dvorák dr.*

Sebészet.

A coxitis gyógyítása a Chatzkelsohn-féle sínnel az extensio kisfokú módosításával. *B. Chatzkelsohn,* Riga. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 5. sz.)

Szerző sínkötésének alkalmazásával hármas célt akar elérni. Még pedig: 1. a végtag fixálását, 2. a végtag extensióját és 3. a beteg talpraállítását. A beteg a tub. os. ischii-re támaszkodik, anélkül, hogy a sín az adductorokra nyomást gyakorolna. A fokozott extensio által az adductiót is kiküszöböli. A sín alkalmazása esetén a beteg járni tud, a beteg csontok nyugalombahelyezésével fájdalmai megszűnnek. *Schmidt Károly dr.*

A szerzett penis-csonkításnak egy ritka esete. *I. Steinberg,* Odessa. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 5. sz.)

29 éves izraelita a makkon fellépő igen heves viszketés és a coitus végbezvitelének akadályozott volta miatt keresi fel a klinikát. Erectiókor a penis sarlóalakú, felfelé hajló makkal. A beteg bántalmát veleszületettnek tartja, mivel eddig még semminemű nemibetegsége nem volt. A ritualis circum-cisiót nyolcnapos korában végezték. Vizsgálatkor kitűnik, hogy a penis törzsének bőre hídszerűleg hajlik a makkra, egy alag-

utat alkotva, amelyen egy szonda jól átvezethető. A híd átmetszésekor kitűnik, hogy az epithellel borított és hogy a Filatoff-féle bőrhidat utánozza. A makk szemben lévő része szintén epithellel borított. Az alagútban összegyült sebum-praeputiale bomlása okozta a viszketést. A sebszéleket selyemvarratokkal egyesítve, síma sebgyógyulás. A bántalom okaként valószínűleg a circumcisionál megsérült glans- és praeputium bőrének összenövése szerepelt. *Schmidt Károly dr.*

Syphilitikus vékonybélfekélyek többszörös spontan perforatiója által létrejött peritonitis. *K. Wahlberg*, Hamburg-Eppendorf. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 5. szám.)

Szerző esetében egy 59 éves nőbeteget észlelt, akit belosztályról (Cc. ventriculi perf.?) diffus peritonitissel tettek át. Műtét alkalmával az oedemás peritoneumot megnyitva, kevés levegő távozik, a szabad hasüregben bőséges zavaros savó genyfoszlányokkal keverve. A vékonybélkacsok pirosak. A colon transversum felhajtása után egy conglomeratum észlelhető, amelyet vékonybélkacsok, cseplesz és a colon descendens alkotnak, ezek felszabadításakor bőségesen ürül vékonybéltartalom a szabad hasürbe. Ugyanekkor egy körülbelül fillérnyi kerek, élesszélű perforatiós nyílás észlelhető a jejunumon, a mesenterium tapadásánál, körülbelül 20 cm-nyire a flexura duodeno-jejunalistól. A fekély szélei erősen infiltráltak és az infiltratum a mesenteriumba is még körülbelül 1—2 cm-nyire beterjed. A bél itt igen szakadékony és málékony, az egész bal alhasfél és kismedence vékonybéltartalomtól és genyes exsudatumtól kitöltött. Lejebb pár centiméterrel még körülbelül három hasonló perforált ulcus. A mesenteriumban feltünően kevés szétszórt mirigyduzzanat észlelhető. A jejunum egész lefutásában számos circularisan infiltrált terület és perforatio előtt álló ulcus észlelhető, mely a mesenterium felé terjed. Stenosis sehol sem észlelhető. Konyhasós oldattal kimossa a hasat; drainezés. Aznap éjjel beállt az exitus. A próbaexcisio syphilitikus fekélyt mutatott. Az eset érdekessége mellett szól, hogy a Wasermann-reactio negativ volt, abortus nem volt és négy egészséges gyermeke volt az asszonynak. *Schmidt Károly dr.*

Új műtéti eljárás a skoliosis kezelésében. *H. Plagemann*, Stettin. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 6. sz.)

Elsüllyesztett selyemzsinórral köti össze a lapockákat, miután előzőleg drótvarrattal annyira közelítette egymáshoz a két lapockát, hogy a medialis scapula szélek egymáson feküdjenek. Ezután a drótvarratot eltávolítja. Az erős selyemzsinór, melyet műtét előtt kellőképen praeparáltak az erőkifejtéshez, tartja össze a lapockákat. Fontos, hogy a selyemzsinór ne erősíttessék a gerincoszlophoz. Felnőtteknél ajánlatos a selyemzsinórt a scapula egyik csontnyílásán áthúzni (a csont perforatiós nyílásának előzetes, exact kisimítása után), gyermekeknél pedig a lapocka nyaka köré. A mozgatás és megterhelés idejének kezdete individualis és csak hosszas jártasság és megfigyelés által érhető el. *Schmidt Károly dr.*

A műtét utáni laparotomiás sebek szétválása a hasüregbeli szervek előesésével. *M. Weber*, Minsk. (Zentralblatt für Chir. 1926, 5. sz.)

E megbetegedés okaként egyes szerzők a constitutionalis hajlamosságot, az egyén magas életkorát; mások a metszésvonal irányát és hosszát, a hasfalak laza voltát főleg multiparáknál, erős abdominalis nyomáskülönbséget, a varratok időelőtti eltávolítását és a korai felkelést említik. Az összes szerzők abban megegyeznek, hogy kell egy bizonyos hajlamosságnak lenni a sebek szétválasztására, amit az említett okok kiváltanak. Az újabb physiko-chemiai vizsgálatok, amelyeket a sebgyógyulással kapcsolatban végeztek, azt mutatják, hogy a szövetnedvek különbözőképen megváltoznak, aszerint, hogy normalis, gyulladt vagy daganatos szövetek gyógyulnak. A gyulladásos szöveteknél fellépő savi reactio a vizsgálatok szerint fokozódik a lobos folyamat intensitása szerint. A szövetek ezen fokozott aciditása a sebgyógyulásra éppoly károsan fejti ki hatását, mint a malignus tumoroknál jelenlévő autointoxicatio. Szerző szerint ezen megváltozott szövetnedvreactio mellett a fentebb említett kiváltó momentumok létrehozhatják a műtéti sebek szétválását. Laparotomiás sebek szétválása után szerző több esetében secundaer varratokat alkalmazott, amelyek végzése után rövidesen beállott a teljes restitutio. Ezen eljárás eredményes voltát azzal magyarázza, hogy a secundaer varratok alkalmazásának idejében a szervezet már megküzdött az intoxicatiós factorral. *Schmidt Károly dr.*

Vannak-e valódi „centralis állcsont-fibromák"? *A. Krogius*, Helsingfors. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 7. szám.)

A sebészeti könyvekben az állcsontok daganatai közt centralis fibroma is szerepel. *Krogius* néhány esetben látott állcsontdaganatot, amely klinikailag a centralis fibroma képének teljesen megfelelt, és mindezek a daganatok szövettani vizsgálatnál ostitis fibrosának bizonyultak. Az irodalomban közölt centralis állcsontfibroma eseteknél arra a megállapodásra jut, hogy azok sem valódi fibromák, hanem ostitis fibrosából keletkeztek. *Lévai Gyögy dr.*

Bokatörések, hátsó Volkmann-féle háromszög lerepedésével. *K. Ludloff*, Frankfurt a/M. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 7. sz.)

Öt esetében, a külső és belső boka törésén kívül, a sípcsont alsó epiphysisének hátsó széléből egy ékalakú darab (oldalnézetben háromszögalakú: Volkmann-féle háromszög) lerepedt, és ennek következtében a talus hátrafelé subluxálódott. Minden esetben műtétet végzett, úgyhogy hosszanti metszés után a lerepedt csontrészletet csavar segélyével helyére erősítette. A csavart négy hét mulva távolította el. A frissen operált esetek idealis eredménnyel gyógyultak.

Lévai György dr.

A műlábkészítés legújabb fejlődése. *Verth*, Hamburg. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 7. sz.)

Ezt a fejlődést a test súlypontvonala és az izületek helye közti viszonynak a felismerése indította meg. Álló helyzetben a művégtag térdizületi tengelyének a test súlypontvonala mögött kell helyet foglalni, hogy állás közben a térd be ne rogyjon; minél hátrább a súlypontvonal mögé kerül a térdizület, annál nagyobb a biztosítás berogyás ellen. A járás azonban az ilyen „túlbiztosított" térdizülettel nehézkes és fárasztó. Könnyeddé akkor válik, ha a térdizület tengelye állásakor csak éppen közvetlenül a test súlypontvonala mögött van. Ez az elhelyezés egymagában elegendő a biztonsághoz normalis állásnál; ha a súlypont a testtartás megváltoztatása következtében más helyre kerül, a berogyás elleni biztosításnál a combcsonknak activ izomereje jön segítségül. A régi, „túlbiztosított" térdű művégtagok készítésénél nem vették számításba a combcsonk megmaradt izomerejét. A művégtag készítésénél az állás passiv biztosítását egyéni viszonyok szerint kell adagolni: fiatalnak, erőteljesnek könnyebb mozgásképességet, öreg, nehézkes embernek nagyobb biztonságot kell adni. *Lévai György dr.*

Szülészet és nőgyógyászat.

A vérkeringés megváltozása klimakteriumban és castratiónál, különösen myomáknál. *E. Strassmann.* (Arch. f. Gyn. 126. köt., 1. füz.)

Szerző a berlini Bumm-klinika 140 betegénél végzett idevonatkozó vizsgálatokat myomásoknál, kiknél részben radicalis, részben conservativ műtétet végeztek, másrészt pedig Röntgen-besugárzással kezeltek. Minden idetartozó betegnél megvizsgálta a vérnyomást és a szív nagyságbeli eltérését a kezelés előtt, alatt és után. A vérnyomás változásáról szerzett tapasztalatait a természetesen bekövetkezett, valamint a mesterségesen előidézett klimakteriumban lévőknél és myomásoknál az alábbiakban foglalhatjuk össze: 1. A természetes klimakteriumban a vérnyomás általában 20 Hg-mm-rel, sok esetben még többel magasabb. Ez 15—20%-ban a

szív megnagyobbodásával járt, ami részben mint primaer hypertrophia, részben azonban mint másodlagos szívtágulás fogható fel. Szerző ezen szívelváltozás, illetőleg vérkeringésmegváltozás megjelölésére a „klimakterikus vérnyomás", illetőleg „klimakterikus szív" elnevezést ajánlja. 2. Erős vérzéssel nem járó myoma esetén a menopausa bekövetkezése előtt olyan vérnyomásmagasságbeli értéket kapott, mint nem myomás nőknél a klimakteriumban. Myomások gyakori erős vérzései pedig vérnyomássüllyedéssel járnak. Továbbiakban megállapítja, hogy a myomásoknál 40%-ban kórosan megnagyobbodott szívet talált, ami a magas vérnyomás következményének fogható fel. A menstruáló nőbetegek 36%-ánál szívmegnagyobbodás mutatható ki, ezzel ellentétben a többi nem myomásoknál 18%-ban. Myomás nőbetegeknél a menopausa előtt olyan magas százalékban talált szívmegnagyobbodást, mint nem myomásoknál a klimakteriumban. A szívmegnagyobbodásnak nem a vérzések az okai, ugyanis míg az erősen vérző myomásoknak 36%-ában talált szívmegnagyobbodást, addig a nem vérző nőknél 46%-ban. Mivel az utóbbiak vérnyomása magasabb, így a szívmegnagyobbodás okát is ebben kell keresni. További megállapítása, hogy a myoma nagyságának a vérkeringésre és így a vérnyomásra befolyása nincs. Vérzéses panaszokat főleg kisebb myomáknál találunk. A daganatnak enucleatio útján történő eltávolítása a vérnyomásban semmi változást nem idéz elő. Ez is egyik bizonyítéka annak, hogy a daganatnak hypertoniás hatása nincsen.

Minthogy a petefészek működésének kikapcsolásával a myoma megkisebbedik, illetve visszafejlődik, továbbá, hogy a vér nyomása hasonló a klimakteriumban levő és myomás nőknél, arra mutat, hogy a myomás megbetegedés a petefészek zavart működésével hozható összefüggésbe. A petefészeknek a klimakteriumban beálló működéshiányával szemben myomáknál a petefészek disfunctiójáról szólhatunk, amely a vérkeringésre is hypertrophizálólag hat, a méh izomelemeit pedig göbök képzésére serkenti. Ily értelemben a myomás szív fogalmát továbbra is meg kell tartani és ki kell egészíteni a „*myomavérnyomás*" fogalmával.

Ugyancsak vizsgálat alá vette a vérkeringés megváltozását mesterségesen előidézett klimakteriumban. 1. Minden castrálásnál (közvetlenül a műtét után) vérnyomássüllyedés áll be, mely a 8., illetőleg 9. napon éri el legmélyebb pontját. Conservativ műtétek után a vérnyomás süllyedése majdnem 0. Myomaenucleatiónál felmegy a vérnyomás 11 Hg-mm-rel és végül a méh és függelékeinek teljes kiirtásánál ez az érték 19—21 Hg-mm-rel emelkedik. Sugaras kezelések után vérnyomássüllyedés áll be, a második ülésnél systolében, az utolsó ülésnél dyastolében van a legmélyebb pont. A systolés vérnyomássüllyedés rövid besugárzásoknál 3 Hg-mm, ovarialis adagnál 19 Hg-mm. A műtéti castratio állandó hatását vizsgálva azt látta, hogy az végeredményben vérnyomásemelkedéssel jár, amely átlagban 32 Hg-mm systolés és 15 Hg-mm dyastolés emelkedésnek felel meg. A klimakteriumban levő asszonyoknál a petefészkek kiirtása nem okoz vérnyomásingadozást. A műtét útján castráltaknál 15 Hg-mm-rel magasabb a vérnyomás, mint azoknál a nőknél, akiknél természetes úton következett be a klimax. Conservativ műtétek után, ahol legalább az egyik petefészek megmaradt, a vérnyomásban változás nem állott be. 2. A Röntgen-menopausa állandó hatása: A Röntgenbesugárzás által előidézett amenorrhoea folytán a vérnyomás értéke változást ugyancsak nem mutatott. Ez a körülmény azt bizonyítja, hogy a petefészeknek belsősecretiós működése zavart nem szenved. Ugyanígy a rövid besugárzásoknak sincs semmi utóhatása a vérnyomásra. Egyedül a rosszindulatú daganatoknál végzett sugaras mély kezelésnél mutatott a vérnyomás nagy ingadozást, ami egyúttal jele annak, hogy a petefészkek belsősecretiós működése is megszűnt. Szerző szerint egyedül ez esetekre jogosult a „Röntgen-castratio" kifejezésének használata.

Végkövetkeztetései: Klimakteriumban lévő nőknél sem a petefészkek műtéti eltávolítása, sem Röntgen besugárzása nem idéz elő vérnyomásemelkedést, illetőleg szívmegterhelést. Menstruálóknál a petefészkek eltávolítása állandó vérnyomásemelkedéssel jár és ennek megfelelően a szív megterhelésével. A Röntgen-sugár által előidézett menopausa ezzel szemben nem emeli a vérnyomást és a szívet sem zavarja. Myomásoknál, kiknél szív- és vérkeringési zavarok vannak, éppen az elmondottakra való tekintettel, addig, míg a vérzésen kívül egyéb panaszok, illetőleg szövődmények nincsenek, a Röntgen-besugárzást ajánlja.

Haba Antal dr.

Gyermekorvostan.

A lues congenita kezelése spirobismollal. *Levy* és *Selter.* (Archiv f. Kinderheilk. 75. köt., 4. füz.)

Klinikai rész: 19 esetet kezeltek szerzők spirobismollal s azt találták, hogy a spirobismol különösen a lues bőrön jelentkező tüneteit tüntette el gyorsan s igen jól befolyásolta a condyloma és az osteochondritis luetica gyógyulását. A coryzára már kevésbbé volt jó hatással. A Wassermann-reactio már gyakran az első tiszta spirobismol-kezelés után negativvá vált, a második kúra után pedig rendesen negativ lett. A vese részéről gyakran észleltek átmenetileg epitheliuriát, cylindereket és igen ritkán fehérjét a vizeletben, mely 2—3 nap alatt rendesen eltűnt. A spirobismol infiltratiót és fájdalmasságot nem okoz. A spirobismol hosszabb időre lerakódik az izomzatban s onnan lassan felszívódva fejti ki hatását. A kezelés ideje alatt emelkedett a haemoglobinérték és a polynuclearis leukocyták száma. Kísérleti rész: Állatokon tanulmányozták szerzők a bismuth felszívódási viszonyait, lerakódását az egyes szervekben s kiválasztódását *Autenrieth* methodusa szerint. A lép, vesék, agy és a parotis ázok a szervek, amelyek leginkább tudnak bi.-ot felhalmozni; legkevésbbé a máj. Kimutatták a bi.-ot a placentában is, valamint a foetusban. Kimutatták a bi.-ot az anyatejben is s véleményük szerint az anyatejjel felvett bi. therapeutikusan is jól hathat, azonban az intramuscularisan való adagolást nem teszi feleslegessé. A bi. már az injectio napján kimutatható a vizeletben és székletben, legnagyobb mennyiségben az injectiót követő 3—4. napon. Ekkorra már az oldatlan állapotban bevitt bi. is belekerül a forgalomba. Hosszabb időn át való adagolásnál a bi.-ból csak egy bizonyos mennyiség távozik, míg a többi az injectio helyén lerakódva, onnan lassan szívódik fel és választódik ki. Feltűnőbb diuretikus hatását a bi.-nak nem találták. Az állatok fehérvérsejtviszonyait a bi. akképen befolyásolta, hogy a polynuclearisok száma megnövekedett a lymphocyták kárára. Bi.-tal intoxikált állatok haemoglobinja jelentékenyen esett. *Tüdős dr.*

Osteopsathyrosis idiopathica. *Rau.* (Zeitschrift f. Kinderheilk. 40. köt., 1—2. füz.)

14½ éves fiúgyermek esetét közli szerző, kinek 1½ éves korától kb. 12 ízben törtek el végtagcsontjai. A törések fájdalmatlanok voltak és a korral mindinkább ritkábban fordultak elő. Az osteopsathyrosis idiopathicára jellegzetes tünetek mind meg voltak, a feltűnő csak a gyermeknek jó fejlettsége volt. A foetalis és infantilis osteopsathyrosis lényegében véve ugyanaz a megbetegedés, csak a megjelenési időpontja más és minden valószínűség szerint a belsőelválasztási mirigyekben lévő zavar következménye, amely a mesenchymából fejlődő szövetek hiányos fejlettségében és működési gyengeségében jelentkezik. *Tüdős dr.*

Adatok a gyermekkori typhus abdominalis klinikájához. *Bischoff.* (Archiv f. Kinderheilk. 75. köt., 2. f.)

A gyermekkori typhus lefolyása bizonyos szempontokból eltér a felnőttekétől. Szerző 100 eset kapcsán a következőkben foglalja össze a gyermekkori typhus sajátságait. A morbiditási görbe júniustól lassan emelkedik júliusig, augusztusban hirtelen felszökik és lassan esik az év végéig. Hasonlít a csecsemőhalandóság

görbéjéhez. Nem szerint egyforma arányszámmal szerepelnek a gyermekek. Csecsemőnél typhus igen ritka. A megbetegedési hajlam a korral nő egész a pubertásig. Halálozás átlag 10%. Főbb tünetek a következők: hirtelen kezdet, magas, rapide emelkedő láz, hányás, bevont nyelv, köhögés; igen fontos a léptumor (44%), roseola (63%), positiv Gruber-Widal-reactio (88%), positiv diazoreactio (73%), leukopenia (71%), hasmenés (52%); typikus hőmenet csak 17%-ban észlelhető. Főbb complicatiók: bronchitis, catarrhalis pneumonia, pleuritis, recidiva (8%-ban 3—4-szer is); meningealis tünetek. Tartama átlag 2—6 hét. Kezelése: diaetetikus és tüneti. *Vitéz Gera József dr.*

Novatropin és atropin adagolása csecsemőkorban. *Ritte.* (Archiv. f. Kinderheilk. 76. köt., 2. füz.)

Szerző 13 csecsemőnél adagolt novatropint, illetőleg atropint a célból, hogy a csecsemők fenti szerekkel szemben való tolerantiáját, illetőleg e szerek hatása közötti különbséget tanulmányozza. Kísérletei során beigazolva látja azt a régen ismert tényt, hogy egyes gyermekek e szerekkel szemben különösen érzékenyek, s hogy a csecsemők novatropin-, illetőleg atropin-tűrése individualis. Mindenesetre ajánlatos kis dosisokkal kezdeni a kezelést s addig emelkedni, míg enyhe bőrpirosság és pupillatágulat jelentkezik, amikor rendesen a várt hatás — a hányás megszünte — is beáll. A novatropin per os adva kevésbbé hatásos, mint subcutan, míg az atropin alkalmazásánál nincs ilyen differentia. Mindkét szer adagja 2—3 × 0·2 mg subcutan 15 perccel az étkezés előtt. A novatropin subcutan alkalmazva éppoly hatásos, mint az atropin, s ha számításba vesszük, hogy 30—50-szer kevésbbé mérgező ennél, akkor föltétlenül a novatropinnak adunk előnyt. Habitualis hányásban szenvedők éppúgy viselkednek e szerekkel szemben, mint akiknek nincs hányásuk, míg a pylorusspasmusban szenvedők nagyobb adagokat bírnak el. *Vitéz Gera József dr.*

Liquorvizsgálatok syphilitikus gyermekeknél s azok jelentősége a diagnosis, a prognosis és a gyógykezelés szempontjából. *Gutfeld-Meyer.* (Archiv. f. Kinderheilk. 75—76. köt.)

1918 óta 155 esetet vizsgáltak, akiknél a vér Wa.-positiv volt. Meghatározták, a liquor mily nyomás alatt ürül, meghatározták a sejtszámot, a Wassermann-reactiót, aranysol-, mastix, Nonne-Appelt-, Pándy-, Meinicke-, Sachs-Georgi-reactiókat. A nem kezelt esetek 20%-ában a L.-Wa. is positiv volt. A sejtszám némely esetben szaporodott, a nyomás ugyancsak egy pár esetben emelkedett volt. Idősebb gyermekeknél nagyobb százalékban volt positiv a L.-Wa., mint csecsemőknél. Nem minden esetben halad a L.-Wa. párhuzamosan a klinikai tünetekkel; észleltek idegesebb gyermekeket negativ L.-Wa. mellett és viszont. Ha a L.-Wa. positiv volt, az volt a vér-Wa. is, előfordult negativ L.-Wa. mellett positiv vér-Wa., de negativ vér-Wa. mellett egyszer sem láttak positiv L.-Wa.-t. Az erélyes kezelés hatása alatt a L.-Wa. negativ lett, de a psychés elváltozások csak később vagy egyáltalán nem voltak befolyásolhatók. Csak bizonytalan prognosis vonható a L.-Wa.-ból s a kezelés tartamára és intensitására csak a klinikai tünetek irányadóak. *Kiss Pál dr.*

A spasticus pylorusstenosis műtéti kezeléséről. *Hoffa.* (Monatschrift für Kinderh. 30. köt., 3—4. füz.)

Szerző 1907-től 76 pylorospasmus esetet észlelt. 1921-ig kizárólag conservativ kezelést folytatott, míg 1922-től észlelt 24 esete közül 12-nél operativ *(Weber-Rammstedt)*, 12-nél belső kezelést alkalmazott. Ez utóbbiak mind gyógyultak. A 12 operált betege közül három közvetlenül a műtét után halt meg, kilenc pedig gyógyult. Szerző a műtéteket aehternarkosisban mindig a Weber-Rammstedt-féle előírás szerint, személyesen végezte. Súlyosabb esetekben a műtét után azonnal egy normosal- vagy calorose-oldat subcutan infusióját ajánlja. A táplálást három órával a műtét után kezdi meg kétóránként 20—30 g női tejjel. Különösen jó eredményt látott három korán végzett műtéténél, melyet 29, 31 és 42 napos csecsemőknél végzett.

Szerző a műtéti indicatio felállításánál *Feer* véleményéhez csatlakozik és súlyos eseteknek azokat tartja, amelyek már korán erős hányással kezdődnek s a hányadékkal haematin ürül. A conservativ kezelésnél nem szabad figyelmen kívül hagyni az ú. n. látszólagos javulásokat, melyeknél kizárólag az infusiók s tápcsőrék idéznek elő súlymegállást vagy emelkedést, anélkül, hogy a beteg állapota valóságban javulna. A belső kezelést *Ibrahim* előírása szerint ajánlja, amellyel, ha aránylag rövid idő alatt javulás nem érhető el, akkor az operatio szükséges, mely utóbbinak a kezelés megrövidülése folytán még socialis indicatiója is van.

Jacobovics Béla dr.

Az ikterus neonatorum kezelése. *Slobozianu.* (Archiv für Kinderheilk. 77. köt., 1—2. füz.)

Az újszülöttek ikterusa káros befolyást gyakorol a fejlődésre, ezért feladatunk az ikterus tartamának és erősségének csökkentése, főként a koraszülött és gyenge újszülötteknél.

A szerzőnek sikerült elérni atophan adagolása által, hogy a vér bilirubintartalma csökkent és rövidesen a normalis értékhez közeledett. Az atophan jól adható cukros-nyákos oldatban, adagja napi 0·10 g a bőrikterus megszüntéig. Ikterosannal is jó eredménnyel kísérletezett a szerző, ennek adagja kétnaponként 1 cm^3 intraglutaealisan az ikterus elmúltáig.

Az ikterus megszünésének gyorsulása az elmondottak szerint a májsejtek kiválasztó functiójának többszörösére való fokozódásában leli magyarázatát.

Mihalovics dr.

Veseinsufficientia keringési zavaroknál a gyermekkorban. *A. Eckstein.* (Archiv für Kinderheilk. 76. köt., 3. füz.)

Szerző egy hat éven át észlelt szívbajos betegen figyelte meg a pangásos vese kórképét. Jellemző az extrarenalis factorok által okozott csökkent víz- és konyhasókiválasztás, megtartott higítási és concentrálási képesség mellett. Az albuminuria oly magas volt, amilyen értékeket felnőttnél sohasem látott (18‰) és foka gyakran a vizelet mennyiségétől teljesen függetlenül jelentkezett. Az üledék vörös- és fehérvérsejteket, néha cylindereket mutatott, sokszor azonban pusztán csak albuminuria állott fenn. A sectiónál feltűnő volt, hogy az évekig tartó pangás dacára sem volt lényegesebb kötőszövetképződés. Ezt a szerző a gyermekkor jellegzetességének tartja és innen magyarázza, hogy a vesék jó functióképességben maradnak a hosszú pangás mellett is. *Beck Rella dr.*

A capillarisok viselkedése vérzéses megbetegedéseknél. *F. Bernuth.* (Archiv für Kinderheilk. 76. köt., 1. füz.)

A vérzések csillapodásában hosszú ideig csak a véralvadásnak tulajdonítottak jelentőséget, míg újabb vizsgálatok szerint az erek is fontos szerepet játszanak. Szerző a *Magnus* által használt berendezés mellett a haemophilia egy esetében azt találta, hogy a capillaris bemetszése után nem contrahálódik, mint egészséges egyénnél, hanem vérrel telve szélesen tátong. A morbus maculosus *Werlhofii* egy esetében a capillarisok ezen szempontból vizsgálva teljesen normalis képet adtak. Szerző felveszi, hogy ezen módszer által a vérzéses megbetegedések között finomabb elkülönítés lesz lehetséges. *Beck Rella dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

A művi abortus. *Prof. G. Winter.* Ferdinand Enke kiadása Stuttgart. Ára fűzve 7.50 M.

E 126 oldalas füzetben *Winter* tankönyvszerűen dolgozza fel a művi abortus kérdését, annak indicatióit, kivitelének módjait s egyben a német joggyakorlatot is ismerteti a művi abortus esetében. A könyv a gyakorló-orvosnak készült. Az egész művön szigorú következetességgel az a felfogás uralkodik, hogy a terhesség

megszakítását, tehát egy magzat életének a feláldozását csak az anya életveszélye teszi jogosulttá. Ez a beavatkozás ultima ratio, mely csak akkor alkalmazható, ha a veszélyen már másképen nem segíthetünk. A mű legnagyobb részét, mintegy száz oldalt, az indicatiók tárgyalása képezi. Itt elsősorban saját tapasztalatai alapján állapítja meg azon időpontot, illetve a különböző megbetegedések azon fokát, melyben a terhesség megszakítása javalt, de ismerteti mindég az általános felfogást is. Körkérdést intézett ugyanis a német egyetemek szülészeti klinikáihoz s 22 intézet vezetőjének véleménye alapján közli az általános felfogást. Nagy részletességgel s nagy alapossággal tárgyalja az indicatiókat, kitérve még a belsősecretiós mirigyek anomaliáira, az érzékszervek megbetegedéseire, továbbá a központi és peripheriás idegrendszer megbetegedéseire is. Tárgyalja a szociális indicatio problémáját is, továbbá az erőszakos nemi közösülést, mint a művi abortus indicatióját s mindkettővel szemben elutasító álláspontra helyezkedik. Külön fejezetben foglalkozik a művi abortus kivitelének módjaival, de szemben az indicatiók tárgyalásával a műtéttani rész elég rövid. *Winter* nem híve a művi abortus curettel való végzésének. Laminariatágítás, vagy együlésben Hegar-tágítás után ujjal takarítja ki a méhet. Általában a műszereket, így az abortusfogót is nem ajánlja. Ellenben a curettage leírásánál meg sem említi azt a különben gyakorló-orvosoknak mindég hangsúlyozandó körülményt, hogy művi abortusnál mindég csak nagy *tompa* curette használandó! Leírja még a hysterotomia vaginalis anteriort és a metreurysist is. A német joggyakorlat ismertetésével fejezi be *Winter* a nagy tudással és alapossággal megírt művet. *Felletár József dr.*

Die Infektionskrankheiten, ihre mikrobiologische Diagnostik und Therapie, sowie Massnahmen zu ihrer Verhütung. Ein kurzgefasster Leitfaden für Studierende und praktische Ärzte. Von *O. Huntemüller*, a. o. Prof. der Hygiene und Bakteriologie in Giessen und *H. Kliewe*, I. Assistent des Hygienischen Instituts Giessen. J. F. Lehmanns Verlag. München 1926.

Közel kilenc ívnyi terjedelmű kis kézikönyv, mely a gyakorlóorvos segítségére kíván lenni abban a küzdelemben, amelyet a hatóság folytat a fertőző betegségek ellen s amely küzdelem középpontjában az orvos áll.

Ha figyelembe vesszük azt a szédületes haladást, amit az orvosi tudomány a fertőző betegségek kutatása terén egy-két évtized alatt, nevezetesen pedig az utolsó öt-hat esztendőben megtett, csak helyeselni lehet minden olyan törekvést, amely oda irányul, hogy összetömörítve tájékoztassa a gyakorlóorvost, akinek sem ideje, sőt legtöbbször alkalma sincs arra, hogy az irodalom áttekintésével jegyzeteket készítsen magának azokról az újabb vizsgálati módszerekről és azok értékéről, amelyek a gyakorlatba bevezethetők, sőt bevezetendők. Ezek egy része diagnostikai, más része prophylactikus értékű és ismét más része therapiai vonatkozású. Igen sikerült része a könyvecskének az általános rész, amely a vizsgálati anyag miként való vételét, a vele való bánást és fölhasználást tömören és mégis a vizsgálatokban kevésbbé járatos orvos részére is tisztán és érthetően adja elő. A specialis részt 11 főcsoportba osztja, és pedig symptomás alapon pl. a stomatitiseket, anginákat, diphtheriát, parotitist, rhinitiseket a száj- és orrüreg betegségei csoportjába, a szamárhurutot, influenzát, enkephalitis epidemicát, a pneumoniákat, tuberculosist a lélegzőszervek csoportjába, a typhus abdominalist, cholerát, dysenteriát a bélbetegség csoportjába. A sepsist, malleust, febr. recurrenst, malariát, stb. az általános fertőzések csoportjába. A kiütéssel járó fertőző betegségeket külön csoportba teszi. A meningitis cerebrospinalis epidemicát, a Heine-Medin-betegséget, tetanust az agy- és idegrendszer betegségei csoportjába. Az erysipelast, syphilist, gonorrhoeát, stb. a bőr és nyálkahártya betegségei csoportjába. Majd külön csoportot állít föl a gombák okozta betegségeknek (dermatomycosis, favus, stb.). Megint más csoport a szem és fül betegségei és végezetül a férgek okozta betegségek.

Ez a beosztás nehézkessé teszi az egyes betegségek gyorsabb föltalálását egy kézikönyvben, helyesebb lett volna kevesebb csoportot alkotni s azokban abc-sorrendet követni. A nagy anyagot természetesen jóformán telegramm-stilusban adja a könyv, amelynek ára fűzve 3·50 aranymárka, kötve 4·50 aranymárka. A könyvet nagy haszonnal forgathatják gyakorlóorvosaink, de a prophylaxisban követendő kötelező eljárást magyar orvosaink a mi viszonyainkra vonatkozóan természetesen nem találhatják meg ebben a könyvben, amely a német birodalom törvényei szerint ismerteti azokat. Magyar orvosnak ebben a dologban legjobb kézikönyve az Eggenberger-féle könyvkereskedés kiadásában megjelent Gyürky-Melly-féle „Hatósági és egyéni védekezés a fertőző betegségek ellen" c. útmutató. *Gerlóczy Zsigmond dr.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület június 5-i ülése.

Előadás:

1. **Pándy Kálmán:** *A syphilis sociális gyógyításáról.* A betegek socialis értékét kell megmenteni, a munkaképességet és az életidőt; mindkettőt nagyon megrontotta a syphilis, amely beviszi a veszedelmet a családba, elpusztítja a gyermekeket és ezen a nemzetrontó veszedelmen nem segít a therapia. *Schuster* Berlinben, *Guszman* és *Hudovernig* nálunk, *Marburg Redlich* Bécsben kimutatták, hogy akinek erősen és minél erősebben gyógyítják a syphilisét, az hamarább és annál hamarább kapja meg a tabest és a paralysist és más idegmetaluest; valószínű, hogy így van ez a syphilis okozta, rendszerint láthatatlan maradt zsigeri bajokkal is. A therapia biztos sikerének hirdetése csökkenti a syphilisszerzéstől való tartózkodást; a syphilis ellen úgy kell küzdeni socialis célokért, mint más fertőző betegségek ellen, felismerhetővé kell tenni a prostituáltakat, mint ez Budán már 600—700 évvel ezelőtt is történt. Az egészségi lapra rá kell nyomatni: „Syphilissel fertőzhet!" és ilyen intő felírásokat kell mindenhová tenni, ahol hatóságtól tűrve syphilisterjesztés folyik. „Syphilisesek háza" felirat jelölje meg a házat, ahol prostituáltak laknak, ez sokkal inkább kell, mint a vörös cédula pl. a parotitis epidemica ellen. A férfiak tervezett megvizsgálása a prostitutiós házakban egészségtani és logikai, de socialis képtelenség is, hiszen a biztosan spirochaeta-rejtő prostituáltakhoz akarják az egészséges férfiakat kiválogatni. És még így is a sperma megvizsgálásával lehetne csak dönteni. Házasság előtt is a sperma fertőzőképességét kellene vizsgálni. Mindez alig keresztülvihető, azért a syphilis socialis gyógyítása sem a therapia, hanem a kitanítás; társaságban, az iskolában és mindenfelé az emberek között azt kell tanítani, hogy az egyik egészséges ember csak egyetlen, szintén egészséges más nembeli emberrel éljen; az északamerikai Egyesült-Államokban ezt tanítják az iskolákban s ha nálunk is erre a syphilis ellen való védekezésre térnek át, akkor majd nem lesz az a gyermek- és nemzetpusztulás, amelyről *Guszman* és *Torday* beszélt.

Guszmann József: Sajnálattal kell kijelentenie, hogy az előadó nézetei veszedelmesek, egyenesen tévtanok. Az előadó igazságoknak állít be olyan adatokat, melyek nincsenek beigazolva s viszont általános érvényű adatokat tévesnek mond. Midőn szigorúan a tüneti kezelés mellett van, teljesen mellőzi pl. a latens syphilises terhesek kezelésének nagy fontosságát, mellyel igen gyakran sikerül azt elérni, hogy a gyermek elkerüli anyjának syphilisét. A házasság fejezetére térve, hozzászóló visszautasítja előadónak azt a kijelentését, hogy az orvosok csak a syphilises egyén bőrét vizsgálják, nem pedig az idegrendszerét, pedig éppen ellenkezően, nem lehet lelkiismeretes orvost elképzelni, aki a házassági consensus kérdésében a legalaposabban, tehát idegrendszerileg is mindenkor meg nem vizsgálná a házasulandót. A házassági consensus megadásakor döntő elsősorban az idő, mely a fertőzés óta eltelt. Több év eltelte után általános tapasztalás szerint a fertőzés veszedelme a másik házastársra nézve igen lényegesen csökkent, sőt igen gyakran úgyszólván teljesen eltűnt. Ellenben nincsen semmi alapja előadó azon követelményének, hogy a házasulandó férfi spermáját kell mikroskoppal megvizsgálni, illetőleg házinyúl szemébe oltani. Ezt könnyebb ajánlani, mint vele célt érni. Előadó követeli, hogy a prostituáltak bárcájára reá legyen nyomtatva, hogy „itt syphilist lehet kapni". Ismerve az előadó nézeteit, inkább elvárta volna tőle, hogy az abolitiót követeli, de nem azt, hogy azokat az orvosi ellenőrzés alatt álló prostituál-

takat stigmatizálja, akik egészségileg még mindig egy fokkal jobban állnak, mint a minden nagy városban legalább tízszerte nagyobb számú titkos prostituáltak. Az előadónak legsúlyosabb tévtana azonban az a kijelentése, hogy a syphilis nem gyógyulhat meg. E helyen a leghatározottabban kell leszögezni, hogy ez veszedelmes nézet, melynek teljesen ellentmond a sokszoros tapasztalás. A syphilis főként a legkoraibb szakban ugyanis feltétlenül gyógyítható. De veszedelmes a kijelentés különösen azért, mert kétségbeejti a syphilises beteget, aki erre esetleg nem kezelteti magát, ami ismét több új fertőzésre vezethet. Tehát prophylaxisellenesen járna el az orvos, ha a syphilis gyógyíthatatlanságát hirdetné. Látnivaló, hogy hova vezet a veszedelmes kijelentés. Pedig az újabb keletű erélyes kezelésünk legnagyobb sikere éppen abban nyilvánul meg, hogy a syphilis átvitelének veszedelmét lényegesen csökkenti. Nyilván a kezelés sikerének tudható be, hogy Európa minden kultúrállamából jelentik a syphilisfertőzések jelentékeny számbeli csökkenését. Egyébként a syphilis szerencsére igen gyakran jól is végződik s igen sok magaskorú ember van, aki 30—40 év előtt syphilist acquirált s jó egészségnek örvend. Előadó absolut sötét pessimismusa tehát nem indokolt. Tárja föl rendelőjének ablakait, tekintsen ki a világba s azt fogja látni, hogy pár fokkal mégis csak derűsebb a helyzet.

Vajda Károly: Matlauschek és Pilznek ugyanezen statisztikában azt is bizonyítják, hogy azon luetikus tisztek közt, akik csak egy higanykúrát használtak, 32% lett paralytikus, míg azok közt, akik két éven át kezeltették magukat, már csak 2·3% kapott paralysist, végre azok között, akik négyévi kezelésben részesültek, egy sem lett paralytikus. Tehát ezen statisztika alapján nem lehet azt állítani, amit az előadó mondott, hogy t. i. úgylátszik, minél tovább kezelteti magát a luetikus, annál inkább kap paralysist.

Preisz Károly: (Kézirat nem érkezett be.)

Kausz János: Az orvostudomány feladata kutatni a betegségek okai s ezek által előidézett elváltozások után. A gyógykezelés módja kétféle: egyes és többes. Egyes akkor, amidőn egy adott kórformáról s ennek kúrálásáról van szó. Többes, ha egy megbetegedésről, amely utódokra, generatiókra, fajokra hat vissza; ebben az esetben specialis kezelés mellett általánosabb érvényű fajhygienikus intézkedésekre van szükség, ami szoros kapcsolatban kell hogy legyen a socialis védő- és gyógytényezőkkel. A syphilis prototypusa a fajt érintő megbetegedés ez utóbbi csoportjának. Az előadóval egyetértve hangsúlyozza a syndromás tünetek fontosságát, amelyek negálás mellett is syphilisre utalnak. A továbbiakban felemlíti Franciaország óriási elsyphilizálódását, amit, mint általában véve a kultúrállamokban, a gyermek, az utód megbecsülésének a hiányával magyaráz. Ha a kultúrállamok ezen a vonalon változást lesznek képesek felmutatni, úgy már öntudatlanul és ösztönszerűleg védekeznek a syphilis ellen. A többi factor — a város, ahol a gyermekáldás száma az emeletek magasságával fordítva arányos és a katonaság — ezen mentalitás hiányából folyólag a betegség terjesztői. Ezen kérdéssel egy előadásban még részletesen fog foglalkozni.

Justus Jakab: Figyelmeztet orvosi statisztikánk alapvető hiányosságára, mely lehetetlenné teszi, hogy a kóresetek összehasonlításakor a főfontosságú factort: a kóresetek minéműségét figyelembe vegyük. A statisztikában egy-egy eset áll a másikkal szemben, a valóságban pedig igen eltérő szervezetű és más-más pathologiás előzményekkel bíró betegek. Afrika északi részén és Kisázsiában a luesből nem termelődik tabes és paralysis, nálunk igen sokszor. Ezt a feltűnő eltérést nem lehet csupán csak a therapiás (salvarsan, higany) beavatkozás következményeként magyarázni, ennek a rovására írni. Ellenben van ezen energikus eljárásoknak egy már mostan és különösen itt Budapesten igen jól felismerhető örvendetes következménye, az elsődleges affectiók nagyfokú megritkulása. A zsidókórház bőrbajos rendelésén régebben naponta olykor több sklerosissal is találkoztunk, most hetek, sőt hónapok telnek el, míg egyet-egyet látunk. Ez oly jelentős ritkulására vall a lueses fertőzésnek, hogy fontosságát különösen hangsúlyozni sem kell. Az átöröklődés lehetőségének kérdésében csak a tapasztalás dönthet. Ez a probléma 1896-ban a londoni dermatologiai nemzetközi congressuson referatum tárgyát alkotta. Akkoriban *Jonathan Hutchinson*, ki a lues-congentia legjobb ismerője volt, úgy nyilatkozott, hogy a gyermek veleszületett luese — bár később is lehetséges — csak kivételes esetekben észlelhető, ha az apának és anyának luese két esztendőnél idősebb.

Simonyi Árpád: Egyes szerők azt állítják, hogy a heredolues gyakoribb fellépésének oka a védhimlőoltás általános elterjedése. A komplikáltabb szervezet másként reagál, mint a simplexebb. Intermittáló kezelés a lehető legjobb, amint egyöntetűen kialakult az orvosi köztudatban már csak azért is, mert hiszen a milliárd spirochaetét a szervezetben nem lehet nagy adag gyógyszerekkel a sterilisatio magna elvén leküzdeni, tehát időbelileg elhúzva mehetünk neki a noxának. A katonaságnál idealisan van évszázadok óta megoldva a nemibetegségek elleni küzdelem. 14 naponként, ezenkívül félévenként az összes csapatlegénység megvizsgáltatik. Kórházi kezelés kötelező. Kataszter van lefektetve, melynek alapján az emberek időszakos kúrák ismétlésére utasíttatnak a specialis egészségügyi intézetekbe.

Juba Adolf: Mint iskolaorvos szól hozzá és kérdezi előadót, vajjon hozzászólókkal szemben is hangoztatja-e a syphilis gyógyíthatatlanságát és ebből kifolyólag a kezelés hiábavalóságát, vagy pedig mégis mentől hamarébb történő orvosi kezelést ajánl-e. Igen helyes, hogy a syphilis kerülését ajánlja, de tudvalevőleg a barátok csábítása és különösen a nők csábítása szerepel sokszor több esetben, mint gondolja. Egyébként kételkedik sok ajánlásában, így pl. hogy a spermavizsgálatot csinálja-e.

Sötér Elek: A primaer skolerosis typikus klinikai képét elveszti a kombinált kezelés folytán igen rövid idő alatt, vagyis a spirochaeték által előidézett edénykörüli lob megszűnik, tehát a kórokozók tönkremennek, ami a betegség gyógyíthatóságát bizonyítja.

Pándy Kálmán: (Zárszó. Kézirat nem érkezett be.)

Basch Imre: Elnézést kér, hogy az előadó válasza után szót kér, de előadó végszavában újra elhangzott határozott nyilatkozata, mely szerint a syphilis gyógyíthatatlan és az a kijelentése, hogy ő, mint iskolaorvos, középiskolai tanulók előtt is ezt vallja, mert az igazságot nem hallgatja el, súlyos következményekkel járhat. Pedig a valóság az, hogy az ezen kérdéshez hozzászólók mindnyájan ellenkező véleményüket fejezték ki; az előadó pedig semmivel sem tudta nézetét bizonyítani, pedig ha az eddigi általános felfogással szemben álló véleményt hangoztat s azt valóságnak hirdeti, azt köteles be is bizonyítani. Be nem bizonyított véleményt mint igazságot hirdetni orvosnak nem szabad, legkevésbbé serdülő ifjúság, középiskolai tanulók előtt, mert ez nemcsak a tanulóifjúság körében, hanem idősebbek körében is rendkívüli módon szaporítani fogja az öngyilkosok számát. Kéri előadót, hogy ezen nézetét a valóságnak megfelelő módon revideálja.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület elme- és idegkórtani szakosztályának máj. 31-i ülése.

1. **Keller Kálmán:** *A gyermekkor epilepsiaszerű rohamainak egyik ritka válfajáról.* (Betegbemutatással.) Spasmusos diplegiás gyermekeken és a heredoataxiások egy csoportján sajátszerű elesési rohamokat észlelhetünk: többnyire kedélyi affectusokra az egész test izomzata tonusos merevségbe jő, a gyermek villámgyorsan a földhöz vágódik, de eszméletét nem veszti el. Az elesési rohamokat az öntudat megtartottsága különbözteti meg az epilepsiás nagy és kis rohamoktól, éppúgy sikerül elkülönítésük a többi rohamtypustól is. Létrejövetelük mechanismusának értelmezésére nem elegendő az *Oppenheim* által felvett acusticomotoros ingerlékenység növekedése, mert ezenkívül határozott psychés ingerek is szerepelnek kiváltásukban. Az irodalomban igen ritkán leírt esetek, továbbá az éppen bemutatott esetnek a megfigyelése arra utalnak, hogy több rendszer betegedett meg egyidejűleg s ezek közül a kisagyvelői rendszer megbetegedése a praedomináló. A régi magyarázatot tehát kiegészíthetjük azzal, hogy a kisagyvelői rendszer a megbetegedés folytán nem képes a túlerős psychomotoros reactiót — mely a roham lényege — lefolyásában normalis mederbe terelni s így az egyensúly felborul. Túlheves psychomotoros reactiónak kisagyvelői statikus rohammal való combinatiójáról van szó, melyet a bemutatott betegnél az idősült agyvízkór jelenléte is elősegít.

2. **Schaffer Károly:** *Epilepsia operált esete.* A jelenleg 24 éves fiatalember 17 éves korában kapta első rohamát; rohamai eleinte háromhavonként, jelenleg havonként jelentkeznek. Rohamát megérzi balkezében mutatkozó, a hüvelykujjra és kézfejre kiterjedő dorsalflexio alapján, mely után eszméletét vesztvén, a környezet szerint a rángatózás áthúzódik a másikoldali karra és kézre is. A beteg bal testfelében hemiplegia spast. infantilis képe egyéves korától fogva. A rohamnak typusos kezdete a jobb mellső központi tekervény körülírt pontjának kóros izgalmára utalván, a folyó évi március 18-án *Winternitz* tanár által megejtett operativ feltárás alkalmával az arachnoidealis vörhenyes liquornak folyatása után kitűnt, hogy a sulcus centr. rendkívül tág, benne apró arteriák és venák a rendesnél tömegesebb rostos piaszövetbe vannak beágyazva; a barázda felé kiugró tekervénygörbületen a farádos áram az ellenoldali hüvelyk és kéztő extensióját adván (oly csekély áramra, amire a tekervénynek többi pontjai már nem reagáltak), ezen tekervényrészlet kiirtatott. A betegnek másnap az operatio utáni vérzésből eredő rohama volt; azóta harmadik hónapja görcsmentes. A kiirtott tekervénydarab szövettani vizsgálata a Chaslin-féle gliosis képét derítette ki a kéreg felszínén beágyazott dysplasiás gliasejtekkel; a gliosis áttörvén a piát, a subarachnoidalis üregbe hatolt be és ott azt a tekintélyes durva, rostos szövetet alkotta, amely az operatio alkalmával is a beágyazott erekkel együttesen feltűnt.

3. **Schaffer Károly:** *Agydaganat esete készítmény bemutatásával.* A jelenleg 33 éves asszony 25 éves korában kapta első eszméletlenségi rohamát; félév óta a jobboldali testfélre szorítkozó görcsök jelentkeznek. Három hónap óta nagy álmosság és jobboldali végtagjaiban a paralysis agitans rendellenes mozgásait utánzó állandó remegés mutatkozik. Két hónap óta látása rohamosan romlik (pangásos papilla) és gyakran hány. A bal felső szemhéj lelóg, a bal belső egyenes szemizom paretikus; hyptokinesis, az inreflexek mindkét oldalt élénkek, baloldalon kóros reflexek, szaglás bal oldalon kissé csökkent, koponyaröntgen negativ. Halmozódó görcsös rohamok és a sensorium rohamos romlása közepette 17 nap mulva exitus. A localisatiós tünetek két csoportba sorolhatók: 1. a jobboldali hemitremor és baloldali oculomotorius bénulás, 2. a baloldali kóros reflexek. Az előbbi tünetcsoport a bal agyalap daganatképződésére utal, mely az oculomotorius bántalmán kívül az agy állományában a putamen sértése folytán ellen- és féloldali remegést idézett elő (a thalamus sérülésén alapuló remegés ki volt zárható a normalis érzékenység folytán). A baloldali kóros reflexek a jobboldali félteke bántalmazottságára utalhattak. A boncolás hatalmas gliomás infiltratiót derített ki a baloldali halántéki lebeny alapi részében, mely maga előtt a fissura hyppocampi mentén az agyállományt hurkaszerűleg kitüremítvén, a bal nervus oculomotoriust is körülnyalábolván, összenyomta. A corpus mamillare magasságában végzett frontalis metszet a bal féltekében a putamen roncsolását kimutatta és így az életben megejtett localisatiót a kórboncolási lelet pontosan beigazolta. A jobb agyféltekében makroskopos elváltozás nem volt megállapítható.

Goldberger Márk: Felveti a kérdést, hogy az első esetben jogos lett volna-e az enkephalographia? Semmiesetre sem, mert hisz a pontos klinikai vizsgálat maga is teljes felvilágosítást nyujtott a betegség lényege felől.

Richter Hugó: Az első eset a szövettani vizsgálat alapján inkább gócos jellegű tüneti epilepsiának tartja, amelyet gliaújképződés idéz elő; e mellett szól a heteroplastikus gliaelemek feltalálása a kimetszett szövetrészben, továbbá az, hogy a subarachnoidalis ür felé nyomult előre.

Sarbó Artur: Az epilepsiás esetben tett azon észlelés, hogy a kéregelváltozást mutató központi tekervényrész egyúttal a villanyáram iránt is túlérzékenységet mutatott, egy igen fontos pathophysiologiás meghatározás. A bemutatott eset is igazolja hozzászóló azon régi felfogását, hogy jogosan beszélhetünk epilepsia genuina secundariáról, minthogy a klinikai kép teljesen fedte a genuin epilepsia tünetcsoportját, dacára, hogy lényegében, amint ezt az operatio be is igazolta, symptomás epilepsiáról volt szó. Az elváltozás nagyon emlékeztet a sklerosis tuberosára, ajánlja a bőrelválozások után való kutatást.

A tumor cerebri esetben a hozzászóló által localisatorikus fontosságúnak tartott *hyptokynezis* teljes beigazolást nyert. A contralateralis tüneteket a nyomás által létrehozottnak véli tekinthetni.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület otologiai szakosztályának május 27-i ülése.

Bemutatás.

1. **Kerekes György:** *Congenitalis archasadékkal társult fülhypoplasia esete.*

Háromhetes csecsemő, kinél jobb fülkagylójának csak helixe, tragusa és lobulusa fejlődött ki, a crus helicis anthelix és a helix descendens hiányzik. A hallójárat helyén kis, vak behuzódás látható. A jobb arcfélen a száj az arcfél közepén túl terjed. Az állkapocs jobb szára fejlődésében visszamaradt. Galvanikus szédülés a rendellenes oldal felől nem volt kiváltható. A fejlődés gátlása a 2. embryonalis hó közepére tehető.

2. **Krepuska István:** *Mikrococcus tetragenus okozta szövődményes heveny középfülgenyedés.*

Harmincnégyéves beteget mutat be, akinél jobboldali középfülgyulladás lépett fel és a dobhártyametszés után kapott váladékban micrococcus tetragenust lehetett látni górcső alatt, sőt oltást végezve, tiszta tetragenus coloniák tenyésztek ki agar-agaron. A dobüregből csak a dobhártya teljes átmetszése és katheterátfúvással eltávolított, lencsényi fibrin-lepény kiürítése után lehetett váladékot kapni. Az addig fennálló féloldali fejfájás és fülfájás enyhült, de 2 hét mulva csecsnyulvány-érzékenység lépett fel a betegnél. Műtétnél derült ki, hogy a processus mastoideus sejtrendszere gennyel kitöltött és hogy hatalmas perisinuosus tályog van jelen. A műtét után a beteg 2 hét alatt teljesen gyógyult. A dobüreg tetragenus által okozott genyes gyulladása meglehetősen ritka, először *Zaufal* közölt hasonló esetet. — A bemutatott esetben feltünő volt a nagytömegű fibrinképződés, amely az eltávolításig gátolta a dobüregi váladék kiürítését a paracentesis nyilásán át, továbbá az, hogy már aránylag korán elpusztította a csecsnyulvány-cellák csontos falát és annak vitreaját, hatalmas perisinuosus-tályogot okozva, úgy, hogy jelen esetben is a micrococcus tetragenus súlyosabb természetű középfülgyulladást hozott létre.

3. **Rejtő Sándor:** *Kisagygpunctio következtében beállott agyi vérzés.*

Ötéves leánygyermeket hozott anyja folyó évi április hó 12-én osztályára azzal, hogy a gyermek két hete beteg és orvosuk 5 nap óta észlel rajta agyhártyagyulladásos tüneteket. A gyermek hőmérséklete 39, pulsusa 120, meningealis vagy labyrinthus tünetek rajta nem észlelhetők, mindkét füléből sok bűzös geny ürül. A jobbnyaki véna tájéka nyomásra érzékeny. A beteget rögtön műtőasztalra fektették, a bal oldalon typicus radikális műtétet végeztek, ezen az oldalon semmiféle szövődményt nem találtak. A jobb oldalon a kéreg alatt mogyorónyi genyes üreg volt, amelyben szabadon feküdt az összeesett, lepedékes sinus és a szürkén elszínesedett kisagyi dura fillérnyi területe. A vena jugularis lekötése után a sinust 6 cm-nyire szabaddá teszik, a betegrészt felhasítják, kitisztítják, a sebet ellátják.

A beteg másnap reggel láztalan, elég jól érzi magát, de már délután nyugtalan, soporosus, dobálja magát, éjjel több ízben felsikít, láza nincs. Harmadnap reggel is láztalan, de agynyomási tünetek jelentkeznek, amiért is az előbomborodó kisagyi durát megpungálja, genyet nem kap; a lumbalpunctio eredménye nagy nyomással ürülő, véresen színeződött folyadék. A beteg másfél óra mulva exitál. A boncolás a sinus transversus tovább haladt thrombosisa mellett a jobb kisagyfél kérgi és kéreg alatti részében vérzést talált, véraláfutásokat a lágy agyburok alatt és mintegy 20 gr-nyi véralvadékot az intermeningealis részben. Ezeknek a vérzéseknek eredetét keresve, a boncoló főorvos véleménye szerint csakis a halál előtt kb. két órával végzett kisagyi próbapunctiót lehet felvenni előidéző oknak, olyan módon, hogy a vérbő kisagynak valamelyik kitágult agyerecskéjét sértette meg. Ellene szól némileg ennek a feltevésnek a bemutatott szövettani készítményen látható fehérvérsejtes gyűrű a vérző rész körül. Az eset azt mutatja, hogy az agy és agyacs punctiója nem közömbös beavatkozás, mert a mélyben is sérthetünk kitágult erecskét.

Wein Zoltán: Bár hozzászóló is csatlakozik Rejtő nézetéhez, hogy agypunctiót csak igen alapos meggondolás után szabad végezni, mégis az előadottakból az a benyomása, hogy a beteg halálát nem az agypunctióhoz társult mogyorónyi vérömleny, hanem a sinusthrombosisból eredő pyaemia, mely számos áttételhez vezetett, okozta.

Krepuska Géza: A bemutatott készítmény és górcsői metszet alapján határozottan megállapítható, hogy a vérzés a lágyburkokból valószinűleg nagyobb caliberű arteriából történt. Az agyacsban lágyulási helyen, vagy régebbi vérzés után beállani szokott kissejtes demarkálódás nem látható, amellett a megalvadt vérlepények mindenütt az agyacs lebenyei között azokat szétválasztva nyomultak a mélybe. Hozzászóló ez esetre rámutatva, az agy- és az agyacspunctiónál azon követendő eljárást ajánlja, amelyet osztályán éppen előbbeni okok miatt rendszeresen gyakoroltak, hogy tudniillik a kemény agyburok megnyitása után, amidőn minden vérzést uralni lehet, történik a punctio, az erre legjobban kiválasztott véredényektől ment gyrus tetején és nem a barázdákban, ahol mindig véredénysérülésre lehet számítani.

Rejtő Sándor (Zárszó.): A dura felhasítását jelen esetben azért nem végezte, mert a genyes, fertőzött környezettől féltette az agyhártyákat. Különben Minnich tanár határozott véleménye szerint a vérzés a kéregben és a kéregalatti részben van és így a felmetszéssel sem lett volna elkerülhető a mélyben fekvő kitágult agyerecske megsértése. A szokatlanul erős vérzés egyik okának elfogadja Krepuska tanár feltevését, a septikus vérzékenységet.

4. **Krepuska Géza:** *Labyrinthitis suppurativához társult agytályog műtéttel gyógyult esete.* (Egész terjedelmében az Orvosi Hetilapban fog megjelenni.)

Előadás:

Germán Tibor: *Az otogen sinus-thrombosissal kapcsolatos egyéb intracranialis szövődményekről a fülészeti klinika 10 évi beteganyaga alapján.* (Egész terjedelmében megjelenik.)

A M. Urologiai Társaság május 31-i ülése.

Illyés Géza *elnöki megnyitója.*

Ha az elmult egy esztendőre visszatekintek, mely a Magyar Urologiai Társaság megalapítása óta eltelt, örömmel állapíthatom meg, hogy a M. U. T. élénk és intensiv működése által életrevalóságának adta bizonyságát. Ezen megállapítás azért fontos, mert objective mutatja, hogy az urologia, mint önálló tudományág, nálunk milyen magas színvonalon van, hogy milyen sokan vannak, akik annak tudományos művelésére, előbbvitelére képesek.

Ha szemügyre vesszük az urologia fejlődését, azt látjuk, hogy pár évtizeddel ezelőtt, amikor az még nem volt önálló tudományszak, főleg sebészek, belgyógyászok voltak azok, kik, mint szakmájukhoz tartozót, azt előbbre vitték. Így az angol *Bright* szedte rendszerbe a különböző vesegyulladások fogalmát; majd a francia *Civiale* s az amerikai *Bigelow* fejlesztették ki a kőmorzsolás rendszerét. Az ötvenes években jött *Máissonneuve* és *Leroy d'Etiolls*, kik a húgycsőstriktura tanát megalapozták s a belső húgycsőmetszés műtétét bevezették, melyet manapság is alkalmazunk. *Mercier* és az angol *Everard Home* neve az általa alkotott katheterforma, illetve utána elnevezett prostatalebeny útján ma is ismeretesek.

Majd jöttek *Thompson, Ultzmann, Dittel, Guyon, Albarran* s az urologia kezd mint önálló tudományszak kifejlődni, melynek azután óriási lendületet adott *Nitze* a cystoskop, illetve *Casper* az ureter-katheterismus felfedezése által, mely utóbbi egy nagy tudományágnak, a modern vesesebészetnek vetette meg alapját, mert lehetővé tette a functionalis vesediagnostika kiépítését. És itt meg kell emlékeznem *Korányi Sándor*ról, ki a vizelet- és vér-fagypontmeghatározás módszerének kidolgozása által egyik legexactabb vesefunctiós vizsgálati módszer birtokába juttatott. Nagy vívmány volt az urologia számára a Röntgen-sugarak felfedezése. Nemcsak a vesekövek korai kórismézése szempontjából, de a pyelographia, cystographia, pneumoradiographia, mandrinos ureter-katheter segélyével egyéb urologiai megbetegedéseknél is. A műtéti mortalitás leszállításához, illetve a műtét egyszerűsítéséhez lényegesen hozzájárultak egyes endovesicalisan végzett beavatkozások; így az endovesicalis úton alkalmazott elektrocoagulatio, melyet kisebb papillomák kiirtására, vagy nagyobb papillomák magas hólyagmetszés útján való eltávolítása után a fellépő recidivák fékentartására oly sikeresen alkalmazhatunk, éppúgy, mint egyes hólyagfekélyek localis kezelésére is, vagy a Young-féle idegentestfogó, mellyel szemünk ellenőrzése mellett tudunk idegentesteket vagy kisebb köveket a hólyagból eltávolítani és a már régebb idő óta végzett kőzuzási eljárás.

Hát még a prostatektomia! Hány öreg prostatásnak sikerült ezen áldásos műtét által nyugodt, boldog éveket biztosítani, vagy a conservativ veseműtétek, melyek útján valamely azelőtt kiirtásra kárhoztatott vesét megtartani s meggyógyítani áll módunkban.

Ezen egyes kiragadott példák eléggé kidomborítják az urologiának, mint önálló tudományszaknak, kifejlődését, melynek műveléséhez kitartó tanulmányok és hosszas gyakorlat szükségesek.

Ami most az urologia tanítását illeti, azt kell mondanom, hogyha valaki ezen ma már kiterjedt szakma minden ágában otthonos akar lenni, akkor elsőrendű fontosságú egy széles sebészeti kiképzés elsajátítása, mielőtt az urologiával foglalkozna. Nemcsak az elvégzendő műtétek szempontjából szükséges a sebészeti előiskola — mert az urologiai műtétek közül egyik-másik nagy sebészi tapasztalatot és rutint igényel —, hanem a vizsgálati módszerek szempontjából is, melyekhez könnyű, nyugodt kéz szükséges, hogy tudjon az eszköz által végzett tapintás útján is tájékozódni és eligazodni s exact megállapítások és megfigyelések szükségesek, hogy a levont következtetések azután helytállók legyenek s helyes műtéti indicatio legyen felállítható, melytől sokszor a beteg egészsége és élete függ.

Az urologiának ezen exact vizsgálati módszereit és specialis, sokszor subtilis műtéteit csakis nagy urologiai anyaggal rendelkező s jól felszerelt klinikán vagy specialis, jól berendezett kórházi osztályon lehet megtanulni; sebészeti klinikákon, ahol oly sok fontos más fejezete a sebészetnek nyer elintézést, az urologiát csak nagy vonásokban lehet gyakorolni, ott részletesen belemélyedni s ezáltal kiterjedt tapasztalatot gyüjteni nem lehet, mert erre ott sem idő, sem anyag, sem hely nincsen. Amint kivált a szemészet, amint kivált a nőgyógyászat, gégészet, fülészet, úgy kivált az urologia s kiválóban van az orthopaedia is a sebészetből, mint anyatudományból, mert ezen tudományszakok túlnőttek a szűk kereteken és megérettek az önálló művelésre.

Külföldön ennek célszerűségére már régebben rájöttek, hiszen több egyetemen van már az urologiának rendes tanszéke; így az európai államok közül: Franciaországban hét egyetemen, Oroszországban három egyetemen, Romániában két egyetemen, továbbá Angliában, Portugáliában, Spanyolországban, Görögországban és nálunk; az északamerikai Egyesült-Államokban 22 egyetemen és Dél-Amerikában Buenos Ayresben, Santiagoban (Chile) és Limában (Peru); önálló urologiai kórházi osztály pedig számos helyen van működésben. Nem is lehet ez másként, ha azt akarjuk, hogy az orvostanhallgató megismerhesse, hogy mi az urologia és ha akarjuk, hogy alkalom adassék arra, hogy a fiatal orvos kellő sebészeti előképzettség után magát az urologiában tökéletesen kiképezhesse, sőt egyesek, kik arra hivatottságot éreznek, buvárkodhassanak, hogy az urologiát előbbre vihessék; meg vagyok győződve róla, hogy ez így helyes, mert ez a fejlődés útja.

Azon reményben, hogy a M. U. T. a jövőben is egyik factora lesz ezen fejlődésnek, van szerencsém a közgyűlést megnyitni.

Farkas Ignác titkári jelentésében beszámol a M. U. T. megalakításáról és fejlődéséről. Az egyesületnek 115 tagja van, leginkább fővárosi szakorvos. Külfölddel, különösen a német és osztrák szakkörökkel, az egyesület szoros kapcsolatot tart fenn. Hivatalos közlönye a Zeitschrift für urologische Chirurgie, jegyzőkönyvei a Zeitschrift für Urologie-ban és az egész magyar szaksajtóban megjelennek.

Az egyesület folyó évre vendégül meghívta a Deutsche Gesellschaft für Urologie tagjait Budapestre, tudományos intézetek közelebbről való megismerése céljából. Ezen meghívást szivesen fogadták és az egyesület tagjai a folyó évi október hó 2-án végződő bécsi

congressus után fognak Budapestre lerándulni, a valószínűség szerint nagy számban. Beszámolt 11 tudományos ülésről és egy, a Kir. Orvosegyesület nőgyógyászati szakosztályával tartott együttes ülésről. Ezen üléseken 10 előadás, 2 referáló előadás, 29 bemutatás és 110 hozzászólás történt. Az üléseken tartott előadások és bemutatások az urologiai tudomány minden ágát felölelték. Az egyesület tagjai részére számos tudományos folyóiratot tart fenn.

Boross Ernő pénztáros beszámol az egyesület vagyonáról.

Farkas Géza: Összefoglaló előadás: A glomerulus és tubulus vesekészülék működéséről. (Egész terjedelmében közöljük.)

Az Országos Munkásbiztosító Pénztár orvosainak május 27-i ülése.

Bemutatások:

1. **Oláh Andor:** *a)* 65 éves beteg typusos paralysis bulbaris tünetekkel, Wassermann-reactio vérben önkötő, liquorban negativ. A nyúltagy felső részét a ponsban lévő tumornak tartja. Antilueses kúrára fogta a beteget. *b)* Jackson-epilepsia esete, melynél a bal kéz kéregcentrumának exstirpálása után 2½ hónap mulva a bal kéznek csak csekély functiós zavara áll fenn. Rohamok ritkábbak. *Hajós* szerint pénztári szempontból ily beteg otthon dolgozhat. *Keménffy* felveti a kérdést, hogy az *a)* alatti esetben nem arteriosklerotikus lágyulásos gócok forognak-e fenn.

2. **Singer Hugó:** Tubarupturával ambulanter jelentkezett 31 éves nőt gyógyultan mutat be. Vizsgálat után egy órával már két liter vér volt a hasüregben. Egy liter citratvér reinfusiója után zavartalan gyógyulás.

3. **Brana János:** Tuberculosis conjunctivae. Négyéves gyermeknél a tüdőben Röntgen szerint jobboldalt több kölesnyi-lencsényi apró góc. A nyak jobb oldalán mirigyek Jobb szemen az alsó tarsalis kötőhártyán két szenyessárgás szalonnás fekély. A duzzadt alsó szemteke és a kötőhártya hámja alatt számos kisebb-nagyobb göbcse.

4. **Hajós Lajos:** *a)* polyneuritis ismeretlen aetiologiai alapon, *b)* agylues esete, hol igen kifejezett szokatlan hypokynesis forog fenn.

5. **Keménffy Gyula:** Mediastinalis tumor esete. *Friedrich Vilmos* egy esetről számol be, melyet tavaly mutatott be, introcid és Röntgen mély besugárzással kombinált kezelés mellett lényegesen javult. *Oláh* egy esetében, melynél a dyspnoë kiváltójául sérült mellkastraumát említ, kiderült, hogy ezt egy diónyi retrosternalis tumor okozza; baleseti következmények nem voltak.

6. **Babó-Bokor:** *a)* psoriasis Röntgen-besugárzással gyógyult esete, *b)* három carcinoma (nyelv, emlő, mandibulae) Röntgen mély besugárzásra gyógyult esete, *c)* gyógyult strumák, *d)* leukaemia két esete, egyik 4, másik 16 év óta Röntgen-kezelés alatt, jó közérzet mellett, *e)* metrorrhagia 16 éves leánynál, mely kisdosisú lépbesugárzásra gyógyult. *Singer:* Méhvérzések esetén csontbesugárzás ugyanilyen jó eredményekhez vezet, az ovariumokat kímélni kell.

7. **Fleischmann Mór:** Jódra gyógyuló gégeinfiltratumok a tüdőcsúcsokban és a gégében. Három év óta fennálló specialis tuberculosis elleni kezeléssel próbálták befolyásolni eredmény nélkül. Különböző vizsgálatok tuberculosis mellett szólnak, de a Wassermann-reactio is positiv. Jódkezelés alatt rohamos gyógyulás. *Tóvölgyi:* Tuberculosist és luest a gégében elkülöníteni igen nehéz. Mindkettő egyszerre is jelen lehet. Jódkali-adagolás egyedül differentialdiagnosis eldöntésére nem alkalmas, miután a gégetuberculosis is javul a kezelésre. Positiv Wassermann-reactio esetében alapos antiluetikus kúra alkalmazandó. *Friedrich Vilmos* szerint a Wassermann-reactio sokszor cserbenhagy a diagnosis szempontjából. *Oláh András:* Tuberculosisnál a Wassermann-reactio positiv lehet lues nélkül is a vérben. Mindamellett antilueses kúra javalt.

8. **Friedrich László:** Két pancreas fej carcinoma-esetét mutatja be, melyeknél a szokásos typikus tünetek (a székben, ikterus, glycosuria, stb.) álltak fenn. Az általa és *Katsch* által inaugurált aether-reflex a duodenalis nedvben szintén hiányzott.

9. **Farkas Ignác:** Kétoldali polycystikus vese esetét mutatja be. Mindkét vesében súlyos functionalis kiesések Rest. n. 0·80%. $\Delta = -0{\cdot}63$. Az uraemiás állapotra való tekintettel vesedecapsulatiót végzett. Tünetek lényegesen javultak, a cysták kinyitása is javulást eredményez. *Zolnay Sándor:* A klinikán két esetet észleltek, melyek intravitam chronikus nephritis képében folytak le s csak a boncolás mutatta ki a tömlős vesét. *Friedrich L.:* Intravitam volt alkalma egy esetet diagnostizálni, ahol nagyfokú vérnyomásemelkedés volt jelen.

10. **Neubauer Adolf:** Középfülgenyedés kapcsán fejlődött tömkeleglob műtéti esete. Két hónappal az otitis media után nagyfokú szédülés, hányás, hányinger, nystagmus. Rögtöni műtétnél (radicalis műtét) csecsnyúlvány feltárása, külső hangvezető hátsó falának sequestált részének eltávolítása. Promontorium épnek látszik, gyógyulás.

11. **Wonnesch Frigyes:** *a)* Dupuytren-contractura villamoskalauznál, a conservativ kezelés semmit sem használt. *b)* Raynaud-kór 53 éves mosónőnél asphyxiás stadiumban. *Hajós* szerint a Raynaud-kór összetéveszthető peliosissal és száj- és körömfájással. *Farkas I.* megkísérlendőnek véli a Röntgen-besugárzás és diathermia együttes alkalmazását. *Picker* szerint villamosvezetőknél a contractura oka traumatikus lehet. *Friedrich V.* szerint baleseti szempontból fontos a kérdés. *Schiller Károly* Pregl-féle jódpepsin-injectiókat ajánl. Raynaudnál sympathektomia kísérlendő meg. *Zolnay* szerint újabban Raynaudnál igen jó eredménnyel adnak intravenásan hypertoniás konyhasóoldatot. *Farkas S.* szerint trauma nem játszik szerepet az aetiologiában, az ok centralis.

12. **Farkas Sándor** a kéztőcsontok sérüléseinek érdekes esetét mutatja be, melyek főként baleseti szempontból fontosnak minősítendők, az állandó invaliditás megítélése szempontjából (navicula fractura, Kienböck- és Preiser-féle malaciás folyamatok).

A szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának május 29-i ülése.

Előadás:

1. **Deutsch Béla:** *A liquor cerebrospinalis vizsgálata bicolorált mastix-reactióval.* 160 egyén liquorának vizsgálatáról számol be. Rámutat a liquorvizsgálat fontosságára, különösen a paralysisre gyanús eseteknél, továbbá értékesnek tartja sok esetben a lueses és nemlueses eredetű idegrendszeri megbetegedések elkülönítésénél. Feltétlenül fontos és elengedhetetlen a liquorvizsgálat a kezelés eredményének megítélésénél, a késői idegrendszeri megbetegedések prophylaxisa szempontjából. A mastix-reactiónak Thurzó-féle módosítását a gyakorlatban igen használhatónak tartja.

2. **vitéz Varga Lajos:** *Az 1925. évi tavaszi influenzaszerű megbetegedések vérképe.* Az a bakteriologiai bizonytalanság, mely az influenza aetiologiáját fedi, megnyilvánul a vérképben, amennyiben ahány szerző, annyi vérképet közöl, ami részben a különböző kóroknak, részben a kórok virulentiaváltozásainak köszönhető. Bemutatja táblázatban 43 vérképen 12 esetét, amiből demonstrative látszik, hogy a tavaszi influenza enteralis alakjának vérképét jellemzi 1. erős eosinophilia (16—30%), 2. erős monocytosis (19%), 3. elég erős relativ lypmhocytosis-leukopenia. Mindegyik eset enyhe lefolyásról tanúskodik, úgy a lymphocyta-monocytaszám, mint az eltolódás s granulatio viselkedésének szempontjából. A differentialdiagnosis szempontjából a vérképnek fontosságát hangsúlyozva, azt az általános gyakorlat számára ajánlja.

Páll Gábor: Az Arneth-Schilling-vérkép jelentősége különösen a szülészet-nőgyógyászatban bír nagy fontossággal. Ha más vizsgálóeljárásokkal kapcsoljuk össze (teljes vérkép, haemoglobin, vérsüllyedés, virulentiameghatározások), úgy a diagnosis felállításában a prognosist és a therapiát illetőleg oly fontos vizsgálóeljárások birtokában vagyunk, melyek meglepetésektől óvnak meg. Az operativ gynekologiában a műtét idejének helyes megválasztását adják kezünkbe. A szegedi női klinikán ilyen irányú vizsgálatok folyamatban vannak s azok értékéről elegendő eset kapcsán be fog számolni.

Lukács József: Ugyanazon járvány alkalmával csecsemőkön tett vérképvizsgálatok eredményeit ismerteti. *(Kézirat nem érkezett be.)*

Varga (zárszó): A gyermekek vérképének tanulmányozását örömmel üdvözli, mivel abban igen nagy a bizonytalanság. Ami a vérkép kórismei és prognostikai értékét illeti, teljesen osztja *Páll dr.* nézetét. Az általa felhozott eset retrospective még az aetiologiára is enged némi következtetést.

A Debreceni Orvosegyesület máj. 27-i ülése.

1. **Csörsz Károly:** *Dorset-Suffolk typus szerint öröklődő rajztehetség.* Családfát mutat be, amelynek hét férfitagja kifejezetten tehetséges rajzoló volt és egyszersmind jó nyelvkészséggel is rendelkezett. A család összes nőtagjai, valamint három másik férfitagja, dacára annak, hogy kiképzésükkel szintén megpróbálkoztak, úgy a rajzolásban, mint a nyelvtanulásban antitalentumoknak bizonyultak. A nemi electivitást mutató öröklődési módok vázolása után bizonyítja, hogy itt a tehetség öröklődése a Dorset-Suffolk typust követi.

2. **Siegmund Ervin:** *Invaginatiós ileus esete.* 11 éves leányt mutat be, kinél a jejunumban ülő mogyorónyi submucosus lipoma invaginatiós ileust okozott, mely a 70 cm hosszú invaginatum spontan kilökődése által megszűnt. Az oda- és elvezető bélkacs hiányos összetapadása következtében azonban körülírt, tályoggal járó peritonitis fejlődött ki, úgyhogy műtéti beavatkozás vált szükségessé, mely az elvezető bélkacs rövid részének resectiójában és side-to-side anastomosis készítésében állt. Az igen rossz állapotban lévő beteg gyógyulását egy, az ötödik napon keletkezett s néhány napig fennálló bélsársipoly késleltette. Jelenleg csak fillérnyi felületes sarjadzó sebe van.

3. **Csörsz Károly:** *Statisztikai, alkattani és öröklődéstani vizsgálatok egy alföldi magyar faluban.* I. *Bevezetés.* Az orvostudomány minden ágában mind erősebben fordul a figyelem az endogen tényezők kutatása felé. Vázolja az alkat- és öröklődéstan feladatát. Kifejti, hogy öröklődésbiologiai és pathologiai munkásságunk legfőbb célja ma még az adatgyüjtés lehet és hangsúlyozza, hogy a negativ eugenikára vonatkozólag radikalis államintézkedéseknek az ideje még nem érkezett el. Az orvosi öröklődéstan érdeklődésére azonban nemcsak a biologiai normától extreme eltérő variansok tarthatnak számot, hanem a köz szempontjából még sokkal fontosabb a norma területébe eső, illetőleg attól kevéssé elhajló tulajdonságoknak a kutatása. Két évvel ezelőtt, eredetileg psychiatriai themából kiindulva, elhatározta egy exogen momentumok szempontjából lehetőleg homogen területnek beható öröklődéstani vizsgálatát. Alkalmasnak kínálkozott erre egy Debrecentől 24 km-re fekvő biharmegyei község (Tépe), amelyik a maga 1000 lakosával elég nagy volt ahhoz, hogy rokon- és nem-rokonházasságok összehasonlíthatók legyenek és nem túlságosan nagy arra, hogy ilyen kiterjedt kutatás elé leküzdhetetlen akadályok gördüljenek. Követte az anyakönyvi adatokat ezek kezdetétől (1751-től) napjainkig. Saját módszere alapján az egész községről pontos leszármazásfát állított össze. Egy 411 adatból álló schema vezetése mellett végigvizsgálta a ma élőket s így több olyan problemához gyüjtött adatot, amelynek kutatása néprajzi, orvosbiologiai, illetőleg pathologiai szempontból kívánatos s ezenkívül alapot szolgáltatott egy körülbelül 250—300 családfából álló populatiónak további orvosi megfigyeléséhez és a megfigyelések eredményeinek feldolgozásához. A már ma leszűrhető positiv eredményekről sorozatos előadásokban fog beszámolni. II. *Az isohaemagglutinatio kérdéséhez.* Ismerteti az okokat, amelyek egész populatio isohaemagglutinatiós vizsgálatát ma is jogosulttá teszik. 1000 egyénre vonatkozó vizsgálatai *Verzár* és *Weszeczky*nek régebbi eredményeit megerősítik. A vércsoportoknak más anthropologiai tulajdonságokkal való esetleges összefüggéséről részletesen később fog beszámolni. 180 családot felölelő statisztikája alapján a *Bernstein* elméletéhez csatlakozik, azonban nem tartja szükségesnek annak fölvételét, hogy az RR.-fajnak a vörösvértestei is tartalmaznak isohaemagglutinabilis anyagot. Vizsgálatai után nem lehet elzárkózni az elől, hogy az agglutinogenek ideiglenesen egymástól függetlenül is latenssé válhatnak. Ez magyarázatát adja a világirodalomban ismeretes kivételes esteknek és szükségessé teszi a transfusióknál még ugyanazon egyén által, ugyanazon egyén részére megismételt véradás esetén is az újbóli meghatározásokat. A csoportokra oszlás okát illetőleg nem fogadja el *Bernstein* fölvételét, hanem azt a sero- és morphogenesis irányított voltából vezeti le. Részletesen kifejti, hogy a *Bernstein* által fölvett tiszta fajoknak az előállása és az RR.-csoport túlsúlya hogyan magyarázható. III. *Adat a lues gyakoriságához.* Az általános vélemény szerint a Tiszántúlnak ez a része luessel erősebben van fertőzve. A szerző az egész községben egyetlen tabesest talált s a Röntgen-vizsgálatok eddig (összesen 45) is csak ennél az egynél mutattak lueses elváltozást. A *Verzár* tanár úr intézetében megejtett 997 Wassermann-reactio közül csak négy volt positiv. *Benedek, Csiky, Kenézy* és *Neuber* professzor urak klinikáinak ambulantiáin egyetlen lueses ember sem fordult meg az illető községből. A megyei tisztifőorvos sem tud ilyen bajban szenvedőről. Ezt a kedvező képet általánosítani nem lehet ugyan, de adatai meggondolandóvá teszik, hogy a Tiszántúl eme részén a magyar falvak erős fertőzöttségéről elterjedt felfogást nem kell-e revisio alá vennünk.

A Wassermann-reactio szabályozásának kérdése.

Írta: *Darányi Gyula dr.* egyetemi magántanár.

Az 1916. évben a német orvosi lapokban *Saalfeld, Freudenberg, Heller, O. Rosenthal*, stb.[1] részéről közlemények egész sora jelent meg, melyek a Wassermann-reactio használhatóságába vetett hitet megingatni látszottak. Főleg *Freudenberg* külsőleg meggyőzően beállított statisztikai közlései hatottak ilyen irányban. Nevezett szerző 144 esetet gyüjtött össze, melyeknél a vérsavót simultan Wassermann-reactióra összesen 12 intézetben vizsgáltatta meg. Ugyanabból a vérsavóból sokszor 3—4 különböző intézetnek is küldött és ilyenkor nem egyszer positiv és negativ eredmény közt váltakoztak a leletek. Míg általában két intézet eredményeinek az összehasonlításakor csak 17·5% volt a divergentia, addig 3—4 intézet eredményeinek egybevetésekor az eseteknek már csak körülbelül egynegyedrészében volt teljes egyezés.

Ennek nyomán már most nagy vita indult meg, melyet azután *Wassermann* és *Mayer*[2] vizsgálatai, illetőleg közleményei alapján eldöntöttnek is tekintettek. *Wassermann* azt mutatta ki, hogy a vele egyenlő methodust követők eredményei megegyeznek. E célból párhuzamosan 50 vizsgálatot végeztetett *Heller* felügyelete mellett ugyanazon savókkal saját intézete és volt assistense, *Lange dr.* által, egymástól függetlenül. A közölt eredményeket összehasonlítva, lényegesebb eltérést csakugyan alig találunk. *Wassermann* nem hiába hangsúlyozza, hogy reactiójának akkor tízéves fennállása után nem képzelhető, hogy a klinikusok és serologusok olyan vizsgálatot végezzenek ezerszámra, melynek eredményei a tiszta véletlentől függenek. *H. Mayer* azután meggyőzően mutatott rá a statisztikai összeállítás helytelen voltára. *Freudenberg* nem egyöntetűen küldötte a savókat ugyanazon vizsgálóknak. Saját statisztikájában is, ha nem 12 intézet felváltva összehasonlított eredményeit közli, hanem két megbízható intézetet választ ki, pl. *Lesser* és *Sobernheim* intézeteit, akkor az egyezés jóformán teljes. A 3—4 intézet közt való váltakozó összehasonlításnál azonban, ha egy-két helyen rosszul végzik a reactiót, akkor az az egész végeredményt elrontja és a reactio használhatatlanságának látszatát kelti. Azt, hogy különböző vizsgálati eredmények vannak sok esetben, nem lehet a reactio hátrányára írni, mert hiszen physicalis vizsgáló eljárásoknál is, pl. cystoskopiánál, különböző vizsgálók nem egyszer eltérő eredményeket olvasnak le és ezért senki sem vonja kétségbe az eljárás használható voltát. A vitából e szerint, bár a Wassermann-reactio sértetlenül került ki, mégis nyilvánvaló lett, hogy sok intézetben rosszul dolgoznak.

Háború alatt Németországban a hadseregre nézve szabályozták a Wassermann-reactiót már 1916-ban és végzését a katonaságnál csak bizonyos laboratoriumoknak engedélyezték, amelykben a dahlemi intézet termelte reagensekkel dolgoztak, *Wassermann*nak erre a

célra készült előírása szerint. Egyrészt a háborúban való egységesítés a katonaságnál, másrészt az említett, 1916-tól 1918-ig terjedő vita tanulságai eredményezték 1919 július 11-én, a *Reichsgesundheitsrat*ban elhatározott „*Anleitung für die Ausführung der Wassermann'schen Reaction*" kiadását.

Majdnem 14 év gyakorlati eredményei voltak azok, melyeket az állami határozmányokban lefektettek. Ezek 1921 január 1-vel léptek hatályba. Ma már körülbelül leszűrődtek azok a tapasztalatok, melyeket Németországban gyüjtöttek a szabályozás óta és ezeket tekintetbe véve lehetne csak nálunk is a megfelelő szabályozást végrehajtani. Újabban a Népszövetség egészségügyi alosztálya is foglalkozik a Wassermann-reactio szabályozásának gondolatával.

Vizsgáljuk meg már most, minő okokból származhatnak a fentebb ismertett eltérések a Wassermann-reactio eredményeiben. A kérdés erre nézve tulajdonkép három részre osztható: 1. Mely technikával dolgozzunk? 2. Kik végezhetik a reactiót? 3. Milyen reagensek használandók? A német előírás is tulajdonképen ezeket a körülményeket szabályozza és nálunk is, ha valamely intézkedés történik, az ezen három főszempontból kell, hogy kiinduljon, melyek körül minden kérdés csoportosul. Vegyük már most sorjába az említett pontokat.

A hibás technika kiküszöbölésére Németországban egységes eljárást írtak elő. Ezen hivatalos methodust *Wassermann* eredeti technikájához való lehető ragaszkodás jellemzi és csak a legjobbnak elismert módosításokat vette figyelembe. A rendszer finom beállítását a haemolysin titrálásával, az előbb antigennel kezelt egyforma complement mennyiség hozzáadásával írja elő. Az pedig, hogy a haemolysin vagy mások szerint inkább a complement titrálása történik megfelelő módon, úgy gondolom, a reactio finomításában nem okoz oly lényeges különbséget, mint azt *Zeissler*[3] tartja, aki a Kaup-féle complement titrálást ismeri el a legjobbnak. Úgy a kivonattal együtt történő haemolysin, mint a complement titrálásnál voltakép az egész rendszert titráljuk és állítjuk be a legfinomabb mértékre. A hatás tekintetében pedig ismeretes, hogy a complement és a haemolysin egymást mintegy kiegészítik. Legfeljebb az $^1/_{20}$ complementtel való kiegészítő beállítás az, mely a hivatalos előírást kissé nehézkessé teszi és ahol aspecifikus eredményekről is számolnak be (*Neumark és Wolff*[4]). Az $^1/_{20}$ complement ugyanis gyakran nem elegendő a teljes oldás létrehozására, amit különben a német hivatalos előírás is elismer.

A tapasztalat szerint azonban Németországban a rendelettel még sem lehetett a teljesen egységes eljárást elérni és ma is minden intézetnek megvan a maga módosítása. Azt nem lehet controllálni, hogy ki milyen eljárással dolgozik. Azt sem lehet előírni, hogy valaki hogyan gyógyítsa a betegét, mert az az orvos tudására és lelkiismeretére van bízva. Mindenesetre a hivatalos német előírás igen jó methodus és mindenkinek ajánlható nálunk is. Elvi kérdés azonban, hogy lehet-e a Wassermann-reactio technikáját stabilizálni akkor, midőn a lues serodiagnostikája nem tekinthető lezárt kutatási terrénumnak és most is folytonos előhaladás mutatkozik. Hiszen az eredeti leírás óta is sokat fejlődött a Wassermann-reactio (pl. alkoholos antigenek, fractionált higítás, antigennel együtt való complement beállítás, liquorvizsgálat, sőt a kicsapási eljárások, stb.). A német előírás szerinti öt kivonattal való dolgozást is manapság kevés helyen végezik és, ha a kopenhágai serologiai konferencia[5] ajánlatára az újabb kicsapási reactiók egyikét is beállítjuk, akkor két antigen elegendő. Jelenleg a „*Meinicke-Trübungsreaktion*" a legérzékenyebb csapadékos eljárás.

Nem tartok ma egy kötelező előírást oly szükségesnek, mint talán 4—5 évvel ezelőtt. Ma már a csapadékos eljárások kiterjedt alkalmazásával a Wassermann-reactio technikájának legjobb controllja van a kezünkben. Ha ezen methodusok sokszor nem is oly érzékenyek, mint a Wassermann-reactio, mégis a jóval kevesebb hibaforrással összekötött eljárással a komplikált Wassermann-reactio helyes vagy helytelen beállítása jól controllálható. Mindenesetre, ha nagyobb eltérések mutatkoznak a két reactio közt, az többnyire arra hivja fel a figyelmet, hogy a Wassermann-reactio eredményébe hiba csúszott be. *Boas*[6] sem ajánlja a sokféle antigennel való dolgozást, mert szerinte ez a reactio amúgy is bonyolult voltát még fokozza és így a hibaforrásokat és bizonytalan eredményeket is szaporítja. Különösen most, amikor a kicsapási reactiókkal is kiegészíthetjük a vizsgálatot, könnyebben mellőzhetjük a sok antigen használatát.

Legideálisabb volna természetesen, ha mindenütt egyféle, egységes antigennel lehetne dolgozni, ami a háború alatt részben meg is valósult, mert a hadseregnek a Wassermann-féle intézetből szállították az egységes antigent. *Terray*[7] szintén azt ajánlja, hogy egy állandó ellenőrzés alatt álló egységes antigennel végeztessék a különböző intézetekben a Wassermann-reactio. Ugyanemellett foglal állást *Scheidenmantel*[8] is. Az ily egységes antigen előállítása azonban, mint még rá fogok mutatni, igen nagy nehézségekkel jár, mivel itt nem chemiailag definiált állandó összetételű vegyületről van szó.

Az eredményekben, a legtökéletesebb technika mellett is, kisebb-nagyobb eltérések mindig lesznek, mert a Wassermann-reactio qualitativ reactio, melyet quantitativvá átalakítani eddig nem sikerült. Ez érthető is, mert ötféle, csak nagyjában ismert összetételű és változásoknak alávetett reagenssel dolgozunk, ami miatt, mint *G. Meier*[9] mondja, mindig egy bizonytalansági tényezővel kell számolnunk, amit még leginkább a controllok pontos beállítása által küszöbölhetünk ki. *Kolmer* eljárásával, a savó vagy az antigen csökkenő mennyiségeinek beállításával, vagy a kolorimetriás skálával való összehasonlítással, stb., nem lehetett megfelelő quantitativ értékeket elérni.[10] A quantitativ eredmények tekintetében azonban a csapadékos eljárásoknak jövőjük van, mert ezeknél a savót többnyire csak egyféle reagenssel keverjük.

A módosító, illetve legtöbbször finomító eljárásoknak sok esetben aspecifikus gátlás lehet a következménye. A tökéletesítésnek azt a határát kell tehát elérni, ahol a positiv reactio más betegségekre még nem csap át. Új eljárás kipróbálása csak nagyszámú eseten nagy kritikával történhet. Erre való tekintettel én helyesnek gondolnám, hogy egy nagyobb állam vagy akár a Népszövetség egészségügyi szakosztálya valamely nagy beteganyagú kórház laboratoriumát, vagy egy intézetet, ahol hetenként több száz Wassermann-reactiót végeznek, megbízna, hogy a megfelelő szakemberek közreműködésével az összes újabb módosításokat kipróbálja és az eredményről időről-időre, esetleg külön szaklapban, referáljon. Hogy egy ilyen, módosításokat utánvizsgáló intézetre mily szükség volna, mutatja az a bizonytalanság, mellyel az új eljárásokkal szemben sokszor tankönyvek is viseltetnek. Így a *Kolle-Hetsch* könyvének régebbi kiadásaiban azt olvassuk, hogy a Wassermann-reactio normalis szívkivonatokkal nem ad oly jó eredményt, mint lueses magzatmáj kivonatával. Az újabb kiadásokban pedig ezen állításnak éppen az ellenkezőjét találjuk, még pedig, hogy a normalis szervkivonat éppen olyan jó, mint a lueses májkivonat. *Citron*[11] tartott ki mindig azon álláspontja mellett, hogy a lueses májkivonat eredményei fajlagosabbak. *Boas* a Wassermann-reactióról írt könyvében, a régebbi kiadásban, a normalis szervkivonatot éppen oly jónak találta és a kopenhágai intézetben hosszú időn át így is végezték a reactiót. Újabban mégis a lueses foetus-májkivonat hatásosabb volta mellett foglalnak állást és a kopenhágai intézetben is már így dolgoznak. Az extractumok közül a német utasítás is ajánlja egy lueses májkivonattal való beállítását a reactiónak. Legújabban pedig *Klopstock*[12] spir. pallida tenyészet kivonatával végezte a reactiót és ezt az antigent érzékenyebbnek találja, mint egyéb kivonatokat és főleg az első stadiumban mutatná meg hamarabb a luest *Klopstock* szerint.

A technika kötelező előírásánál sokkal fontosabbnak látom a második kérdés tisztázását, vagyis, hogy kik végezhetik a Wassermann-reactiót? A reactio jósága ugyanis jóformán mindig a serologus tudásán és gyakorlottságán fordul meg. Gyakorlott serologus csak a legjobb technikával és csak jó reagensekkel fog dolgozni, mert ha valamely reagens nem volna megfelelő, azt a controllvizsgálatoknál felismerve, kirekeszti a használatból. Németországban csak előképzettségüket igazolni tudó orvosoknak adható engedély.[13] Arra nézve, hogy kik végezhetnek Wassermann-reactiót, nálunk a szakorvosi rendelet alkalmazható. Legfőbb hiba azonban, mint *Meier* helyesen rámutat, hogy kórházakban és klinikákon sokszor gyakorlatlan emberek, laborans, sőt szolga állítja be a vizsgálatot. A kellően betanított segédszemélyzetre csakis előkészítő munkálatok bízhatók, mint a centrifugálás, vérsejtmosás, állatokból való vérvételek, inactiválás, eszközök előkészítése. A kísérletek beállítása, a reagensek kémcsőbe való mérése, az eredmény leolvasása a serologus feladata. Közelebbről azonban, hogy valaki a reactio végzésénél a segédszemélyzet segítségét mennyire veszi igénybe, az az illető lelkiismeretétől függ és e tekintetben szabályokat előírni úgy is céltalan volna.

A Wassermann-reactiónak nincsen serologiai, hanem csak klinikai specifitása és ezért a klinikai controll a legfontosabb. Nézetem szerint ezért ajánlatosabb volna, ha a Wassermann-reactiót nem annyira tisztán serologiai, elméleti intézetek, mint inkább nagy betéganyaggal rendelkező klinikák és kórházak laboratoriumai vagy ilyenekkel közvetlen kapcsolatban lévő intézetek végeznék elsősorban, ahol a klinikai controll közvetlenül adódik. *Boas* központi luesvizsgáló-állomások felállítását javasolja a különböző országokban. Amennyiben ilyenek létesülnének, nekem az volna a felfogásom, hogy ezek nem önállóan, hanem nagyobb kórházakkal kapcsolatban létesíttessenek, ahol a megfelelő controllanyag is rendelkezésre áll és ahol a klinikus és serologus annyira szükséges együttműködése lehetséges.

Az „Anleitung"-gal egyidejűleg a Gesundheitsrat a *„Vorschriften über die bei der Wassermann-Reaktion zur Anwendung kommende Extrakte und Ambozepzoren"* kiadását határozta el. Az amboceptorokat és antigeneket a frankfurti Speyer-házban vizsgálják felül államilag kinevezett szakértő közreműködésével és leplombált üvegcsékben a frankfurti Fresenius-gyógyszertár által kerülnek forgalomba. Mindenesetre azoknak, akik kénytelenek az amboceptort és kivonatot venni, az állami ellenőrzés nagy előnyt jelent. Kérdés azonban, hogy helyes-e az állami antigenek használatának kötelező előírása? Németországban ez az intézkedés nem vált be. Míg eleinte csak állami antigenek használatát engedélyezték, később már két, majd egy államilag ellenőrzött kivonat beállításával is megelégedtek.

Stern[14] szerint bizonyos antigenek használatát csak akkor lehetne jogosan előírni, ha azok állandó összetételű constans anyagok volnának. Ő maga a saját és a frankfurti kivonatot nagyszámú esetben összehasonlítva, saját kivonatát sok esetben érzékenyebbnek találta. *Strempel*[15] is azon a nézeten van, hogy az állami extractumok nem jobbak, mint a saját készítette kivonatok. Nagyobb kórházi és klinikai laboratoriumokban megvan a lehetősége a jó antigen készítésének és kipróbálásának az által, hogy a végleges használatbavétel előtt egy kipróbált antigen mellett hosszabb ideig párhuzamosan beállítják. A haemolysin titrálása pedig úgy is minden kísérlet előtt megtörténik és a használhatóság már az előkísérletben kiderül. Hozzájárul ehhez még az állami reagensek költséges volta. Kisebb kórházaknak vagy tisztán serologiai laboratoriumoknak azonban nincs meg a lehetőségük a reagensek, főképen az antigen előzetes kipróbálására. Kell tehát, hogy ilyen szükségletek kielégítésére feltétlenül megbízható antigenek és haemolysinek legyenek csak forgalomban. E célból a különböző gyári reagenseket állami ellenőrzés alá kell vetni, vagy pedig az állam tartsa meg magának a forgalomba hozott antigenek és haemolysinek készítésének a monopoliumát. Magam is tapasztaltam, hogy rendelt gyári antigenek és haemolysinek gyenge hatásúak voltak. Így pl. a haemolysin nem adta a feltüntetett titerértéket, sőt az 1 : 1000 titert sem érte el. Ebben a kérdésben tehát a fenti értelemben a szabályozás feltétlenül helyénvaló.

Jelen dolgozatomnak célja nem az volt, hogy a Wassermann-reactio szabályozása tekintetében határozott javaslatokkal álljak elő, hanem hogy rávilágítsak a kérdés különböző részleteire, amelyeket a megoldásnál figyelembe kell venni.

Irodalom: [1] Berl. klin. Wochenschr. 1916. — [2] Berl. klin. Wochenschr. 1917., 105. old., illetve 1918., 86. old. — [3] *Bruck:* Serodiagnose der Syphilis. — [4] Berl. klin. Wochenschr. 1921., 517. old. — [5] *Boas: Die* Wassermann'sche Reaktion 1920. — [6] *H. Sachs:* Klin. Wochenschr. 1924., 174. old. — [7] Egészség 1925. — [8] D. Arch. f. klin. Med. 101. köt., 482. old. — [9] Berl. klin. Wochenschr. 1920., 845. old. — [10] *Tomcsik:* Orv. Hetilap 1925., 52. sz. — [11] Methoden der Immunodiagnostik 1923. — [12] D. med. Wochenschr. 1926., 6. sz. — [13] *Baumgärtel:* Die staatl. Bestimmungen etc. 1922. — [14] D. med. Wochenschr. 1920., 49. sz. — [15] Klin. Wochenschr. 1925., 11. sz.

VEGYES HÍREK

Előfizetésük megújítására és hátralékuk kiegyenlítésére kérjük előfizetőink közül azokat, kiknek előfizetése lejárt. Előfizetési díj: egész évre 250.000, félévre 125.000, negyedévre 65.000 korona. Kérjük nagyon a sürgős elintézést, mert a késedelemből a lapnak kára van.

A budapesti Kir. Orvosegyesület június hó 12-én, szombaton 6 órakor tartandó XCII. közgyűlésének programmja: 1. Elnöki megnyitó. 2. Főtitkár jelentése. 3. Főkönyvtáros jelentése. 4. Pénztáros jelentése. 5. Könyvtár- és pénztárvizsgáló-bizottságok jelentései. 6. Új tagok felvétele. 7. Tisztújítás. — Június hó 12-én ½7 órakor tartandó tudományos ülésének programmja: *Bemutatás: Lobmayer Géza:* Gyomorátfúródásból származó májtályog operált esete. *Előadás: Saile Tivadar:* A fiú születési többletnek alakulása a háború után, különös tekintettel a szülők kor szerint való megoszlására. (Mult ülésről elmaradt előadás.)

A Magyar Röntgen-Társaság május hó 31-i ülésén *Weisz A.* a Deutsche Röntgengesellschaft ezévi congressusán elhangzott diagnostikai előadásokat és vitákat ismertette. *Holitsch R.* a therapiai tárgyú előadások és vitákról számolt be, valamint részletesen ismertette a bemutatott készülékeket és technikai ujdonságokat.

A Magyar Orvosok Röntgen-Egyesülete által orvosok részére rendezett továbbképző tanfolyam előadásai június hó 14-én (hétfőn) délután az egyetemi Röntgen-intézet tantermében (VIII., Üllői-út 26, földszint jobbra) megkezdődnek. A kéthetes tanfolyam díja egy millió korona; az egyes előadásokra korlátolt számban napijegyek (100.000 K) kerülnek kiadásra. Felvilágosítással szolgál *Herman János dr.* tanársegéd (Budapest, VIII., Szent Rókus-kórház, Gyulai Pál-u. 2. A tanfolyam ideje alatt délután az egyetemi Röntgen-intézetben).

Személyi hírek. A vallás- és közoktatásügyi miniszter jóváhagyólag tudomásul vette, hogy *Gerlóczy Géza dr.* egyetemi magántanárnak „A vér- és anyagcserebetegségek" című tárgykörből a Pázmány Péter Tudományegyetem orvostudományi karán nyert magántanári képesítését „A belgyógyászati diagnostika" című tárgykörre kiterjesztették és őt ebben a minőségében megerősítette.

Rectorválasztás. A jövő tanévre a Pázmány Péter Tudományegyetem rectorává *Preis Hugó dr.* orvoskari ny. r. tanárt választották meg. Üdvözöljük az új rectort!

Egészségügyi propaganda eszközéül ötletesen használ fel *Pach Henrik* kartársunk közhasználati tárgyakat, mint tányérokat, tálakat, bögréket, kulacsokat, tálcákat, gyufaskatulyákat, tömegcikkek csomagolására szánt papirost, dobozokat, zacskókat, melyek képben és írásban demonstrálják a legfontosabb egészségügyi tudnivalókat. Az ötlet legnagyobb érdeme, hogy azon néprétegek közé is eljuttatja a propagandát, amelyek vidéki izoláltságuk, analfabétaságuk folytán eddig teljesen el voltak zárva attól. Az első tárgyakat, főleg egy magyar gyár által készített majolikaedényeket, a düsseldorfi egészségügyi kiállításon állították ki, hol feltűnést keltettek és végül a drezdai „Hygienisches Museum"-ban fognak elhelyeztetni. A fő azonban az volna, hogy elterjedjenek.

A Ferencvárosi Orvostársaság május havában tartott tisztújító közgyűlésén a tisztikar a következőképen alakult: Díszelnök: *Székely Ágoston.* Elnök: *Kovács József.* Alelnökök: *Ecsedy Gedeon, Epstein Manó, Kolarits Béla.* Főtitkár: *Mandler Ottó.* Titkárok: *Árpádffy Ernő, Bihary István.* Pénztárnok: *Teleky Kálmán.* Ellenőr: *Szabó Mihály.* Számvizsgálók: *Gábor Ármin, Vértes Miksa.* Gazda: *Zahler Emil.* Választmány: *Babarczy Mária, Bartók Imre, Bleyer Géza, Czoniczer Márton, Engel Antal, Faragó László, Faragó Lászlóné, Gámán Ferenc, Halberg Pál, Hállay Károly, Hirsch Vilmos, Kertész Jenő, Kiss József, Kossuthány István, Lengyel Lajos, Leopold Béla, Országh Oszkár, Pável Benő, Petényi Géza, Révész Gyula, Rónay Gusztáv, Schulhof Miksa, Schramek József, Szabó Ince, Szarvas Félix, Szukováthy Imre, Torday Árpád, Tsia Sándor, Vas I. Jenő, Wiesinger Frigyes dr.*-ok.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága által rendezett tavaszi továbbképző tanfolyamokra a következő számban iratkoztak be: A kéthetes ismertető tanfolyamra 52-en, közöttük 21 vidéki. Az iskolaorvosi tanfolyamra 178-an jelentkeztek, közöttük 23 vidéki. Az őszi tanfolyamok szeptember hó 20-án kezdődnek. E tanfolyamokról az *Orvosi Hetilap* szerkesztősége is készségesen ad felvilágosítást. — Az ez évben először rendezett fogászati továbbképző tanfolyamra 119 fogorvos iratkozott be, közöttük 47 vidéki. A tanfolyamot *Szabó József dr.* vezeti s 13 előadó vesz részt benne. Az orvosi továbbképzés központi bizottsága nevében *Grósz Emil dr.* egyetemi tanár, alelnök megnyitóbeszédében a következőket hangoztatta: Tiszteletreméltó törekvés, hogy a fogorvosok kiképzésüket erősíteni óhajtják. Az alapképzés reformja valóban megérett s nagyon helyes volna, ha az erre illetékes testületek: az egyetemek orvosi fakultásai e kérdéssel foglalkoznának. De éppen olyan helyes és szükséges, hogy a továbbképzésben is tér legyen az általános orvosi ismereteknek s ezért azt a gondolatot ajánlom megfontolásra, hogy a jövőben rendezendő fogászati továbbképző tanfolyamon egyetlen órát szánjanak vagy egy belgyógyászati, vagy sebészeti vagy pathologiai előadásra, hogy ez által is dokumentálják az általános orvosi ismeretekkel való kapcsolat jelentőségét és szükségét.

Lengyelország új közegészségügyi intézetét a mult hónapban adták át rendeltetésének. A megnyitóünnepélyen számos állam kiküldöttje jelent meg. Magyarországot *Scholtz Kornél* államtitkár és *Johan Béla*, az Országos Közegészségügyi Intézet igazgatója képviselték. Az intézet tulajdonképen két részből áll: a tulajdonképeni közegészségügyi vizsgálatokkal foglalkozó rész már 1919-ben elkészült, az iskolát pedig most adták át rendeltetésének. Így az egész intézménynek most négy osztálya van: az első diagnostikai vizsgálatokkal foglalkozik, a második feladata a gyógysavók és egyéb oltóanyagok termelése, a harmadik osztály a gyógyszerellenőrzést végzi, a negyedik osztály feladata a közegészségügyi személyzet képzése. Hogy a hallgatók (tisztiorvosok) gyakorlati képzését tökéletesítsék, Varsó egyik külső városrészében egy ú. n. egészségügyi központot létesítettek. Az itt emelt épületekben nyertek elhelyezést az illető városrész tisztiorvosának hivatalos helyiségei, több dispensaire, poliklinika, csecsemővédő-intézet, stb., végül pedig az iskola hallgatóinak szobái, étkező- és társalgóhelyiségei. Az intézetnek alapját a lengyel állam vetette meg, de az iskolát nagyrészt a Rockefeller-alapítvány adományából építették fel. Az épületnek a föld felett öt, az alagsorral és pincehelyiségekkel együtt hét emelete van. Az egyes emeletek igen magasak, a helyiségek, de különösen folyosók, halle-ok igen tágasak, úgyhogy az egész intézet köbtartalma a hasznosított térhez viszonyítva aránylag igen nagy. Színhatásokra törekedtek, amikor a középső halle falát égszínkékre, a belőle kiinduló oldalfolyosók falát pedig citromsárgára festették; a könyvtár fala halványzöld, a hosszú középső asztal takarója pedig sötétvörös posztó. Kár, hogy az intézetet egy keskeny utcába építették, s hogy kertje egyáltalán nincs, csak egy egész kis udvara. Az intézetnek nagyszámú személyzete van, ami a sokirányú működése mellett érthető. Az intézet jóval nagyobb, mint a most épülő magyar közegészségügyi intézet.

A davosi szünidei tuberculosis és magaslati klimai előadások a következők: *Dorno prof.:* Magashegyi orvosi klimatologia. *Löwy prof.:* A magashegyi klima kórélettana. *Biland* és *Hans Staub:* A tuberculosis pathogenesise, pathologiája, anamnesis, physikai lelet, Röntgen-kép és kórboncolástani kép összehasonlítása. *Jessen:* A kezdődő tüdőtuberculosis kórjelzése. *Neumann:* Az előhaladott tüdőtuberculosis és a caverna kórjelzése. *Staub-Oettiker:* A tüdőtuberculosis megkülönböztető kórjelzése. *Hans Staub:* A tüdőtuberculosis klinikai alakjai. *Janssen:* A tüdőtuberculosis laboratoriumi kórjelzése. *J. L. Burckhardt:* A gyermektuberculosis kórjelzése és gyógyítása. *Werdenberg:* Szemtuberculosis a magashegyen. *Bauer:* Havibaj, terhesség, mesterséges elvetélés a tuberculosisban. *de Bumann:* Bőrtuberculosis. *Prohaska:* Tuberculosis és belső elválasztás. *Oeri:* A tüdőtuberculosis általános, tüneti és klinikai gyógyítása. *Stöcklin:* A tüdősanatorium és berendezése. *Wolfer:* A tuberculosis tápláló gyógyítása. *Frey:* Fajlagos gyógyítás. *Grüninger:* A chemotherapia általános alapelvei. *Biland:* Sanokrysingyógyítás. *Nienhaus:* Mesterséges légmell és Jacobäus. *Peters:* Thorakoplastica, phrenicusexairesis, plombálás és cavernanyitás. *Staub-Oettiker:* Seborvostani tuberculosis. *Kollarits:* Lelki tényezők a tüdőtuberculosis gyógyításában. *Vogel-Eysern:* A tüdőtuberculosis kórjóslata. *G. Burkhardt:* Socialis nézőpontok a tuberculosis gyógyításában. *Sauerbruch prof.* (München): Az orvostan viszonya az általános kulturához. *Turban:* Paralipomena. *Rzewuski:* Röntgen-methodika. Az előadások legtöbbje demonstratiókkal van összekapcsolva. A kurzus augusztus 22-től 29-ig tart. Minél előbb való jelentkezés kívánatos. Utolsó terminus augusztus 1. Beiratkozási díj 10 frank, kísérőké 5 frank. Utazási kedvezmény augusztus 20—31. közt. Visum ingyen. Napi ellátás 12, 10, 8 frank és 10% kiszolgálási díj.

Az orvosok automobiljának adómentessége. Hovatovább Magyarországon is időszerű lesz az a kérdés, hogy azok számára, kiknek a gépkocsitartás élethivatásuk gyakorlásához szükséges, milyen könnyítések léptetendők életbe. Nemrégiben Berlinben történt, hogy egy, a külvárosok egyikében lakó orvos, kinek kiterjedt gyakorlata gépkocsi igénybevételét kívánja meg, az autó-luxusadó elengedéséért folyamodott, amit a legfelsőbb adóügyi fórum (a Reichsfinanzhof) engedélyezett is, azzal az indokolással, hogy az illetőnek a gépkocsi közérdekű tevékenység háboríttatlan lebonyolítása érdekében szükséges.

Megjegyzés „Az amerikai szesztilalom erkölcsjavító hatása" című hírhez. Nem tudom, mi címen jogosult egy életbiztosítóintézet igazgatója kriminálstatisztikai következtetésekre, de az amerikai szesztilalom olyan általában elismerten nagyjelentőségű socialis és éppen egészségügyi rend, amelynek nem megfelelő számadatok és következtetések révén hibás színben feltüntetése kétségtelenül árt annak a sok jó-

nak, amit ez a rend világszerte elismerten magával hozott, ezért kérem a következő sorok közlését. Hogy nőtt-e Amerikában — az Egyesült-Államokban — s éppen „hihetetlen“ arányokban a gyilkosságok száma, ezt realisan megállapítani alig lehet, mert az Egyesült-Államokban rendszeres kriminologiai statisztika nincsen. Egyes, összehasonlítás nélkül való számok következtetések levonására szintén nem alkalmasak, ezért a közlött számokat néhány következő adattal világítom meg. Az Egyesült-Államoknak most mintegy 110,000.000 lakosa van, az Orvosi Hetilap közlése szerint az állam egész területén 12.000 ember esett gyilkosság áldozatául; ezzel szemben nálunk 1904-ben — amely esztendőről adatokat találhattam — 16,500.000 lakosra 1359 gyilkosság és a nembalesetes erőszakos haláleseteknek a felét is ideszámítva, 1567 gyilkosság történt; nálunk akkor 10.500 előre esett egy ilyen halál, az Egyesült-Államokban a mostani viszonyok között 9166-ra. (Nem látszik ki a közlésből, hogy gyilkosság alatt „szándékos“, „előre megfontoltan szándékos“ vagy milyen más emberölés van értve; a magyar kifejezés azonban előre megfontolt szándékos emberölést ért.) Mindenesetre úgy látszik, hogy a hazai és az amerikai viszonyok között valami rendkívüli különbség nincsen. Maguknak az Egyesült-Államoknak a területén, az Uniót alkotó egyes államokban is, nagyon változó a kriminalitás, általánosítani éppen úgy nem lehet, mint a szesztilalom sikerülte ügyében sem. Vannak államok, mint pl. Maine, Kansas, ahol már 50 esztendő óta áll fenn szesztilalom, másrészt a hat év óta az Egyesült-Államok egész területére érvényes szesztilalmat egyes nagy, különösen idegeneklakta városokban ma is nehéz keresztülvinni. Ilyen, ma is legnedvesebb városok Newyork, Chicago, Detroit, ahol az Orvosi Hetilap közlése szerint a legtöbb gyilkosság történt. És nagyon valószínűnek tartom, hogy a prohibitio mostani idején is érvényes az a régi tapasztalat, hogy az emberölés bűne a szeszfogyasztással lépést tartva halad. Másrészt egész sor tudósításunk van arról, hogy a szesztilalom keresztülvitelével lépést tartva, az amerikai börtönök kiürültek. Így Massachusettsben 1917-től 1922-ig 35%-ot apadt a bebörtönözöttek száma és magáról Newyork *államról* írja *Gordon*, hogy itt a szesztilalom előtti két évben 218.734, a szesztilalom első két évében 132.000 letartóztatási intézetbe utalás fordult elő. *E. Enright*, Newyork város rendőrbiztosa írja: „Rosszindulatú és elkeseredett bűnök az 1922. év első felében oly kedvező számban csökkentek, mint egyetlen előző évben sem, holott a város lakossága rendkívüli módon szaporodott és ezen évben általában rendezetlen socialis és munkaviszonyok voltak túlsúlyban“. Chicagónak nagy városi fogháza van, amely 148 hektáros coloniával kapcsolatos, a modern büntetőtudomány legegészségesebb elvei szerint vezetik. Ebben az intézetben 1917-ben 15.930 letartóztatott volt, az 1921. évben pedig csak 8566. Az Egyesült-Államok egész területén a részegség miatt letartóztatottak száma a szesztilalom hatása alatt 600.000-rel csökkent. *Murphy*, bíró a birminghami gyermekbíróságnál, mondja, hogy a nyilt korcsmák idején ebben a városban 100.000 dollár költséggel fogházat építettek és csakhamar, a szesztilalom törvényerőre emelkedése után, a fogház fölöslegessé lett, menedékház és szülők iskolája céljára szolgál. Azzal végzi *Gordon* az ismertetését, hogy azt, amit a bűnökből közvetlenül vagy közvetve a szesztilalom megakadályozott, a részegesek számát, akiket megmentett, a letört asszonyok és emberek számát, akiken segített, csak az Órangyal számadása tudná nyilvántartani. „A szesztilalom sikeresebb moralis törvény, mint bármely más, amelyet törvénybe iktattak.“ Mi, a szegény letört európai ország, ahol a fővárosban 1921-ben még csak 383, 1925-ben pedig már 529 öngyilkosság volt, ahol minden hetedik percben meghal tüdővészben valaki és minden 20. percben syphilisben, ahol megháromszorozódott a házassági válások száma és megháromszorozódott a szeszfogyasztás, jó lenne, ha a szesztilalom eredményeivel közvetlenebb tanulmányozás útján foglakoznánk, hiszen ez, nyilvánvaló vagy nem az összefüggés, mindezeken a társadalmi bajokon segíthet. *Pándy Kálmán dr.*

A nemibajok elleni küzdelem Dániában. Ismeretes, hogy az európai államok közül Dánia már 1906-ban törvényesen szabályozta a nemibetegségek terjedése elleni küzdelmet. A törvénynek két legfontosabb pillére az ingyenes gyógykezelés biztosítása és a nemibetegségek tudatos terjesztésének szigorú büntetése. A törvény életbelépése óta a friss bujakóros betegek évenkénti száma közel negyedrésznyivel csökkent, bár kétségtelen, hogy a megbetegedettek tekintélyes része rejtve marad a hivatalos adatgyüjtés számára. A büntethetőség elve a gyakorlatban nem igen vált be, ugyanis a szándékos vagy tudatos fertőzések kikutatása szinte lehetetlen. Így 1922-ben mindössze 42 személyt ítéltek el a törvény alapján. Igen fontos azonban az az új rendelkezés, mely két év óta van érvényben, hogy tudniillik a házasságra lépni készülő felek írásbeli nyilatkozatot kötelesek adni arra nézve, hogy nem szenvednek nemibetegségben, szükség esetén orvosi bizonyítvánnyal támogatva. A szakemberek véleménye az, hogy a jövőben e kipróbált irányelvek alapján még erélyesebben folytatandó a nemibajok elleni küzdelem.

A Keresetképtelen Orvosokat Segélyző Egyesület vezetősége *meghívja az érdeklődő kartársakat tárgysorsjátékának folyó hó 15-én délután 6 órakor a Budapesti Orvosi Kaszinó helyiségében tartandó húzására.* A húzás előtti ez utolsó órákban még egyszer fordul a vezetőség azon kéréssel a kartársakhoz, hogy ne sajnálják elaggás és betegség folytán végleg megrokkant társaikért meghozni azt az igazán csekély áldozatot, hogy a hozzájuk juttatott sorsjegyeek árát — ha még nem tették volna — az egyesületnek beküldjék. *A nyerés esélyeiben azon sorsjegyek is résztvesznek, melyek ára a húzás napján adatott postára.*

A moszkvai lélektani dispensarium. A szovjet közegészségügyi berendezései között az egész világon egyedülálló az az intézmény, amely Moszkvában mint neuro-psychiatriai gondozó (dispensarium) a napokban mult egy éve, hogy működik. Ez az intézmény annak a feltevésnek alapján jött létre, hogy a lelki élet sokféle zavara nem annyira örökléses terheltség és testi megbetegedés eredménye, hanem a munka és pihenés aránytalansága folytán keletkezik. Az elmult egy év alatt 571 esetet tettek igen gondos vizsgálat tárgyává, kiterjeszkedvén a betegek életviszonyaira és munkafeltételeire is, sok esetben gyógyulást értek el, midőn a foglalkozás észszerű megváltoztatása és a munkaviszonyok, valamint az otthoni élet kedvezőbbé tétele sikerült. Az eredmény tisztán tudományos szempontból értékelendő, mert talán az elmebetegségek és idegbetegségek egy csoportjának gyógyítására új lehetőségek nyílnak.

Az alkoholizmus a megszállott német területeken. A közegészségügyi viszonyok általános megromlásával párhuzamosan a szeszivás is rendkívüli mértékben terjedt Németország idegen megszállás alatt állott, illetve még most is álló területein. Az alkoholos elmezavarok a mult évben az összes elmegyógyintézeti felvételek 28%-át alkották, szemben az 1919. év 5·7%-ával.

Teplansky-Haáz Stefánia dr. magyar nőorvos, a fürdőorvosi rendeléseit Franzensbadban (Haus Melanie) megkezdte.

Az angol csecsemővédelmi munka köréből. Anglia szülőházaiban kitünően bevált szokás, hogy az újszülöttjével távozó anya kis könyvecskét kap, amelyben a gyermek születési adatain kívül a legfontosabb tudnivalók is olvashatók az ápolásról és nevelésről. Ez a nemrég meghonosított eljárás oly szorossá teszi az együttműködést az anyák és a szülőintézetek, gondozók között, hogy a védőnők vállairól nagy terhek voltak levehetők.

Az orosz vöröshadsereg egészségügyi viszonyai. Az általános halálozási és betegedési statisztika azt mutatja, hogy a bolseviki Oroszország hadseregében lényegesen jobbak a viszonyok, mint a régi cári hadseregben voltak. Főleg a typhus- és malériamegbetegedések száma csökkent lényegesen, de állítólag a venereás betegségek is csak félannyi esetben fordulnak elő, mint a békebeli, cári hadseregben.

A magzatűzés büntetése Németországban. A birodalmi gyűlés jogügyi bizottsága törvényjavaslattervezetet fogadott el, amely a magzatűzés büntettére kiszabott büntetéseket jelentékenyen leszállítaná. Míg ugyanis a multban a deliktumot fegyházzal büntették és csak egészen ritka esetekben, amelyekben számos enyhítő körülmény forgott fenn, lehetett legkevesebb hathavi fogházbüntetést kiszabni, ezután pénzbüntetés is alkalmazható lenne három márkától felfelé. A kissé bizarr javaslat ellen, amelynek törvénnyé válása beláthatatlan következményekkel járhatna Németország népességének szaporodására, igen erős ellenmozgalom indult meg.

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

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

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint május 30-tól június 5-ig előfordult:

Hasi hagymáz	9	(1)	Gyermekágyi láz	1	(2)
Küteges hagymáz	—	(—)	Bárányhimlő	28	(—)
Hólyagos (ál-)himlő	—	(—)	Járv. fültőmirigylob	56	(—)
Kanyaró	178	(—)	Vérhas	6	(—)
Vörheny	42	(4)	Járv. agygerincagyhártyalob	1	(—)
Szamárhurut	16	(5)	Trachoma	11	(—)
Roncs, torok-, gégelob	26	(1)	Veszettség	—	(—)
Influenza	—	(2)	Lépfene	—	(—)
Ázsiai kolera	—	(—)	Heine Medin	—	(—)

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

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

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

Lapunk mai számához az I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft *„Hexeton"* című prospektusa van mellékelve.

Az Embervédelmi Kiállítás érdekessége. „Siemens-Reiniger-Veifa röntgen- és orvostechnikai készülékei az orvostudományt és így az emberiséget szolgálják az egész világon." Ezt a mottót juttatja művészi kifejezésre az Embervédelmi Kiállításnak talán egyik legmegkapóbb pavillonja, amelyet a fenti világcég magyarországi telepe, a Magyar Gyógytechnikai Ipar Rt. állított fel *Egressi Zoltán* igazgató-mérnök tervezése szerint. A két hatalmas Röntgen-ember misztikus fényben tündökölve hivogatja a látogatót a mélyrenyúló diorámához, ahol a földkerekség ábrája fölött emelkedik magasba a hármas gyártelep pompás plasztikus modellje. A legújabb Röntgen-készülék és modern orvostechnikai berendezések működésben láthatók a S. R. V. Andrássy-út 28. sz. alatti helyiségeiben a kiállítás egész tartama alatt.

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

Dr. Pajor Sanatorium
VIII, Vas-utca 17. szám.
A nyári idényben a sanatorium vízgyógyintézetében teljes ellátás és vízikúra leszállított árban.

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

Dr. DOLLINGER BÉLA Orthopaediai intézete. Tornaterem.
Budapest, VIII, Mária-utca 34. (Telefon: József 393.

Lipótvárosi VÍZGYÓGYINTÉZET Quarz DIATHERMIA stb. Dr. Farkas Márton V, Báthory-utca 3.

Diathermia Gyógyintézet hő-, fény- és villamos kezelésekre.
Budapest V, Vilmos császár-út 18, I. em. Telefon: 13-96
Vezető orvosok: Dr. Kiss Jenő Dr. Kovács József

Székesfővárosi SZÉCHENYI-GYÓGYFÜRDŐ Városliget.
970 méter mélységből előtörő 74 C° kénes rádióaktiv forrás. Medence- és különfürdők, iszapgöngyölések, szénsavasfürdők. Elektroterápia. Diathermia. Hőlégkezelések. Zander. Javallatok: Idősült csúz, izületi izzadmányok, köszvény, elhízás, idegzsábák, különösen ischiás. Szívbántalmi betegségek. Ivókúra.

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

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

PÁLYÁZATOK.

Zemplén vármegye törvényhatóságánál, nyugdíjazás folytán, Sárospatak székhellyel, az 1926. évi július hó 1-étől üresedésbe jövő *sárospataki járásorvosi állásra* a Várm. Ügyv. Szabályzat 2. §-a alapján pályázatot hirdetek.

A járásorvosi állás kezdő javadalmazása, az 1925. évi 7000. M. E. sz. rendelet 31. pontjának *f)* bekezdése értelmében, az állami rendszerű X. fizetési osztály harmadik fokozata szerint javadalom és állomáshelynek megfelelő lakbér.

Felhívom mindazokat, akik ezen állásra pályázni óhajtanak, hogy az 1883. évi I. tc.-ben elméleti képesítésüket, valamint *a tisztiorvosi vizsgálat sikeres letételét* s esetleg eddigi alkalmaztatásukat igazoló okmányokkal felszerelt és a vármegye főispánjához, méltóságos *Széll József* úrhoz címzett kérvényeiket a Várm. Ügyv. Szabályzat 4. §-a értelmében hozzám *1926. évi június hó 20-áig* mutassák be, mert a később érkező kérvényeket nem veszem figyelembe.

Olyan pályázók, akik már valamely törvényhatóság szolgálatában állanak, ennek első tisztviselője, más közhivatali állásban lévők hivatalfőnökük, közszolgálatban nem állók pedig állandó lakóhelyük törvényhatóságának első tisztviselője útján kötelesek pályázati kérvényüket hozzám juttatni.

Sátoraljaújhely, 1926. évi május hó 28-án.

6983/1926. sz. *Bernáth Aladár* sk., alispán.

RÖNTGEN ÉS ELEKTROMEDIKAI BERENDEZÉSEK QUARZLÁMPÁK LÜDERS ÉS KANIS
aktárról kaphatók Budapest VII. Miksa-u. 5. T. J. 130-26.

70. évfolyam 25. szám Budapest, 1926 június 20

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HŐGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

Bókay János: A vörhenyfertőzés elleni védekezés a Dick-féle eljárással. (659—663. oldal.)
Fekete Sándor: Adatok a szülőutak sérüléseihez. (663—666. oldal.)
Heiner Lajos: Complementkötés gonorrhoeánál. (666—670. oldal.)
Hajós Károly: Az anaemiák kezelése benzollal. (670—671. oldal.)
Verebély Tibor: Az epekősebészet néhány időszerű kérdése. (671—676. oldal.)
Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Gyermekorvostan. (676—679. oldal.)
Könyvismertetés. (679. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1926 június 12-i XCIII. évzáró közgyűlése. (679—681. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület június 12-i ülése. (681—682. oldal.)
Közkórházi Orvostársulat június 9-i ülése. (682. oldal.)
A Magyar Fogorvosok Egyesülete országos kongresszusa. (682—683. oldal.)
A Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztály június 4-i ülése. (683. oldal.)
A Szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának június 2-i ülése. (683—684. oldal.)
Vegyesek. (684—686. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A vörhenyfertőzés elleni védekezés a Dick-féle eljárással.*

(Újabb tapasztalataim.)

Írta: *Bókay János dr.* egyet. tanár.

Ugyanezen tárggyal már f. év január havában is foglalkoztam a budapesti Kir. Orvosegyletben. Az előadást akkoron szükségessé tette az a körülmény, hogy célszerűnek látszott, hogy az 1925 június hónapja óta végzett hazai kísérletekről *Johan* tisztelt barátommal beszámoljak, hogy érdeklődő kartársainkat tapasztalatainkról tájékoztassuk. Ezen előadások, miután azok kapcsán a Dick-féle eljárással hivatalból az Országos Közegészségügyi Tanács is foglalkozott, eredményezték, hogy a próbaoltásra és védőoltásra szolgáló anyag minden orvosnak hozzáférhetővé tétetett.

Mai referáló előadásom anyaga a december 31-én lezárt anyagomnak kiegészítése a mai napig. A mások által közölt hazai adatokat szándékosan nem vettem fel statisztikámba, mert súlyt helyeztem arra, hogy csak arról referáljak, ami közvetlen előttem folyt le s így saját megfigyelésem.

I. *Dick skin-test (Dick-féle bőrpróba).*

Bőrpróba-eseteim száma 1925 júl. 18-től 1926 ápr. 1-ig összesen 6007-re emelkedett s a positiv eseteknek száma 41·9%-kal szerepel anyagomban (2517 eset).

Az esetek korszerinti elosztódását az alábbi tábla mutatja:

Kor	Vizsgált esetek száma	Dick-positiv	Dick-positiv %-ban
Újszülött 0— 1 hó	171	7	4%
1— 6 „	109	13	12%
6—12 „	86	38	44·2%
1— 2 év	132	90	68·2%
2— 3 „	179	127	71%
3— 4 „	208	156	76·9%
4— 5 „	298	223	74·8%
5—10 „	1434	837	58·4%
10—15 „	2372	809	29·8%
15—20 „	621	137	22%
20 „	397	80	20%
Összesen	6007	2517	41·9%

Mint a táblázatból látjuk, anyagomban a Dick-positiv esetek százaléka legmagasabb volt a 3—4. év között (76·9%), az emelkedés a második évtől fogva feltűnő (44·2%), a százalék csökkenése az ötödik évben kezdődik s a csökkenés a tizedik év után már számottevő (29·8%). Mint januári előadásomban már említettem *Zingher* amerikai anyagában a maximum az 1—2. évre terjedő életkorra esett, s így nálunk, adataim alapján, a dispositiót illetőleg kis eltolódás van felfelé. Ugyanezt konstatálta *Johan* január havi előadásában a Magyarország egyes vidéki városaiban végzett tömeges próbaoltásoknál.

A Dick-test eredménye nemcsak kor szerint változik, hanem változhatik hasonlókorú egyének között is, intézetek, illetőleg társadalmi osztályok szerint. Januári előadásomban már említettem, hogy *Dick*ék úgy találták, hogy a jobb társadalmi osztályok által látogatott magániskolák növendékei között sokkal gyakoribb (83%) volt a positiv test, mint a nyilvános iskolák növendékeinél, mit *Zingher* úgy vél magyarázni, hogy nagy városokban a szegényebb néposztály gyermekei korán és gyakran kerülnek érintkezésbe a vörheny-kórokozóval, s így enyhe infectiók révén immunizálódhatnak. Hogy megáll-e ezen magyarázat, nem tudom, a mi adataink e tekintetben eléggé ellentétesek. Így míg a József-fiúárvaház anyagában 172 eset között csak 30 volt positiv, vagyis 18%, addig a hasonló növendékanyaggal bíró Protestáns-árvaházban 140 eset közül 98 volt positiv, vagyis 65%, pedig egyik intézet sem szenvedett el számottevő vörhenyfertőzést az utolsó években. *Zingher* felfogását nem látszik megerősíteni azon tapasztalatunk sem, hogy míg klinikánk ambulantiáján a 10—15 éves gyermekek között 48% volt a Dick-positiv esetek száma, addig például a Sion-intézet hasonlókorú jómódú növendékeinél 27% volt a positiv Dick-test, de meg kell jegyeznünk, hogy ezen intézetben az utolsó hónapokban több hétre elhúzódólag a vörhenyfertőzések egész sorozata lépett fel s így nem lehetetlen, hogy a növendékek egy része e közben nyerhetett immunitást.

Különösen ki kell emelnem statisztikámban az újszülötteknél (inclusive egyhónapos csecsemők) s az egy-hathónapos csecsemőknél talált eredményeket, melyek, januári adataimmal összehasonlítva, a negativ test százalékát illetőleg még kedvezőbbek. Míg előző

* Előadatott a Magyar Gyermekorvosok Társasága II. nagygyűlésén, 1926 május 11-én.

statisztikámban ugyanis 0—1 hóig 7·5%, 1—6 hóig 19% volt a positiv test, addig, újabb adataimat hozzáadva a régi adatokhoz, a százalék az első élethóig 4-re, 1—6 hónapos csecsemőknél 12-re szállott alá. Miután a vizsgált csecsemők száma 0—1 hónapig 171 volt, 1—6 hóig pedig 109, tehát a százalékot nem kis anyagon állapítottam meg, ezen adataim értékesek. Megjegyzem, hogy az előző statisztikámban a 0—1 hóig terjedő csecsemőknél észlelt hat positiv test gyenge reactiójú volt, mintegy a plus és a minus reactio határán állott s így nem lehetetlen, hogy részben mégis negativek lehettek, vagyis reactiójuk nem volt specifikus.

Az I. és II. szülészeti klinikán s a Stefánia-Szövetség csecsemőotthonában összesen 91 szoptatott, usque egyhónapos csecsemőt vizsgáltunk, nagyobbrészt anyjukkal együtt és míg 88 anya közül 18 adott positiv Dick-testet, addig a csecsemők közül csak egy. Megjegyezzük azonban, hogy ezen egyetlen háromhetes Dick-positiv csecsemőnél az anya ugyancsak positivnak bizonyult. Mindezek alapján azt mondhatjuk, hogy az egy hónaposnál fiatalabb csecsemők negativ Dick-testet adhatnak még akkor is, ha anyjuk Dick-positiv.

Aránylag csekély százalékban találtunk positiv reactiót az 1—6 hónapos (nagyobbrészt szopós) csecsemőknél: mindössze 12%-ban, szemben első összeállításunk 19%-ával. Csodálatosképen *Zingher* amerikai kimutatása 0—6 hóig 44·8% positiv Dick-testet mutat fel. A két statisztika közötti különbség abban leli talán magyarázatát, hogy míg *Zingher* eseteinek száma csak 29, addig az én eseteimnek száma összesen 280.

Miután több oldalról hangzottak el olyan irányú ellenvetések, hogy a vörhenyt kiállott gyermekeknél aránylag nagy százalékban találunk positiv Dick-testet *(Nobel, Kundratitz, Kramár,* stb.) s miután ezen kérdés a bőrpróba értékének elbírálásánál alapvető fontossággal bír, különös figyelem tárgyává tettük, hogy miként viselkednek a scarlatinát kiállott gyermekek a Dick-toxinnal szemben. Természetesen, csak a kétségtelen eseteket vettük tekintetbe, minthogy éppen egyes iskolákban végzett vizsgálataink alkalmával bőven volt alkalmunk meggyőződni arról, hogy a növendék, illetőleg a kevésbbé intelligens szülők bemondására építeni alig lehet.

Megbízható észleléseinket két csoportba oszthatjuk:

1. Ambulans eseteink, hol intelligens szülővel történt érintkezés alapján állapítottuk meg a régebben előrement vörhenymegbetegedést. Ezen csoportnál 60 scarlatinát kiállott növendék közül csak 4 (6·6%) bizonyult Dick-positivnak.

2. Hogy olyan esetek is kerüljenek észlelésünk alá, akiknél az előrement vörheny klinikai megfigyelésünk alatt állott, bőrpróbára berendeltük mindazon gyermekeket, kik az utolsó hat esztendőben kórházunk vörhenyosztályán feküdtek. Ezen vizsgálatainkat csak rövid idő előtt kezdtük meg, de már eddigi eredményeink is meglepőek: az eddig megjelent 30 vörhenyt kiállott gyermek ugyanis mind Dick-negativnak bizonyult.

Vizsgálataink tehát azt mutatják, hogy a scarlatinát régebben kiállott gyermekek igen nagy százalékban (94—100%-ban) adnak negativ Dick-testet s ez a bőrpróba értékének elbírálásánál igen fontos mozzanat. Ugyancsak ebből a szempontból fontosak azon észleléseink is, melyek az előzetesen végzett Dick-test eredménye s a későbbi vörhenyfertőzés között fennálló viszonyt mutatják.

Miután 1925 július 19-től 1926 április 1-ig, mint láttuk, több mint 6000 gyermeknél végeztettem Dick-testet, s miután a positiv gyermekek jórésze védoltást nem kapott, alkalmunk volt vörhenymegbetegedéseket észlelni oly gyermekeknél, akiknél megelőzően bőrpróbát végeztünk. A Nôtre-Dame de Sion intézetben 131 növendék közül 1925 október 14-től 1926 január 21-ig tizenhárman betegedtek meg vörhenyben. 1926 január 22-én az intézetben 92 gyermeknél végezve Dick-testet, 27 növendéket Dick-positivnak találtunk (29%). Az intézetben folytatódó endemia kapcsán január 22-től május 30-ig hat Dick-positiv növendék betegedett meg vörhenyben és három olyan leány, akinél bőrpróbát nem végeztünk. Dick-negativ tanuló megbetegedését az endemia alatt nem észleltük. Az Orsz. Stefánia-Szövetségnél 1925 október 27-én tömegesen végeztünk Dick-testet. 1926 február 25-én vörhenyben megbetegedett egy Dick-positiv védőnőjelölt, március 6-án pedig egy anya és csecsemője, kiknél az előzetes bőrpróba ugyancsak positiv volt. Az Állami Szemkórházban 1926 március 6-án végeztünk tömegesen Dick-testet. Március 12-én vörhenyben megbetegedet egy Dick-positiv gyermek, március 15-én pedig egy olyan gyermek, kinél a bőrpróba eredménye kétes volt. Ezen gyermeknél ugyanis a kiterjedt ekzema folytán a bőrpróba leolvasása nehézségbe ütközött, a vörheny exanthema megjelenésénél azonban az előzetes bőrpróba „fellángolt". A Stefánia-gyermekkórházban minden egyes gyermeknél a felvétel első napján Dick-testet végzünk. Kórházi fertőzés folytán jelen év első negyedében négy gyermek betegedett meg vörhenyben, mindegyik előzetesen Dick-positivnak bizonyult. Még egy Dick-positiv gyermek megbetegedését jegyeztük fel naplónkban ezen időszak alatt, hol előzetesen immunizálás történt, a reactio azonban positiv volt.

Mindezekből folyólag és abból, hogy a scarlatinát kiállott egyének igen nagy százalékban negativ reactiót adnak, következik, hogy a reactio positiv volta és a vörheny iránti fogékonyság között szoros az összefüggés és a Dick-test a vörheny iránti fogékonyság megállapítására a gyakorlatban teljesen beválik. De éppen, minthogy a Dick-test eredményét több tényező befolyásolhatja (ezen tényezőket tanítványaim részletes tanulmány tárgyává tették), egy oltás negativ voltából biztos következtetést levonnunk még nem szabad s csak ismételt negativ eredményű bőrpróba után jelenthetjük ki, hogy az egyén a vörhennyel szemben immunis.

A Stefánia-gyermekkórház scarlatina-osztályán 1925 december 26-tól 1926 március 31-ig összesen 34 betegnél 127 Dick-reactiót végeztünk. A scarlatina első hetében vizsgáltak száma 29. Ezek közül az első vizsgálat:

	Vizsgált esetek száma	Erősen positiv	Positiv	Gyengén positiv	Negativ
1. napon	—	—	—	—	—
2. „	8	3	1	—	4
3. „	7	1	3	—	3
4. „	12	—	3	3	6
5. „	2	1	—	—	1
6. „	—	—	—	—	—
7. „	—	—	—	—	—
Az első héten végzett első vizsgálat össz.	29	5	7	3	14

15 positiv . . . . . 51·72%,
14 negativ . . . . . 48·28%.

Megjegyezzük, hogy a második napon negativ négy eset közül kettőnél a betegség első napján Parke-Davis-, egynél Moser-oltás történt.

A scarlatina első hetében positiv Dick-reactiót mutató 15 gyermek közül negativvá vált:

az 1. héten	3
a 2. „	4
a 3. „	2
a 4. „	2
az 5. „	1
a 6. „	1
Összesen	13

Positiv reactióval távozott: 2.

A scarlatina második hetében került észlelésünk alá öt beteg. Ekkor végezve az első vizsgálatot:

positiv	3,
negativ	2.

A positiv három eset közül egy a harmadik héten, egy pedig a hatodik héten vált negativvá, míg egy positiv Dick-reactióval távozott.

A Stefánia-gyermekkórház vörheny-osztályán tett előző tapasztalatainkat ezévi tapasztalatainkkal összesítve, adataink a következők:

Vizsgált eseteinknek száma 1925 július 27-től 1926 április 1-ig: 98. Dick-testek száma: 312.

Első vizsgálat az első héten: 73.

Ezek közül első vizsgálat		Erősen positiv	Positiv	Gyengén positiv	Negativ
1. napon	1	—	1	—	—
2. „	13	3	3	—	7
3. „	19	1	10	3	5
4. „	21	2	6	5	8
5. „	12	2	2	6	2
6. „	4	—	—	1	3
7. „	3	—	—	1	2
Az első héten végzett első vizsgálat eredménye összesítve	73	8	22	16	27

46 positiv 63%,
27 negativ ..... 37%.

Az első héten positiv reactiójú 46 gyermek közül negativvá vált:

az 1. héten (5—6. napon)	5
a 2. „	20
a 3. „	8
a 4. „	7
az 5. „	2
a 6. „	2
Összesen	44

Positiv reactióval távozott: 2.

További 25 esetnél a vizsgálat csak a 2—5. héten volt megejthető. Ezek közül 10 volt positiv és 15 negativ.

Összegezvén a sorozatos vizsgálatokat, kitűnik, hogy az eredetileg positiv 56 eset közül negativ lett:

az 1. héten	5
a 2. „	27
a 3. „	8
a 4. „	7
az 5. „	2
a 6. „	3
Összesen	52

Positiv maradt: 4.

Mindezen adatok a Dick-test és a vörheny közötti összefüggést még szembetűnőbben demonstrálják és bizonyítják a Dick-test nagy gyakorlati értékét.

Mindezen adatok nemleges feleletet adnak arra a kérdésre is, hogy a Dick-test vörhenyre gyanus eseteknél, mint diagnosticum, érvényesíthető-e, mert hiszen evidens, hogy miután az eruptio első és második napján nem egyszer látunk már negativ eredményt, a betegség első 2—3 napján észlelt positiv vagy negativ reactióból diagnostikus következtetést levonnunk egyáltalában nem lehet.

Hogy kivételesen nehezen értelmezhető megfigyeléseket teszünk, azt mutatja egy észlelésünk:

T. Margit, 6 éves, folyó évi február 22-én vétetik fel scarlatinával osztályunkra. A vörheny középerős, az eruptiós láz 39·5 C°, pár nap alatt láztalan lesz s hámlás jelentkezik a tenyereken és a talpakon is. A Dick-reactio a felvételkor, valamint február 27-én, március 3-án, március 14-én és március 17-én positiv. Március 30-án recidiva jelentkezik igen súlyos tünetekkel s e mellett a Dick-reactio negativvá válik. A tünetek súlyossága a következő napon Parke-Davis-gyógysavó alkalmazását teszi szükségessé. A beteg felgyógyul, dacára az igen súlyos complicatióknak. Hogy a Dick-reactio a további lefolyás alatt is negativ, ezt a bevitt Parke-Davis-immunserumnak kell tulajdonítani, a recidiváló scarlatina felléptekor, március 30-án konstatált negativ reactiót azonban bajos értelmezni, ha tekintetbe vesszük, hogy az első scarlatinás megbetegedés alatt mindvégig, így március 17-én is még positiv volt a Dick-reactio.

Hogy scarlatina lezajlása után olykor a reactio positiv marad, ezen nem csodálkozhatunk, mert hiszen a multból is tudjuk jól, hogy scarlatina lefolyása után nem áll be mindig immunitás és ismerjük a vörheny-litteraturából azon kórképeket, melyeket vörheny-recidiváknak, reversio eruptionisnak *(Thomas)*, vagy a francia irodalomban *„fausse rechute“*-nak, vagy *„rechute de la scarlatine“*-nak neveztek el.

Brown W. A. az 1925. évi Brit. journ. of childrens diseases-ben a Dick-testről írt cikkében közli azon megfigyelését, hogy diphtheriás és pertussisos betegei között a Dick-test feltűnő nagy százalékban volt positiv, miből a diphtheriás és pertussisos betegek scarlatina iránti nagy fogékonyságára következtet. *Brown* cikke alapján diphtheria-osztályomon kezdettől fogva gyüjtöttem ezirányú adataimat s azokat a következőkben összegezhetem:

A Stefánia-gyermekkórház diphtheria-osztályán 1925 szeptember 1-től 1926 március 31-ig Dick-próbát összesen 87 esetben végeztünk. Eseteink elosztódása kor és positiv Dick szempontjából a következő:

Kor	Vizsgált esetek száma	Dick-positiv	Dick-pos. %-ban
6—12 hó	3	—	—
1— 2 év	10	9	90%
2— 3 „	14	10	71·42%
3— 4 „	6	6	100%
4— 5 „	13	9	69·23%
5—10 „	27	11	40·74%
10—15 „	14	3	21·42%
Összesen	87	48	55·17%

Adataim *Brown* feltevését megerősíteni látszanak a diphtheriára vonatkozólag. Tekintettel azonban eddig vizsgált eseteim csekély számára, azokból következtetni nem akarok.

A próbaoltással kapcsolatosan kellemetlen tüneteket január óta sem láttam. Mint már januári előadásomban említettem, erősen positiv Dick-próbánál a próba helye infiltrálttá és fájdalmassá válhatik, mindezen tünetek azonban egy-két nap alatt eltűnnek, s alig zavarják a gyermekeket.

II. *Activ immunizálás Dick szerint.*

Activ védőoltásokat igyekeztünk január óta is minél nagyobb számmal végezni, különösen intézetekben, ahol az eseteknek megfigyelése az eljárás egész tartama alatt nekünk lehetővé volt téve. Azon intézetekhez, melyeket már januári előadásomban említettem, újabban hozzákapcsolódott a *Baár-Madas* leánygymnasium is. 1925 december 23-tól folyó évi április hó 1-ig összesen 577 gyermeknél végeztünk védőoltásokat s 349-nél azt be is fejeztük. Így azon esetek száma, ahol a védőoltást végigvezethettük, 686-ra emelkedett. Ezen befejezett védőoltások részletesen a következő táblán vannak feltüntetve.

Ezen táblázatból kitűnik az alkalmazott toxinmennyiség fontossága a siker szempontjából; míg ugyanis összesen 5000 bőregység után 46% oltott vált

Intézet neve	Védoltatott	A Dick-védőoltások száma s a bőregység mennyisége I	II	III	IV	V	VI	Összbőregység	Negativ lett	Positiv maradt
József fiú-árvaház	29 eset	300	700	1500	—	—	—	2.500	27 = 93%	2 = 7%
Ranolder intézet	76 „	300	700	2000	—	—	—	3.000	46 = 60%	30 = 40%
„ „	24 esetben folytatva			2000	3000	5000		*14.000*	20 = 83%	4 = 17%
„ „	54 „	500	1500	3000	—	—	—	5.000	24 = 46%	30 = 54%
„ „	23 esetben folytatva			6000	8000	—		*19.000*	22 = 95%	1 = 5%
Protestáns árvaház	73 „	500	1000	2000	4000	—	—	7.500	65 = 89%	8 = 11%
Szt. István gymnasium	98 „	500	1000	2000	4000	—	—	7.500	46 = 47%	52 = 53%
„Baár—Madas“ leánygymn.	58 „	500	1000	3000	6000	—	—	10.500	27 = 46·6%	31 = 53·4%
Stefánia gyermekkórház	27 „	500	1000	2000	4000	—	—	7.500	19 = 70%	8 = 30%
„ „	271 „	500	1500	3000	6000	—	—	11.000	154 = 57%	117 = 43%
„ „	51 esetben folytatva					6000	8000	*25.000*	47 = 92%	4 = 8%
Összesen....	*686 eset*								*497 = 72%*	*189 = 28%*

negativvá ,addig 11.000 bőregység után 57%-ra, 19.000 után 95%-ra, 25.000 egység után 92%-ra emelkedett a negativvá vált védoltottak száma. Mint *Dick*éknek 1925 május 16-án megjelent egyik közleményéből* tudjuk, ők 10—12.000 egység után 91·8%-ban láttak sikert.

A jelenben, okulva a mult tapasztalatain, egy-egy heti időközben 500, 1500, 4500 és 9000 bőregységet, tehát összesen 15.500 egységet adunk, s amennyiben a bőrreactio még mindig positiv maradt, úgy újabb 13.500 egységet injiciálunk intramuscularisan. Ily módon összesen 29.000 egységet is bevihetünk a szervezetbe feltűnőbb kellemetlen mellékhatás nélkül.

Azon kérdésre, hogy a védőoltások mennyi időre immunizálják a szervezetet, januári előadásomban még hozzávetőleg sem tudtam feleletet adni, s csak amerikai tapasztalatokra hivatkozhattam, melyek szerint az 2—3 évre, esetleg hosszabb időre is kiterjedhet. Ma saját tapasztalatomból is nyujthatok némi tájékoztatást. A Protestáns Országos Árvaházban 1925 november 18-tól 1925 december 4-ig 73 Dick-positiv növendéket védoltottunk, oly módon, hogy négy védőoltással összesen 7500 bőregységet adtunk. A védoltások befejezése után végzett Dick-próbára december 18-án 65 növendék vált negativvá. A bőrpróbát megismételve, négy hónappal később, 1926 április 15-én azt találtuk, hogy a negativvá vált növendékek reactiója továbbra is változatlanul negativ maradt.

Megjegyezzük, hogy erősen positiv egyéneknél az immunizáláshoz rendszerint több oltást és így több toxint kell adnunk, mint a gyengén positivoknál.

A védőoltások az esetek nagy részében semmiféle reactióval nem jártak, a védőoltásokat követő reactiók általában az első oltás után jelentkeztek, felléphetnek azonban a további oltások után is.

Helyi reactio gyanánt tudvalevőleg az oltás helyének és közvetlen környezetének fájdalmassága, lobos pírja és infiltratiója jelentkezhetik s esetleg néhány nap mulva a köztakaró hámlása az oltás helyén.

Általános reactio tünetét képezhetik láz, egykétnapi tartalommal, esetleg rázóhideggel, esetleg fejfájás, szédülés, hányinger és hányás és gyengeség érzete az első 24 órában. Különösen érdekesek a toxikus erythemák, melyek vörös, sűrűn pontozott felpír alakjában lépnek fel, már az oltást követő napon, mely exanthemák a scarlatinás exanthemával teljesen megegyezők. Torokbelöveltség ilyenkor csak alig konstatálható s a hőmérsék vagy normalis, vagy csak alig mutat lázas kiugrást (csak egy esetben észleltem a hőmérséknek 39·8 C°-ig való felemelkedését néhányórai tartammal). A pontozott felpír az első, illetőleg a második 24 órában lép fel és csakhamar elhalványul. Összmaterialisomban eddig 11 esetben láttam, és pedig rendszerint az első immunoltás után 400, 500, 1200, illetve 1500 cutanegység befecskendezését követőleg. Két érdekes esetemben az exanthema a három első oltás mindegyike után észlelhető volt fokról-fokra enyhülő intenzitással, míg végre a maximalis utolsó oltás után (4000, illetve 5000 egység) az erythema kimaradt. Egyik esetem kilencéves, másik esetem négy és féléves volt. Ezen toxikus erythemák a gyermekek közérzetét alig zavarták, utóbántalmat, veseizgalmat náluk nem észleltem.

Mint érdekes megfigyelést említem fel, hogy néhány esetben az oltást követő 24 órában geny jelentkezett a vizeletben, oly eseteknél, ahol megelőzőleg pyuriát (cystitist, pyelocystitist) nem észleltünk. A geny rendszerint 2—3 nap után eltűnt a vizeletből, s feltűnőbb hőemelkedés nélkül volt jelen. Egy esetünknél, egy két és féléves leánykánál mind a négy immunoltás után megjelent a geny a vizeletben s az első 24 órában a gyermek alhastáji fájdalmakról és disuriáról is panaszkodott.

Flesch t. kartársam említett a januári orvosegyleti ülésen oly észleleteket, hol az immunisatiós oltások mindegyikénél a bőrpróba „fellángolását“ látta. Ilyen észleleteket gyakorlatunkban mi is ismételve láttunk. Ennek oka feltétlen bizonyossággal nem állapítható meg. Mégis valószínűnek tarthatjuk, hogy a próbaoltás alkalmával a cutisba juttatott toxin localisan egy allergiás állapotot idéz elő a vérben, aminek következtében ez a terület az intramuscularisan adott s a vér- és nyirokpályába került toxin hatására újból és újból erősebben reagál. Ez azonban teljesen hypothetikus magyarázat, mely még bizonyításra szorul. Meg lehetne kísérteni a jövőben különböző helyeken különböző hígitású toxinokkal végezni próbákat és megfigyelni, hogy az imminuzáló oltások alatt keletkező esetleges fellángolások intenzitása különbözik-e?

E tüneménynek az ellenkezője, amit ismételve láttunk, hogy tudniillik a próbaoltás helyén halványabb area keletkezik az immunizáló oltást követőleg, sokkal inkább magyarázható plausibilisan a localisan keletkezett antitoxin hatásával.

Azon kérdésre, hogy az immunizálás kezdetén a betegség iránti fogékonyság nem fokozódhatik-e, vagyis nem állhat-e be egy ú. n. „*negativ phasis*“, ma

* Journ. Amer. Medic. Assoc. 16. May 1925.

is csak azzal felelhetünk, hogy erre utaló megfigyelést eléggé nagy oltási anyagunkban nem tettünk. Természetes, hogy mindazon esetekben, hol vörhenyfertőzésnek direct kitett gyermeknek az immunizálásáról van szó, csak passiv immunizálást fogunk végezni, mely néhány hétre mentességet szerez az egyénnek, s az activ immunisatiót későbbi időkre halasztjuk el.

Következtetéseim:

1. A Dick-féle bőrpróbával szerzett bőséges tapasztalataim (6007 eset) *Dick*ék tapasztalataival teljesen megegyeznek. A bőrpróba positiv eredménye s a vörheny iránti fogékonyság között a legszorosabb összefüggést látom, s így a Dick-féle cutanpróbát a védekezés szempontjából nagy jelentőségűnek tartom.

2. A toxinnal való activ immunizálás methodikus toxinbefecskendezéssel, fokról-fokra fokozódó toxinadaggal az esetek zömében (90%) a szervezetet a Dick-próbára negativvá teszi s védőoltásaink is arra utalnak, hogy az immunitás tartós. Tudvalévő, hogy az amerikai észlelők, kik több, mint hároméves tapasztalatra tekinthetnek vissza, az immunitás tartamát legalább is három évre terjedőnek tartják.

3. Az immunizálással olykor járó kellemetlen mellékhatások, melyek különben is enyhe természetűek és rövid ideig tartók, nem képezhetnek okot arra, hogy az eljárást mind nagyobb és nagyobb körre kiterjesztve ne gyakoroljuk s azon meggyőződésben élek, hogy a Dick-próbával és a vele kapcsolatos methodikus activ immunisatióval a vörhenyjárványok fellépését és kiterjedését a jövőben sikerrel fogjuk leküzdhetni.

*

Következő számunkban *Johan Béla dr.* egyet. m. tanár cikkét fogjuk közölni, melyben több vidéki városban tett tapasztalatairól számol be.

Adatok a szülőutak sérüléseihez.*

Írta: *Fekete Sándor dr.* egyetemi magántanár, főorvos.

A szülészet gyakorlati tételei ma már annyira tisztázottak, hogy egy-egy eset eltérő tapasztalata nem változtat a kialakult eljárásokon. Időnként felmerülnek azonban olyan észlelések, amelyek megfontolásra alkalmasak s amelyek szükségessé teszik a mindennapi használat által elkoptatott gondolatmenet revisióját. Ez szolgáljon indokolásául annak, hogy eseteimet a mélyen tisztelt Szakosztály elé hozom.

Első esetem: Idősebb szülőnő, akinél renyhe tevékenység s álló burok mellett fejlődik ki a fenyegető cervixkinyúlás s csak az észlelés segélyével kerülhettem ki a méh megrepedését. Vajudóhoz hívtak ki a főváros szomszédságában lévő községbe. A 40 éves nő házasságon kívül esett teherbe, először volt másállapotban. A szülés a várt időben kezdődött meg. Az alacsony termetű nő kiállott rachitis jeleit mutatta, medencemeretek 26, 28, 20. Hajnali 3 órakor kezdődtek fájásai. Hőmérsék: 37·1 C°. Vizsgálatkor (déli 12 óra) a fájások inkább renyhék voltak, jó szívhangok, koponyafekvés, csontos koponya a bemenetre illeszkedve, kiemelhető, kisfokban promineálni látszik. Belső vizsgálatnál álló burok, háromujjnyi méhszáj, nagyrészt kifejtett portio; promontorium görbített ujjal (a burok miatt) mérve 10·5 cm. A szükebb medence és csontos koponya viszonyát az álló burok veszélyeztetése nélkül nem lehetett pontosan mérlegelni; a prominentia nem látszott annyira kifejezettnek, hogy jó szülőtevékenység mellett, a kellő configuratiót feltételezve, a spontan szülés lehetősége meg ne lett volna. A bába és orvosa észlelésére hagytam a beteget, azzal a figyelmeztetéssel, hogy burokrepedéskor értesítsenek. Este 8 órakor látom a beteget újra. Vizelni nem tud, illetve időnként néhány csepp vizelet ürül; csapoláskor 200—250 cm^3 tiszta, concentrált vizeletet kapunk. A fájások renyhék voltak. A lelet alig változott. A nehéz közlekedési viszonyok s a kritikus helyzet miatt intézetbe való szállítást ajánlottam. Az éjszaka nyugodtan telt el, időnként fájások voltak. Másnap d. u. 2 órakor belső vizsgálat is történt, a méhszáj valamivel tágabb, a cervix kifejlett, burok áll; csapolás. Uterus kissé jobbra dőlve. D. u. 4 órakor a fájások valamivel jobbak. Este 8 órakor, a szülés megindulása után 41 órával, a helyzet még mindig változatlan. A burok áll, a fej kisfokban promineál. A vajudó nem tud vizelni, a csapolt vizelet kifejezetten véres, 200—300 g, zavaros. A szűkebb medence, kissé nagyobb koponya mellett a mérsékelt fájások s álló burok dacára fenyegető cervixkinyúlást kellett felvennem. Contractiós gyűrű köldök alatt két ujjal, a fájások rhytmikusak, 8—10 percenként jelentkeznek; hőmérsék 37·6 C°, pulzus 80. Egyedül a véres vizelet volt a figyelmeztető. Az idős I. P.-nál, kisfokú prominentia, élő gyermek mellett nem volt nehéz az elhatározás: sectio caesarea transperitonealis cervicalis. Ezt el is végeztem. Feltűnő volt, hogy a hólyag rendkívül magasan tapadt, csaknem köldökmagasságig fel volt húzva, úgyhogy letolása után bőséges hely volt az incisióra; a cervix mellső fala alig pár milliméter vastag volt, könnyen lehetett varrni, mint a bélfalat. A cervixkinyúlás felvételét tehát a műtét igazolta. Élő fiúmagzatot különösebb nehézség nélkül sikerült kifejtenem, 35 cm fejkerület, 3400 g. A lepény a hátsó falon tapadt. A méh atoniás volt, intrauterin glanduitrinra valamit javult; a szapora pulzus miatt mégis hypodermoklysist adtunk, mire a pulzus rendeződött. Állandó katheter. Másnap a vizelete tiszta, sem fehérje, sem geny nem volt benne s a beteg spontan vizelt; két nap mulva láztalan gyógyulás; 10. nap a méh jól visszafejlődött, úgyhogy a beteget haza is bocsáthattam.

Esetemben tehát 40 éves I. P.-nél álló burok, négyujjnyi méhszáj mellett úgyszólván tünet nélkül következett be a cervix kinyúlása, csak a véres vizelet volt figyelmeztető jel. Ez az eset több szempontból ad alkalmat a gondolkodásra. Felmerül mindenekelőtt a kérdés: Történhetik-e álló buroknál cervixkinyúlás és méhrepedés? Álló burok a szülész szemében mindig nagyon megnyugtató körülmény. Előfordul ugyan, hogy a burok túlságosan vastag vagy rendkívül nyúlékony (esetünkben semmi ilyen feltűnő tulajdonságot nem észleltünk), s ilyenkor jelentősége bizonyos fokban módosul. Könnyen elképzelhető ugyanis, hogy a nyúlékony burok nem feszíti, nem tágítja kellőképen a méhszáját s így tulajdonképeni feladatát nem tölti be. Már nehezebb annak az elgondolása, hogy álló burok mellett is kifejlődhetik cervixkinyúlás, sőt méhrepedés is. *Zweifel* a Döderlein-féle „Handbuch"-ban (II. 656) azt mondja, hogy álló buroknál „általában" nem következik be cervixkinyúlás. Méhrepedés azonban előfordulhat a terhesség alatt is és a szülés bármely stadiumában, s ezért igazat kell adnunk *Freund*nek, aki a Winckel-féle kézikönyvben annak a nézetének ad kifejezést, hogy kellő dispositio mellett már kevés méhösszehúzódás is cervixkinyúláshoz vezethet. Az észlelések is igazolják a méhrepedés lehetőségét álló burok mellett. Számos eset van leírva, ahol a terhesség alatt következett be a méhrepedés; van olyan is, ahol a magzatot álló burokban találták meg a hasban *(Swoyme)*. Különbséget kell tenni azon esetek közt, ahol a méhszáj még nem nyílott meg és azok között, ahol a méhszáj a tágulási időszak hatását mutatta. Zárt méhszájnál a burok még minden oldalról védve van, egyes részletei fokozottabb feszülésnek kitéve nincsenek. Ilyen körülmények között a hirtelen fokozódott méhüri nyomás a burok és méhfalból álló petezsákot felrobbanthatja, rendesen a méh praedisponált részének megfelelően. Így érthető meg az az eset, amikor a burokrepesztés vezetett méhrepedésre (*Freund* esete, cit. *Döderlein* Handbuch II. 648). Más a helyzet tágult méhszájnál, mert itt a buroknak a méhszáj területére eső része a méhfal védelme nélkül áll. Felületes meggondolásnál az ember azt hiszi, hogy okvetlenül ezen a területen kell bekövet-

* A budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztályában tartott előadás.

kezni a burokrepedésnek, mielőtt a burok és cervixfal megrepedne. Rendesen így is van. Ritka esetben azonban előfordul, hogy a burok alulról támaszt nyer az izmos medenceefenéken s így a méhfal más területe aránylag gyengébb lesz. A mi esetünkben azt kell felvennünk, hogy a cervix mellső fala bizonyos praedispositiót mutatott a kinyúlásra. Annál feltűnőbb ez, mert I. P. kevésbbé disponált a cervixkinyúlásra. Nem tartom azonban alaptalannak azt a felvételt, hogy idős I. P.-nál általában a szövetek rugalmassága csökken, emiatt megnehezített a méhszáj tágulása és meg van könnyítve a szövetek szétszakadása. Ehhez azonban még talán fejlődési rendellenesség is járult, legalább erre mutat a hólyag magas tapadása, amelyet ilyen fokban az atoniás tágulási szak egymagában nem magyaráz. Egyéb praedisponáló momentumot nem találnék: a lepény a hátsó falon tapadt, műtét előzőleg nem volt, bár nem lehetetlen, hogy a házasságon kívül teherbe ejtett lány megkísértette a vetélés megindítását, de az eredményre nem vezetett s előttünk elhallgatta. Ilyen praedispositio mellett elképzelhető, hogy még a nyitott méhszáj területén is a burok ellenállóbb, mint a vékony cervix. Mathematikailag is elképzelhető az az eset, hogy a méhtartalom felülete a magzattest felett (passiv szakasz) erősebb kinyújtást szenved, mint az elővíz felett a burok, amely a feszülést optimalis felületi alakulással (gömbfelszín segmentum) minimalis kinyújtással ellensúlyozza.

Egy második kérdés az volna, hogy a véres vizelet mennyiben fogható fel a fenyegető ruptura jele gyanánt. Felvehető ugyan, hogy a vizelet vértartalma nem a hólyagfal kinyúlásából származik. A vér egyéb forrása lehet a renalis haematuria, a hólyagfalban lévő varix megrepedése, katheter sérülés, súlyos cystitis. Nem találunk azonban semmi olyan jelet, amely ezek bármelyikét valószínűvé tette volna. Usuratióra sem gondolnék, mert ez később is okozott volna tüneteket. Becsípődésnek semmi klinikai jele nem volt; bár *Scipiades* szerint ennek dacára lehet sectióval kimutatható becsípődés, esetünkben az in vivo való autopsia sem adott erre semmi támpontot. A hólyagtáj zavarára mutat a hosszabb idő (több mint 24 óra) fennálló ischuria paradoxa, ehhez hasonló állapotot azonban szülésnél gyakran látunk. A cervixkinyúlás, éppúgy mint a méhrepedés is, aránylag ritkán terjed rá a hólyagra (8·24% *Scipiades*). A méh és hólyagfal között lévő laza kötőszövet lehetővé teszi a hólyag kímélését (*Freund*).

Van azonban egy momentum, amelyet magyarázatul felhozhatunk. A gömbalakú fejsegmentumra rászorul a burok, a cervix, a hólyag hátsó és mellső fala. Ha a rétegek eltolódása a közti szövetek rigiditása (idős I. P.) miatt megnehezített, akkor természetszerűleg a legkülső réteg fog legerősebb kinyúlást szenvedni. A hólyagfal nyújtása a venákban pangást okoz, ez vérzésre vezethet. Ez magyarázná meg esetünkben, hogy a cervixkinyúlás első tünete a véres vizelet volt. *Baisch* (Döderlein Handbuch) a hólyagcompressio első jelének a véres vizeletet tartja s ez indicatio a szülés befejezésére (III. 52). Egyéb klinikai jelek még a folytonos vizelési inger, de a beteg nem tud vizelni; ha mégis van vizelet, az véres. Ez esetünkben is így volt.

Egy harmadik momentum, ami megjegyzésre érdemes esetünkben, az, hogy a cervixkinyúlás minden feltünőbb jel nélkül következett be. Ilyen esetekkel meglehetősen sűrűn találkozunk a régi és mai irodalomban is. *Freund* a *Winckel* kézikönyvében (II. 3, 2174) foglalkozik ezekkel. Praedispositiót vesz fel; a ruptura ilyen esetben aránylag korán következik be s hangsúlyozza, hogy teljesen váratlanul, euphoria mellett is megtörténhetik a ruptura. *Scipiades* monographiájában négy esetről számol be, ahol farfekvés mellett a fenyegető veszedelemnek minden jele hiányzott.

Esetem azt mutatja, hogy a méhrepedés veszélyével fenyegető cervixkinyúlás álló burok mellett is létrejöhet minden alarmirozó tünet nélkül; a hólyagfal kinyúlásából származó véres vizelet, amelyhez a hólyag felhúzásából eredő vizelési képtelenség társul, használható jele lehet a cervixkinyúlásnak. Ha ezeket a kevésbbé feltűnő jelenségeket értékeljük s ha gondolunk az uterus ruptura lehetőségére, akkor is, amikor a classicus tünetek hiányoznak — még álló burok mellett is —, sikerülni fog a catastrophalis rupturát elkerülni.

*

Két másik esetem a szülőcsatorna izomzatának károsodására vonatkozik; ezeknek a jelentősége korántsem olyan nagy, de gyakoriságuknál fogva megérdemlik a figyelmet.

38 éves I. P. A terhesség végén kiviselt 3200 g-os magzatot szült. Szülése intézetben folyt le s értesülésem szerint a burokrepedés után négy órával üregi fogót végeztek nála, episiotomia után. A gyermekágyban hólyaghurut miatt 38·1-ig emelkedő hőmérséke volt s három hétig feküdt. Engem szülése után három hónappal keresett fel azzal a panasszal, hogy a hüvely záróizmát gyermekágya óta bénultnak érzi. Megvizsgálva, kitünően gyógyult episiotomia hegét találtam, amely a középvonalból indult ki s kissé balfelé és lefelé tört; a hüvely alsó kétharmadában az episiotomiának és szakadásnak megfelelő szabálytalan hegesedés a bal oldalt. Vizeletében még mindig kevés geny. A levatorszárak mindkét oldalt jól kitapinthatók, a levatorrés két harántujinyi, de a levatorok szokott összehúzódását egyik oldalon sem tapintani. Székelési zavarok nem voltak. Néhány heti eredménytelen izomgyakorlat után a neuromuscularis contactus komolyabb károsodását kellett feltételeznem. Az elektromos árammal szemben való viselkedést vizsgálva, kiderült, hogy a hüvelybemenet a farados áramot érzi, a hüvely alsó harmadában a farados áramot a beteg nem érzi. A hüvelybe vezetett galván árammal szemben az izom ingerlékenységét megtartotta, a KZ > KNy; a hasizmok ingerlékenysége jelentékenyen kifejezettebb. Az Erb-féle formulának pontosabb kivizsgálása nem volt lehető: 1. az erősebb áram kellemetlen hatása miatt, 2. mert egyetlen ideggyógyászati könyvben sem találtam meg a levatorszáraknak megfelelő Erb-féle pontot, de különben is hegesen gyógyult izomról lévén szó, az a normalistól eltérő lehetett. A gáttájék faradizálása eredménytelen volt, ezért a galván áram alkalmazására tértem át, amely körülbelül 2—3 heti kezelés után meg is hozta a kívánt eredményt, amennyiben a levatorok összehúzódása most már az akaratlagos beidegzésre kifogástalan volt. Mielőtt az eset méltatására rátérnék, legyen szabad harmadik esetemmel foglalkozni. 24 éves I. P., aki két hónap előtt normalis szülésen esett keresztül, ugyancsak intézetben. Az egész szülés nyolc óra hosszan tartott, episiotomiát végeztek rajta, amely kitünően gyógyult. Láztalan gyermekágy. Szülése után két hónappal kellemetlen állapot következett be nála, mert vizelete többször napjában magától megindult. Emiatt keresett fel. Állapota: jól tartott medencefenék, jól működő levatorok, méh visszafejlődése kifogástalan; vizeletben idegen alkatrész nem található, cystoskopos kép negativ, hólyagcontinentia 120. Akaratlagosan vizel, de nevetéskor, köhögéskor, néha minden különösebb ok nélkül vizelete elindul. Faradizálásra és bórvizes hólyagmosásokra, amelyekkel a hólyagcapacitást 200-ra sikerült emelni, négy hét alatt gyógyult.

A két eset annyiban rokon, hogy normalis szülési trauma után az urogenitalis apparatus zárórendszere szenvedett, egyik esetben a levator ani, másik esetben a sphincter urethrae. Az egyik esetben (2.) a szüléssel való kapcsolat közvetlen, a másikban (3.) a szülés után néhány hétre csak az involutio végén jelentkezett a baj.

A szülés alatt a medence izmos bőnyés zárókészüléke olyan megpróbáltatásnak van kitéve, amelynek

példáját sehol másutt nem találjuk. Csak a diaphragma pelvis sajátos lemezes szerkezete, illetve a lemezek egymás fölött való eltolódása adja meg a magyarázatát annak, hogy a hihetetlen tágulás nem jár minden esetben az izomrendszer teljes szétroncsolásával. Azonban apróbb károsodások csaknem minden esetben bekövetkeznek; az igénybevétel foka s az alkalmazkodási képesség viszonya szabja meg az egyéni károsodás mértékét. Itt főleg azokkal a jelenségekkel szeretnék foglalkozni, amelyek látható sérüléssel nem jártak, vagy amelyeknél a repedés kellő módon lett ellátva, kifogástalanul gyógyult, a működés azonban mégis kívánnivalót hagy hátra. Az ilyen eset pedig nem is nagyon ritka. Láthatjuk ezt abból, hogy bár a gátrepedéseket az utolsó évtizedekben rendszeresen ellátják, s ennek dacára a descensussal most is igen gyakran találkozunk. A rendkívüli tágíttatás alatt az izom anyaga physikai változást szenved. A túlnyújtásnak az eredménye a látható és láthatatlan szakadások, rostszétválások, amelyek hegesedéssel — kötőszövetesen — gyógyulnak. Fölösleges hangsúlyoznom, hogy idős I. P.-nál, akinél a fellazulás kevésbbé kifejezett, mennyire rosszabb a prognosis. Az izom életműködésének megzavarása nemcsak a szülés alatti nyomás ideje alatt áll fenn, hanem a gyermekágyban is, a visszafejlődés s a tétlenség ideje alatt. Hisz ismeretes, hogy még azok az izmok, amelyek a szüléstől közvetlenül nem szenvedtek (járás), 10—12 napi fekvés után sokszor csaknem teljesen munkaképtelenek. Ehhez hozzájárulhat még valami: a szándékos vagy önkéntelen túlkímélés. Varrott izomnak összehúzódása az első időkben fájdalmas s az reflektorice az izom kímélését váltja ki, amely pedig a táplálkozással, vérellátással áll kapcsolatban s így a már gyógyult izom munkaképességét is csökkenti. Az izom direct sérülése mellett igen feszes gátnál az ideg is zúzódást, túlnyújtatást, szakadást szenvedhet. A károsodás ilyen bő forrása mellett az a különös, hogy feltűnő zavart aránylag ritkán észlelünk. Ez főleg arra vezethető vissza, hogy az izomcsoport, amely a szülésnél a legnagyobb károsodást szenvedte, a diapraghma pelvis és urogenitale, nemcsak különleges szerkezeténél fogva jól tűri azt, de működésével szorosan belekapcsolódik a hasprés és a combközelítő izomzat működésébe, úgyhogy ezeknek az aránylag keveset nyugvó izmoknak a beidegzésével együtt a levator ani is rendszerint összehúzódik. Különösen érzékeny beteg megtanul azonban a synergetikus izmaival úgy bánni, hogy a levator ezek összehúzódása alatt is nyugton marad, mert így nem fáj. Az ilyen gátlás soká fennmaradhat s akkor nem nyeri vissza az izom normalis contractilitását. Az ilyen izom insufficiens, a medencefenék súlyosabb sérülés nélkül is laza marad, méhsüllyedésre disponál. Azt gondolom, hogy ilyen károsodás nem is nagyon ritka. Erre mutat egyrészt az, hogy a szülés gátrepedés nélkül is elősegíti a méhsüllyedés kifejlődését. De még a szülési sérülés kellő megvarrása után is sokszor látunk satnya, gyengén működő medenceizomzatot s méhsüllyedést.

Az ilyen pathophysiologiai károsodásnak kifejezett esetét látom a vázolt két kórtörténetben. Az egyiknél az izomzat sérülése kifogástalanul gyógyult s a levatorköteg mégis működésképtelen maradt jó ideig. A másik esetben a sphincter urethrae épségében nem szenvedett kárt makroskopice, mégis insufficiens lett akkor, amikor akár a hasfal fokozott feszessége, akár a detrusor visszanyert normalis erejével szemben a hólyagbeli feszülést egyensúlyozni nem bírta.

Az eset maga gondolkodóba kell, hogy ejtsen. Valószínűnek tartom, hogy az izomzat ha nem is ilyen kifejezett módon, de mégis szenved munkaképességében minden szülés után. Törekednünk kell arra, hogy a károsodástól óvjuk: korai episiotomia. A későbbi ellazulásnak csak akkor vághatjuk útját, ha a gátrepedés ellátása mellett arról is gondoskodunk, hogy az izomzat normalis működését visszanyerje. Ennek az elérésére elsősorban vizsgálattal kell meggyőződni az izomzat működéséről, másodsorban célszerű módon fokozni kell a csökkent működést s az idő előtt való fokozott igénybevételtől megkímélni. Amíg a méh nagy, addig a fokozott súlyt a gyöngült izomzat csak károsodással bírja, nem kell tehát a gyermekágyast túlkorán felkelteni, viszont az izom erejéhez képest gyakoroltatni, működtetni kell azt. Erre való a célszerű torna, hydrotherapia, elektrotherapia. Nem szabad ezeket a módszereket lenéznünk, mert eredményt érhetünk el velük, aminők munkaképesség, a descensusok meggátlása szempontjából nagy jelentőségű.

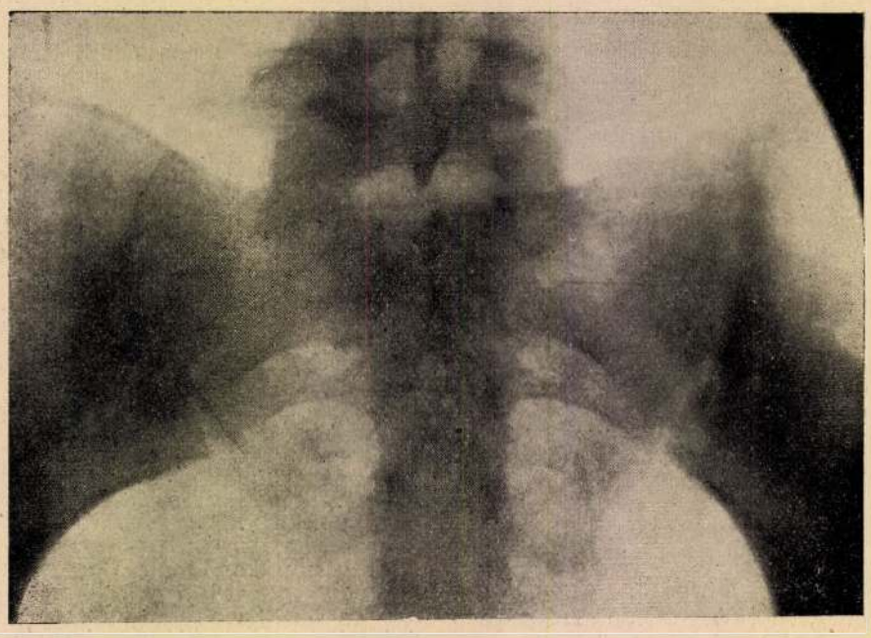
*

Negyedik esetem egy I. P. fiatal (20 éves) gyermekágyasra vonatkozik. A szülés állítólag normalisan folyt le, kisebb gátrepedését az orvos elvarrta. Bába és orvos véleménye szerint a lepény épsége kétes volt. Szülés után 38·5 C hőmérsék. Harmadnap bűzös folyatás, 39·1 C hőmérsék, ekkor látom. Hashajtásra a hőmérsék alig csökken, folyás erősen pangott szagú, has nem érzékeny. Temperatura állandóan magas, collargolra valamit csökken. Varrat (catgut) eltávolítása. Ötödik nap kombinált vizsgálatnál elég jól involvált uteruskörnyezet szabad, bűzös folyás, emiatt méhüri mosás. Miután a hőmérsék erre sem esik le tartósan, intézetbe szállítjuk. Vérvizsgálat: steril. Itt ismételt collargol-injectióra súlyos collapsus, amely csak erélyes excitantiákra szűnik. Temperatura állandóan magas, napi ingadozás 1·5 C°. Ettől kezdve a septikus állapotnak megfelelő tüneti kezelés. Ezt megnehezíti, hogy a chininre étvágytalan, antipyrin, pyramidonra pedig exanthemát kap a beteg. A második héten bal oldalt parametritis, a bal első végtagon phlegmasia alba fejlődik ki, ennek lezajlása után a negyedik héten ismét magas temperaturák, rázóhidegek, a vérben haemolytikus streptococcus. Urotropin intravenásan, aolan intramuscularisan hatástalan. Végre antistreptococcus-serum ismételt adására két nap alatt láztalan lesz a beteg, ötheti lázaskodás után. A serumra múló exanthema. Néhány napi csaknem láztalan állapot után határozatlan fájdalmak a keresztcsont táján, melyek jobb felé kisugároznak. A fájdalmak elviselhetetlenek, domatrinra szűnnek valamit. A jobb alsó végtag kifelé rotált, mérsékelten flectált. Consilium sebésszel: csípőizület szabad, óvatos mozgatás nem fájdalmas. Készülő decubitusra gondolunk, ennek azonban, dacára a közel háromhónapi fekvésnek, nyoma sem volt. Láztalan állapot mellett a crista ilei hátsó végpontjain tojásnyi kemény resistentia fejlődik ki. Orthoped szakemberrel (*Báron* főorvos) consultálva, a Röntgen-felvétel (l. a túloldali ábrát) a jobboldali articulatio sacroiliaca tágulását, a csontvégek eltolódását mutatja ki, ez okozza a tapintható kemény resistentiát. Fixálás alatt a fájdalmak szűnnek, egy hét mulva a beteget felkeltjük s a szülés utáni 50. napra járóképesen, láztalanul hagyta el az intézetet. Azután csakhamar megerősödött, meghízott, üzleti panaszai még nyomokban megvoltak nyolc hónap mulva is. Ma (egy éves az eset) teljesen jól van.

Az articulatio sacroiliaca megbetegedését lehetne septikus áttételi gócnak vagy serumbetegségnek is tartani. Egyrészt azonban egy kis furunculustól eltekintve, genyes gócot a szervezetben sehol sem találtunk, s a folyamat legkifejezettebb stadiumában láztalan volt a beteg s így üzleti gyulladásra nem gondolhatunk. Másrészt pedig a folyamat már a seruminjectiók előtt mutatkozott, ekkor azonban csak nyomási panaszoknak tartottuk. A Röntgen-kép pedig, de még inkább a tapintás, a csontvégek között eltolódást mutat. Azt gondolom tehát, hogy a hosszas lázas állapot alatt csont és bőrre lesoványodott betegen, akit thrombosisa miatt hosszú heteken át mozgatástól is

kímélni kelletett, a sacroiliacalis szalagok ellazulása következett be s a folytonos fekvés miatt, de esetleg emelésnél is, egy erélyes fogás hatása alatt a keresztcsont benyomódott. A felkelés után a normalis statikai állapot lassanként helyreállott.

Az articulatio sacroiliaca szakadása előfordulhat a szülésnél. Le vannak írva esetek, amikor álló burok mellett spontan szülésnél vagy a vállak kigördülésénél történt valamely izület szakadása. Esetünkben ez nem a szülés alatt történt. De éppen a hirtelen ható mechanikus erő hiánya miatt nem is lehet szó itt az izület teljes szétszakadásáról, hanem csak a szalagok relaxatiójáról, amelynek következtében azután az izületi végek eltolódtak.



Bal oldal Jobb oldal

A jobboldali artic. sacroilinca meglazulása a gyermekágyban.

A sacroiliacalis izület meglazulásáról vagy éppen eltolódásáról az újabb szülészeti gyüjtőmunkákban alig találunk említést. De az orthopedia kézikönyveiben is csak elvétve bukkanunk idevágó észleletekre. Annál meglepőbb, hogy amerikai szerzők elég gyakran találják meg a kereszttáji fájdalmak okát a sacroiliacalis izület mechanikus sérüléseiben. *R. Fich* rochesteri orthoped ambulans anyagának 5%-ában találta ezen izület megbetegedését. A gyulladásos és arthritis hypertrophica formáktól eltekintve, a mechanikus károsodásnak két typusát különbözteti meg; az egyik a túlfeszítés hirtelen mozgás következtében, a másikfajta mód hosszú fekvés, ellazult izomzat mellett jön létre azáltal, hogy a gerincoszlop physiologiás görbülete elsimul, ezáltal a keresztcsont dőlése megváltozik, a basisa hátrabillen s így eltolódás jön létre a két csont izületi felszine között. Leír eseteket, ahol hájas lógó has vagy graviditás miatt megváltozott testtartás volt oka az izület túlnyújtásának. Egy másik esetében appendicitis után hosszantartó fekvés alatt fejlődött ki a baj. A sacroiliacalis izület zavaraira ujjmutatást találunk még *Cabot* Differentialdiagnostikájában, ahol utal arra, hogy a sacroiliacalis izület affectiója legkülönbözőbb megbetegedések (sepsis, typhus) egyik szembeötlő jelensége lehet. A mi esetünkben a klinikai tünetek teljesen megegyeztek a *Fich* által leírt jelenségekkel: aránylag lassú kifejlődés, alig csillapítható fájdalom a kereszttájék megmozgatásakor, kisugárzó fájdalmak a combokban, szabad csípőizület, a nyújtott térd mellett a combnak erős emelése fájdalmas. Amíg a tünetek ki nem fejlődtek, addig bizony nehéz volt a kórkép megítélése; appendicitis, ureterkő, kezdődő psoas tályog, genyes metastasis a csontokban csak a Röntgen-kép segélyével voltak kizárhatók. A diagnosis biztosítása után szoros fixáló kötésre a panaszok csakhamar szűntek.

Az alapbaj gyógyulása után a normalis tonus biztosítja ismét az izület tartóképességét, addig azonban rögzítő kötésekkel kellett az izületet fokozottabb s állandó károsodástól megóvnunk.

Bemutatott eseteink jelentőségét abban találom, hogy egyrészt a szülészetben előforduló sok lehetőségre mutatnak reá (I. és IV.), másrészt (II. és III.) fölébresztik abbeli törekvésünket, hogy a szülés minél kisebb mértékben ártson a szervezetnek.

A m. kir. Ferenc József Tudományegyetem bőr- és nemibeteg klinikájának közleménye (igazgató: Poór Ferenc dr. egyetemi ny. rendes tanár).

Complementkötés gonorrhoeánál.

Írta: *Heiner Lajos dr.* klinikai tanársegéd.

Bár a gonorrhoea rendszerint localis fertőző betegség és kiállása nem ad mentességet új fertőzés ellen, lefolyása alatt mégis kerülnek olyan anyagok a véráramba, melyek specifikusak a gonorrhoeára. Nem ritkán előforduló diagnostikai nehézségek, valamint a gyógyulás kimondásának kérdése vezette a kutatókat ennél a betegségnél is serologiai vizsgáló módszerek kiépítésére. Az agglutinatiós, thermopraecipitatiós próbák nem adtak kielégítő eredményt. Több siker kísérte azoknak a szerzőknek fáradságát, akik a complementkötés viselkedését vizsgálták gonorrhoeánál. *Müller, Oppenheim* és *Bruck* voltak az elsők, kiknek sikerült gonorrhoeás betegek vérsavójában a complementkötés segítségével fajlagos anyagokat kimutatni; az igaz, hogy csak oly betegeknél, kik a kankó valamely súlyosabb szövődményében szenvedtek. Az utánvizsgálók hasonlóan arra az eredményre jutottak, hogy a gono-

rrhoea szövődményes alakjánál az esetek túlnyomó részében positiv a complementkötési reactio, de negativ complicatiótól mentes megbetegedésnél. Ezzel a megállapítással szinte 10 évre nyugvópontra jutott a kérdés; szaklapokban mit sem lehetett olvasni további kiépítéséről. Az utolsó 2—3 évben azonban újból gyakrabban olvasunk e témáról. Nyilván a gonococcus biologiájának alaposabb megismerése révén jobbak lettek a vizsgáló eljáráshoz szükséges anyagok és ezzel párhuzamosan a nyert eredmények is többet ígérők.

Minden bizonnyal a jobb technika az oka, hogy az újabb vizsgálatok úgy férfi, mint női gonorrhoea igen nagy százalékában positiv complementkötést adtak, különösen már pár hete tartó megbetegedésnél. Csak néhány szerző adatait sorolom fel. *Martland* nem egészen friss női gonorrhoeánál 73%-ban kapott positiv reactiót. *Savnik* 1537 savón nyert vizsgálatai eredményét a következőkben foglalja össze: Nem gonorrhoeás egyéneknél alig 2—3%-ban volt positiv complementkötés, de nem erős; friss elülső gonorrhoeánál 28%-ban volt positiv a reactio; ha már az egész elülső húgycső megbetegedett, 76%-ra szökött fel a positiv savók száma. Nőknél átlag 60 volt a százalékszám. Hátulsó kankónál 80, prostata gyulladásnál 85, epididymitisnél 93, arthritisnél, gonorrhoeás sepsisnél 100%-ot talált. Szerinte a reactio erőssége egyenes arányban áll a fertőzés súlyosságával. *Tullok* adatai körülbelül hasonlóak, vagy még kissé magasabbak. *Heimann*, *Baumann*, *Heuch*, *Cohn* stb. vizsgálatai szintén azt mutatták, hogy a nem egészen friss gonorrhoeánál a complementkötés igen jelentős százalékban kimutatható, lehet mondani nem kisebb százalékban, mint a positiv Wassermann-reactio a syphilis különböző alakjainál.

Így állván a dolog, feltűnő, hogy még szakkörökben sem sok figyelmet vont magára ez a serologiai vizsgáló eljárás. Mi lehet ennek az oka? Talán felesleges, vagy kivitele nehéz? A gonorrhoea kórismeje az esetek nagy részében górcső, tenyésztés segélyével elég könnyen felállítható, de nem mindig és tegyük hozzá, éppen a súlyos esetek jó részében hagynak cserben említett vizsgáló eljárásaink. Ismeretes, hogy a gonorrhoea szövődményeinek egy bizonyos százalékánál sem az anamnesis, sem a klinikai vizsgáló eljárásaink nem adnak arra nézve biztos felvilágosítást, hogy a szóbanforgó szövődmény egy fennálló vagy lefolyt gonorrhoea következménye, vagy attól függetlenül, más ok folytán állt elő. Néhány példát hozok fel annak bizonyságául, hogy ilyen esetekben milyen jó szolgálatokat tesz a complementkötési reactio elvégzése.

Nem egyszer kerül megfigyelésünkbe oly beteg, akinek félhevenyés, alig fájdalmas mellékheregyulladása van, amit az illető valamely traumára vezet vissza. Az anamnesisben van ugyan egy vagy több gonorrhoeás fertőzés, de a vizeletben csak pár genyes szálcsát találunk és többszöri provokálás után is negativ a gonococcuslelet. Ellenben sok jel vall tuberculotikus fertőzöttségre. A positiv complementkötés rögtön helyes nyomra vezet. Hát egy olyan beteg izületgyulladása, akinél vagy nem találunk gonorrhoeára valló tüneteket, vagy, ha ki tudunk is nála gonorrhoeát mutatni, annak intensitása oly csekély, hogy valószínűtlenné teszi áttéti izületgyulladás okozását, nem fogja-e azt a kérdést felvetni, hogy az arthritis más okból lépett fel. Pedig mennyivel más a gonorrhoeás arthritis kezelése, mint egy rheumás vagy gümőkóros alapon fejlődőé.

Hasonló vagy talán még nagyobb akadályokba bukkanunk, amikor nőgyógyászati megbetegedések egy bizonyos csoportjával, nevezetesen a méh és adnexumok gyulladásával van dolgunk. Ki ne tudná, hogy hányszor cserbenhagy nőknél a gonococcusvizsgálat? Hányszor nem tudjuk többszöri vizsgálat negativ gonococcuslelete ellenére sem biztosan megmondani, hogy a gyulladás vajjon mégis gonorrhoeás eredetű-e?

Látjuk tehát, hogy nem egyszer jó hasznát vehetjük a diagnosis felállításánál a complementkötési reactiónak. A gyógyulás kimondásánál is jó segítségünkre lehet. Hogy milyen feltételek mellett, arról majd később lesz szó.

Annak oka, hogy ezideig nem vált általánossá a complementkötés vizsgálata gonorrhoeánál, talán abban is rejlik, hogy nehéz a reactio kiviteléhez megfelelő antigent készíteni. *Jötten* vizsgálataiból tudjuk, hogy több gonococcustörzs létezik, amelyek biologiailag és így valószínűleg serologiailag is egymástól különböznek. E miatt oly antigen fog megfelelni, amelyben lehetőleg több gonococcustörzs van jelen, mert annál valószínűbb, hogy benne jelen lesz az a gonococcustörzs is, mely a vizsgálandó vérsavó gazdájánál a fertőzést okozta. Viszont feleslegesnek gondolom azt a törekvést, amely 16—20 egyénből tenyésztett gonococcus-emulsióval dolgozik, mert *Tullok* vizsgálatai szerint, legalább is Amerikában, a betegek ¾-nél ugyanaz a törzs találtatott, s csak ¼-nél tértek el biologiai viselkedés tekintetében a gonococcustenyészetek. Valószínűleg Európában is így áll a dolog. A különböző gyárak által forgalomba hozott gonococcus-vaccinák nem igen adtak ezideig használható antigent, és pedig több oknál fogva. Először is azért, mert a hozzájuk adott konzerválószer, legtöbbször karból, valamint a bakteriumok elölési módja olyan elváltozásokat hozott létre, amelyek miatt nem specifikus reactiók keletkeztek. Nem mindig használhatók antigen gyanánt továbbá a gyári úton előállított vaccinák, mert legtöbbször régiek, mire kezünkhöz jutnak. *Buschke* és *Harry* vizsgálataiból pedig tudjuk, hogy milyen gyorsan, esetleg néhány hét alatt nagy változások mennek véghez a vaccinákban; így pl. nem lehet bennük methylenkékkel festődő gonococcusokat kimutatni, a fehérjék mennyisége rohamosan csökken és pár hónap alatt már aminosavak sem mutathatók ki bennük. Nem várható tehát, hogy ilyen, önmagától gyorsan változó összetételű anyag, mint antigen, megbízható eredményeket adjon.

Ezen okok miatt az újabb vizsgálók többsége saját maga állította elő az antigent. Erre a célra egészen friss, 24—48 órás gonococcustenyészeteket használtak fel. Azonban a gonococcus buján és gyorsan csak oly táptalajokon tenyészik (vérsavó, ascites-agar), melyeknek frissen való előállítása nem mindig lehetséges. Amint magam is meggyőződtem, egyéb táptalajok bizony lassan fejlődő tenyészeteket eredményeznek, amelyekből nehéz magas bakteriumtartalmú vaccinát előállítani, tekintettel arra a körülményre, hogy a gonococcus még a legjobb táptalajon is néhány nap alatt degenerálódik.

Midőn elhatároztam magam, hogy nagyobb gonorrhoeás beteganyagon rendszeresen végzek complementkötési reactiókat, az a cél vezérelt, hogy egyrészt magam tapasztalatai alapján szerezzek meggyőződést a reactio klinikai használhatóságát illetőleg, másfelől tisztázni akartam egyes, még nem eléggé felderített körülményeket.

Vizsgálataimhoz összesen 380 beteg vérsavóját használtam fel. Nem az volt szándékom, hogy minél nagyobbszámú statisztikát állítsak össze, hanem a már előre kitűzött kérdések szempontjából válogattam össze a vérsavókat. A betegek egy részénél csak egy ízben ejtettem meg a reactiókat, más részénél többször meg-

ismételtem, úgyhogy végeredményben 522 volt a reactiók száma.

Röviden megemlítem, hogy az eredeti Wassermann-féle eljárást használtam, azzal a különbséggel, hogy a complementet az antigenhez betitráltam. Ezáltal az antigen anticomplementaer hatását számbavettem. Minden egyes alkalommal meghatároztam a haemolysin oldó határát, mert, tapasztalásom szerint, a használt birkavér és tengerimalac-vérsavó szerint a titer tág határok közt változik. Átlag a haemolysishez szükséges mennyiség négyszeresét vettem a reactióhoz és complementfelesleggel dolgoztam, hogy a határozatlan és bizonytalan reactiók számát csökkenthessem. Pontosan kititrált mennyiségű complementtel végezve a reactiót, mindenesetre több lenne a positiv savók száma, de az a specificitás rovására menne. Ugyanis normalis savóhoz be lehet titrálni a complementet, de minden egyes savóhoz már hosszadalmassága miatt is lehetetlen. A vérsavók complement megkötő tulajdonsága nagyon ingadozó. Ezért tartottam ajánlatosnak eleve azzal számolva, a complementfölösleggel való dolgozást.

Kezdetben három különböző antigennel dolgoztam. Az elsőt hat különböző egyénből származó gonococcustenyészetből állítottam elő, a másodikat a Pápay-féle serumtermelő intézetből kaptam. Ez is friss gyártású polyvalens gonococcus-emulsio volt, amely 1 cm^3-ben egy milliárd gonococcust tartalmazott. A harmadik antigent a höchsti vegyészeti gyár serumosztálya bocsátotta díjmentesen, a legnagyobb előzékenységgel rendelkezésemre. Mellékelt leírása szerint „*Gonargin extra stark*" néven hozza a gyár forgalomba, mint gonococcus-vaccinát. A gonococcusok elölése új módszer szerint történik, valamint a konzerválás is. Ennek tulajdonítható, hogy a vaccina leépítése nem történik gyorsan, aminek legjobb bizonysága, hogy benne még három hónap eltelte után is methylenkékkel jól festhető gonococcusok találhatók. Nevének megfelelően, igen tömény vaccina, cm^3-ként 10 milliárd gonococcust tartalmaz.

Az antigenek titrálása a szokott módon történt. Titerül az antigennek azt a mennyiségét vettem, melynek fele positiv savóval már positiv reactiót adott, s melynek kétszerese negativ savónál nem gátolta a haemolysist. A három különböző antigen adta eredmények összehasonlításából az tűnt ki, hogy a legérzékenyebb és a klinikai tüneteknek legjobban megfelelő reactiókat a „*Gonargin*"-nal értem el. Ezért egy idő után csak ezzel az egy antigennel folytattam a reactio megejtését. Az antigen titerét meglehetősen állandónak találtam, így a gonarginból titer 1:6-os hígítás mellett 0·2 cm^3 volt egész vizsgálatom alatt.

A vizsgált 380 beteg közül 256 volt gonorrhoeás; 112 vérsavó tulajdonosa egyéb betegségben szenvedett, vagy közelmultban ment át gonorrhoeán; 12 egyén pedig gonococcus-vaccinával kezeltetett és tétetett vérsavójuk vizsgálat tárgyává.

Az első és lehet mondani legfontosabb kérdés, amelyre válaszolnom kell, az, hogy specifikus-e gonorrhoeára ez a serologiai reactio?

A fentemlített 112 gonorrhoeától mentes betegen nyert eredmények adják meg erre a kérdésre a feleletet. Negativ complementkötést találtam 104 savónál, azaz 93%-ban, positiv reactiót 8 esetben, azaz 7%-ban. Az első pillanatra magasnak tünik fel a positiv kötések száma. Ha azonban vizsgáljuk, hogy a 8 positiv complementkötést mutató betegnél mi volt a klinikai diagnosis, rögtön más megvilágításban látjuk a helyzetet. Négy egyénnél a klinikai tünetek alapján a gonorrhoea gyógyulását konstatáltuk. A serologiai vizsgálat eredménye alapján fokozott provokálásnak és megfigyelésnek vetve alá az illetőket, közülük háromnál Gram-negativ diplococcusokat sikerült találni, tehát gonorrhoeások voltak az illetők. Aki tudja, hogy a gonorrhoea bizonyos szövődményeinél milyen nehéz feladat a gyógyulás biztos kimondása, az nem fog meglepődni ezen a körülményen. Amikor majd arról lesz szó, hogy mennyi ideig áll fenn gonorrhoeánál a positiv complementkötés, megértjük, hogy a megmaradó egy betegnél sem vehető nem specifikusnak a positiv reactio.

A húgyivarszervek egyéb, nem kankós megbetegedései képezik a legnagyobb nehézségeket a gonorrhoea kizárásánál. Érthető tehát, hogy a 112 nem gonorrhoeásnak tartott beteg közül jó nagy százalék esett hasonló bántalmakban szenvedőkre, vagyis 28 egyén. Az egyszerű urethritis catharralistól kezdve súlyos perimetritis, pyosalpinxig képviselve volt ebben a csoportban, lehet mondani, az összes számbajöhető megbetegedés. A serologiai vizsgálattal közülük mindössze csak kettőnél találtunk positiv reactiót. Mindkettőnél adnextumor volt a klinikai diagnosis. Hány adnexgyulladás van, melynél a legszorgosabb vizsgálattal sem találunk a méh váladékában gonococcust, noha a szemünk láttára fejlődik ki kankós méhgyulladás kapcsán. Nyugodt lélekkel mondhatjuk, hogy ez a két positiv reactio sem igen írható a fajlagosság terhére.

Egy következő, nem gonorrhoeás csoportot képezett 27 beteg, akik a syphilis különböző tüneteit viselték magukon, positiv Wassermann-reactio mellett. Nagyon fontosnak tartottam ugyanis annak a kérdésnek tisztázását, hogy a positiv Wassermann-reactio nincs-e befolyással a gonorrhoeás complement kötésére. Számtalanszor megtörténik, hogy a kérdéses beteg egyszerre mindkét betegségben szenved. E csoport tagjai közül két esetben kaptam positiv és, mindjárt hozzátehetem, gyengén positiv gonorrhoeás complementkötést. Egyikénél sem sikerült utánvizsgálattal gonococcust kimutatni, az anamnesis is csak egyiknél adott 2 év előtt lezajlott totalis gonorrhoeát.

A syphilisnél használt Wassermann-reactio egyéb betegségek mellett aránylag sokszor ad haemolysisgátlást malariás betegnél. Ez okból jónak láttam ily egyének vérsavóját is vizsgálni. A malariának a luesre való hatását kutató vizsgálatok folyván ebben az időben a klinikán, könnyű volt feladatom egyfelől abból a szempontból, hogy az illető nyolc betegnél gyakori vizsgálattal kizárhattam a gonorrhoeát, másfelől 8—10 malariás roham után lévő egyénektől vehettem vérsavót. A nyolc beteg közül egy sem adott positiv complementkötést.

Nem érdektelen arra a kérdésre válaszolni sem, hogy más genyokozó coccusok behatása folytán keletkező betegségek kapcsán nem jelennek-e meg a vérsavóban oly anyagok, illetve elváltozások, melyek positivvá teszik a gonorrhoeás seroreactiót. A vizsgált nyolc beteg között pyodermás bőrbetegségek mellett belső szervek genyes gyulladásai is szerepeltek. Mindannyinál negativ volt a serologiai reactio gonorrhoea szempontjából. A gonococcussal alakilag, biologiailag nagyon közeli rokonságban van a mikrococcus catharralis. Egyik betegünk ezen bakterium tiszta tenyészete által okozott mellhártyagyulladásban szenvedett. Annál értékesebb az a körülmény, hogy negativ complementkötést adott vérsavója a gonorrhoeás antigennel.

Hasonlóan negativ volt a reactio 14 különféle, legnagyobbrészt a testfelület tetemes részére kiterjedő bőrbetegségnél (ekzema, lichen, psoriasis, stb.).

Az elmondottakból tehát kitűnik, hogy nyolc beteg közül csak kettőnél zárhattuk ki teljes bizonyossággal a gonorrhoeás fertőzés fennforgását. Így azután a

nem specifikus reactiók százalékszáma 7-ről nem egészen 2%-ra csökkent le. Ha még azt is számbavesszük, hogy ezek sem voltak kifejezett reactiók, hanem + — + +-es reactióknak megfelelők, akkor teljes joggal mondhatjuk, hogy vizsgált betegeinknél túlnyomó számban specifikusnak bizonyult a gonorrhoeás complementkötési reactio.

Vizsgálandónak tartottam továbbá annak megállapítását, hogy úgy férfi, mint női gonorrhoeánál a betegség melyik időszakában és mily területi kiterjedés, mely szövődmények mellett lép fel positiv complementkötés.

Bár a húgyivarszervek nyálkahártyáján gyorsan felszívódnak a különböző bakteriummérgek, még sem várhatjuk, hogy a gonorrhoeás fertőzés megtörténte után rögtön ki lehessen mutatni az illető beteg vérsavójából gonorrhoeára fajlagos anyagokat, illetve elváltozásokat. Akármily gyors toxinfelszívódás mellett is idő kell a szervezetnek, amíg védekezésének jeleit serologiai reactiókban kimutathatjuk. Jól tudjuk, hogy a lueses fertőzés megtörténte után 5—6 hétnek kell eltelnie, amíg positivvá válik a Wassermann-reactio. A gonococcusok gyorsabb szaporodása, azonkívül a gonorrhoeás gyulladás gyorsabb terjedése folytán már eleve rövidebbnek kellett látnunk azt az időt, mely eltelik a fertőzés megtörténte és a serologiai reactio megjelenése között. Az eddigi vizsgálók szerint nem komplikált elülső gonorrhoeánál a második hét vége, a harmadik hét eleje táján lesz positiv a reactio. Egyedül *Cohn* és *Gräfenberg* állapítják meg legújabb közleményükben, hogy néha már az első hét folyamán ki lehet mutatni ellenanyagokat a beteg vérsavójában. E két szerző adatait én is megerősíthetem, mert többízben találtam már positiv reactiót a fertőzés után való hatodik napon. Természetesen ilyen esetekben még nem komplett positiv a reactio, de néhány nappal később nem egyszer már annak mutatkozott. Mindenesetre csak oly betegek bemondását fogadtam el megbízhatónak a fertőzés idejét illetőleg, kiknél abban nem lehetett kételkedni, vagy kiknél egy korábbi fertőzést ki lehetett zárni.

Elülső húgycsőgonorrhoea volt 49 betegnél. Közülük 63%-ban találtam positivnak a reactiót, tehát elég nagy százalékban. Azt kutatva, hogy mely feltételek mellett adott az elülső húgycső kankója positiv reactiót, azt állapítottam meg, hogy bőséges váladék, a folyamatnak nagyobb nyálkahártyarészletre való kiterjedése mellett történik az meg. Többízben láttam, hogy ezeknél a betegeknél a húgycső hátulsó szakaszára is hamarosan ráterjedt a gyulladás és kedvezőtlen lefolyást vett fel a betegség. Elülső gonorrhoeánál tehát a prognosis szempontjából többé-kevésbbé kedvezőtlen tünet a positiv reactio fellépése. Amint másutt kifejtettem (A gonorrhoea kórtana és gyógyítása 1925.), a túl sok váladék csökkentése révén legtöbbször elkerülhetjük hátsó kankó kifejlődését és a vele kapcsolatos súlyos szövődményeket. Azt tapasztaltam, hogy ilyen, kezdetben adstringens kezelést folytatva, az esetek többségében nem lépett fel a positiv reactio sem.

A talált nagy százaléknak oka abban rejlik, hogy betegeink nagy része az akme tetőpontján vette igénybe kezelésünket és ekkor történt a serologiai vizsgálat is.

Az elülső húgycsőkankó szövődményeinél, mint Cowperitis, infiltratio periurethralis, stb. mindig positiv reactiót kaptam.

Részben a váladék mennyiségétől és a megbetegedett nyálkahártyafelület kiterjedésétől függvén a positiv reactio, természetesen azt *totalis gonorrhoeánál* még nagyobb százalékban várhatjuk. 82 hasonló állapotban lévő betegnél 90%-ban találtam egyszeri vizsgálattal positiv reactiót. Mivel nem egyszer volt alkalmam tapasztalni, hogy megismételve a vizsgálatot, a negativ reactiók positivba csaptak át, szinte azt merném mondani, totalis gonorrhoea hosszabb fennállása után, szinte kivétel nélkül, positiv a serologiai reactio.

Hasonló magasak és még magasabbak a százalékszámok a hátulsó kankóhoz csatlakozó *szövődményeknél*. Prostatitis 27 esetében 96%-ban, 10 mellékheregyulladásnál 90%-ban és ondóhólyaggyulladás öt esetében 100%-ban találtam positivnak a complementkötést. Szintén többízben észleltem, hogy ha az illető szövődmény majdnem egyidejűleg lépett fel a gonorrhoea hátraterjedésével, vagy csak pár nappal azután, akkor kezdetben még negativ volt a reactio; csak pár nap elteltével vált positivvá.

A *női gonorrhoea* nehezebb felismerése miatt még nagyobb fontosságúaknak tartom ezen a téren szerzett tapasztalataimat, mert, amint látni fogjuk, a női gonorrhoea különböző alakjainál is jelentős százalékban megvan a positiv seroreactio.

A *női húgycső* egyedüli megbetegedésének 15 esetében nyolcízben, 53%-ban kaptam positiv eredményt. Nem kicsi szám ez, ha meggondoljuk, hogy nőknél az urethra kankója az esetek többségében nagyon kevés subjectiv és objectiv tünetet vált ki.

A kiadósabb gyulladásnak és nagyobb felületi kiterjedésnek megfelelően *méhgonorrhoea* fennállása alatt már jóval magasabb százalékban volt positiv a reactio; 42 beteg közül 33-nál, vagyis 78%-ban. A méhnyak és méhtest gonorrhoeájának különválasztása nem mindig lehetséges félhevenyés és idült megbetegedésnél. Azokban az esetekben, ahol egészen biztos volt a méhtest megbetegedése is, lehet mondani, szinte kivétel nélkül positiv reactiót találtam, viszont csak cervix gonorrhoeánál sokszor volt negativ. Tehát a reactio eredménye alapján bizonyos valószínűséggel el lehet dönteni, hogy a betegség felterjedt-e a méhtestre is.

Igen nagy százalékban positiv a reactio az *adnexumok* kankós gyulladásánál; 16 beteg közül 15, vagyis 94% adott ilyen vizsgálati eredményt. Köztük nem egynél volt annyira idült jellegű a gyulladás, hogy joggal fel lehetett tételezni a kankós lob lezajlását és csak a társfertőzés jelenlétét.

Kis leánygyermekek *vulvo-vaginitis*ére vonatkozólag ebben a kérdésben nem találtam adatokat a rendelkezésemre álló irodalomban. Hat ily beteget volt alkalmam észlelni és közülük ötnél (83%) találtam positiv reactiót. Azt hiszem, a magas százalékot eléggé megmagyarázza a gyulladásnak hevessége és nagy kiterjedése. Tudjuk, hogy sokszor meg van támadva a végbél méhnyálkahártyája is.

Localis megbetegedés mellett is nagy számban kapván positiv reactiót, magától értetődő, hogy a gonorrhoeás sepsis valamely részjelenségénél még nagyobbak lesznek az értékek. A gonorrhoea áttéti szövődményei közül, sajnos, csak a kankós *izületi gyulladás* négy esetében végezhettem el a vizsgálatot, mely mind a négy betegnél (100%) positiv eredményt adott.

Összegezve a gonorrhoeás betegeken nyert adatokat, azt látjuk, hogy 256 beteg közül egyszeri vizsgálatnál 208 esetben, vagyis 81%-ban volt positiv a serologiai reactio.

Azt már láttuk, hogy a reactio specifikusnak mondható a gonorrhoeára. A gyakorlatra való felhasználás szempontjából fontos az a kérdés, hogy a betegség gyógyulása után mennyi ideig marad meg a vérsavó complementkötőképessége. Az erre vonatkozó irodalmi adatok nem számosak és egymásnak meglehetősen ellentmondók. *Heimann* és *Baumann* több esetben két

év után is megtalálták, ami már eleve valószínűtlennek látszik és nagyon lerontaná a reactiónak a gyógyulás kérdésében való használhatóságát. *Cohn* és *Gräfenberg* négy hétre teszik azt az időt, mely alatt gyógyulás után a reactio már negativvá válhat. A felső határt azonban ők sem adják meg. Annak a kérdésnek eldöntését, hogy kiállott gonorrhoea után mennyi ideig mutathatók ki ellenanyagok a vérsavóban, megnehezíti még az a körülmény is, hogy a gonorrhoea szövődményeinél gyógycélból elég gyakran használunk gonococcus-vaccina befecskendezéseket, amely által szintén váltható ki positiv complementkötés, ami azután meggátolja a fertőzés által előidézett ellenanyagok elkülönítését a vaccina által létrehozottakétól.

De éppen az a tény, hogy egészséges egyéneknek viszerébe gonococcus-vaccinát fecskendezve, vérsavójukban sikerül fajlagos ellenanyagokat kimutatni, jöhet segítségünkre a reactio fennállása időtartamának biztos megállapításában. Ugyanis a gonorrhoea fennállása mellett is negativvá válhat már a reactio és jelenleg még semmi adatunk sincs arra vonatkozólag, hogy a betegség kiterjedésének mily mérvű csökkenése, a gyulladásnak milyen mértékben való kialvása szükséges ahhoz, hogy a szervezet megszüntesse azt a védekezési módját, melynek kimutatható jele fajlagos ellenanyagok jelenléte a vérsavóban. Ezzel szemben a gonococcus-vaccina befecskendezésénél pontosan ismerjük azt az időt, melyen túl már nem került a szervezetbe ellenanyagokat kiváltó antigen.

Emberi számítás szerint gonorrhoeától mentes 12 betegnél kíséreltem meg vaccina adásával positiv complementkötést előidézni. Előzőleg megejtett vizsgálattal meglévő positiv reactiót kizártam. Mind a 12 beteg olyan betegségben szenvedett, ahol fajamás fehérjetherapia alkalmazása indokolt volt. Hat betegnél izom közé, a másik hatnál visszérbe fecskendeztem a vaccinát (opsogon sec. Pápay), és pedig átlag kétszeresét annak a mennyiségnek, amivel a vaccinakezelést megindítani szoktuk. Az eddigi szerzők szerint csak az intravenásan adott vaccinával sikerül positiv reactiót elérni. Megfigyelésem azt mutatja, hogy ez a dolog intramuscularis adagolás mellett is sikerül, bár nem mindig és a reactio sohasem komplett positiv. Az említett hat esetből négyízben kaptam gyengén positiv reactiót két-három befecskendezés után. Viszont viszeres adagolás mellett mindig positivvá lett a reactio; átlag az első vaccina után a nyolcadik napra kezdett jelentkezni és egy héttel később vált kompletté már két befecskendezés után is. Az intravenás alkalmazással tehát gyorsabban beálló és kifejezetteb reactiót kaphatunk. A positiv reactio fellépése független attól, hogy a vaccina befecskendezését követte-e láz, vagy sem.

Hetenként ellenőrizve már most ezeket a betegeket, azt találtam, hogy az utolsó vaccinaadagtól számított 26. napon egynél már negativ lett a reactio. A felső határnak 44 napot találtam. Ezek figyelembevételével 32 oly egyénnél, akik súlyos szövődményes gonorrhoeán estek keresztül, de legalább hat hét eltelt klinikai gyógyulásuk óta, ejtettem meg a reactiót. Minden esetben negativ lett az eredmény; pedig három lezajlott gonorrhoeás arthritises beteg is volt közöttük. *Heimann* és *Baumann* tehát valószínűleg azért találták oly hosszú ideig fennállónak a reactiót, mert a vizsgált egyének latens gonorrhoeában szenvedtek.

Nagy hiba lenne azonban ebből azt a következtetést levonni, hogy a negativ gonorrhoeás complementkötési reactio oly egyénnél, aki megelőzően positiv serologiai leletet adott, a gyógyulás biztos jelét képezi. Ugyanis negativ lehet már a reactio, amidőn még kismértékű gyulladásos folyamatok, gonococcustartalmú váladék vannak jelen. Ha azonban a klinikai tünetek megszünése mellett a seroreactio is nemleges eredményt mutat, akkor az eddig ismerteknél eggyel több bizonyítékunk van a gyógyulást illetőleg. Természetesen figyelembe kell vennünk azt a 4—6 hetes időtartamot, mely szükséges a positiv reactiónak negativvá való átalakulásához.

Egészen röviden kívánom még azt megemlíteni, hogy saját tapasztalatom alapján volt-e segítségemre a serologiai vizsgálat helyes diagnosis felállításánál. Legnagyobb benyomást keltette reám a következő eset: Fiatal leány hirtelen térdizületi gyulladást kapott, a consultáló sebész és belgyógyász monarthritis rheumaticát kórismézett. Nekem gonorrhoeára támadt gyanúm és bár nőgyógyászati vizsgálattal csak genyes méhváladék volt kimutatható, a komplett positiv gonorrhoeás seroreactio eldöntötte a diagnosist. Megfelelő kezelés mellett a functioképesség teljes megtartásával gyógyult az izület. Hasonlóképen a positiv seroreactio volt segítségemre subacut epididymitis és prostatitis non gonorrhoica egy-egy esetében. A klinika rendőri osztályán több betegnél a positivnek talált gonorrhoeás complementkötés miatt foganatosított provocatio tisztázta a gonorrhoea fennállását.

Összefoglalás. Megfelelő antigen és vizsgálati technika mellett a gonorrhoeás complementkötési reactio fajlagosnak mondható. A fertőzést követő 6—8. napon már megjelenhet. Ezen időn túl lévő kankós betegek 81%-ában sikerült kimutatása. Úgy intravenás, mint intramuscularis vaccinabefecskendezéssel gonorrhoeától mentes egyéneken is előidézhető. A positiv reactio 4—6 hét alatt szokott negativvá válni, de ez még nem jelenti a gonorrhoea gyógyulását. Hiányzó klinikai tünetek mellett kapott negativ seroreactio nagyban támogatja a gyógyulás kimondását. Saját magunk által nehezen, sok fáradsággal elkészíthető polyvalens gonococcus antigen helyett jól használható a höchsti vegyészeti gyár által frissen előállított, „Gonargin extra stark" néven forgalomba hozott gonococcus-vaccina, mely jégszekrényben tartva, hónapokon keresztül nem veszít antigen-titeréből.

Irodalom: *Savnik:* Derm. Wochenschr. 78. köt. — *Tullok:* Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskr. 12. köt. — *Heuch* und *Lochbrunner:* Archiv f. Derm. und Syphilis 145. köt. — *Heimann* und *Baumann:* Archiv f. Derm. und Syphilis 146. köt. — *Cohn* und *Gräfenberg:* Zentralblatt f. Haut- und Geschlechtskr. 17. köt. — *Cohn:* Med. Klinik 1925, 31. füz.

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

Az anaemiák kezelése benzollal.

Írta: *Hajós Károly dr.* egyetemi tanársegéd.

Amióta *Korányi* a benzolt a leukaemiák therapiájába bevezette, igen kiterjedten kísérleteztek a vérképzőszervek egyéb megbetegedéseinél is, hogy a benzol különböző hatását gyógyító célokra kihasználják. Ezen kísérletek azonban nem minden esetben jártak sikerrel, így a benzol therapiás alkalmazása anaemia perniciosánál nem vezetett eredményhez.

A benzol hatása a vörösvérsejtekre már *Királyfi* első közleményeiből is megállapítható, melyekből kitűnik, hogy nagyobb adagban (5 g naponta) a vörösvérsejtek csökkenését, normalis therapiás adagban (2—3 g naponta) a vörösvérsejtek kisebb emelkedését vonja maga után. A vörösvérsejtek száma leukaemiás

betegek kezelése alatt ingadozik, először csökken, később, amikor a fehérvérsejtek száma a normalis felé közeledik, a vörösvérsejtek száma és a vér haemoglobintartalma emelkednek. *Királyfi* szerint a gyönge benzolhatás a vörösvérsejtképzést fokozza. *Selling*, *Pappenheim* állatkísérletei is bizonyítják, hogy kis adag benzol a haematopoesist ingerli és a csontvelőben erős kezdeti hyperplasiát okoz.

Dacára annak, hogy az irodalomban közölt kórtörténetekből önként adódik a benzol alkalmazásának gondolata a secundaer anaemiák kezelésében, mégsem láttuk, hogy a benzol izgató hatását a vérképzőszervekre rendszeresen kihasználták volna. Igaz, hogy anaemia perniciosánál a benzoltól eredményt nem láttak, azonban az ingertherapiának ez a sikertelensége más okokban leli magyarázatát. Ezzel szemben a legtöbb secundaer anaemiánál *ép vérképzőszervekkel, ép csontvelővel* van dolgunk és természetes, hogy az ép organismus kis ingerekre is másképen válaszol, mint a bármely irányban kórosan megváltozott szervezet. Ez magyarázza az alább közölt észleleteket, melyek normalis vérstatussal bíró és kivérzett anaemiás egyénekre vonatkoznak.

Az észleletek fontosságát abban látjuk, hogy a posthaemorrhagiás, secundaer anaemiák kezelésében általában hosszú ideig tartó arsen- és vastherapiára van szükségünk, hogy a beteg vörösvérsejtjeinek száma és haemoglobintartalma a normalis értékek felé közeledjék, míg ezen cél elérése a benzol *kis* adagjaival igen sok esetben a legrövidebb idő alatt sikerül.

A benzol ingerlő hatásának megvilágítására néhány kórtörténetkivonatot közlök.

M. M. Asthma bronchiale. 1924. III. 1. *Vörösvérsejtszám 5,000.000, haemoglobin 86%, fehérvérsejtszám 6700.* Bizonyos más therapiás meggondolásból kifolyólag háromszor 0·5 g benzolt kap gelodurat capsulában három napon át. III. 3. Vörösvérsejtszám 6,440.000, haemoglobin 97%, fehérvérsejtszám 5500. III. 6. *Vörösvérsejtszám 7,160.000, haemoglobin 98%, fehérvérsejtszám 6900.* III. 17. Vörösvérsejtszám 5,050.000, haemoglobin 86%, fehérvérsejtszám 6800.

K. J. Asthma bronchiale (anaphylacticum). 1924. V. 2. *Vörösvérsejtszám 4,850.000, haemoglobin 84%, fehérvérsejtszám 6250.* V. 2-től V. 6-ig naponta háromszor 0·5 g benzolt adunk per os. V. 3. Vörösvérsejtszám 4,730.000, haemoglobin 85%, fehérvérsejtszám 7200. V. 5. *Vörösvérsejtszám 6,890.000, haemoglobin 100%, fehérvérsejtszám 7450.* V. 9. *Vörösvérsejtszám 6,390.000, haemoglobin 97%, fehérvérsejtszám 6800.* V. 17. Vörösvérsejtszám 4,530.000, haemoglobin 86%, fehérvérsejtszám 6800.

Sz. E. Anaemia, vérző ulcus duodeni után. 1924. II. 1. *Vörösvérsejtszám 2,770.000,* haemoglobin 36%. Négy napon át napi 1 g benzolt kap, első nap per rectum, három napon át per os. II. 5. Vörösvérsejtszám 3,720.000, haemoglobin 50%. II. 7. *Vörösvérsejtszám 4,020.000,* haemoglobin 55%.

H. J. Vérző ulcus duodeni és melaena után. 1924 VI. 5. *Vörösvérsejtszám 2,570.000, haemoglobin 50%, fehérvérsejtszám 5400.* VI. 5-től VI. 10-ig háromszor 0·5 g benzol per os. VI. 8. Vörösvérsejtszám 3,920.000, haemoglobin 61%, fehérvérsejtszám 5400. VI. 10. *Vörösvérsejtszám 4,220.000, haemoglobin 64%,* fehérvérsejtszám 7400. VI. 25. *Vörösvérsejtszám 4,220.000, haemoglobin 68%,* fehérvérsejtszám 4900.

Ezen példákból kitűnik, hogy a benzol kis adagja *egészséges* egyéneknél néhány nap alatt lényegesen emeli a vörösvérsejtek számát és a vér haemoglobintartalmát, amely polycythaemiás állapot azonban csak átmenetileg marad meg. Úgylátszik, a benzolhatás lezajlása után *a normalis viszonyok ismét hamar helyreállanak.*

Másképen áll a dolog a vérzések utáni anaemiáknál, ahol a *benzol izgató adagja* szintén gyorsan felviszi a vörösvérsejtek számát és a vér haemoglobintartalmát, *a hatás azonban tartós marad.* Ha a benzoladagolást kellő időben (a normalis vérkép belálltával) abbahagyjuk, a vörösvérsejtek számának süllyedése már nem következik be. A benzol kis adagjai a fehérvérképet teljesen befolyásolatlanul hagyják.

A leírt vérképző, *izgató* hatás elérése természetesen az adagolástól függ. Tapasztalataink alapján láttuk, hogy célunk elérésére igen kis mennyiségű benzolra van szükség. Eseteinkben a benzolt vagy per os, gelodurat capsulában, vagy végbélen át olajban adtuk.

Per os elegendőnek bizonyult 4—5—6 napon át naponta 2—3-szor 0·5 g benzolt adni a vérkép állandó ellenőrzése mellett.

Végbélen át egyszer napjában 1·5—2 g benzolt adunk 10%-os oleum olivarum-oldatban szintén 4—5—6 napon át.

Ilyen rövid ideig tartó benzoladagolás, különösen ha a végbélen át történik, nem jár semmiféle kellemetlenséggel. Azon betegek, akik a néha kellemetlen gyomortünetek miatt szájon át nem tűrik a benzolt, rectalis alkalmazáskor semmiféle mellékhatásról nem panaszkodnak.

Tapasztalataink alapján tehát megvan a jogosultsága annak, hogy a benzolt a secundaer anaemiák kezelésébe bevezessük és a vas- és arsenhatás támogatására vagy *a nélkül is* a megfelelő esetekben alkalmazzuk. Különösen hatásos lesz a benzol vérzések után anaemiák kezelésében, melyeknél a vérkép vizsgálata *normalis* vérképző apparátusra enged következtetni.

Irodalom: *Korányi:* Orv. Hetilap 1912. — *Királyfi:* Orv. Hetilap 1912—13. — *Selling:* id. Korányi u. o. — *Pappenheim:* Wiener klin. Wochenschr. 1913.

KLINIKAI ELŐADÁS

Az epekősebészet néhány időszerű kérdése.*

Írta: *Verebély Tibor dr.* egyetemi tanár.

Kórfolyamatok megismerésében kétségtelenül a kóroktani szempont a legmagasabb és az egyedül tudományos. A kezelés irányításában azonban nem jelentéktelen tényező az a veszedelem, amely az illető betegség, avagy szövődményei révén az egyéni létet fenyegeti. A sebészi radicalismus útját mi sem egyengeti jobban, mint a belgyógyászati conservatismus rossz eredményei. Elég e tekintetben a vakbélgyulladás kezelésének történetére utalni. Ismeretes, hogy a heveny hashártyagyulladás halálozása régebben a belgyógyászat kezében 80%-ot tett ki; amikor a 90-es években kiderült, hogy a heveny peritonitisek 75%-a vakbélgyulladásnak köszöni eredetét, az orvosi érdeklődés központjába egyszerre az appendicitis került, hogy idejekorán felismerve és sebészileg megoldva sikerüljön a peritonitissel fenyegető rohamot végzetes útján megakasztani. A leukocytosis foka, a fehérvérsejtkép finomabb részletei az *Arneth*-féle beállításban, a *Lanz-*, a *Rovsing-*, a *Kocher-* és egyéb tünetek voltak hivatva dönteni az appendicitis súlyossága, s így a belgyógyászati kezelés jogosultsága felől. Amikor pedig ez sem bizonyult a fenyegető veszély ellen megbízható irányítónak, lassankint kikristályosodott a meggyőződés, hogy a vakbélroham sebész kezébe való, s minden appendicitises roham lehetőleg 48 órán innen megoperálandó. Kialakult pedig ez a meggyőződés akkor, amikor a féregnyulvány jelentősége a typhlitis, perityphlitis kórképében alig 2—5 esztendős multra tekinthetett vissza, s

* A balatonfüredi orvostovábbképző tanfolyamon 1926 május 14-én tartott előadás.

amikor az appendicitis keletkezésének finomabb mechanismusáról, bakteriologiájáról javában folyt a vita a szakemberek közt.

Az epekőbetegség története sokkalta régibb időre nyúlik vissza. Hiszen méltóztatnak tudni, hogy az első epekövet 600 esztendővel ezelőtt látta már *Gentilis Foligno*, hogy az első elméletek az epekőképződés magyarázatára idestova 400 esztendővel ezelőtt láttak napvilágot, mert legélesebben látó hirdetőjük már *Paracelsus* volt, sőt az első epekőműtét is, melyet *Petit* végzett, rövidesen 200 esztendős évfordulójához közeledik. S mégis az epekőbetegség kezelésében nagyon is távol vagyunk a megegyezéstől nemcsak belgyógyászok és sebészek, de egymásközt mi sebészek is. Ennek az oka jórészt kétségtelenül az, hogy az epekövek keletkezésének, s az epekőbetegség klinikájának értelmezésében ma is alig jutottunk túl az elméleteken, melyek pedig nagyon veszedelmesen hasonlítanak a régóta divatosakhoz, jeléül annak, hogy nem sokat haladtunk e téren. Oka azonban az is, hogy lappangó epekövek hordozói sokkal nagyobb számban találhatók embertársaink között, mint tünetmentes appendicitisesek, s hogy az epekő végzetes, katasztrófális szövődményei aránylagosan jóval ritkábbak még az epekőbetegek között is, mint appendicitisnél. De oka végül az is, mint minden határkérdésben, hogy ezidőszerint tárgyilagos bírálat helyett még a kölcsönös szemrehányás az egymással vitatkozó táborok fegyvere. Az epekőbetegség sebészi kezelése ellen azt hozza fel a belgyógyászat, hogy a műtét utáni halálozás ma még oly magas, az *Enderlen-Hotz*-féle hatalmas gyüjtőstatisztika szerint 9·2%, hogy az epeköveseket ennek az eshetőségnek kitenni csak szigorúan körülírt javalatok alapján szabad, s hangsúlyozzák, hogy a legkitűnőbb technikával végzett műtét sem véd meg a kiújulás ellen; a sebészek viszont azt hangoztatják, hogy a halálozás nagyságában javulás csak akkor várható, mégpedig a százaléknak 1% alá leszorításával, ha a sárgaságban, májelégtelenségben, májgenyedésben, pankreas-elhalásban, hashártyagyulladásban operált epekövek nem iratnak a sebészek rovására, másszóval, ha az epekőbetegek is lehetőleg korán kerülnek sebész kezelésébe.

A kölcsönös megértéshez nagyban hozzájárul, ha a különböző szakmák képviselői, mint a német sebészgyűlésen három évvel ezelőtt a kórboncnokok, belgyógyászok és sebészek közös tanácskozásra gyűlnek össze, hogy sine ira et studio elmondják egymásnak kifogásaikat, s főleg tisztázzanak bizonyos alapfogalmakat, melyek a kérdés helyes megvilágításához kiindulásul kell, hogy szolgáljanak. Távol áll tőlem, hogy az epekőbetegség egész pathologiájával mernék előállni, hiszen e rendkívül bonyolult életvegytani kérdés legtöbb részletében nem is érzem magam hivatottnak a beleszólásra. De távol esik az is, hogy kizárólag a szaktársakat érdeklő sebész-technikai kérdésekkel untassam az olvasót. Inkább aphoristikusan kiemelek néhány fejezetet, amelyek tisztázása a javalatok felállításában, a műtéti technika irányításában fontosak.

Az első ilyen kérdés mindjárt az epekőképződés problémája, amelyhez *Aschoff-Bacmeister* alapvető, s szinte befejezőnek látszó munkája óta, a legutóbbi időben éppen sebész nyult hozzá, még pedig oly következtetésekkel, melyek az eddigi elveket felborítani alkalmasak.

Említettem, hogy a kőképződés első elméletei idestova 400 esztendősek, s érdekes, hogy a csaknem egyidőben megjelent három idevonatkozó munka csirájában magában foglalja azt a három lehetőséget, amelyek körül ma is folyik a vita. *Fernel* 1554-ben az epepangásban látja a kőlecsapódás egyedüli okát: az epehólyagban pangó epéből lerakódik, kicsapódik a kő, mint ahogy a folyásában meglassudó folyó lerakja iszapját, törmelékét. *Mattioli* szerint ezzel szemben (1561) az epekövek a májban képződnek, s keletkezésüknek oka a testnedveknek, a *Galenus*-féle melanocholénak megrekedése. A már említett *Paracelsus*-féle elmélet 1563-ban az epe vegyi alkatának megváltozásában, ami viszont a test általános vegyi összetételének, constitutiójának függvénye, látja a kőképződés végokát. 300 esztendő telik el az epeutak boncta nának, finomabb szöveti alkatának, működésének, az epekövek morphologiájának, vegyi szerkezetének tanulmányozásával, amíg újra felveszi *Meckel von Hemsbach* 1856-ban a kőképződés elméleti magyarázásának fonalát, s kidolgozza a maga theoriáját, mely mai napig is alapgondolata a vitának. Munkájában, melynek „Mikrogeologie" a címe, az addig ismeretes elméleteket egy egységes nézetté iparkodik összeegyeztetni, s így az epekőképződés monistikus felfogásának hirdetője. Szerinte az epekőképződéshez két tényező szükséges: szerves alapanyag, melybe az epesók berakódnak és epe, melyből mint anyalúgból kicsapódik a szervetlen kőzetes alkatrész. A szerves anyagot az epeutak nyálkájában látja. Mindkét alakelem megvan az epében rendes körülmények között is, de kő csak akkor képződik, ha a nyálka megszaporodik, pang és erjed. Ezt a nyálkaszaporodást az epeutak hurutos gyulladása termeli, amely tehát a lithopoesis lényege. A pangásra a lehetőséget megint maga a nyák szolgáltatja, ha a cystikust eltömeszeli. Az epekőképződés története az epehólyagban már most az, hogy a pangó nyálka az epesókkal oldhatatlan csapadékot termel, nyálkás mészsós gomolyok alakjában, amelyekre rétegenként rakódik le mindig új és új sótömeg, ha a catarrhus lithogenes időszakosan megismétlődő pangást létesít. A magképződés és a réteges lerakódás tehát egyazon folyamat következménye; az epekövek száma és alkata az epének a pangás pillanatában fennálló finomabb vegyi alkatától függ; a kőképződés mechanismusa azonban mindenütt egyforma. A köveken később bizonyos másodlagos elfajulások jelentkezhetnek, amennyiben a kövekbe osmotikusan beszivárgó anyagok közül a natrium az epefestéket feloldja, a cholesterin pedig helyébe csapódik ki: a réteges mészfestenykő tehát az epekövek fiatal korát, a kristályos cholesterinkő az elaggott köveket képviseli.

Naunyn 1892-ben az akkori ismereteknek megfelelően átdolgozta ezt az elméletet. Mindenekelőtt megállapította, hogy az epe cholesterin- és mésztartalma nem az anyagcserétől és így közvetve a táplálkozástól függ, hanem mindkettő az epeutak nyálkahártyájának terméke, tehát az epekőbetegség ezen factora helyi betegség következménye. Ez a só- és cholesterintermelés azonban csak akkor indul meg, ha a nyálkahártya beteg, lobos, ennek a gyulladásnak okozója pedig az epeútakba a duodenum felől felkúszó coli-fertőzés, tehát a cholangitis et cholecystitis infectiosa. Úgy a fertőzésnek, mint a fertőzött epeutakban a kőkicsapódásnak előfeltétele, hogy az epe valami okból: terhesség, lógó has, fűző, enteroptosis folytán pangjon. A pangó, vegyileg elváltozott epéből kis amorph magvak: myelinceppek, apró cholesterinrögök válnak ki, melyek köré azután megindul a bilirubinmész réteges lerakódása. Ezt a réteges növekedést nyomon követi a cholesterinbeszivárgás okozta belső átalakulás. A kövek keletkezése tehát őnála is egységes, *Hemsbach* catarrhusa helyébe azonban a fertőzéses cholangio-cystitis, a *Hemsbach*-féle eldugulás okozta időszakos megrekedés helyébe az epeutak állandó pangásos állapota kerül.

Aschoff és *Bacmeister* 1909-ben az epehólyagfal szöveti vizsgálata alapján megállapítják, hogy hystologice teljesen ép epehólyagban, tehát gyulladásmentes epeutakban is találhatók kövek, amelyek mindig ugyanolyan jellegűek: cholesterinkövek. Tekintettel arra, hogy az epe cholesterintartalma a táplálék cholesterinmennyiségétől függ, tehát diathesises, dyskrasiás jellegű, a cholesterinkő metabolikus eredetűnek mondható, melynek egyetlen keletkezési feltétele a pangás. Górcsövi vizsgálataik alapján mint egészen új kórképet iktatják be a kórtanba a pangásos epehólyag, Staungsgallenblase fogalmát. Hangsúlyozva azt, hogy az epeköveknek utólagos átalakulásáról szóló tan tévedésen alapszik, a réteges, facettált és szederkövekre elfogadják *Naunyn* felfogását, s azt mondják, hogy ezen kövek keletkezésének két tényezője a pangás és fertőzés. A gyulladás fokától függ a kő mésztartalmának aránya száma, amely mész mindig a gyulladásos helyi folyamat terméke, az egyes mészrétegek mindig egy-egy fertőzéses roham megkövesedett hyerogliphái, melyekből visszafelé leolvashatjuk az illető beteg szenvedéseinek kálváriáját, mint ahogy a fa évgyűrűi maradandó emlékei az illető év időjárási viszonyainak. A kövek magvának közelebbi jellemzésére nem térnek ki, de megállapítják, hogy ártatlannak látszó kristályos cholesterin-, tehát pangásos kő képezheti a későbbi réteös, tehát gyulladásos kő magját, ha a sterilen pangásos epehólyag később gyulladásos lesz. Ez a kombinált kő a kristályos cholesterinmonolith és a réteges mészkövek mellett az epekövek harmadik formája. Az epekövek képződésének alapfeltétele az epepangás; epepangás cholesterin diathesis mellett kristályos cholesterinköveket, epepangás fertőzéssel réteges mészkövet termel. Későbbi munkáiban *Aschoff* maga és tanítványai mint negyedik typust különválasztják a tiszta pigmentköveket, amelyeknek két typusát különböztetik meg: az epehólyagban és a vezetékekben fellépő nagyszámú fekete szederköveket és az epevezetékekben hepaticocholedochusban fészkelő, többnyire egyes földesköveket. Míg az előbbiek éppúgy, mint a cholesterinkövek, pangó epéből a festék megszaporodása folytán kicsapódnak, tehát dyskrasiás eredetűek, addig a földeskövek statikus eredetűk, az epeútba bekerült egyéb kő körül és mellett támadnak. Ilyenmódon ma az Aschoff-felfogás szerint négyféle epekő különböztethető meg: *dyskrasiás* kövek a kristályos sugaras cholesterin és a szederszerű pigmentkő; *gyulladásos* kövek a facettált vagy tojásdad réteges kövek; *statikusak* a barna földes pigmentkövek és *negyedszer* a különböző szerkezetű combinatiós kövek.

Rovsing 1923-ban epekövek csiszolatainak vizsgálata alapján új elmélettel állott elő, melynek lényege az, hogy minden kőképződésnek eleme, megindítója az epefestéknek, bilihuminnak kicsapódása a májbeli intrahepatikus epeutakban. A kicsapódás oka a májsejtek megbetegedése a vérben keringő mérgek, toxinok folytán; hogy a nők, s ezek között ismét a többször szült nők oly túlnyomó számban szerepelnek az epekőhordozók közt, abból magyarázható, hogy a terhesség alatt a májsejtek a csökkent májbeli vérellátás és az ébrényből származó foetalis anyagok behatása folytán szenvednek; ez az „embryogen toxaemia", mint ő nevezi, létrehozza a terhességi májat, amelynek főtünete a bilihumin mész kicsapódása a májsejtekben és azután kövekké tömörülése a legkisebbb epecapillarisokban. Ezek a nagy epeutakba és az epehólyagba sodorva, a különböző epekövek magjaivá lesznek. Ha ehhez hozzávesszük azt, hogy *Moynihan* igen gyakran összefüggést talált az intrahepatikus epeképződés és lépbetegségek között, s ezzel az epekőkérdést bekapcsolta a reticulo-endothelialis rendszer sokat vitatott problemájába, s ezzel az epekövet ismét a szervezeti dyskrasiós betegségek sorába utalta, érthető a nagy érdeklődés, mely *Rovsing* elmélete felé fordult.

Az ugyanis *Vidákovich* és *Manninger* kartársaim állításával szemben kétségtelen, hogy az epekőbetegség kezelésének irányítására, a kezelés eredményének elbírálására szinte döntő jelentőségű az epekövek keletkezésének ismerete, illetve elmélete. Ha igaza van *Naunyn*nak, akkor az epehólyag kiirtása az epekőbetegségnek gyökeres gyógyítását jelenti, hiszen az epeutak fertőzéses gyulladása csakis ott találkozhatik össze a kőképződés másik lényeges feltételével, az epepangással. Ha igaza van *Aschoff*nak, akkor még tovább mehetünk: epekőtünetek esetén az epehólyag kiirtása már pangásos hólyagon is indokolt, mert az egyszerű pangás cholesterinaemia kapcsán törvényszerűen pangásos kristályos cholesterinkő képződéséhez fog vezetni, ez pedig az epekőbetegségnek első fejezete. Ha azonban *Rovsing*nak van igaza, ha az epekőbetegség fészke a máj, s a köveknek csak reservoir-ja, visszatartója az epehólyag, akkor logikus az ő következtetése, hogy felesleges az epehólyag kiirtása, hacsak cholecystitises elváltozásai nem előhaladottak, elégséges a cholecystotomia, s fősúly a toxaemia kezelésével az újabb kőképződés belgyógyászati meggátlására fordítandó.

A kérdés nagy jelentőségére tekintettel, magam is három év óta tanulmányozom ezirányban eseteimet, s átrevideáltam régibb tapasztalataimat. De sok ezer májmetszet szövettani képe, az epekövek csiszolatainak, keresztmetszeteinek átnézése, az epének és a köveknek bakteriologiai, s újabb néhány száz epehólyag górcsövi vizsgálata nem tudtak meggyőzni az ő igazáról. Én azt hiszem, hogy *Rovsing* szemrehányása *Naunyn*nak és *Aschoff*nak, hogy ők fanatikusai elméleteiknek, még fokozottabban áll *Rovsing*re. De feltéve, hogy *Rovsing*nek igaza van, s az bizonyos, hogy felfogása termékenyítőleg hathat az epekőkutatás további irányítására s magyarázatul szolgálhat bizonyos tünetek értelmezésében, úgy látom, ő egyben tévedett: az ő elmélete nem az epekőképződés, csak a kőmagképződés helyét tudta az epeutakból a májba áttenni. Mivel sem tudta bizonyítani, hogy a májban keletkezett apró pigmentmagvak bajt okozó valódi kövekké nem az epehólyagban nőnek meg, akkor pedig az ő elmélete csak a lithopoesis kóroktanának egyik lehetőségévé zsugorodik, s nem lehet döntő a kezelés irányításában.

A sebészi kezelés szükségességének sok ideig nagysúlyú támasza, érve az a tapasztalat volt, hogy az *epeutak rákja az epekőbetegséggel okozati* összefüggésben áll, hogy tehát az epekőbeteg emberek jelentékeny százaléka epeútráknak esik áldozatul. Ma, amikor a sebészi radicalismus egyre nagyobb tért hódít az epekő kezelésében, erre az érvre nem igen szorul; a kérdés azonban nem veszti el kórtani érdekességét, éppúgy mint ahogy a gyomorfekélyt sem azért operáljuk, mert gyomorrák talaja lehet, hanem mert a fekély kezelésének ez mai tudásunk szerint a legmegbízhatóbb módja. Az összefüggés megállapításában nem csekélyebb a nehézség, mint a gyomorfekély-gyomorrák vonatkozásának bizonyításában. Górcsövi képeknek, tehát állapotoknak összefűzése folyamatokká mindig önkényes marad; de sohasem dönthető el klinikai statisztikák felsorolásával, amint azt éppen az epeútrákoknál pl. *Áldor* gondolta. Persze az említett okból ellentétes a felfogás a kórboncnokok között is. *Marchand* 81%-ában, *Kauffmann* 86%-ában az epehólyag-

ráknak epeköveket találtak a hólyagban és azt tartják, hogy az epeútrák tehát az esetek túlnyomó részében epekőbetegséghez csatlakozik, s hogy ez az epeútrák a legjobb példa arra, hogy külső, ismert ingerek tartós behatása arra hajlamos, alkatilag disponált egyénben rákos hámburjánzást indítson meg. Mások, így *Hansemann* és *Aschoff* a két betegség együttes előfordulását a véletlennek tulajdonítják, vagy azt veszik fel, hogy az epehólyagrák az ő leváló rákos törmelékével, az általa fenntartott gyulladással, pangással, okozója az epekő képződésének. Az bizonyos, hogy bennünket klinikusokat, főleg sebészeket ez a kérdés nemcsak mint kórtani curiosum érdekel, mert mi az epeútrákot viszonylagosan gyakrabban látjuk, mint a kórbonctanokok; *Kehr* 12.000 boncolásból 19, *Hesse* 17.000-ből 20 epehólyagrákot talált. Ezzel szemben *Kehr* 2150 epeműtétéből 73, *Riedel* 700-ból 52, én magam 1314 epeműtétem kapcsán 52 esetben találkoztam epeútrákkal. De mi sebészek a klinikai lefolyásban sem láthatunk bizonyítékot a kő, illetve rák elsődleges fellépésének igazolására, mint azt *Áldor* felvetette; eseteink között a lappangva, tünet nélkül lefolyó epekő nem ritkábban szerepel a cholecystitis calculosa előzményében, mint az epehólyagrák történetében. Énrám mindig befolyással volt boldogult főnököm, *Pertik* tanár intézetéből közölt régibb dolgozatom emléke oly irányban, hogy én igenis okozati összefüggést vélek találhatni az epekő és az epeútrák között. A Rókus-kórház ötéves hullaanyagából, melyet boncolni módomban volt, 6000 sectio jegyzőkönyvét néztem át az epeutak megbetegedése szempontjából. A statisztika nem tartalmazta az epeköveseket általában, hanem az epeútbetegeket, akiknek kórbonctani lelete a pericholecystitis, a cholecystitis ulcerosa, nekrotica, cicatricea, a carcinoma vesicae felleae, ductus hepatici, cystici vagy choledochi arra utalt, hogy azok az emberek epeköveik miatt betegek is voltak. 50 epekő eset közül 28 gyulladásos, 22 rákos volt, ami azt mondja, hogy az epekőbeteg emberek közül 44% rákossá lesz. Érdekes volt, hogy az 56% gyulladásos epeköves ember életkora 40—60-ig, a 44% rákosé 55—75 év volt, ami úgy értelmezhető, hogy a bizonyos ideig epekőbeteg ember előrehaladó korával egyre jobban ki van téve a rákosodás veszélyének. S ez nem csodálatos. Aki látta valaha a gyulladásos köves epehólyag atypusos mélybetörő, a savós hártyáig nyúló mirigycsapjait, s aki nem egyszer töprengve ült a górcső előtt, mert nem tudta eldönteni, hogy az előtte levő kép egyszerű lobos burjánzás vagy rákos hámszaporodás-e, az ezt az együtt előfordulást feltétlenül az okozati összefüggés szempontjából értékeli. Igen nyomósan esik a latba az az újabb statisztikája *Siegert*nek, amely kimutatta, hogy az elsődleges epehólyagrákoknak 95%-ában ott van az epekő, míg a másodlagos epehólyagrákok, amelyek pedig éppúgy termelnek törmeléket, hajlamosítanak fertőzésre, pangásra, csak 15%-ban társultak epekővel. S ilyen értelemben használható fel az az adat is, hogy az epeútrák túlnyomó része az epeköveseknek is túlnyomó számát kitevő női nemre esik.

Az epekövek sebészi kezelésének jogosultsága voltaképen *két gyakorlati* kérdésen fordul meg: Az epekövek *belgyógyászati gyökeres kezelésének lehetőségén* és a műtét utáni epekőkiújulások gyakoriságán.

Ami az előbbi kérdést illeti, elméletileg az epekőkezelésnek következő lehetőségei gondolhatók el: 1. Lehetséges az *epekőképződés feltételeinek kiküszöbölése* az epepangás, az epealkat és a fertőzéses epeútgyulladás befolyásolásával. A mindennapi gyakorlat ezt az anyagcsere átalakításával prophylactice, a meglevő köveknek nyugalmi, lappangó szakba beállításával therapeutice véli elérhetni. Az epekőbetegség ivókúrái és diaetetikája, az epeantisepticumok beláthatatlan sora szolgálják ezt a célt. Bár az epeképződés colloidchemiai viszonyairól ezidőszerint, mondhatjuk, alig tudunk valamit s bár éppen a cholesterin és epefesték-forgalom részletei még homályosak, a tapasztalat ezirányban túlságosan bizakodóvá tette az orvosokat. Kétségtelen, hogy az ismétlődő rohamok sorát megállíthatja, mint mondani szokás, cupirozhatja; a gyermekfejnyi, fájdalmas epehólyagot néhány nap alatt visszafejlesztheti, a rázóhideggel megjelent sárgaságot eltüntetheti a helyesen irányított és következetesen keresztülvitt belgyógyászati kezelés. S amíg a kő zavart nem okozva lappang, amíg csak határozatlan hasüri panaszok, székszorulás, gyomorégés, felpuffadás érzése, bizonytalan jobb hypogastrialis sensatiók emlékeztetnek a multra s nyerik magyarázatukat mystikus összenövésekben, májduzzadásban, addig az állapot tűrhető, ha mindjárt az epéje rabjává teszi is a beteget. Operáltjaink kórelőzményében gyakran 25—30 év előtti rohamok emléke kísért csak, amikor ennyi idő után az egyszerre fellobbant súlyos állapot az időközben megöregedett, megrokkant szervezetet a sebészhez juttatja. 2. A kiképződött epekövek *elhajtásának lehetősége* az orvosok és betegek régi közös reménye és vigasza. Ismeretes, hogy súlyos, fájdalmas rohamok 25%-át nevezik eredményesnek, mert utánuk a bélsárban kő található. De ez csak 25%, s kérdés, mennyire lehet részes ebben a csodásnak hirdetett epekőhajtók serege, s mennyiben írandó az eredmény csakis az epehólyag természetes erejének számlájára. Aki ismeri a ductus cysticus kacskaringós lefutását, szűk ürterébe beemelkedő billentyűivel, a téraránytalansággal a vezeték és a legkisebb hólyagbeli kövek átmérője között, az a kiürítés lehetőségét nem értékeli többre a reális 25%-nál. Arra számítani, hogy ismételt kiürülésnél a vezeték kiegyenesedik, kitágul, elsímul, vagy hogy az epekő valamelyes sipolyon át keres magának utat, túlságosan kockázatos ahhoz, hogy a gyógyítás céljaként állíthatnók fel. De akkor is 75%-ban a rohamok és a kihajtási kísérletek meddők maradnak, s kérdéses marad, hogy a 25%-nál is mennyiből ürült ki minden kő s mennyiből csak az apraja. 3. A kiképződött epekövek *feloldása* az újabbkori colloidchemiás vizsgálatok szerint nem mondható lehetetlen, de ezidőszerint megoldatlan probléma. Én azt hiszem, hogy azok a finom mikrogeologiai vizsgálatok, amelyek *Lichtwitz* munkáiban érték el delelőjüket, ezirányban számíthatnak érdeklődésre. Ennek az eszköznek hiányában egyelőre a belgyógyászati kezelés csak symptomatikus szempontból mondható megbízhatónak, a gyökeres gyógyítás lehetősége fennforog ugyan, de bekövetkezésének biztosítéka nincsen.

A műtétek *utáni kiújulásról* többet tud az orvosi fantázia, mint a sebészi tapasztalat. Mert abból, hogy az epekő miatt operált betegnek a műtét után rövidebb-hosszabb idő mulva a jobb hasfélre, a májtájra kiterjedő panaszai jelentkeznek, nagyon is hamar kész a sebészt illető vád, hogy az epekő kiújult, tehát a műtét hiábavaló volt. Azok, akik ilyen recidivákat operálnak, azok gyakoriságát 2%-nál gyakoribbra nem becsülik s ebben a 2%-ban meghúzódnak a bennhagyott kövek a choledochusba beszakadt gumidaraboknak incrustatiói. A valódi recidiva, tehát a choledochusban, hepaticusban, a máj epeutaiban elsődlegesen képződő kő elenyeszően ritka, de mindenesetre bekövetkezhetik, ha a hepatocholeduchus-rendszer előrement hosszas elzáródás folytán egészben kitágult, egészében epehólyag jelentőségű reservoirrá lett. Ha egyúttal ilyenkor szű-

külf a Vater-szemölcs nyílása, hegesedett az Oddi-féle zárókészülék, megvan az epekőképződés két alapfeltétele: az epepangás és a fertőzéses epeútgyulladás lehetősége. De vajjon akkor mik azok a kellemetlenségek, melyek az epekőműtétek subjectiv eredményeit ténylegesen kétségessé teszik? Nem számítom ide a nagy műtéti metszések után támadt hasfali sérvek kellemetlenségeit, nem a huzamos epekőbetegséggel társult gyomorsecretiós zavarok további megmaradását, de nem azokat az eseteket sem, ahol a második műtétnél tényleg megtaláljuk a feltételezett összenövéseket, amelyek a gyomrot, duodenumot leszorítják, elvongálják, diverticulumok alakjában eléktelenítik. Vannak esetek, melyekben a műtét előtti jellemző epekő-tünetek a műtét után csakhamar újra megjelennek s amelyekben a második műtétnél a lelet quoad choledochus, Vater-papilla teljesen negativ. Talán legkirívóbb az ilyen lelet akkor, ha az első műtét sem mutatott epekövet.

Legyen szabad ezt jellemző példával megvilágítanom. Magas, karcsú, astheniás alkatú, a menopausába elérkezett hölgy, öt gyermek anyja, évek sora óta szenved jellemző, gyenge sárgasággal társult epekólikákban, melyeknek egyik igen heves rohama után műtétre szánja el magát. Kissé nagyobb, vérbő máj mellett lógó, de üres epehólyag, sondázással megállapíthatóan szabad epevezetékek és tág Vater-szájadék. Az epehólyagot, minthogy Schmieden-Rode értelmében jellegzetes pangásos hólyagnak tartottam, kiirtottam. Zavartalan gyógyulás után félévre a rohamok újra megjelentek, s bár enyhébbek, rövidebbek, ma is tartanak. Az epehólyag megfelelt az amerikaiak strawberry, tehát eper epehólyagjának, annak a hólyagnak, melynek rózsaszín vagy haragos-vörös, vagy epétől barnás-zöld, bársonyos nyálkahártyáját kölesnyi aranysárga pettyek tarkítják. Kiterjedt górcsövi vizsgálatokkal meggyőződtem, hogy az *amerikaiaknak* s velük együtt *Manninger*nek felvétele, mely szerint ezek a sárga foltok apró epekövek, epekőembryók volnának, téves, ellenben be tudom bizonyítani, hogy kivétel nélkül a bolyhok csúcsán, a bolyhok állományában felhalmozódó lipocyták, xanthocyták, vagy helyesebben cholestearinocyták, amelyek valószínűleg fokozott cholesterin-felszívódásnak s nem cholesterin-elválasztásnak következményei. S ezért éppen ilyen esetek kapcsán fel merném vetni a kérdést, hogy ilyenkor, amikor kövek vándorlása, beékelődése s az erre bekövetkező epehólyagtágulás és összehúzódás nem szolgálhat a jellegzetes epecolica magyarázatára, nem a cholesterin vagy bilihumin forgalom zavar-e az, mely kő nélkül kiváltja az álepekő-rohamot, a rohamszerű hepatologiát. Talán mégis lehet valami igaza *Rovsing* elméletének, ha nem is az epekőképződés, de az Aschoff-féle pseudocholelithiaticus roham értelmezésében? E mellett látszanak szólni az ikterus haemolytikust kísérő epekólikák, amelyeknél csak elvétve találhatók jellegzetes fekete szederkövek, s amely rohamok nem az epehólyag, hanem a lép kiirtása után gyógyulnak meg.

Ezen meggondolások alapján az epekőrohamok és az epekőbetegségek eddigi *klinikai-kórtani beosztását* is ki kellene egészíteni. A gyakorlat igényeinek ugyanis éppúgy megfelel, ahogy a didaktikai célokat igen jól szolgálja az a felosztás, mely a rohamoknál és a betegség keretében is mechanikus és fertőzéses kórképeket különböztet meg és mind a két lehetőséget külön vonatkoztatja az epehólyagra és az epeutakra. Ilyen értelemben beszélünk mechanikus epehólyag és choledochus, illetve fertőzéses epehólyag- és choledochus-rohamokról stb. Az egyes kórképek elkülönítése már a régibb klinikai vizsgáló módszerekkel is elég pontosan sikerült, mindenesetre tökéletesedett az újabb laboratoriumi eljárásokkal: a vérbilirubin, a pankreas-működés meghatározásával, a duodenalis szondázással s nagyfokban kiegészült a cholecystographiával. Ezekhez az elsorolt kórképekhez mint harmadik csoport sorolandók volnának a pseudocholelithiaticus esetek, melyek úgy a rohamok, mint az epekőbetegségek közt szerepelnek. Hogy az ilyen esetekben mennyiben szerepel a cholesterin- vagy az epefesték-forgalom krizise, vagy az epeútak bonctani elrendezésében rejlő valamelyes ok, amire *Lüdkens*nek néhány hét előtt megjelent szép monographiája hívja fel a figyelmet, mint a kórkép előidézője, ez nemcsak tudományos, hanem gyakorlati kérdés is, mely a műtéti teendő irányításában döntő jelentőségű.

Az epekőbetegség *műtéti kezelésének javalatait Kehr* óta absolut és relativ indicatiókra szokás felosztani. Az előbbiekre nézve a fenyegető életveszedelem áll a javalatok tengelyében: az epekő sárgasággal, cholaemiával, a fertőzés súlyosságával, pyaemiával és a rohamok csillapíthatatlan gyakori ismétlődésével, illetve az abból kifejlődő anaemiával fenyegeti az életet. Hogy az ezekkel elénk kerülő beteget csakis a sikeres műtét mentheti meg a biztos pusztulástól, az vitán felül áll még akkor is, ha a műtét dacára meghal *Hotz* szerint 30%. A relativ javalatok egyik csoportját az epekőokozta irreparabilis, az életet elkeserítő, de nem fenyegető elváltozások: a hydrops és empyema vesicae felleae, a külső és belső epesipolyok képezik, míg a második csoportba azok az epekőbetegek sorozhatók, akik szociális okokból vagy azért operálandók, mert a belgyógyászati kezelés náluk eredménytelen maradt. A vita a belgyógyászat és sebészet közt ezen csoportnál indul meg, mert logikus a kérdés, hogy *mikor mondjuk a belső kezelést eredménytelennek?* Akkor, amikor a beteg az absolut javalatok sorompójához elért, amikor a sárgaság az ő májsérelmével, a májinsufficientiával, szív és vese elfajulásával, amikor a fertőzés az ő pankreas zsírszövetelhalásával, májtályogjaival vagy hashártyagyulladásával, amikor a kachexia az ő 2½ millió vörösvérsejtjével, szervi elzsírosodásával a halálozást 30%-ra hajtotta fel? Vagy pedig akkor, amikor a helyes következetes belső kezelés a heveny rohamokban gyors, néhány napos javulást, az idült betegségben tartós rohammentességet nem tud teremteni? Az idevonatkozó törekvéseket a sebészetben „a korai műtét", „Frühoperation" címen szokás összefoglalni, anélkül, hogy a fogalom körülírásában maguk a sebészek megegyeztek volna. *Haberer* legutóbbi cikkében amellett kardoskodik, hogy korai műtétnek nevezzük azt, ha az epekőbajos embereket lehetőleg fiatal korukban, mert hisz legtöbbször idenyúlnak vissza az epeköves panaszok, operáljuk meg, mert szerinte minden epekőműtét legsúlyosabb tehertétele az előrehaladott kor, mint azt *Enderlen* gyüjtő-statisztikája igazolja. *Riedel* a korai műtevés kérdését az egyes rohamok keretében veti fel és a Frühoperationról beszél itt úgy, mint az appendicitisnél: az epekőroham az első 48 órán belül megoperálandó, hogy szövődményének, kiújulásának útját álljuk. *Kehr* a korai műtétet az epekőbetegségre vonatkoztatja s azt mondja, hogy az epekőroham lezajlása után visszamaradó betegséget operáljuk lehetőleg korán, ha az jellegében pillanatnyilag nem is végzetes. A három elvileg különböző felfogás ugyanazt a célt szolgálja, mert három különböző úton elindulva akarja elérni, hogy a sebészeknek szemérevetett nagy mortalitás le legyen szállítható. Ennek biztosítéka pedig az, hogy lehetőleg kedvező általános állapot mellett a lehető legkisebb műtét végeztessék.

Előrebocsájtva, hogy *Rovsing* érvelése semmiképen sem tudott meggyőzni arról, hogy az annakidején *Kocher* ajánlotta, de csakhamar általa is helytelenített cholecystotomia: az epehólyag felmetszése, az epekövek eltávolítása s az epehólyag összevarrása jogaiba visszahelyezendő, iparkodni fogok, hogy a műtétek eredményét saját anyagom számadataival világítsam meg. Ez az anyag természetesen nem oly méretű, mint a Hotz-Enderlen-féle gyüjtőstatisztika, amely a vezető német sebészek anyagát egyesítve, 12.000 műtétről referál. De egy ember kezéből eredve, mint egységesen feldolgozott számsor, az eredmények megvilágítására bőségesen elegendő. Május 1-ig 1314 epekőbeteg emberen végeztem műtétet, összegezve 8·9% halálozással, ami 0·3%-kal jobb a németek Hotz-féle 9·2%-ánál. Az 1314-ből tehát gyógyult 1196, meghalt 118. Az esetek csoportosítása a végzett műtétek szerint nemcsak technikai, hanem kifejezetten klinikai prognostikai jelentőségű is, ha a következőket gondoljuk meg. Az epehólyag kiirtása elegendő mindazon esetekben, ahol kő az epehólyagban maradt fogva, s csupán abban okoz kólikákat, cholecystitis acutát és chronica calculosát. 994 ilyen esetemből meghalt 48, ami 4·7%-nak felel meg, ha ebből levonjuk a pericholecystitis septica, átfúródásos tályogok és általános hashártyagyulladások eseteit, úgy az à froid operált esetek halandósága 0·46%-ra száll le, ami azt mondja, hogy 200 síma epekőműtétemre esett egy halál. Mindkét szám 0·3—0·03%-kal jobb a német arányszámoknál. Ha a 800 műtétre eső négy ilyen halálról azt méltóztatnak hallani, hogy kettő pneumoniában, egy apoplexiában, egy tüdőemboliában halt meg, valamennyi 65 éven felüli korban, úgy az én szerény adataim is azt bizonyítják, hogy a síma epekőműtét ma nem tekinthető súlyosabb beavatkozásnak, mint az à froid vakbélműtét, mellyel szemben csak azért kerül hátrányba, mert az idősebb kor megbetegedése. Ezzel szemben a choledochotomiára, és pedig részben varrattal, túlnyomórészben hepaticus drainezéssel akkor kerül a sor, ha az epekő a mélyebb epeutakba jutva, a hepaticus útján a májban fejti ki epepangás vagy epefertőzés okozta végzetes hatását. 204 ilyen esetem közül meghalt 53, meggyógyult 151, ami 26% halálozást jelent; óriási szám, amellyel szemben nem vigasztaló, hogy a német gyüjtőmunkában ezen számsor alatt 33% áll összefoglalásként. Igen, de ebben a statisztikában 6—12 hónapos ikterusok, májtályogos cholangitisek, pankreas elhalással társult Vater-papilla elzáródások szerepelnek, ahol a halál az esetek túlnyomó számában az atrophia hepatis flavával egyenértékű májelhalás, mint túlenyhén mondani szokás, májinsufficientia következménye. Az ilyen esetek biztos halálával szemben 75% valószínűségi gyógyulás nagy eredmény. 25% halt meg az epeutak rákja miatt bezárt próbalaparotomia közül, 23%, és pedig 13 közül 3 azokból, akiknél szükségműtétként a cholecysto- vagy choledocho-duodenostomia készült. Csodálatosan jók az eredmények 64 olyan esetben, ahol az epehólyag kiirtása mellett gyomor-, bél- vagy appendix-műtét is végeztetett. A 64-ből 4 halt meg, ami 6·3% halálozást jelent.

Remélhető-e a choledochotomiák szomorú kimutatásának javulása a jövőben technikailag? Azt hiszem, nem. A helyi érzéstelenítés az altatással szemben, a technika minutiosus kidolgozása a műtét közben, a beteg előkészítése gyógyszerrel, lépbesugárzással, az operáltak utókezelése urotropinnal, resorcinnal, olyan haladások, amelyek tökéletesítése alig várható. Megbízhatunk-e a síma epekőműtétek sebészi eredményeiben? Azt hiszem, igen. Nem egészen fél százalék műtéti halálozás oly betegséggel szemben, amelynek hordozói jórészben az élet V—VI. évtizedéből kerülnek ki, csaknem az absolut biztosság kilátását nyujtja. Hol keresendő a kivezető út? Ott, hogy nem engedjük az epekőbetegeket oda jutni, hogy choledochotomiára kerüljenek. Tudom nagyon jól, hogy súlyos szövődött esetek mindig kerülnek a jövőben is a sebészek elé, hiszen az esetek súlyosságának egyik tényezője mindig maga a beteg marad, akinek félelmén, indolentiáján megtörik a legjobb sebészi statisztika ékesszólása. De ebben ne legyen nekünk orvosoknak részünk. A javulás a gyakorlóorvosokon keresztül vezet, ha egyszer itt is meggyőződésükké lesz, hogy a korai műtét a belgyógyászati kezeléssel bármilyen irányban dacoló epeköves kórformáknak egyetlen megbízható, veszélytelen gyógyeszköze.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Súlyos sepsis és genyes meningitis eseteknek mesterséges tályoggal való kezeléséről. *L. Jacob* és *H. Wendt.* (Zeitschr. f. klin. Med. 103. köt., 92. old.)

Szerzők számos, részben igen súlyos sepsis és genyes meningitis esetnél ki tudták mutatni a mesterséges tályog jó, sokszor életmentő hatását. Mesterséges tályogot úgy idéznek elő, hogy bőr alá fecskendeznek 2 cm^3 tiszta terpentinolajat a comb lateralis oldalán. Typusos reactio jelentkezik, mely a vér elváltozásában is felismerhető. A leukocytás küzdelmi szakot követi a lymphocitás gyógyulási szak, mint azt *Schilling* és munkatársai a malaria-infectiónál leírták. Ellenállást fokozó anyagok keletkeznek, melyek, csatlakozva a szervezet már meglévő erejéhez, legyőzik a fertőzést. A tályog készítésének legmegfelelőbb időpontja a klinikai lefolyásból és a leukocyta-görbéből felismerhető; legtöbbször az az időpont alkalmas, amikor a fertőzés első acut stadiuma már lezajlott és a test spontan reactiója nem volt elegendő annak teljes legyőzésére. A kezdeti leukocyta szaporodás, majd pedig csökkenés gyakori. Részben még olyan esetek is alkalmasak, melyeknél a szervezet védekező reactiója kezdettől fogva csekély volt és kifejezett leukocytosis nem fejlődött ki. Szerzők a tályogkezelésnek káros hatását sohasem látták, még a legsúlyosabb, reménytelennek látszó esetnél sem.

Friesz dr.

A hypotoniás tünetcsoport. *Joachim.* (Münch. med. Wochenschr. 1926, 16. sz.)

Amióta vérnyomásméréssel foglalkoznak, a figyelem majdnem kizárólag a fokozott vérnyomásra terelődött, a csökkent vérnyomásra eddig — az acut vérnyomássüllyedést collapsusnál, hirtelen szívgyengeségnél és vasomotorbénulásnál leszámítva — kevés figyelmet fordítottak. Szerző körülbelül 3000 ambulans felnőtt betegén végzett rendszeres vérnyomásmérést s ezek közül 181-nél talált tartós hypotoniát, azaz a systolés vérnyomás 110 Hg-mm alatt volt. A 181 eset közül 19-ben a csökkent vérnyomás szervi szívbajjal, 14-ben pedig más intercurrens betegséggel (malignus tumorok, tuberculosis, Addison-kór, diabetes, amyloidosis) volt magyarázható. 148 esetben azonban a hypotoniára kézenfekvő okot nem talált. Közelfekvő volt ezen eseteknél más olyan tünetek után is keresni, melyek a hypotonián kívül minden esetben közösen jellemeznének egy bizonyos kóros állapotot. Szerző ezen egyéneket megfigyelve, egy hypotoniás tünetcsoportot állapított meg, melyet subjective tartós és állandó gyengeségérzés, objective hypotonia, adynamia, az arcbőr és a nyálkahártyát sápadtsága anaemiás vérkép nélkül, ájulásra való hajlamosság és néha a nyirokmirigyek duzzadt volta jellemez. Nyirokmirigyduzzanatot az esetek 10%-ában talált. A nyirokapparatus megduzzadását szerző azért emeli ki különösen, mert *Wirth* szerint a nyirokcsomók extractumának vérnyo-

mást csökkentő hatása van. Ezek szerint közelfekvő az a feltevés, hogy tartós hypotoniánál a lymphaticus apparatus megbetegedése szerepet játszik. Ha ezen feltevés helytálló, akkor az arsenkezeléssel elért jó eredmények hypotoniánál az arsennek a lymphaticus apparatusra gyakorolt hatásával magyarázhatók. A hypotoniánál alkalmazott más therapiás eljárások közül szerző a megfelelő diaetás rendszabályokon kívül kis adag strychninnek potrahált adagolását ajánlja.

Dvorák dr.

Rhytmusos farádozás. *Geigel.* (Münch. med. Woch. 1926, 16. sz.)

Szerző szerint az izmok farádozása állandó farádos árammal nem észszerű, mert így az idegek felől vagy directe ingerelt izom az áram egész behatási ideje alatt állandó contractióban (tetanusban) van. Ez az állapot azonban nem felel meg a normalis izomműködésnek, melynek lényege éppen abban áll, hogy az izom activ működtetése közben sokszor kerül contractióba. Az izomrostok contractio közben a vért kiszorítják, az izom contractio után elernyedve, újból vérrel telik meg. Így a működő izomba több vér jut, mint a nem működőbe és éppen a vérrel való intensivebb átáramoltatás (táplálás) által növekszik az izom térfogata és lesz nagyobb erőkifejtésre alkalmas. Szerző ezért inactivitási atrophiánál a normalis izomműködésnek megfelelő rhytmusos összehúzódásokat idéz elő farádos árammal oly módon, hogy az izmok ingerlésére megszakító elektrodot használ. Az áram zárásával és nyitásával az izmot egymásután 50—60-szor hozza contractióba. Ha az izom contractiv ereje a kezelés folyamán növekszik, passiv ellenállással nehezíti meg munkáját és bírja így nagyobb erőkifejtésre. *Dvorák dr.*

Kórbonctani vizsgálatok az agyvérzés keletkezéséről. *(R. Baer* és *K. Westphal.* (D. Arch. f. Klin. Med. 151. köt., 1. old.)

Részletesebb vizsgálatok azt mutatják, hogy az apoplexia éppen nem olyan egyszerű folyamat, amilyennek azelőtt gondolták, melyet egy vagy egynéhány sklerosisos érnek a megrepedése okoz. Sokáig uralkodott *Charcot* és *Bouchard* tanítása a miliaris aneurysmák jelentőségéről. *Löwenfeld* azután kimutatta, hogy apoplexiás agyvelőkben az erek falában, főként a mediában, az izomzat szemcsésen degenerál, ami azután az érfal kisebb-nagyobb kiterjedésű nekrosisához vezet. *Rosenblath* is azt találta, hagy az erek és velük együtt az idegelemek különböző nagyságú, rendszertelen elhelyezkedésű gócokban elpusztulnak, az apoplexia azután a nekrosisos góc területén a capillarisokból és a kis venákból támad. A szerzők 16 apoplexiás agyvelőt vizsgáltak. Voltak ezek között olyanok, melyekben a vérzésen kívül lágyulás ugyanazon vagy különálló gócokban volt észlelhető, azután lágyulás vérzés nélkül is előfordult, végül volt pár eset, mely klinikailag apoplexia volt, de az anatomiai lelet negatív volt. Valamennyi esetben szívhypertrophiát és kisebb-nagyobbfokú vesesklerosist találtak. A fehér lágyulás és vérzés együttes előfordulását azzal magyarázzák, hogy a pusztuló érhálózatban előbb tartós spasmusos anaemia, majd hirtelenül reactiv hyperaemia támad. Részletezik a mikroskopos leletet, mely szerintük az arterioskelrosistól különböző. *Löwenfeld* és *Rosenblath* leleteivel egyezően a folyamat főfészke a media, melynek rugalmas elemei szétrostozódnak, izomzata degenerál. A magfestődés megszűnik, vakuolák támadnak. Ezt a folyamatot eddig csak az agyvelő erein észlelték. Maga a vérzés inkább diapedesis, mint rhexis útján jön létre. Más szerző vizsgálatai szerint 10 hypertoniás tetem közül csak kettőnél sikerült mesterséges folyadékbeáramoltatással és 1500 Hg-mm nyomással az agyvelőben érrepedést elérni; ez mutatja, hogy a hypertonia magában nem lehet elégséges ok. Az angionekrosis általános: a kis és legkisebb arteriákon, a capillarisokon és venákon egyaránt észlelhető. A vérzéses-lágyulásos góc szélén jól látható, hogy a nagy vérzés mindig számtalan kis gócból tevődik össze. Így tehát a nekrosisos góc egész területén csaknem egyszerre támad az apoplexia, míg egyetlen ér megrepedése nem is mutatható ki. Az arteriosklerosisos elváltozások általában kisebbfokúak és a gócokban semmiesetre sem súlyosabbak, mint máshol. A Charcot-Bouchard-féle miliaris aneurysmák is ennek a kóros folyamatnak a következményei, valamint a szintén régóta ismert vérzések az erek nyirokhüvelyében. Végeredményben tehát az apoplexia nem egyszerűen arteriosklerosisos jelenség, hanem önálló kóros szöveti folyamat tünete, melyhez, mint kiváltó tényezők, valószínűleg vasomotoros zavarok járulnak. *Perémy dr.*

Sebészet.

Az intravenás camphor-infusio kérdése. *G. Hosemann,* Freiburg. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 7. sz.)

Hosemann intravenás camphor-infusio céljára spiritus camphoratus 3·5, spiritus 2, aqua dest. steril. 4·5 összetételű törzsoldatot ajánlott, amelyet konyhasó-, normosal- vagy szőlőcukoroldatban kell hígítani. Ennek a szabálynak pontos betartása mellett olyan kicsapódás, aminőről *Eick* említést tesz, sohasem fordul elő. *Hosemann* methodusa számos esetben életmentő volt, különösen oly esetekben, mikor rossz állapotban lévő beteget sürgősen operálásra alkalmas állapotba kellett juttatni. *Lévai György dr.*

Orthopaediai műtétek utáni zsiremboliáról. *M. Schwamm,* Wien. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 7. sz.)

Fickenwirth nemrég közölt négy súlyos zsíremboliа-esetet, melyeket gyermekeken végzett orthopaediai műtét után észlelt; az egyik gyermek meghalt. Mind a négy gyermek műtét előtt hosszabb ideig gipszkötést hordott. *Schwamm* úgy véli, hogy a gipszkötés okozta hosszas inactivitás folytán a csontvelőben zsíros elfajulás jön létre, és ez teszi hajlamossá zsíremboliа keletkezésére. Erre való tekintettel *Lorenz* orthopaediai osztályán olyan gyermekeken, akik hosszabb ideig hordottak gipszkötést, a gipszkötés eltávolítása után több hónapig nem végeztek redressáló műveletet. *Lévai György dr.*

Sósavmérgezés után keletkezett pylorus-stenosis esete. *H. Oeding,* Johannisburg. Zentralblatt f. Chir. 1926, 7. sz.)

A beteg tévedésből néhány korty hígított sósavat ivott. Eleinte égést érzett torkában és gyomrában, de ez csakhamar megszűnt. Két hét mulva kezdődtek a gyomor részéről tünetek, végül minden ételt kihányt. Röntgen-átvilágításnál a pylorus nagyfokú szűkületét állapították meg. Műtétnél a pylorust nagyon duzzadtnak és megszűkültnek találta. Gastroenterostomia után a beteg állapota javult. Az esetet azért tartja ritkának, mert a lenyelt sósav nem a nyelőcsőben vagy cardián, hanem csak a gyomorban okozott elváltozást.

Lévai György dr.

Az úgynevezett tiszta sebek drainezésének kérdése. *S. Ligin,* Nicolajeff. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 7. szám.)

Öt év óta minden tiszta műtétnél Kocher-féle drainezést alkalmaz (draincsövet vezet a bőralatti kötőszövetbe 48 órára); elgenyedés csak 0·5%-ban fordult elő. Ezt az eredményt a szigorú asepsisen kívül az említett eljárásnak tulajdonítja, mert 25 per primam gyógyult eset közül a draincső tartalmát csak 13-szor találta sterilnek, és mert gondos vérzéscsillapítás ellenére minden esetben jelentékeny mennyiségű vér és savó folyt ki a sebből a draincsövön. *Lévai György dr.*

Spanyolország „aranykorának" sebészete. *F. Lejeune,* Köln. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 7. sz.)

Spanyolországban az 1550-től 1650-ig terjedő idő alatt — amelyet „Spanyolország aranykorának" szokás nevezni — számos kiváló és híres sebész működött. *Fragoso* művei közül legérdekesebb a sebészi szakértői véleményekről szóló törvényszéki orvostani munka. *Arceo* empyema-operatiói Európaszerte híresek voltak; a sebkezelés egyszerűsítése érdekében küzdött. *Alcázar*

hatkötetes sebészeti munkát írt; a syphilisről azt hirdette, hogy már az ókorban ismerték. *Diaz* az első urologus. *Calvo* sebészeti tankönyve annyira közkedvelt volt, hogy 110 év után is újabb kiadása jelent meg. *Agüero*nak elkeseredett harcok árán (szerző *Semmelweis*hez hasonlítja) sikerült az addigi balzsamokkal, borogatásokkal dolgozó, genyesztésre törekvő sebkezelés helyett a fölösleges beavatkozásoktól tartózkodó, száraz, per primam gyógyulásra törekvő sebkezelést meghonosítani; ezzel meglepő eredményeket ért el és hazájának ünnepelt sebészévé vált. *Daza* főérdeme, hogy Spanyolországban ő szüntette meg a lőtt sebeknek addig szokásos forró olajjal való kezelését. Tőle származik az érlekötés első spanyolnyelvű leírása. *León, Agüero* tanítványa, Amerikában működött.

Lévai György dr.

Bélelzáródás gastroenterostomiás bélkacs leválasztása után. *O. M. Chiari,* Innsbruck. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 9. sz.)

A betegnél régebben gastroenterostomia történt. Állapota nem változott és ezért egy év mulva *Billroth I.* szerinti pylorusresectiót végeztek. A régi gastroenterostomiát úgy választották szét, hogy a gyomorfalból kis szegélyt hagytak a bélen, és ezt a szegélyt varrták össze a bélen lévő nyílás megszüntetésére. A beteget négy évvel később bélelzáródással hozták a klinikára. Műtétnél a jejunum legfelső részén bélinvaginatiót talált; az invaginált bélrészlet falában, az előbbi műtétnél összevarrt gastroenterostomiás nyílásnak megfelelő helyen, diónyi daganat volt, amely szövettanilag kötőszöveti vázból és tipikus gyomornyálkahártyából állott. A bélelzáródást okozó daganat tehát a vékonybélfalba transplantált gyomornyálkahártyából keletkezett. *Lévai György dr.*

Friss koponyalövés enkephalographiás vizsgálatánál talált érdekes lelet. *H. Schum,* Berlin. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 9. sz.)

Letartóztatott egyén öngyilkossági szándékból halántékába lőtt; a golyó a másik oldalon a koponyában rekedt. Therapiás kísérletképen alkalmazott levegőtöltés után végzett enkephalographiás felvételen az agyvelőn haránt ul átmenő sötét csík látszott, amely, amint a boncolásnál kitűnt, az agyvelőn áthaladó lövési csatornának felelt meg. A lövési csatorna levegővel való megtelődése és ezáltal enkephalographia útján való kimutatása azért volt lehetséges, mert a lövési csatorna az oldalkamrákkal communicált. *Lévai György dr.*

A periarterialis sympathektomia kérdése. *G. M. Gurewitsch,* Korosten. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 9. sz.)

Egy esete kapcsán, melyet sympathektomia után kétszer újra operált, arra a következtetésre jut, hogy a periarterialis sympathektomia hatása kizárólag a perivascularis rostok izgalmán alapszik; ugyanezt az eredményt el lehet érni, ha az arteriát műtét útján hozzáférhetővé teszi és az adventitiát pincettával izgatja. A periarterialis sympathektomiát — mivel a beavatkozás helyén az érfalban súlyos kórbonctani elváltozást okoz és haszna csekély — mindenképen contraindikáltnak tartja. *Lévai György dr.*

A lágyéksérvműtét kísérleti eredmények alapján. *W. R. Chessin,* Moszkva. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 9. szám.)

Kutyákon végzett kísérleteket. A kutyának tudvalévően nincs lágyéknyílása; ezért mesterséges lágyéknyílást készített, azáltal, hogy a musculus obliquus internusból és musculus transversusból a rectus-hüvely mellett nagyobb ablakot vágott ki. Az így létrehozott nyílást a különböző sérvműtétek tipusa szerint zárta. Eredményeinek lényege: a Poupart-szalaghoz varrt izmok sohasem tapadtak oda, ellenben az izmok a varrás helyén sorvadtak; az egymáshoz varrt aponeurosislemezek akkor nőttek össze, ha rostjaik megegyező lefutásúak voltak. Kísérleteiből azt a tanulságot vonja le, hogy az izomvarraton alapuló műtétek *(Bassini)* nem megbízhatók és az aponeurosis-plastica jobban célhoz vezet. *Lévai György dr.*

Gyermekorvostan.

Az új Degkwitz-féle állati serummal nyert tapasztalatok. *O. Wiese.* (Münchener Med. W. 1926. 5. sz.)

Az új Degkwitz-féle állati kanyaróellenes serum, mely birkaserum, haladást jelent a kanyaró prophylaxis szempontjából, mert alkalmazása által elkerüljük az esetleges lueses és gümős infectiókat, melyek minden elővigyázatosság mellett is emberi reconvalescens serum esetén előfordulhatnak. Másrészt korlátlan mennyiségben áll a rendelkezésére olyanoknak is, kiknek nincsen egy nagy forgalmú kanyaróosztály rendelkezésükre.

Az új serum jól véd, ártalmatlan. Érdekes, hogy használata által *gümős allergia sem az immunizált, sem pedig a mitigált morbillit kiállott, serummal kezelt gyermekeknél nem állott be.* Fődolog a jó időben adott injectio, ha hatására akarunk számítani. Az incubatio 7—9. napjáig is hatásos és vele egy olyan mitigált morbillit is lehet elérni, melynek lefolyása alatt sem kanyarós complicatiók, sem pedig gümős folyamatok rosszabbodása nem következnek be.

Bókay Zoltán dr.

Specifikus kanyaróellenes védőserum állatból. *Degkwitz.* (Münch. Med. W. 1926. 5. sz.)

Közismert dolog a kanyaró és a többi fertőző megbetegedéseknek a kis gyermekek halandóságára való kedvezőtlen befolyása. Érthető tehát az a törekvés, amely ezeknek a prophylaxisát illetőleg annyi kutatót foglalkoztatott. Szerző érdeme, hogy 1919-ben és 1920-ban a kanyaró reconvalescens és felnőtt serummal való eredményeit publikálva, a kanyaró reconvalescens serum nyerésére és forgalombahozatalára egész rendszert állított be *Münchenben.* Mivel azonban a kanyarós megbetegedések zöme a 3—4 éves kis gyermekkorra esik s ily kicsiny gyermekektől annyi serumot nyerni, hogy azzal kiadós prophylaxist érhessünk el, nem lehetett, ezért, mivel köztudomású, hogy csaknem mindenki átesett felnőtt koráig a morbillin, megpróbálkoztak a felnőttek vérével. A venából directe nyert vérnek 25—30 cm^3-ét fecskendezték a kivétel után rögtön, mielőtt az még megalvadt, a veszélyeztetett gyermekbe. Az eredmények 50%-a teljes védelem, 50%-a mitigált morbilli voltak. Zárt intézetekben úgy a kanyaró reconvalescens serum, mint a felnőtt serum nehezen kapható s így egy lépéssel tovább ment, megpróbálta a kanyarót köny, nyál és vér útján állatokra (majomra, nyúlra, stb.) átvinni. Az állatok egy része tényleg meg is betegedett, de a beteg állatról a bajt emberre átvinni nem sikerült. Sokan foglalkoztak a kanyaró kórokozójának kitenyésztésével és kultúrájának előállításával, optikai eszközeink azonban még nem oly tökéletesek, hogy pontos agnoskálása optikai úton nem lehetséges. Éppen ezért szerző a morphologiai viszonyokat kísérleteinél nem is vette figyelembe. Az inficiált majomnál a kanyaró kitörését meg lehetett akadályozni 8 cm^3 olyan majomtól való serum által, melyet 30 nappal a majom inficiálása után nyertek és mellyel az új inficiált majmot hat nappal a fertőzés után oltották. De ez csak olyankor sikerült, ha a majom directe fertőztetett orr- és garatváladékkal, vagy fertőzött vérrel lett inficiálva.

A virus „igazán physiologiás" hígító oldatokkal keverve, a fertőzött orrváladék vagy vér 1—2 napig eláll a thermostatban és ha a Ph concentratiója a hígító folyadéknak a vér pH-jával egyezik, úgy a virus hetekig eláll a jégen és napokig a költőkemencében, anélkül, hogy tulajdonságai bármi módon módosulnának.

A következő lépés az volt, hogy a meglévő virusokat szaporítsa. Mivel itt egy láthatatlan virusról van szó, a szaporodást csak a különböző hígításokkal való majomfertőzések kapcsán konstatálta. Tudva azt, hogy a szaporítás előtt X virus törzse Y hígítással tudott a majomnál infectiót létesíteni, a szaporítás után pedig e törzs sokkal nagyobb hígítással el tudott infectiót érni, ebből a szaporodásra következtetett.

Mint jó táptalajt, az idők folyamán többet ismertek fel. Elsősorban is lehetőleg fiatal, kanyarót ki nem állott gyermekek plasmájával kísérleteztek, mely pontosan beállított pH-jú oldattal volt hígítva. Ezzel a virust egy kis gyakorlattal 7—8 generatión át fent lehetett tartani és ezzel a virussal sikerült megbetegédéseket (morbilisatio) okozni. Az egyes gyermekektől nyert virusok virulentiája különböző volt és a továbbtenyésztésnél is a virulentia nagy és kiszámíthatatlan ingadozásait figyelték meg. A morbillisatiónál a virust tartalmazó vért vagy orr-torokváladékot 1 : 6, 1 : 8 arányban hígították pontosan beállított physiologiás oldattal, a hígítást 8—14 napig jégen tatották és ebből 0·1—0·4 cm^3-t adtak a morbillizálandónak, subcutan. Így egy-egy gyermektől sok gyermek vaccinálására való anyagot nyertek. A reactiók 9—10 nap mulva láz és Koplik-foltok kíséretében állottak be az oltás után, de 24—36 óra mulva a láz leesett, az inficiált gyermek gyógyult. Persze, ugyanaz a baj itt is megvolt, mint a variolisatiónál, a megbetegített gyermek fertőző volt és esetleg a megbetegítés erősebb mértékben sikerült, mint az kívánatos lett volna. Mivel az activ immunisatio a morbillisatio mellett ezen két nem kívánatos tulajdonsága miatt in praxi nem volt ajánlatos, a passiv immunisatio kérdését vetették fel. A majomkísérletek sikeresek voltak, de a majom több szempontból nem alkalmas médium a serumtermelésre. Lovat nem akart a diphtheria-serummal való esetleges későbbi injectio folytán beállható anaphylaxia miatt a kísérleteibe belevonni, tehát a birkaserumot szemelte ki kísérletei tárgya gyanánt. A juhot a virussal kezelve, az nem úgy, mint a majom és más állat, 9—12 nap mulva, hanem már 24—72 óra mulva reagált lázas reactióval, a reinjectiónál pedig, úgy mint a többi állatnál is, ez az idő 10—12 órára redukálódott. Míg minden más anyaggal oltott juh, valamint a nem oltott birka seruma a kanyaró kitörését megakadályozni nem tudta, addig az így előkezelt birka seruma specifikus antimorbillosus prophylaxist mutatott. Az emberi serummal szemben a birkaserum az incubatio 6—7 napján adva véd a morbilli kitörésével szemben. 100%-ban kaptak a birkaserummal rossz eredményt akkor, amidőn az incubatio második napján adták azt. Így tehát kiviláglott, hogy a birkaserum az incubatio későbbi szakában véd csak biztosan. Ennek magyarázata a következő: a fajazonos serum tovább tartja magát a szervezetben és csak lassanként kerül ki az organismusból, a fajidegen serum kiválasztása gyorsabban történik meg és így minél később kerül a szervezetbe (bizonyos határon belül), annál inkább fogja jó hatását kifejthetni.

Az emberi serum hatékonysága a fertőződés utáni 6—7. napig tart csupán, ha már a kórokozó a vérpályába jutott, úgy az emberi serum hatástalan. Az állati serum ellenben a fertőződés utáni 7—10. napon a leghatásosabb, mert ilyenkor adva, a szervezetben az ellenanyag tükre pár napig nem gyengülvén, időt ad a szervezetnek saját ellenanyag képzésére. Korán adott állati immunserum hatása nagyon függ az injiciált egyénnek a fajidegen fehérjével szemben való hyperérzékenységétől. (Minél hamarább építi le a szervezet a fajidegen fehérjét, annál hatástalanabb a beadott serum.)

A birkaserum ezen tulajdonságát hátránynak azonban nem tudhatjuk be, mert a reconvalescens savóval az oltás korai terminusát könnyen lekéshetjük, a birkaserummal pedig az a pár nap csak nyereség, különösen akkor, ha a serum nincs helyben és postakésedelmekkel és más hátráltató momentumokkal kell számolnunk.

Így tehát ha *emberi serummal* oltunk, vigyáznunk kell, hogy ne túlkésőn, az *állati* (birka) *serummal* pedig vigyáznunk kell, hogy ne túlkorán injiciáljunk. Az állati serummal ha korán fecskendezünk, úgy a morbilli a rendes időben kifejlődik s mivel a védőhatás nem áll fenn hosszú ideig, egy zárt intézet minden betegét ha immunizáltuk is, ettől az esettől számított 15—17 nap mulva új esetek is fognak adódni. Ezért fontos a birkaserum adásának időpontját pontosan meghatározni. Az időpont *az első megbetegedett gyermek exantnemájának megjelenésétől számított 3., esetleg 4—5. nap.* Ha az állati serum nem is védte meg a szervezetet a morbillivel szemben, úgy bebizonyíthatóan az így injiciált gyermek vérserumában sokkal több ellenanyag volt található, mint rendes körülmények között szokott képződni. A prodromalis vagy inicialis stadiumban adott birka-morbilli-serum, éppúgy, mint a reconvalescens serum is, képes a kanyaró lefolyását enyhíteni és a complicatiók (pneumoniák) kifejlődését meggátolni. *Bókay Zoltán dr.*

KÖNYVISMERTETÉS

Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. *Czerny-Keller.* II. kötet, első rész. II. kiadás. 1925. Deuticke.

Czerny-Keller mérföldkövet jelző munkájának II. kiadású első kötetét e lapok hasábjain 1925-ben (28. szám) ismertettük. Míg az első kötet az egészséges csecsemő táplálásával foglalkozik s a csecsemő testének vegyi összetételét, a gyomorbélhuzam functióit, az anyagcserét, táplálékszükségletét stb. tárgyalja, addig ezen második kötet a táplálkozási zavarokkal s azoknak therapiájával foglalkozik. Szaktudományunknak egyik legnehezebb fejezete ez, hisz már a táplálkozási zavarok beosztása magában véve is a legnagyobb feladat elé állítja az írót. A társszerzők a kötet első fejezetében a beosztást *„Einteilungsversuche"* cím alatt tárgyalják, amivel jelzik, hogy mai beosztásukat maguk sem tekintik véglegesnek. Mint a szerzők mondják: *„Wie neue wichtige Forschungsergebnisse vorliegen, durch welche die Anschauungen über das Wesen der Ernährungsstörungen umgewandelt werden, davon ergibt sich die neue Einteilung von selbst"*, ezen időpont azonban szerintük még *nem* érkezett el. Sajnos, hogy midőn négy év előtt a német gyermekorvosok lipcsei évi ülésén *Langstein* a beosztásról előadást tartott, behatóbb discussio ezen tárgyhoz nem fűződött s a jelenlévő *Czerny* az eszmecserében nem vett részt. A kötet természetesen a *Czerny*-féle beosztás szerint részletezi az egyes kóralakokat. Míg 265 oldalon az egy éven aluli kisdedek táplálkozási zavarai vétetnek alapos tárgyalás alá, a 265. oldaltól a kötet végéig az egy éven túli kisdedek táplálkozási zavarait írták meg széles alapon a szerzők. A kötet végén az exsudativ diathesis leírása veszi kezdetét, mint az „ex constitutione" származó táplálkozási zavarok egyik, talán legfontosabb alakja, melynek mint kóralaknak megállapítása tudvalevőleg *Czerny*nek az érdeme. Az egyes fejezetek részletes kritikai ismertetése nem lehet célja e soroknak, az egész kötet méltó folytatása az első kötetnek. Különös előnye ezen kötetnek is a könnyű, világos írásmodor, mely a munka olvasását különösen élvezetessé teszi. A II. kötet második részét, mellyel a monumentális mű teljes befejezést nyer, közel jövőre ígérik a szerzők. *Bókay János.*

A Budapesti Kir. Orvosegyesület 1926 június 12-i XCIII. évzáró közgyűlése.

Buday Kálmán elnöki megnyitója: Igen tisztelt Közgyűlés! A polgári év közepén vagyunk, mégis szabályaink szerint ez a mi évzáró közgyűlésünk, amely beszámol az Egyesületnek egy év történetéről s amely a tisztújítást is foganatosítja. Talán megbocsátják tisztelt Tagtársaim, ha erről az évről, amely tavalyi évzáró közgyűlésünk óta eltelt, pár szóval előbb általánosságban emlékezem meg s csak azután térek reá saját egyesületünk ügyeire. A mi sokszorosan sujtott nemzetünk az utolsó év alatt is folyton igyekezett azt bizonyítani, hogy joga van az élethez, mert tud becsületesen dolgozni; de a sisyphusi sors hű marad hozzá, mert mialatt nagy erőfeszítéssel gyüjtötte az erkölcsi tőkét, amelynek alapján a nemzetek becsülését követelheti, a balszerencse újabb megpróbáltatást küldött reá s a nehezen kivívott sympathiák egy részét megint elvesztette.

De talán nincs okunk a teljes csüggedésre, mert másfelől olyan jeleket is látunk, amelyekből a javulás körvonalai bontakoznak ki. Így, ha csak az orvostudományok és a közegészségügy előhaladásának kilátásait vesszük, el kell ismernünk, hogy óhajtásaink felülről megértéssel találkoznak. Aki résztvett a természettudományi kongresszus ülésein, amelynek orvosi szakosztályában mindenki elmondhatta, ami szívén fekszik, s aki tanuja volt annak, hogy közoktatásügyi miniszterünk az ottani felszólalásokat éber figyelemmel kísérte, s több ízben magyarázó felvilágosításokkal is iparkodott intentióit megismertetni, az nem zárkózhatott el az elől a benyomás elől, hogy ő nemcsak élénken érdeklődik az orvostudományok fejlesztése és az orvosképzés iránt, hanem nagy és eredeti gondolatai, tervei vannak, amelyeknek gyakorlati megvalósítását is szem előtt tartja. Ez a megvalósítás persze jórészben még a jövő kérdése, de azt máris észrevesszük, hogy a kutatómunkára vállalkozó fiatal orvosaink felé az állam segítő karja nyúl.

Ami közegészségügyünket illeti, Csonka-Magyarország az ő kis területével, jó vasúti hálózatával és főképen nagyobb községekben tömörült intelligens, sűrű lakosságával valóban arra volna alkalmas, hogy közegészségi tekintetben minta-állammá fejlődjék. Egészségügyi kormányzatunk az orvosok sok üdvös javaslatát igyekszik megvalósítani; állásukhoz méltó lakásokhoz segíti a falun megtelepedett orvosokat s a reformok egész sora vár a kivitelre. Mindenekfelett szükség van még új kórházak építésére, laboratoriumok felállítására. Tuberculosissal sujtott alföldünk minden nagyobb községében kellene létesíteni befásított helyen kisebb szanatóriumot, ahol a betegek gyakorlati oktatást nyerhetnének a védekezés módjairól. Ezek a befektetések nemcsak a közegészségügyi állapotokat javítanák meg, hanem kenyeret adnának sok derék fiatal orvosnak, akik most nem tudnak megélni és jövő sorsuk iránt a legnagyobb bizonytalanságban vannak. Az a jóslat, hogy az orvosi túltermelés hamarosan önként meg fog szűnni, aligha fog reálisnak bizonyulni, mert a megszállott területeknek ideözönlött nagy magyar intelligenciája mégis csak a tradicióinak megfelelő szellemi pályákon szeretne elhelyezkedni.

Amennyire szükségünk van törekvéseinkben az állam támogatására, különösen számbavéve a mi gyenge, szervezetlen társadalmunkat, annyira örülnünk kell minden haladásnak, amely orvostársadalmi téren mutatkozik. Ilyenekül kell tekintenünk új egyesületek alakulását, amelyek a magyar orvostudományok művelésére vállalkoznak s örömmel kell üdvözölnünk a magyar orvosi könyvkiadó társulatnak a reactiválását is. Ez a tiszteletreméltó, sok szépet, hasznosat produkált intézmény 1864-ben létesült, első elnöke a nagy *Balassa* volt s virágzott is egészen 1917-ig, amikor a világfelfordulás vízözöne megsemmisítette. Új életre ébredése megint egy olajág nekünk, amely a vízözön megszűnését jelenti. A nemrég megnyílt „Ember" kiállítás pedig nemcsak a szervezők buzgalmát dícséri, hanem főleg tudományos részében, orvosi kultúránk fejlettségéről is tanuskodik.

Tisztelt Közgyűlés! Szíves elnézésüket kérem, hogy annyifelé kalandoztam, de szolgáljon mentségemül, hogy ez az utolsó alkalom, amikor erről a díszes helyről szólhatok, ahová két év előtt tagtársaim kitüntető bizalma emelt. A mi mandátumunk a mai nappal lejár s ha az eltelt két évre visszatekintek, talán szabad azt mondanom, hogy ez az idő nem jelent visszaesést az Orvosegyesület tudományos jelentőségében. A mi Orvosegyesületünk sok más orvosi szakegyesület és kongresszus mellett is megmaradt olyan fórumnak, ahová a legkülönbözőbb orvosi tudományszakok művelői munkásságuk színét-javát hozzák el. Végtelenül örülök annak is, hogy a két év alatt sikerült a békét megőriznünk s ez az idő is hozzájárult ahhoz, hogy mindenkit az együttműködés, kölcsönös megbecsülés tudata hasson át. A vagyoni consolidatio terén is előrehaladtunk, bár még messze állunk attól, hogy könyvtárunk a békebeli teljességét elérje. Iparkodtunk ápolni a külfölddel való összeköttetést: *Gunn*, *Sudhoff*, *Wenckebach* és *Krückmann* előadásai tagjainknak bizonyára élénk emlékezetében vannak. Sok jószándékunkat hiúsították meg az általános gazdasági állapotokban bekövetkezett nehézségek, ennek daczára tagjaink 10 millió koronát adtak össze a könyvtár kiegészítésére. Jobb időkre kellett fenntartanunk, hogy a háborúban elesett tagtársainknak ezen teremben méltó emléket állítsunk.

Igen tisztelt Közgyűlés! Amikor most búcsúzom és mégegyszer a leghálásabb szívvel köszönöm azt a sok jóindulatot és támogatást, amellyel az Orvosegyesület tagjai részéről találkoztam, amelyet életem végéig hálás emlékezettel fogok megőrizni, egyúttal elnöktársammal együtt örömünknek adunk kifejezést a felett, hogy az Egyesület a jövő vezetést előreláthatólag olyanok kezébe fogja letenni, akiknek a neve fényt és díszt jelent az Egyesületnek. Befejezésül még csak azt óhajtom, hogy ez az Egyesület legyen úgy, mint nagy elődeink megalkották, szellemében mindig magyar, de fogadjon tárt karokkal mindenkit, aki magyar érzéssel eltelve az orvostudományok fejlődése iránt érdeklődik, azok haladásán dolgozni akar. Évzáró közgyűlésünket ezzel megnyitom.

Johan Béla főtitkári jelentése: Igen tisztelt Közgyűlés! *Buday* professor úr, egyesületünk elnöke vázolta nagyjából egyesületünk ezévi működését, méltóztassanak megengedni, hogy én ezekután még egynéhány részletet idézhessek emlékezetükbe. Mielőtt ezt tenném, van szerencsém bejelenteni, hogy az idén ismét összeállítottuk évkönyvünket és tagtársaink a napokban kézhez fogják venni. Elnézésüket kell kérnünk, ha ez még egy kicsit hiányos, de sok nehézségbe került ennek összeállítása.

Az Egyesület 27 *tudományos ülést* tartott, az októberi nagygyűlésen és a decemberi, meg a mai közgyűlésen kívül. Így külön ki kell emelni a nagygyűlésünket, amelyen Krompecher professor, az idei Balassa előadó élete nagy, értékes munkásságának gyümölcseit élvezhettük, amelyet az Akadémia is érdemesnek talált arra, hogy külön is kiemelje és a nagydíjával kitüntesse.

Egyesületünk működése beszédes jele orvosi kultúránk fejlettségének. Már évekkel ezelőtt elértük, hogy több külföldi lap tudósításokat hozott üléseinkről. Fejlett orvosi kultúránk szószólói a külföldön azok a tagtársaink, idősebb és fiatalabb magyar orvosok is, akik hosszabb vagy rövidebb időt külföldön töltve, szószólói lesznek nagy nemzeti érdekeinknek is.

Ki kell emelnem azokat az üléseinket, amelyeken külföldi levelező tagjaink tiszteltek meg megjelenésükkel és előadásukkal (Wenckebach és Krückmann).

Igen tisztelt Közgyűlés! Milyen jó is volna, ha a főtitkári jelentés ebben a hangnemben folytatódhatna végig, hacsak szép tervekről, örömteljes eseményekről kellene beszámolnia, amikor visszagondol az elmúlt évre. Voltak azonban fekete napjaink is, azok, amikor derék kartársaink dőltek ki sorainkból. Renner Albert, Waldmann Fülöp, Török Béla, Erőss Gyula, Polyák Lajos, Kuzmik Pál, Bársony János hagytak itt minket. Vezéri feladatra hivatottak és vezető szerepet betöltő kartársak mellett voltak köztük egyszerű közkatonái orvosi hivatásuknak, de valamennyi elvesztését egyforma súllyal érzi Egyesületünk.

Ezután a tisztikar mandátumának lejártáról emlékezett meg, majd így folytatja:

De ha mi helyünket át is adjuk az új megválasztandó tisztikarnak, a continuitást — reméljük, a jövőben is — fenn fogja tartani a tisztikarnak két régi tagja. Az egyik háznagyunk, aki 1910 óta biztosítja nekünk azt, hogy ebben a szép, sőt általa állandóan újabb képekkel díszített, szépített környezetben áldozhassunk az orvostudománynak. A másik az Egyesületünknek szintén közbecsülésben álló főkönyvtárosa, aki immár 28 éve ápolja és gazdagítja értékes könyvtárunkat. Tudom, hogy az ő helyzete a legkevésbbé irígylésreméltó az egész tisztikarban: tagtársaink minél több könyvet és folyóiratot, a pénztáros úr pedig minél kevesebb számlát akar tőle látni. Hogy ő ezt a két ellentétes kívánságot még a mai nehéz időkben is össze tudja mindig egyeztetni, ez biztosítja neki azt az osztatlan tiszteletet és ragaszkodást, amelyet vele szemben Egyesületünk tisztikara és az egész Egyesület érez.

Tisztelt Közgyűlés! Ezzel végeztem is főtitkári beszámolómmal és amidőn főtitkári tisztemet leteszem és mégegyszer hálásan köszönöm bizalmukat és támogatásukat, kérem, hogy az utódomat is támogassák azzal a jóindulattal, amelyet szerény személyemmel szemben tanusítani kegyesek voltak.

Főkönyvtárosi, pénztárosi, könyvtár- és pénztárvizsgáló bizottságok jelentése és a felmentések megadása után a tisztújítás következő eredménnyel folyt

le: Elnök: *Báró Korányi Sándor*, alelnök: *Scholtz Kornél*, üléselnökök: *Barcsay Kálmán* és *Rihmer Béla*. Főtitkár: *Lehoczky-Semmelweis Kálmán*, titkár: *Baló József*. Pénztáros: *Windisch Ödön*. Főkönyvtáros: *Temesváry Rezső*, könyvtáros: *Földes Miklós*. Háznagy: *Győry Tibor*. Ülésjegyzők: *Göbl* és *Haynal Imre*.

A közgyűlés a választmányba 14 rendes és 6 póttagot választott, felvett 14 új tagot.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület június 12-i ülése.

1. **Lobmayer Géza:** *Gyomorátfúródásból származó májtályog operált esete.* Az ilyen aethiologiájú esetek rendkívül ritkák. A világirodalomban alig egynéhány fordul elő. *Edwards* és *Watermann* 699 világirodalmi májtályog esete közül csak 5 származott gyomorátfúródásból. Bemutató 234 gyomor- és 189 májműtéte (összesen 423) közül ez az első. A májtályogok keletkezési módja: a máj fertőzése a véráram útján a nyirokutakon keresztül, az epeutak útján és végül per continuitatem. Az utóbbi csoportba tartozik az a 49 éves férfi, kinek műtéte előtt 5 héttel igen heves fájdalmak között gyomorfekélye átfúródott. Utána a vehemens tünetek megnyugodtak. Állandó gyöngélkedése miatt orvosi kezelésben állott és május 3-án vétette fel magát bemutató osztályára, ahol Röntgen-vizsgálat a jobb májlebenyben egy nagy férfiökölnyi félig folyadékkal, félig gázzal telt tályogüreget mutatott, melynek vízszintes folyadékfelülete rázáskor hullámzásba jött. A műtét május 6-án *Lanelonque* szerint a bordaporcok feltárásával történt, a tályogüreget megnyitva, abból rendkívül sok sűrű, bűzös staphylococcus pyogenest tartalmazó geny ürült. A gyógyulást jobboldali exsudativ pleuritis és a gyógyulás második hetében jelentkező nephritis zavarta. Bemutatja a rendkívül érdekes máj- és gyomorhólyagot mutató Röntgen-felvételeket és a beteget.

Előadás:

1. **Saile Tivadar:** *A fiúszületési többletnek alakulása a háború után, különös tekintettel a szülők kor szerint való megoszlására.* A fiúszületések száma háborúk után másfélszázados statisztikai adatgyüjtés bizonysága szerint gyarapodik. Már a napoleoni háborúkban megfigyelték ezt. Franciaországban a XVIII. és a XIX. század békés éveiben évente átlag 105 fiúszületés esett 100 leányra. A napoleoni háború idején, 1800—1810-ig számuk 106·3—106·8 között volt, sőt olyik évben a 107·3-et is elérte. Újból növekedni kezdett az az 1831. évi júliusi forradalom vérengzései után is. Hasonlóképen Poroszországban ugyanekkor ugyanez jelentkezett, majd látható a jelenség 1870—71-ben a porosz-francia, 1866-ban pedig a porosz-osztrák háború után az abban résztvett összes államokban. A világháború éveiben a háborúban résztvett európai államok mindegyike igen határozott módon jelenti a fiúszületési többletnek 1913-tól 1918-ig tartó impozáns fokozódását és jelenti később a háború után annak napjainkig jelentkező csökkenését. Hazánkban 1913-ban 105·9 fiú esett 100 leányra, 1918-ban 108·8, 1919-ben 108·2, 1924-ben ismét csak 106·8. Hasonlóan alakulnak e számok az összes egykori hadviselőknél (Európában). Egyidejűleg a fiúcsecsemők életképessége is fokozódik. Békés időben nálunk 100 leánycsecsemő halottra 117 fiúcsecsemő halott esik. Ez a háború alatt 1918-ig leesik 113-ra, majd 1924-ig ismét felemelkedik 117-ig. Ugyanez utóbbi jelenség látható több más európai államban is. Azt, hogy az utóbbi jelenség tényleg életképesebb fiú születéséből magyarázható, bizonyítja a csecsemőhalandóság kor szerint való megoszlásának vizsgálata. Éppen a legfiatalabb korosztályok halandósága csökkent s nem szerint éppen itt jelentkezett a fiú- és leánycsecsemő halottak közti különbség, míg a csecsemőhalandóság a háborúban általában fokozódott. Mint minden más jelenség okainak felderítésére, úgy itt is két út kínálkozik: 1. elméleti deduktiv, 2. tapasztalatokból kiinduló induktiv. Nemcsak autosuggestióból táplálkozó elméleti úton, hanem statisztikai adatokkal is igazolni vélem, hogy a jelenséget a szülők korviszonyának háborús eltolódása okozza. Már régebben vitatott statisztikai törvényszerűség *(Hofacker* és *Sadler)*, hogy a szülők korviszonyának a gyermekek nemére statisztikailag kimutatható hatása van. A szülők korcombinatiója és a gyermekek neme szerint részletezett születési statisztikában a háborús évek alatt kimutatható az, hogy ott, ahol az apa sokkal idősebb, mint az anya, ott a fiúszületési többlet fokozódik. Ám a szélső korcombinatiókba kevés eset jut és a nagy számok törvényének érvényesülése nem elég biztos. Mindazonáltal számos más demologiai szempont szerint részletezett születési statisztika is (pl. a törvényteleneké, a halvaszületetteké) arra utal, hogy a korviszonynak a születendő gyermek nemével összefüggése van. Amennyiben pedig a háború a fiatal férfiak távolléte s az új házasságkötések számának korlátozása útján tényleg létesített a szülők kor szerint való megoszlásában olyan eltolódást, mely az apák kor szerint való megoszlásában az idősebbek arányát emelte, ez a körülmény a fiúszületési többlet fokozódását érthetővé teszi. Mindenesetre azzal bizonyára összefüggésben van, sőt bizonyos tekintetben a jelenséget megmagyarázza függetlenül attól, hogy mi a jelenség biologiai oka. A jelenséget más körülményekkel régebben megmagyarázni akaró *Düssinggel*, *Schenk*kel, *Kovács*sal stb. szemben, tehát a normalis többletet *Hofacker* és *Sadler* szerint a szülők korviszonyában általában meglévő különbségből magyarázom s azt állítom, hogy a háborús többletgyarapodás a korviszony ekkor létesülő eltolódásából származik. Elméletem nincs ellentétben az isteni gondviseléssel magyarázó *Süssmilch*-féle elmélettel sem, mert hiszen annak útjai kiszámíthatatlanok. Megmagyarázza azt is, hogy a törvénytelenek között mért nem jelentkezik a háború alatt a többlet fokozódása. Az ő körükben mindig igen kevés a fiú, mert túlnyomóan fiataloktól, különösen fiatal apáktól származnak az ilyen gyermekek. A háború alatt a törvénytelen gyermekek apáinak korában nincs koreltolódás, nincs többletfokozódás sem. Megmagyarázza azt is, hogy mért mutatkoznak a többletfokozódásnak csak gyér nyomai az egykori semlegeseknél, mert itt csak a drágaság háborús fokozódása létesített a házasságkötést akadályozó, késleltető enyhébb hatást. Az apák kor szerint való megoszlása itt csak kisebb mértékben mutatja az idősebbek számának gyarapodását, mert itt nem szerepel a fiatal férfiakat a hadviselőknél nagy tömegben távoltartó bevonulás.

Gáspár János: Az öröklés és kiválasztás tényénél fogva a házasodási kor kitolódásával szükségképen be kell következnie a fiúk születési többletének és a fiúcsecsemőhalandóság csökkenésének. A magasabb nemzési korig több idő van kiselectálódniok azon kóros hajlamoknak, amelyek megjelenési ideje a 18—27 év közé esik (tuberculosis, sok psychopathiás hajlam stb.), ami a kóros hajlamok és constitutiók öröklésének csökkenését jelenti. Tudvalevő ugyanis, hogy a nagyobb fiúcsecsemőhalandóság biologiai oka az, hogy az öröklődő kóros hajlamok sokkal nagyobb számban érintik a férfinemet, minthogy ennek csak $n+1$ chromosomája van, míg a nőnek $n+2$, miért is utóbbinál mindig jelenlevő másik egészséges chromosoma könnyen elfedheti a beteg chromosomát, ami a férfinél éppen a páratlan chromosomaszám miatt nem következhet be, tehát a recessiv kóros hajlamoknak (a kóros hajlamoknak pedig legtöbbje recessiv) jobban kell a férfinemet érinteniük. Mármost, ha a házasodási kornak kitolódásával sok beteg egyén elesik a nemzés lehetőségétől, ha tehát a kiválasztás által aránylag javulás áll be a nemzők között, akkor a chromosomaelmélet értelmében az újszülöttek közül a fiúcsecsemőkön kell a javulásnak jelentkeznie. Csökken a fiúcsecsemők halandósága. Az extrauterinalis mortalitás csak folytatása az intrauterinalisnak. Ez utóbbinak csökkenése egyenlő több fiú születésével. A háborús nemzeteknél kitolódott a házasodási kor s az említett kettős jelenség be is következett. A nemek arányának ez a javulása azonban csak csekély kárpótlás a háborús férfiveszteségekért, mert a fiúszületési többlet nem nagy, a fiúcsecsemőhalandóság csökkenése pedig csak relativ (!), absolute véve azonban éppúgy, mint a leányoké, néha még nagyobb is, mint békében.

Saile Tivadar (zárszó): A normalis években is meglévő fiúszületési többletnek háborúk idején mutatkozó emelkedésének megmagyarázásába nem tudom bekapcsolni az öröklődő bajokat, a tuberculosist, vagy amint igen tisztelt hozzászóló úr mondta, éppen a schizophreniát. Ellene szól a többletfokozódásnak minden országban quasi automatice jelentkező fokozódása, pedig e betegségek elterjedtsége országonkint igen különböző. A jelenség nem öröklött bajokkal terhelt

emberek születési viszonyainak resultánsa, hanem az egészségeseké. Kétségtelen, hogy a csirasejtek mindkét ivaron a korral mennek át valamelyes változáson s maga a koreltolódás, mint olyan, az, mely a többletet létrehozza. A hozzászóló úr egy község viszonyairól emlékezett, ezzel szemben a nagy számok törvényeinek érvényesülési lehetőségeire figyelmeztetek s hangsúlyozom, hogy milliók életében megnyilvánuló jelenségről van szó, mely igen kis közületekben nem nyilvánul meg szükségképen ugyanúgy s ha igen, akkor sem bizonyíték. Az elveszett férfiaknak quasi pótlását nyujtó kiegyenlítő természetes erő, mely a fiúszületési többlet fokozódásában s életképességük növelésében nyilvánul, mindezek szerint nem hozható összefüggésbe az öröklött bajokból a korral beálló selectióval, hanem csak magával a korral.

Közkórházi Orvostársulat június 9-i ülése.

1. **Hornyák Géza:** *Hólyagmyoma resectiója.* Cystitises tünetekkel járó megbetegedésről referál, mely cystoskopiával tumornak bizonyult. *Rihmer* operálta, a hólyag extraperitonizálása után resekálta a tumort. *Minich* myomát állapított meg szövettanilag. Utal a cystoskopia fontosságára, mely tisztázza az ilyen gyanus cystoscitiseket.

2. **Baló József:** *Az agy fehérállományának különleges megbetegedéséről.* Bemutató beszámol egy 23 éves ifjú agyának fehérállományában talált szokatlan elváltozásokról. A megbetegedés négy hónapig tartott, motoros afasiával kezdődött, amellyel a IV. belklinikára került észlelés alá. Később a jobb felső és alsó végtagja megbénult. Mérsékelt láz és leukocytosis mutatkozott. Klinikai diagnosis agytumor volt, melynek kiindulása a *Broca* tekervényének felelhetett meg. Áttétel a Szt. István-kórházba műtétre. *Winternitz* a trepanatio alkalmával tumort nem talált. Boncoláskor a belső szervek épsége mellett az agy fehérállományában lencsényi-diónyi, a nagyobb gócokban koncentrikus rétegzettséget mutató, s keresztmetszeteken a fa évgyűrűihez hasonló lágyulásos gócok voltak találhatók. Érelváltozások a folyamatot meg nem magyarázhatták. Bemutató toxikus ártalomra, vagy enzymahatásra gondol, amely bizonyos gócokból hatva az agy fehérállományát, elsősorban az idegrostok velőhüvelyét tönkretette. Az aetiologiai kutatások eredményre nem vezettek.

Sarbó Artúr: Az idegrendszernek rendkívül érdekes, szokatlan és ismeretlen elváltozása, amelyhez lényegében hozzászólni nem tud, a klinikai kép alapján készteti felszólalásra. Kétségtelen, hogy 1918-ban influenzában betegedett meg, fiatal egyén, betegsége subacutnak minősíthető. Minden járványt egy elszórt atypikus megbetegedés szokott megelőzni; 1918-as klinikai eseteiben mutatták az a képet, melyet 1920-ban tömegesen látott. Lehet, hogy ez az eset is ilyen lehetett. Támogatja-e feltevését a *Heine-Medine* kór észlelete, ahol nemcsak a szürke, hanem a fehér állományban is találtak később elváltozásokat. Talán itt is egy hasonló újfajta virusról van szó. Lehet, hogy ezen esetben oly filtrálható virus szerepel, mely csak a fehérállományt támadja meg. Az egyén fiatal korát, a góc jellegét tekintve és hogy a velős állomány pusztult el inkább s a kéreg megtartott, arra is kell gondolni, nem-e egy atypikus sklerosis polyinsularisról van szó?

Baló József (zárszó): Bemutató esetét járványos enkephalitisnek nem tartja, a demonstrált agyi elváltozások a sklerosis multiplex eddig ismertetett megjelenési alakjától is eltérnek.

3. **Fábry László:** *Méhüri beavatkozás alkalmával sérült magzat.* A vetélés befejezését célzó méhkaparás után néhány órával megszületett magzatot mutat be, mely súlyos sérülést szenvedett. Ezzel kapcsolatban felhívja a figyelmet a kellő körültekintés nélkül végzett méhüri beavatkozás veszélyeire.

Előadások.

4. **Matusovszky András:** *Az urotropin hatása a szülés és műtét után beálló vizelési rendellenességekre.* Egész terjedelmében az Orvosképzésben fog megjelenni.

5. **Vitéz Schulz Ágost:** *Párizs szülészeti és nőgyógyászati klinikáin szerzett benyomásaim.* Főleg a *Tarnier*-klinika (prof. Brindeau) szülőszobájában folyó munkát ismerteti. Feltűnő, hogy a vajudókat belsőleg kivétel nélkül többször megvizsgálják. *Bar* tanár volt klinikáján a *Bar*-féle köldökkapcsot nem használják; a köldököt egyszerűen selyem fonállal kötik le. A nőgyógyászati műtéteket a szülészeti klinikán még kezdetleges technikával végzik. A gynaekologia a franciáknál még legnagyobb részében sebészek kezében van. — Ezután a gynaekologiai klinikán (Hopital Broca) *Faure* professor hasi és hüvelyi műtéteinél látott sajátosságokat mondja el. Megemlékezik a bábák nagyobb hatásköréről. A bábaképzés kétszer oly hosszú ideig tart, mint hazánkban. Sok jó házból való nő megy erre a pályára — ennek köszönhető a klinikai bábák magas színvonala.

Az inkább gyakorlati párizsi klinikák után néhány szóval a modern zürichi klinikán (prof. *Walthard*) látott alapos és részletes laboratoriumi munkáról emlékezik meg. A zürichi klinika a belső vizsgálat helyett a rectalis vizsgálatot csaknem minden szülőnőnél kielégítően alkalmazza. Végül a külföldi intézetek tartalék világító berendezéseit említi meg, melyekre akkor van szükség, ha éjszaka műtét, vagy szülés közben a városi villanyáram fölmondja a szolgálatot.

A Magyar Fogorvosok Egyesülete országos kongresszusa.

A Magyar Fogorvosok Egyesülete 1926 június 5-én, szombaton délelőtt tartotta országos kongresszusát a királyi magyar Orvosegyesület Semmelweis-termében. A kongresszus védnökségét *gróf Klebelsberg Kunó* kultuszminiszter vállalta, kit — a porosz kultuszminiszter budapesti látogatásával kapcsolatos elfoglaltsága miatt — *Tóth Lajos* kultuszállamtitkár helyettesített.

A kongresszus egybehívásának indítóokai, annak célja már régi programmpontjai a magyar fogorvosi karnak. A stomatologiának az egyetemi oktatás keretén belül való kötelező hallgatása, stomatologiai rigorosum egyrészről, másrészről a fogorvos szakorvosi kiképzési idejének egy évről két évre való felemelése és záró szakvizsgához való kötése oly követelmények, melyek kell, hogy a többi orvosi szakmák érdeklődését is felkeltsék s ez országos kongresszus legfőbb célja az volt, hogy a magyar fogorvosi kar kívánságaira úgy a hivatalos körök, mint az egyetemi tanári kar, valamint a többi orvosi szakmák képviselői figyelme felhívassék és ezek támogatásával végre révbe jussanak a stomatologiai kar égető kérdései.

A kongresszus iránt megnyilvánult érdeklődés megerősítette a Magyar Fogorvosok Egyesületét ezen törekvésének keresztülvitelében, az itt elhangzott hozzászólások mindmegannyi tanujele volt, hogy a többi szakmák képviselői is időszerűnek és helyénvalónak tartják a szaktanítás és az egyetemi oktatás sürgős programmba vételét és reformját.

A kultuszminisztérium képviseletében *Nagy Árpád* helyettes államtitkár, a népjóléti minisztérium nevében *Scholtz Kornél* államtitkár jelentek meg; a budapesti tudományegyetem orvosi karát *Illyés Géza, Kenyeres Balázs* és *Szabó József* egyet. ny. r. tanárok, a debreceni tudományegyetem orvosi karát *Hüttl Tivadar* és *Orsós Ferenc* professorok képviselték. Megjelent *Tauffer Vilmos* nyug. egyet. ny. r. tanár is, ki a stomatologiához néhai Árkövy professoron keresztül érzett szeretetének adott megjelenésével kifejezést, ott voltak *Végh János* budapesti tiszti főorvos s az orvostársadalom még számos kitűnősége, kik névszerint a hozzászólások során adták tanujelét, hogy a stomatologiai kar törekvéseinek őszinte támogatói.

Az országos kongresszus előadásai során *Sturm József*, a M. F. E. elnöke a fogászat történetének és jelenlegi állapotának ismertetése címen tartotta meg előadását, melyben kifejtette, hogy az eddig uralkodó visszásságok egyedüli megoldása a fogorvosi kiképzésnek a többi szakmákkal — úgy a közegészségügyi, mint pedig orvosi szempontból — egyenrangúvá való emelése.

Salamon Henrik egyetemi magántanár a szaktanításról az egyetemi általános orvoskénzés keretén belül és a specialistakénzésről tartott előadást. Előadásának legfőbb conclusiója az volt, hogy az általános or-

vosi praxis szempontjából feltétlen szükséges, hogy gyakorló orvosaink az egyetemi oktatás keretén belül a stomatologiával is megismerkedjenek, mert ezirányban különösen vidéken általános a panasz, hogy a gyakorló orvosok fogászati ismeretei hézagosak.

Csilléry András nyug. miniszter előadását a kérdés szociális vonatkozásairól tartotta meg, melyben kifejtette, hogy a stomatologia tanszékének a vidéki egyetemeken való felállításával úgy a kötelező egyetemi oktatás, valamint a szakkiképzés mint volna keresztülvihető.

A hozzászólások során *Borszéky Károly, Barla-Szabó József, ifj. Liebermann Lenő, Ertl János, Lobmayer Géza, Schmidt Ferenc, Torday József* valamennyien odanyilatkoztak, hogy úgy közegészségügyi szempontból, valamint az általános orvosképzés és továbbképzés szempontjából feltétlen szükségesek a stomatologiai kar kívánságai s a maguk részéről úgy a hivatalos tényezők, valamint a rokon orvosi szakmák legteljesebb támogatását helyezték kilátásba. A kongresszus egyhangúlag tette magáévá *Barla-Szabó* indítványát, hogy a közkórházak keretén belül is állíttassanak fel fogászati osztályok, melyek a kiképzést szolgálnák.

A kongresszuson megjelent mintegy 300 főnyi fogorvos egyöntetű érzése az volt, hogy jogos kívánságaik meghallgatásával az országos kongresszus nagy lépéssel vitte előre a stomatologia ügyét.

Oravecz Pál.

A Budapesti Kir. Orvosegyesület gynaekologiai szakosztály június 4-i ülése.

Bemutatás:

1. **Liebmann István:** *Röntgennel diagnostizált dermoidcysta.* Egész terjedelemben közlésre kerül.

2. **Matusovszky András:** *Köldökzsinór elszakadása szülés alatt.* Szülés alatt elszakadt köldökzsinórt mutat be, amely 30 cm hosszú volt, azáltal, hogy a magzat nyaka köré csavarodott, oly röviddé vált, hogy már a tágulási szak alatt komoly zavarokat okozott a lepényi vérkeringésben. A szülést ezért fogóval fejezték be. A műtétnél a köldökzsinór közel a lepényhez elszakadt. Végül ismerteti a rövid köldökzsinór által okozott tüneteket, melyeknek felismerése azért fontos, mert így a magzati élet megmenthető lesz.

Előadás:

1. **Hasenfeld Arthur:** *A művi climax késői hatása a vérkeringési szervekre.* (Egész terjedelemben közlésre kerül.)

Földes Lajos: (szövegét nem küldte be.)

Mannsfeld Ottó: *Hasenfeld* azon megállapítása, hogy a sugaras és műtéti castrálás késői hatása a szívre *egyforma*, nem tudja elméletileg megmagyarázni.

Kalledey Lajos: A kimutatásban előadó a 45 éven felüli nőket is felvette. Itt már nemcsak művi castratio után, hanem anélkül is felléphetnek a leírt tünetek, úgyhogy ezeket nem lehet teljesen a castratio rovására írni. Érdekes volna a nem castrált nők ily irányú kimutatása. Abban minden gynaekologus ma már egyetért, hogy lehetőleg nem castrálunk. Ami a Röntgen-castratiót illeti, nem látta semmi előnyét a műtéti felett. Az interstitialis sejtekről néhány év előtt mások mellett *Mansfeld* és *Karolini* mutatták ki, hogy az nem mirigy, azóta exact kísérletekkel bizonyították, hogy annak nincs belsősecretiós functiója. Az úgynevezett kiesési tünetek — mint azt előadó is említette, inkább az antagonista mirigyek túlproductiós tünetei — sokkal hamarább lépnek fel Röntgen-castratio után, igen gyakran a menopausa beállta előtt. Ezt azzal véli megmagyarázni, hogy úgy látszik a Röntgen-sugarak akár a szövetnedvek, akár az idegösszeköttetések révén az antagonista mirigyeket túlproductióra serkentik. Tökéletesen egyetért az előadóval, lehetőleg nem castrálni, azonban ha elkerülhetetlen, úgy inkább műtéttel castráljunk.

Temesváry Rezső: Az előadó érdekes és értékes előadását még értékesebbé, a megfigyeléseiből levont következtetéseket még meggyőzőbbé tenné, ha a bemutatott összes táblázatok két rovatát, amely a Röntgen-castratiók és a műtéti castráltakra vonatkozik, még egy harmadikkal egészítené ki, mely a természetes climax után rövidebb és hosszabb időre beálló vérkeringési zavarokra és szívbeli elváltozásokra vonatkozik, mert csak így tudnók a mesterséges climax ilynemű káros hatását kellőképen megítélni és értékelni. Ez előadónak, mint szívspecialistának, különösen módjában áll.

Révész Vidor (mint vendég): Előadóval szemben nem látja bebizonyítottnak azt, hogy a szív- és aorta-elváltozások oki összefüggésben vannak a castratióval. Az elváltozások velejárnak magával a climaxszal az 50 év körüli nők legnagyobb részének hypertensiója van. Kimutatása szerint Röntgen-castráltaknál nagy százalékban vannak alkati betegségek és szervi elváltozások, ami miatt nem lehetett operative eljárni, hanem csak Röntgennel castrálni. A fejlődés útja egyrészt a „kiesési" tünetek tanulmányozása és leküzdése kell hogy legyen. E tekintetben sok eredménnyel biztatnak *Holzknecht-Borák* munkálatai, kik a kétségtelenül kimutatható mellékvese, thyreoidea és hypophysis hypertrophiát és hyperfunctiót apró therapiás Röntgen-besugárzásokkal kitűnően ellensúlyozták és 92% gyógyulásról számolnak be. Lehetőleg csökkenteni kell az alkalmazott Röntgen-sugár-dosist. Ezért lehetőleg csak a temporaer castratiós dosist alkalmazza vagy szívesebben a *Mansfeld* ajánlotta féloldali temporaer castratiót csinálja.

Fekete Sándor: Az előadás értékes nagy anyaga a külföldi irodalomban is párját ritkítja. Előadó következtetésével egyetért: a nőorvos törekedjék minden módon a petefészek megtartására. Szó volt arról, hogy Röntgen-castratio után megmarad az interstitialis mirigy működése. Ez felette kétséges, miután az interstitialis szövet hormonalis működését a legújabb vizsgálatok nem erősítik meg *(Zondek)*. Ezenkívül a Röntgen-sugár a környező szövetek s az átáramló vérsejtek károsítása révén a szervezetnek fokozott ártalmára lehet. Emellett bizonyít ama tapasztalat is, hogy a sok vérzés miatt anaemiás beteg műtét után gyorsabban nyeri vissza normalis vérképét, mint Röntgen-besugárzás után.

Singer Hugó: Hogy a castratio végleges klinikai eredményei éppenséggel nem kielégítők, annak kétségtelen bizonyítéka, hogy az utolsó években úgy az operateurök, mint a röntgenologusok szinte automatice igyekeznek az ovariumot lehetőleg kímélni. A műtők csaknem elérték az ideált, kidobni ami beteg és megtartani az egész genitalis apparatust. A Röntgennel pedig vonulnak a két ovariumról az egyikre, majd a lép, a thyreoidea és a csöves csontok felé, és pedig alig roszszabb eredménnyel.

Ha tehát kijelentjük, hogy a petefészek műtéti és sugaras megtámadása a legszűkebb térre korlátozandó, oda, ahol fentemlített eljárásokkal célt nem érnek, akkor a kérdés szőnyegrehozatala nem volt hiábavaló.

Előadó zárszava: nem érkezett be.

A szegedi Egyetembarátok Egyesülete orvosi szakosztályának június 2-i ülése.

Kovács József elnöki megnyitójában meleg szavakkal üdvözli *Kubinyi* professzort, ki súlyos betegségéből felépülve, először jelent meg a szakosztály ülésén.

1. **Kuncz Andor:** A szakosztály elnökségének engedelmével a mai ülést a női klinika orvosi személyzete *Kubinyi* prof. úr tiszteletére rendezte hálája és szeretete jeléül, a budapesti egyetemre való meghivatása alkalmából. Ezután megtartja előadását a *placenta praevia sebészi kezeléséről.* Az eddig használatos eljárások helyett újabban az anyai és magzati mortalitás csökkentésére placenta praevia lat. és centralis esetekné áttértek systematikusan a radikálisabb sebészi eljárásokra. Multiparáknál koramagzatnál sectio caesarea vag.-t végeznek, élő magzatnál lábrafordítás extractióval, halott magzatnál perforatio vagy daraboló műtéttel fejezik be a szülést. Kiviselt magzatnál, idős primiparáknál sectio caesarea transperit. cervalist végeznek. Bár eseteik száma még nem nagy s így végleges conclusiót nem vonhatnak le még, de eredményeik biztatók; az anyai mortalitás azóta 0% és élő magzat esetén minden esetben sikerült a magzat életét is megmenteni.

2. **László Árpád:** *A nynhydrin-reactio értékelése a korai terhesség felismerésben.* Beszámol a *Dienst*

által ajánlott nynhydrin-reactióval végzett vizsgálatai eredményéről. 58 vizsgált esetéből terhesek 88%-ban, nemterhesek 25%-ban adtak positiv reactiót. Az eljárást gyakorlóorvos számára nem tartja alkalmasnak, mert az előadó is csak controllserumok beállításával tudott eredményeket elérni, ami az eljárást hosszadalmassá teszi. A phloridzin-reactiót jobbnak tartja.

3. **Burger Károly:** a) *Érdekes fejlődési rendellenesség esete.* A vesék és ureterek fejlődési rendellenességének ismertetése után bemutatja egy betegüket, kinél chromocystoskopiás és pyelographiás vizsgálatokkal baloldali veseaplasiát és jobboldali kettős uretert találtak. A bemutatott Röntgen-felvételek esetükben kizárják a vesehypoplasia és keresztezett dystopia lehetőségét.

b) *Absolut szűk medence, császármetszés.* 26 éves I. P. háromnapi eredménytelen vajudás után kerül a klinikára. Rachiticus törpe (131 cm), absolut szűk medence (C. D. 7·0, C. V. 5·2). Ad maximum kinyúlt passiv szakasznál sectio caesarea transperit. cervicalis. Élő, érett fiúmagzat. Gyermekágyban thrombophlebitis, ami intézetenkívüli bába által végzett többszöri belső vizsgálat következménye. Ezzel kapcsolatosan röviden beszámol arról, hogy hat év alatt, mióta *Kubinyi* prof. vezeti a női klinikát, különböző indicatióból 46 abdominalis és 10 vaginalis császármetszést végeztek. Műtéti mortalitás 1·6%.

c) *Kétoldali thrombosissal szövődött cystocarcinoma torquata műtéttel gyógyult esete.* Kocsányacsavarodott tumorral, általános peritonealis tünetekkel kerül a klinikára egy 53 éves beteg. A heveny tünetek lezajlását be akarják várni és ezért egyelőre conservativ kezelést kezdenek. Az első héten baloldalon, harmadik héten a jobboldalon thrombophlebitis lép fel. A beteg állapota reménytelennek látszik, s mint életmentési kísérletet, műtétet végeznek. Tekintettel a carcinomára és fennálló hashártyagyulladásra, abdominalis totalexstirpatio. Síma gyógyulás. Az eset kiválóan alkalmas annak demonstrálására, hogy kellő technikával végzett műtéttel még ilyen kétségbeesett állapotban lévő beteget is sikerül néha megmenteni.

4. **Filep Aladár:** *Submucosus myoma a gyermekágyban.* 30 éves, negyedszer szülő nőt 17 nappal utolsó szülése után bő, büzös folyással és vérzéssel szállították be orvosa a női klinikára. A vérzést újszülöttfejnyi, a méhüregből kocsányon a hüvelybe lógó, elhalt myoma tartotta fenn. A daganatot lecsavarták, atonás vérzés lépet fel, mely Dührsen-tamponadera megszűnt, a beteg símán gyógyult. Esetével kapcsolatosan foglalkozik az elhalt submucosus myoma therapiájával. Kellően meg nem indokolhatónak tartja azok álláspontját, kik minden ilyen esetben méhkiirtást végeznek.

5. **Páll Gábor:** a) *Septikus abortus kapcsán keletkezett végtag gangraena* esetét mutatja be. Papálcával történt a felszúrás. Felvételkor a klinikai és laboratoriumi vizsgálatok (teljes vérkép, Arneth-Schilling-haemogramma, vérsüllyedés, virulentiameghatározások, kulturalis vizsgálatok) súlyos septikus fertőzést tárnak fel. Pár nap mulva a jobb alsó végtagon nekrobiotikus elváltozások indulnak meg. Gyors exitus. Boncolási lelet igazolta a feltevést, az arteria femoralisban 4 cm hosszú, szívósan a falhoz tapadó thrombus zárja el teljesen a lument.

b) *A manualis lepényleválasztásról.* Öt és fél évnek anyagán 4700 intézeti szülés kapcsán 37 esetben (0·8%) történt művi lepényleválasztás. 600 poliklinikumi szülés után 18 esetben (3%) végezték. Spontan és műtétes szülések után történt lepényleválasztások morbiditása 16%, a mortalitás pedig 2·8%. A morbiditásért és mortalitásért nem a lepényleválasztást kell főképen okolni, hanem az előző belső vizsgálatokat, s a legkülönbözőbb szülési szövődményeket, melyeknek folyománya a fertőzés és vérzés.

Beretzk Péter: Felemlíti a művi lepényleválasztás és a szülések utáni méhüregletapintás feltűnő gyakori voltát a gyakorlatban, mely tünetet a lepényi szak helytelen kezelésének tud be. Gyakorlatából négy esetet említ. Az eredmények, ha előzőleg belső vizsgálat a bába részéről nem történt, igen jók. Említ egy esetet, ahol uterus unicornis esetében szükséges volt a méhüreg letapintása.

Kubinyi Pál: Lepény vagy lepényrészlet visszamaradását illetőleg figyelmeztet a méhfal izomzatának plasticitására, melynélfogva, különösen glanduitrin és ergotin alkalmazása után, az izomzat mintegy körülzárja a lepényt vagy lepénydarabot és az egy diverticulumszerű fészekben szinte elrejtőzik, eltávolítása után pedig perforatio benyomását keltheti a tapintási lelet. Az idegentest eltávolítása után a méhfal izomelemei újból rendeződnek és a méh meglepetésszerűen visszanyeri alakját, a diverticulumszerű mélyedés pedig eltűnik.

6. **Kühbacher Ferenc:** a) *Az atonia kezelése Dührssen-tamponade-dal.* A tamponade még ingerelhető izomzatot feltételezve, igen erélyes eszköz az atonia leküzdésére. Ahol az atonia oka a méh szöveti elváltozásaiban rejlik, ott nem várhatunk eredményt tőle. Ugyancsak eredménytelen marad, ha későn alkalmazzuk, midőn a vérveszteség folytán a méhizomzat ingerelhetősége kialszik. A szövődmények gondos technika és szigorú asepsis mellett minimumra szoríthatók. A gyakorlóorvost nem foszthatjuk meg ettől a begyakorolt eljárástól addig, míg helyette egyszerűbbet és tökéletesebbet nem nyujtunk.

b) *Óriási méhfibroma esete.* Manapság már ritkán előforduló óriási, 12½ kg súlyú intramuralis fibromát mutat be, melyet totalis exstirpatio útján távolítottak el.

7. **Molnár József:** *Az ovarialis kiesési tünetek Röntgen-therapiája.* Ismerteti a petefészek működési kiesésének tüneteit, okait és prophylaxisát. Majd rátér a hypophysis és pajzsmirigy besugárzásokkal elért eredményeire. 40 esete közül hét volt refractaer. Néhány hónap mulva a tünetek kiújulnak, de az újabb besugárzás ismét eredménnyel jár. Refractaer esetei közül háromszor a hypophysistájék diathermiájával ért el jó eredményt.

Kubinyi professor megköszöni tanítványainak tiszteletük e spontan megnyilatkozását. A klinika feladata a beteggyógyításon kívül a tanítás, orvosképzés és tudomány művelése. Ez utóbbi kétszeresen fontos ma, Csonka-Magyarországon, amely csak így tarthatja fenn kultúrfölényét, s ez számára a legértékesebb tőke a jövőre is. Művelt nemzetet, ha még oly kicsi is, nem lehet eltiporni s ez az ifjúság, mely ma a szellem erejével küzd, mert ezt nem vehették el tőlünk, ha eljön az az idő, mikor az integer Magyarországért másképen is ki kell fejteni erejét, meg fogja tenni kötelességét.

VEGYES HÍREK

Előfizetésük megújítására és hátralékuk kiegyenlítésére kérjük előfizetőink közül azokat, kiknek előfizetése lejárt. Előfizetési díj: egész évre 250.000, félévre 125.000, negyedévre 65.000 korona. Kérjük nagyon a sürgős elintézést, mert a késedelemből a lapnak kára van.

A Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, melyet *Markusovszky Lajos* 1864-ben alapított, a budapesti kir. Orvosegyesület Semmelweis-termében tisztújító közgyűlést tartott, melyen elnökké újból *Tóth Lajos* államtitkárt, alelnökökké: *Dollinger Gyulát* és *Székely Ágostont*, titkároknak: *Győry Tibort* és *Dalmady Zoltánt* választotta. Az igazgatótanácsot is újjáalakította. Végül elhatározta, hogy újból megkezdi működését: eredeti és fordított orvosi könyvek kiadását. Az eredményes munka előföltétele, hogy kellő számú tagja legyen. Tagsági jelentéseket az Orvosi Hetilap szerkesztősége is elfogad (VIII, Üllői-út 26), vagy a társulat titkára: *Győry Tibor* egyetemi tanár (VIII, Sándor-tér 3).

Ápolónőképzés Debrecenben. A közegészségügy igen fontos eszköze az ápolónőképzés; ennek jelentőségét felismerve, *Csiky* professor klinikáján már öt év óta képez ki ápolónőket. A folyó évben is 11 első- és 7 másodéves tanuló testvér vett részt a tanfolyamon, akik folyó hó 7-én vizsgáztak egy bizottság előtt, amely *Kenézy Gyula* elnöklete alatt a tanfolyam előadóiból, továbbá két vezető tanárából *(Csiky József* és *Hüttl Tivadar)* állott. A vizsgán a népjóléti minisztérium képviseletében *Győry Tibor* dr. min. tanácsos, a kultuszminisztérium képviseletében pedig *Molnár Andor* dr. miniszteri titkár jelentek meg. A vizsga eredménye és niveau-ja tanubizonyságul szolgált azon intensiv munka mellett, amelyet az egyetem egyéb elfoglaltsága mellett az ápolónőképzés terén is kifejt és ezen munka méltánylásának tudható be az az örvendetes

esemény, hogy a Rockefeller-intézet anyagi támogatásával most kezdenek hozzá egy külön ápolónői otthon építéséhez, melyben maga a tanfolyam és 40 hallgatónője nyer elhelyezést. Az ápolónői és egészségügyi testvér-képzés kérdése jelenleg éppen állami szervezés alatt van s valószínűleg a jövő évtől kezdve a debreceni Csiky-féle tanfolyam is már központi irányítás mellett folytatja működését. A kétéves tanfolyamra most folynak a felvételek.

A keresetképtelen orvosokat segélyző egyesület sorsjátékának június 15-én megtartott húzásán a következő számú sorsjegyek nyertek: a főnyereményt 46.573, a 2. nyereményt 43.511, a 3. nyereményt 43.298, a 4. nyereményt 37.852, az 5. nyereményt 42.314, a 6. nyereményt 38.199, a 7. nyereményt 47.793, a 8. nyereményt 45.361, a 9. nyereményt 49.040, a 10—19. nyereményeket 17.358, 2828, 17.327, 16.107, 45.772, 6299, 9873, 6730, 9468 és 5335, a 20—44. nyereményeket 273, 32.886, 4755, 11.803, 34.653, 463, 1184, 48.278, 40.767, 17.381, 36.132, 36.461, 5317, 13.340, 5350, 18.085, 7163, 25.842, 46.564, 47.210, 42.134, 29.813, 29.359, 32.781 és 32.986.

A nyereménytárgyak a nyerősorsjegyek beszolgáltatása ellenében a sorsjátékrendező-bizottság révén Budapesten, VII, Erzsébet-körút 49, II. em. délutánonként 6—8 óra között vehetők át.

Reclamatiók kielégítésére szükségünk van a következő lappéldányokra, melyeket 7.000 K-ért vesz a kiadóhivatal. 1923. 1-től 8-ig. 1924. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 14, 43, 46, 1925. 1, 6, 9, 10, 11, 12, 18. Kérjük Kartársainkat, akik ezen lapokat nélkülözhetik, a kiadóhivatalhoz beküldeni szíveskedjenek. A lap árát postafordultával kifizetjük, vagy az előfizetési díjba beszámítjuk.

A Magyar Elmeorvosok Egyesülete folyó évi november 7-én és 8-án tartja meg a magyar elmeorvosok IX. értekezletét. Felkérik mindazokat, akiknek tárgyalásra való themájuk vagy javaslatuk van, hogy azt legkésőbb június hó végéig az Egyesület titkárával *(Décsi Károly*, I, Kékgolyó-u. 5) közöljék. Az előadások ideje maximalisan 20 perc. Az értekezleten *Sarbó Artur* professor: „Újabb szempontok a központi idegrendszer mozgási berendezésében, különös tekintettel az extrapyramidalis rendszerre", *Szladits Károly* jogi egyetemi tanár pedig „Milyen mértékben és milyen feltételek mellett lehetne az elmebetegek cselekvőképességét szerződések és végrendelkezések tekintetében elismerni nem vitatott elmebetegség esetében és úgynevezett világos pillanatok felvétele nélkül is?" tartanak előadást, *Schaffer Károly* professor pedig emlékbeszédet mond *Moravcsik Ernő* felett. Tagsági díj egy pengő, mi előzetesen *Bakody Aurél* pénztáros címére: I, Hidegkúti-út 72. küldendő.

A margitszigeti szanatórium megnyitása. József Ferenc főherceg és Anna főhercegasszony jelenlétében, meghívott előkelőségek részvételével hétfőn nyitották meg az új margitszigeti szanatóriumot. A régi nagyszálló egy részének átalakításával és a hozzáépített szárnyépülettel modernül berendezett új helyiségeket nyertek. Az új szanatóriumi szobák mellett mindenütt fürdőszoba is van, melyben a betegek a forrás vizét is használhatják. Felszerelték ezenkívül a szanatóriumot minden modern gyógytényezővel, úgyhogy az a legkényesebb igényeket is kielégítheti. Minden jelenlévő elismeréssel nyilatkozott parkírozás szépségéről: minden szanatóriumi szobához kis fenyőlugas tartozik, ahol a betegek a sétáló közönségtől separáltan zavartalanul élvezhetik a sziget üdítő levegőjét és megnyugtató, pihentető csendjét. Az új szanatórium csak egy része annak a sokat ígérő programmnak, melyet a szigetet bérlő részvénytársaság annak még szebbé, világvárosivá tétele érdekében maga elé kitűzött.

A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Igazgatósága a következő pályadíjakat tűzte ki: *a) Lobmayer Géza dr.* egyetemi magántanár, igazgató sebészfőorvosnak az egyesület folyó évi közgyűlésén tett alapítványából: „Vizsgáltassanak meg a finomabb idegfestési eljárásokkal (Apáthy módszer stb.) a hasüregbeli kóros vagy mesterségesen előidézett köteges összenövések, idegelemekre és idegek belenövésére és azok végződésére." A pályadíj: 1,000.000 kor. (1926 május 13-i értékben.) A jeligés (zárt borítékban, a szerző nevével és címével ellátott) munkálatok, rajzok, fényképek és esetleges készítmények fenti intézet igazgatóságánál nyujtandók be. A pályázat idejének lejárata 1927 április hó 15-ének déli 12 órája. A bírálóbizottság tagjai: *Schaffer Károly dr.* egyetemi nyilv. r. tanár, *Ranschburg Pál dr.* egyetemi nyilv. rendk. tanár és az adományozó. A pályázat eredményének kihirdetése a Gróf Apponyi Albert Poliklinika 1927. évi rendes közgyűlése. A pályázatnyertes munka a szerző tulajdona marad, de nyomtatásban megjelenve köteles a pályadíjjal való kitüntetését megjelölni. (Gróf Apponyi Albert Poliklinika Lobmayer-díjával kitüntetett pályázati munka.) *b)* kemenesmihályfalvai *Kemeness Oszkár dr.*-nak néhai *Böhm Jakab dr.* főtörzsorvos emlékére az egyesület folyó évi közgyűlésén tett alapítványából: „Vizsgáltassék meg a vér histologiai képének diagnostikai és prognostikai értéke és vonassék párhuzam a *Schilling-Arneth*-féle vérkép és a vörösvérsejtek süllyedési sebessége között." A pályadíj: 1,000.000 korona (1926 május 13-i értékben). A jeligés (zárt borítékban, a szerző nevével és címével ellátott) munkálatok, rajzok, fényképek és esetleges készítmények fenti intézet igazgatóságánál nyujtandók be. A pályázat idejének lejárata: 1927 április hó 15-ének déli 12 órája. A bírálóbizottság tagjai: *Terray Pál dr.* egyetemi nyilv. rk. tanár, főorvos, *Vas Bernát dr.* egyetemi nyilv. rk. tanár főorvos és nagyiványi *Fekete Sándor dr.* egyetemi m. tanár, főorvos. A pályázat eredményének kihirdetése a Gróf Apponyi Albert Poliklinika 1927. évi rendes közgyűlése. A pályázatnyertes munka a szerző tulajdona marad, de nyomtatásban megjelenve köteles a pályadíjjal való kitüntetését megjelölni. (A Gróf Apponyi Albert Poliklinika Böhm Jakab-díjával kitüntetett pályázati munka.)

A rák elleni küzdelem Franciaországban. Az egészségügyi minisztérium rendelete alapján Párizs hat kerületében rákintézeteket állítottak fel, amelyek mindegyike ingyenes rendelőből, kórházi osztályból, rádium és sugárkezelőből, és tudományos laboratoriumból áll. Minden rákban szenvedő párizsi lakosnak igénye van az intézet szolgáltatásaira ingyen és külön kérelmezés nélkül. Az intézetek mélybesugárzásra alkalmas Röntgen-felszereléssel és legalább 200 mg Radiummal bírnak. Vezetőik a párizsi kórházak főorvosaiból kerülnek ki választás útján, akik külön díjazás nélkül látják el szolgálatukat.

Ramon y Cajal világhírű spanyol anatomusnak művészi kivitelű monumentalis emlékművét a napokban leplezték le a madridi Buen Retiro-parkban a spanyol közéleti és tudományos világ kitünőségeinek jelenlétében.

A VII. nemzetközi fogorvosi kongresszus ez év augusztus 23-a és 27-e között lesz Philadelphiában.

Házassági tanácsadók. A porosz népjóléti minisztérium most kiadott rendeletével a nagyobb városi és kerületi hatóságoknak házasság előtti orvosi tanácsadói intézmények felállítását ajánlja. A tanácsadók munkája főleg az, hogy a házasulandók egészségi állapotát megvizsgálva, az utódok egészségének szempontjából állapítsa meg, nem aggályos-e a tervezett házasság. A tanácsadók bizonyítványt állítanak ki mindkét fél részére, melyeket kölcsönösen kicserélnek a házasság megkötése előtt. A rendelet azt mondja, hogy a bizonyítványok kicserélésének kötelezővé tétele ma még nem látszik keresztülvihetőnek, mégis a hatóságok kötelessége, hogy ilyen vizsgálatokra módot nyujtsanak a házasulandóknak.

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

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint junius 6-tól június 12-ig előfordult:

Hasi hagymáz	17	(—)	Gyermekágyi láz...	2	(—)
Küteges hagymáz..	—	—	Bárányhimlő	17	—
Hólyagos (ál-)himlő.	—	—	Járv. fültőmirigylob	79	—
Kanyaró 200		5	Vérhas	3	—
Vörheny 63		3	Járv. agygerincagyhártyalob ..	—	—
Szamárhurut 15		—	Trachoma	8	—
Roncs, torok-, gégelob 25		2	Veszettség	—	—
Influenza 3		1	Lépfene	5	1
Ázsiai kolera	—	(—)	Heine Medin	—	(—)

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

Lapunk mai számához a Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering) „*Urotropin*“ című prospektusa van mellékelve.

„Az Ember“ embervédelmi kiállításon méltán nagyfokú érdeklődést keltettek Martin és Sigray Rt. elektromos mérőműszerek gyára (Bp. IV, Váci-utca 58. sz.) kiállított saját gyártmányú diathermiás és Röntgen-gépei, mint a szolid konstrukciónak és preciziós munkának mintaképei.

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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

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 tátrai magaslati klímának előnyei egyesítve modernül berendezett physikai-diaetás sanatorium gyógyító tényezőivel.
ELSŐRANGÚ DIAETÁSKONYHA, fekvőcsarnokok, szabadlégtorna, szénsavas, fenyő-, forrólég-, fényfürdők, vizgyógyintézet, Zander, quarz-, Sollux-, diathermia-, villanyos kezelés. Röntgen-, belgyógyászati laboratorium. Indicatiók: Basedow-kór, chlorosis, anaemiák, ulcus, dyspepsia, diabetes, adipositas-asthenia, bronchitis, asthma bronchiale, hypertonia, neurasthenia, hysteria, reconvales, centia. — Tuberculosusok, fertőző- és elmebajosok kizárva. *Sanatoriumi napi pausálár 65 Kc-tól fölfelé.* Egész évben nyitva. — Fel- Főorvos: dr. Szász Emil. Menetjegyirodában, világositást nyujt, fürdővizumot szerez dr. Adorján László. Vigadó.

Dr. Pajor Sanatorium
VIII, Vas-utca 17. szám.
A nyári idényben a sanatorium vízgyógyintézetében teljes ellátás és vízikúra leszállitott árban.

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

Dr. DOLLINGER BÉLA Orthopaediai intézete. Tornaterem.
Budapest, VIII, Mária-utca 34. (Telefon: József 393.

Lipót-városi VÍZGYÓGYINTÉZET Quarz stb. DIATHERMIA Dr. Farkas Márton V, Báthory-utca 3.

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

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

PÁLYÁZATOK.

Az elhalálozás következtében megüresedett somogyvári **körorvosi állásra** pályázatot hirdetek s felhívom mindazokat, kik ezen állást elnyerni óhajtják, hogy képesítésüket, eddigi működésüket igazoló okmányokkal felszerelt pályázati kérvényüket hozzám folyó évi június hó 26-ig annál is inkább nyujtsák be, mert a később beérkező pályázati kérvényeket figyelembe venni nem fogom. Az állás javadalmazása a törvényesen megállapított fizetés, és látogatási díjak. A körhöz ezidőszerint Somogyvár, Somogyvámos, Pamuk, Öreglak, Somogyjád, Osztopán és Edde községek tartoznak, azonban Somogyjád, Osztopán és Edde községekből Somogyjád székhellyel új körorvosi kör szervezése folyamatban van. A választást a pályázati kérvények beérkezte után fogom kitűzni. Lengyeltóti, 1926. évi június hó 3.

1916/1926. szám. *Dr. Begedy*, főszolgabíró.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem törvényszéki orvostani intézetében f. évi szeptember hó 1-től megüresedik a *II. tanársegédi* és egy *díjas gyakornoki állás*. A nevezett állások javadalmazása az állami X., illetve IX. fizetési osztálynak megfelelő fizetés, lakpénzzel, illetve esetleges természetbeni lakással. Azon orvosdoktorok, akik ezen állásokat elnyerni óhajtják, okmányaikat (diplomamásolat, kórházi gyakorlatot igazoló bizonyítványok, kommunizmus alatti magatartásukat igazoló bizonyítvány) mielőbb, azonban legkésőbb *augusztus hó 1-ig* a debreceni orvoskari dékáni hivatalba beküldeni sziveskedjenek.

Hiányosan felszerelt folyamodványok nem vehetők figyelembe.

Debrecen, 1926. évi június hó 7-én.

Orsós dr., egyet. ny. r. tanár.

Nógrád-Hont egyelőre egyesített vármegyék nógrádi járásához tartozó Nézsa székhellyel a nezsai *körorvosi állásra* ezennel pályázatot hirdetek.

Felhívom a pályázni óhajtokat, hogy az 1908. évi XXXVIII. tc. 7. szakaszában előírt képesitesüket, magyar állampolgárságukat, erkölcsi magatartásukat és feddhetetlen előéletüket, úgyszintén a forradalom és tanácsköztársaság vagy megszállás alatt tanusított viselkedésüket igazoló okmányokkal felszerelt kérvényüket *1926. évi június hó 23.* napjáig hivatalomnál annál is inkább nyujtsák be, mivel később érkező kérvényeket figyelembe nem veszek.

Az állás javadalma a 141.000/1924. B. M. sz. rendelettel megállapított fizetés, a vármegyei törvényhatósági bizottság által megállapított és megszabott látogatási díjak, kötelező fuvar s egyelőre két szoba és összes mellékhelyiségekből álló lakás, mely bővítés alatt áll.

A kör községei: Nézsa, Alsósáp, Felsősáp, Legénd, Alsópetény.

A megválasztandó orvos kézigyógyszertár engedélyt is kap.

A választás határidejét később fogom kitűzni.

Rétság, 1926. évi június hó 3-án.

2788/1926. sz. *A főszolgabíró.*

Békés vármegye gyulai járásához tartozó Újkígyós községben nyugdíjazás folytán megüresedő *községi orvosi állásra* pályázatot hirdetek és felhívom a pályázókat, hogy az 1908. évi XXXVIII. tc. 7. §-a értelmében felszerelt kérvényeket hozzám *1926. évi július hó 20-án* déli 12 óráig annál is inkább adják be, mert a később érkező kérvényeket figyelembe nem veszem.

Az állás javadalma a 141.000/1924. sz. rendelet szerinti készpénzfizetés, természetbeni lakás, udvar haszonélvezete s a vármegyei szabályrendeletben megállapított látogatási díjak.

Tájékozásul közlöm, hogy amennyiben gróf Wenckheim József úr őméltósága uradalmával az egyezség létrejön, úgy az uradalmi orvosi állásért is megfelelő külön díjazás biztosittatik.

Az állás betöltése iránt később fogok intézkedni.

Gyula, 1926. évi június hó 1-én.

ad 2085/1926. sz. *Vangyel dr.*, főszolgabíró.

A szinyelipoczi
Salvatorforrás
jelentékeny szénsavas *lithium-* és *bórsavas nátrium*-tartalmú, *teljesen vasmentes*, kellemes ízű gyógy- és asztalivíz.
A *vesemedence* és *húgyutak* betegségeinél és az anyagforgalom zavarainál is igen jó eredménnyel használható.
Orvos urak személyes használatukra és szegénysorsú betegeik részére tetemes árengedményben részesülnek.
Magyarországi üzletvezetőség:
BUDAPEST, V., ERZSÉBET-TÉR 1. TELEFON: 44—35.

70. évfolyam 26. szám Budapest, 1926 június 27

ORVOSI HETILAP

Alapította MARKUSOVSZKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták: ANTAL GÉZA, HŐGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY ÉS SZÉKELY ÁGOSTON.

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

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

FELELŐS SZERKESZTŐ: VÁMOSSY ZOLTÁN EGYETEMI TANÁR SEGÉDSZERKESZTŐ: BIRÓ ISTVÁN.

TARTALOM:

EREDETI KÖZLEMÉNYEK:

Johan Béla: A vörheny elleni védekezés a Dick-féle eljárással. (687—692. oldal.)

Gyulai Béla és Stefancsik Szilárd: A vérsüllyedésről nyert tapasztalatok. (692—695. oldal.)

Siegmund Ervin: Pneumocysta cerebri. (695—699. oldal.)

Putnoky Gyula: Néhány fertőtlenítőszer bakteriumokat ölő hatásáról. (699—701. oldal.)

Paunz Lajos: A vese vérkeringésének megfordítása. (701. oldal.)

Lapszemle. Belorvostan. — Sebészet. — Szemészet. — Fülgyógyászat. — Gyermekorvostan. — Elméleti tudományok köréből. (701—706. oldal.)

Könyvismertetés. (706. oldal.)

A Charité Poliklinika június 17-i ülése. (706—707. oldal.)

A budapesti orvosok kamarazene-egyesületének május 28-i IV. rendes közgyűlése. (707. oldal.)

A Magyar Szemorvostársaság XVIII. évi nagygyűlése. (708—711. oldal.)

Az Embervédelmi Kiállítás. (711—712. oldal.)

Vegyes hírek. (713—714. oldal.)

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A vörheny elleni védekezés a Dick-féle eljárással.*

Írta: *Johan Béla dr.* egyet. magántanár

Alig négy hónap mult el azóta, hogy *Bókay* professor úrral az Orvosegyesületben beszámoltunk azokról a vizsgálatainkról és tapasztalatainkról, amelyeket a Dick-féle vörhenymunkák ellenőrzése és — ha jónak bizonyulnának — hazánkban való meghonosítása, esetleg az eljárás további módosítása, javítása céljából végeztünk. Négy hónap kevés ahhoz, hogy sok újat mondhassunk, hogy sok új tapasztalatról számolhassunk be, de talán nem lesz azért hiábavaló és felesleges, hogy ez a kérdés ma ismét szőnyegre kerül, nem annyira a referátumok, mint az ezzel foglalkozó kollegáknak a referátumokhoz fűződő hozzászólásai miatt.

Az Orvosegyesületben tartott előadásom két részből állott: Az első részben a vörheny aetiologiájának kérdésével foglalkoztam a Dick-házaspár munkájának nézőpontjából, a második részben a Dick-próbára és védőoltásokra vonatkozó akkori adatainkat ismertettem.

Ma az *aetiologia* kérdését nem kívánom részletesen újra tárgyalni az idő rövidségén kívül azért sem, mert a referátumomnak címe más témakört ír nekem elő, de másrészt e téren azóta újabb, direct bizonyítékot vagy ellenbizonyítékot senki sem produkált. Ma is a Dick-házaspárnak az orvosegyesületi előadásomban ismertetett kísérletei az egyedüliek, amelyek előttünk állanak, és az emberen való kísérletezés nagy nehézségei miatt ilyen bizonyítékot vagy ellenbizonyítékot nem leszünk képesek szolgáltatni. Amiket mi ennek a kérdésnek a tisztázásához hozhatunk, azok csak közvetett bizonyítékok értékével bírnak.

Az *állatkísérletek*, mint már az orvosegyesületi előadásomban említettem, nagy nehézségekbe ütköznek. Ismeretes, hogy az állatok a vörheny virusával szemben nagyon resistensek. Megkíséreltük azóta állatoknak a resistentiáját csökkenteni, a szervezet védőerőit kimeríteni és ilyen módon fertőzést létrehozni. Az állatok elpusztultak, de a kórlefolyásból vagy a boncolási és kórszövettani képből az emberi vörheny kórképére ráismerni eddig egy esetben sem tudtunk.

A streptococcusoknak a Dick-féle felfogás értelmében a vörheny aetiologiájának kérdésében újra az előtérbe való nyomulása ismét aktuálissá tette a *streptococcusoknak a torokváladékban való előfordulásának a kérdését.* Ismeretes számos erre vonatkozó vizsgálat, amelyek meglehetősen nagy százalékában megtalálták a vörhenybetegek torkában a haemolytikus streptococcust. Hogy világosan lássunk, *Kanyó dr.* úrral újból vizsgálat alá vettük e kérdést. *Bókay* és *Gerlóczy* professor urak és *Péteri* tanár úr osztályáról kaptuk az anyagot, különösen *Kalocsay* adjunktus és *Papp* segédorvos úr szivességéből a Szt. László- és János-kórház vörhenyosztályán ezirányban rendszeres vizsgálatokat végeztünk arra vonatkozólag, hogy hány százalékban lehet kimutatni a streptococcusokat? E két helyről mintegy 100 vörhenybetegnek a torokváladékát vizsgáltuk meg, még pedig 25 beteg kivételével a többinek a torokváladékát ismételten, sok betegét 9—10-szer is, úgyhogy *Kanyó dr.* mintegy 750 esetben vizsgált ezektől a vörhenybetegektől származó torokváladékot. Azon 82 vörhenybeteg közül, akiknek torokváladékát *ismételten* vizsgáltuk, csak két esetben nem sikerült haemolytikus streptococcust kimutatni, vagyis 97·6%-ban sikerült ismételt vizsgálattal a vörhenybetegek torkában a streptococcus haemolyticust megtalálni, ami mindenesetre igen nagy százalék, különösen, ha tekintetbe vesszük azt, hogy egészséges egyének torkában a haemolytikus streptococcus aránylag ritka. 180 egészséges egyén torokváladékát vizsgálva, 13 esetben sikerült haemolytikus streptococcust találnunk, ami 7·2%-nak felel meg.

Ha a betegeket a kibocsátásukig (VI—VII. hét) voltunk képesek vizsgálni, úgy konstatáltuk, hogy a kibocsátott, meggyógyult egyének torkában kevesebb a haemolytikus streptococcus, de azért a VI. héten még 46·6%-ban, a VII. héten pedig 33·3%-ban kimutatható. Erre vonatkozó vizsgálataink még folynak és ezekre különösen nagy súlyt kívánok helyezni, mert kétségtelen a mások és a mi vizsgálatainkból is, hogy a hae-

* A Magyar Gyermekorvosok Társasága 1926 május 11-i II. nagygyűlésén tartott referátum.

molytikus streptococcusok vörhenybetegek torkában igen nagy számmal találhatók. Akár valóban a streptococcusok a vörheny kórokozói, akár a streptococcusok mellett valamely más virus, azt hiszem, hogy *a jövőben arra kell törekednünk, hogy a reconvalescenst, amennyire lehet, megszabadítsuk ezektől a torkában lévő streptococcusoktól.* Ha valóban a streptococcus a kórokozó, úgy azért, hogy a kórokozót megsemmisítsük, ha pedig nem a valódi kórokozó, úgy azért, mert könnyen lehet, hogy ameddig a vörhenyvirushoz csatlakozó streptococcusok jelen vannak, addig jelen van a supponált kórokozó is.

Az orvosegyesületi előadásomhoz fűzött hozzászólásokra adott válaszomban bejelentettem ezeket a vizsgálatokat és megemlítettem, hogy a *hazatérő gyermekek* torokváladékának a vizsgálatát, különösen az ú. n. „return cases" szempontjából tartom fontosnak. *Péteri* tanár úr osztályáról származó váladékvizsgálatok során azt találtuk, hogy egy ott vörhenyből felgyógyult és betegségének kezdete után 38 nappal hazabocsátott 19 éves leánynak torkában hazabocsátáskor még haemolytikus streptococcusok voltak. A leány április 12-én ment haza és április 19-én édesanyját vörhennyel szállították be a kórházba. Ez az egy megfigyelésünk kevés, de több ilyen vörhenyből gyógyult, torkában streptococcusokkal hazament egyént tartunk számon s a kórházi orvos urak szivességéből figyelünk és vizsgálunk tovább.

*

Mint ismeretes, a Dick-féle munkák kiindulópontja *a vörheny elleni immunitás kérdése* volt. Régi gyakorlati tapasztalat, hogy a vörheny kiállása véd egy újabb vörhenyfertőzéssel szemben, még pedig az egész életre. Nem kisszámúak azonban azok az adatok, amelyek arról szólnak, hogy typusos vörhenyen átesett egyének újra vörhenyt kaptak. *Trojanovszky* szerint a vörhenyen átesett gyermekeknek mintegy 6%-a kap újra vörhenyt. Egyesek *(Murchison, Richardson, Gilbert* és mások) szerint vannak bizonyos familiák, amelyeknek tagjai ismételten megkapták a vörhenyt. Fel kell tételeznünk, hogy ezeknél vagy egyáltalában nem fejlődik immunitás, vagy ez csak rövid tartamú. Példaképen felhozom azt az esetet, amelyet *Váll dr.* kisasszony közölt velem. Egy gyermek biztosan megállapíthatóan vörhenyen átesett. Mivel egy nevelőintézet tagja volt, amelynek összes tanulóit Dick-próbával megvizsgálták, rajta is elvégezték a próbát: Dick-positivnak bizonyult. Anyja, hivatkozva arra, hogy úgyis átesett már vörehenyen, nem engedte gyermekét immunizálni. Nemsokára rá a gyermek typusos vörhenyben megbetegedett. Ha ilyen esetekről hallunk, úgy még egy lehetőségre kell gondolnunk, és ez az, hogy talán a kórokozó virusnak különböző typusai vannak: az egyiktől létrehozott betegség kiállása nem véd a másik typussal való fertőzés ellen. *Jacobson* lehetségesnek tartja, hogy a rendes, valódi skarlatinán kívül van még egy parascarlatina is. *Jacobson* a typhus-paratyphus, a meningococcus és parameningococcus analogiájára gondol.

Ezeket előre kellett bocsátanom, amikor — bár röviden — azt a kérdést kívánom érinteni, hogy *a Dick-féle próba bír-e a gyakorlatban a vörhenyre való hajlamosság megállapítása szempontjából értékkel?* Ez a kérdés pedig igen fontos, mert hiszen a vörheny ellen való védőoltások mértéke a Dick-féle próba.

Itt több kérdést kell szemünk előtt tartanunk. Egy ilyen fontos kérdés az, hogy *a Dick-féle próba eredményei állandóak-e annyira, hogy az eredményét nem a véletlennek kell tulajdonítanunk, hanem valamely, a szervezetben rejlő állapot jelzőjének?*

Vizsgálataink azt mutatták, hogy a Dick-féle próba eredményei — ha közvetlenül egymásután végezünk pár napi időközben két reactiót — igen egyformák. Ha hosszabb időn belül ismételjük meg a próbát, úgy bizonyos eltérés lehet a próbák eredményei közt. *Bókay* professor úrnak és — *Csoma* és *Paunz* — assistenseinek eredményét igen kis kivétellel az állandóságot mutatják. A Szombathelyen öt hónap mulva megismételt Dick-próbák 13·8% eltérést mutattak az eredményekben.

Változást konstatáltunk az *állatkíséleteinkben* is, amelyeket nyulakon végeztünk. 38 különböző korú és fajú nyulon végeztünk Dick-próbát; ezek közül négy positiv reactiót mutatott. Pár hét mulva megismételve a próbát, már mind negativ lett. Úgy látszik, hogy az a kis toxinmennyiség, amelyet a bőrpróbánál injiciáltunk, elegendő volt ahhoz, hogy a negativ Dick-féle próba létrehozásához szükséges antitoxin-mennyiség termelését kiváltsa. *A. Bourcart*, 2—3 naponként alkalmazva a bőrpróbát, Dick-positiv egyéneket Dick-negativvá tett.

De *a változó* (esetleg először negativ, hónapok mulva pedig positiv) *Dick-próba az immunitás változásának is lehet jele.* Ismeretesek az olyan esetek, hogy pl. egy család négy gyermeke közül az egyik megbetegszik vörhenyben, napokig együtt van a testvéreivel, akik most nem kapják meg a vörhenyt. De pár hónap vagy év mulva az előbb meg nem betegedett, *akkor tehát immunisnak bizonyult* gyermekek közül egy, vagy több is megbetegszik vörhenyben. Előbb a fertőző agenssel szemben ellentállónak, utóbb a fertőzésre hajlamosnak bizonyult. Ez így van más fertőzőbetegségeknél is: bizonyos — előttünk ma még ismeretlen — factorok fokozhatják, mások csökkenthetik a fertőzéssel szemben való ellenállóképességet. Ismeretes, hogy valamely fertőzés kiállása egy más fertőzőbetegségre hajlamosabbá teheti az egyént. Valószínű, hogy ez a különböző ellentállóképesség, különböző fokú immunitás (a vérben keringő antitoxinok különböző mennyisége) dokumentálódik a különböző erős, sőt a különbözőképen: positivnak, illetve negativnak interpretált Dick-féle reactióban is.

Egy további kérdés, hogy *a vörhenymegbetegedések a Dick-positiv egyének közt fordulnak-e elő?* Ha erre vonatkozólag magunknak véleményt akarunk alkotni, úgy tekintetbe kell vennünk azt, hogy vajjon a bőrpróba közvetlenül a vörhenymegbetegedés előtt, illetve a betegség első napjaiban végeztetett-e, vagy régebben? Ha *a Dick-próbát a betegség első három napján* végezzük, úgy *Ker, Mc. Cartney* és *Garrity* adatai szerint 73·9% positiv Dick-reactiót kapunk. *Alexander Joe* szerint 95·5%-a, *Zingher* adatai szerint a vörhenybetegek 98·0%-a mutat positiv Dick-próbát a betegsége kezdetén. Arra vonatkozólag vannak adataink, hogy a régebben Dick-positivot mutató egyének közt fordultak elő megbetegedések, de természetesen még csak kis számmal, már csak azért is, mert a Dick-positiv egyéneket immunizáltuk.

Egy további kérdés, amellyel világosságot deríthetünk a Dick-próbák értékelésének kérdésében: *előfordulnak-e vörhenymegbetegedések a negativ Dick-próbát mutató egyének között?* Az eddigi megfigyeléseink azt mutatják, hogy *olyan Dick-negativ egyének közt, akik természettől fogva negativok, azok közt alig fordul elő vörheny,* — feltéve természetesen, hogy a reactio helyesen végeztetett. Míg *olyan Dick-negativ egyének közt, akiket mi tettünk „negativvá", azok közt*

— *bár csak kis számmal — de fordultak elő vörheny-megbetegedések.* Később erre részletesebben visszaterek, most csak megemlítem, hogy ennek az az oka, hogy *munkánk elején óvatosságból túl kicsiny toxin-adagokkal immunizáltunk, s ezért az immunitás nem volt tartós.* Meg kívánom itt említeni annak a nagy fontosságát, hogy a próbaoltások pontosan intracutan — és ne subcutan — történjenek, mert különben a toxinok gyors felszívódása következtében positiv reactio vörhenyre hajlamos egyénekben sem fejlődhetik ki.

Kétségtelen, hogy a Dick-próbát illetőleg még sok kutatásra, sok tapasztalatra van szükségünk. Ez a munka sokfelé folyik is és e közben vetődött fel a kérdés, hogy *a Dick-próbánál jelenleg alkalmazott toxin-adag helyes-e,* vagy ennek megváltoztatásával talán jobb eredményeket kaphatunk?

A Dick-próba mai magyarázata szerint negativ Dick-próbát akkor kapunk, ha a vérben és szövetnedvekben keringő antitoxin a befecskendezett toxint neutralizálja. Lehetséges már most az, hogy a jelenlévő antitoxinmennyiség elegendő a ma használatos bőrpróba toxinmennyiségének a neutralizálására, de nem elégséges arra, hogy az egyént vörhenyfertőzéssel szemben is megvédje. Épp ezért több amerikai szerző azt ajánlja, hogy a bőrpróbánál ne egy, hanem 2—3 (sőt több) bőradagot fecskendezzünk be. Ezzel kétségtelenül elérhetjük azt, hogy több positiv reactiót kapunk, de viszont kérdéses, hogy ez a magasabb bőradag jobban kifejezi-e majd a különbséget a vörhenyre való hajlamosság és védettség közt. *Kalocsay dr.*-nak és másoknak vizsgálatai is azt mutatják, hogy emelve a bőradagot, Dick-negativ egyén Dick-positivvá válik.

Ma az a helyzet, hogy egy bőradagot adunk a Dick-próbánál, vagyis azt a mennyiséget, amely nagyszámú vörhenybetegen vizsgálva, a betegség első három napján nagy többségben positiv reactiót ad, a reconvalescentiában az esetek nagy százalékában negativat. Ha fokozzuk a toxinmennyiséget és mondjuk két bőradagot adunk, úgy a vörhenybetegeknél még erősebb reactiót kapunk, ami végeredményben csak jó, de a vörhenyt kiállottaknál több positivet kapunk, mint egy bőradaggal. A positiv reactióknak ez a szaporodása erősebb toxin esetén főleg az idősebb, 7—8 éves gyermekekre és a felnőttekre esik. Ennek oka és magyarázata a következő:

Tudjuk, hogy a Dick-féle próba számos átmenetet mutat a negativtól a gyengén positivon át az erősen positiv reactióig. Positivnak jelezzük azt a reactiót, amely 10 mm-nél nagyobb átmérőjű pírt mutat, ez alatt negativnak. Említettük, hogy, emelve a toxin mennyiségét, a reactiókat erősíthetjük, vagyis a 10 mm-esnél esetleg nagyobbá tesszük azt a reactiót, amely pl. csak 5—8 mm átmérőjű, tehát negativ volt. A positiv reactióknak ily módon, erősebb bőradag adagolása folytán, való szaporodása abban a korban következik be, amelyben a legtöbb gyenge, határértékreactio van.

Ha külön görbébe állítjuk össze korok szerint az +, a ++ és a +++ positiv reactiókat (l. 1. ábra), úgy azt látjuk, hogy a 2—4 életévekben sok az erős, + + + és ++ reactio és kevés a gyenge (+). Míg a 7—8. életév után éppen fordítva: sok a gyenge reactio és aránylag kevés az erős. Ebből következik az, hogy a toxinadag emelésével a positiv reactiók számát elsősorban az ilősebb gyermekeknél és a felnőtteknél fogom szaporítani.

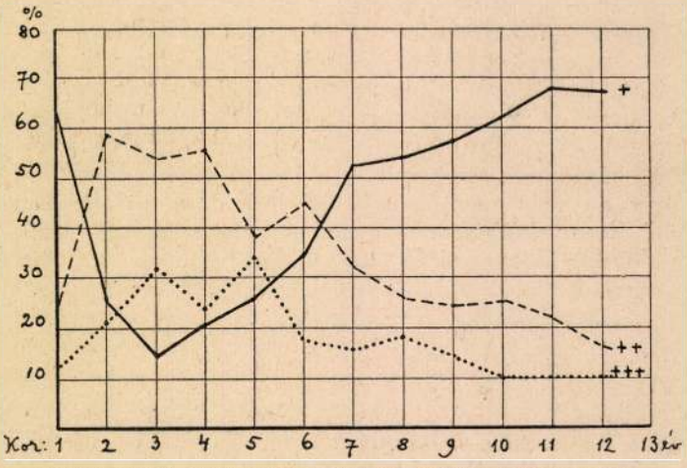
Kétséges, hogy a reactiónak ilyen irányban való érzékenyebbé tétele, a gyengén (+) positiv reactiók ilyen szaporítása kívánatos-e, vajjon ez által nem fogunk-e túl sok egyént *positivnek* jelezni, akik pedig elegendő immunitással rendelkeznek a természetes vörhenyfertőzéssel szemben. Éppen ezen meggondolások alapján mi — legalább egyelőre — nem emeljük a Dick-próbában a toxin dosisát, hanem a munkánkat egyelőre továbbra is az eddigi egy bőradaggal folytatjuk.

*

A Dick-féle próba természetesen nem cél, hanem tulajdonképen csak a vörheny prophylaxis céljait szolgáló diagnostikus reactio, amely alapját és próbakövét képezi a Dick-féle vörhenyelleni védekezésnek.

Erre a védekezésre a *Dick*ék munkája alapján kétféle mód kínálkozik: *az immunsavó útján való passiv immunizálás* és a streptococcus-toxinok útján való *activ immunizálás.*

A *passiv, immunsavóátvitel* útján való immunizálás a tökéletlenebb eljárás: rövidebb tartamú, mint



1. ábra. A különböző erősségű Dick-féle próbák százalékos megoszlása életkorok szerint.

az activ immunizálás. A passiv immunizálás nagy hátránya az activval szemben, hogy itt csak humoralis immunitás védi a szervezetet, továbbá az, hogy nem igen ismételhető hosszabb időn át az anaphylaxia miatt. Passiv immunizálás végezhető *reconvalescens* serummal és *állatból nyert vérsavóval.*

A *reconvalescens savó* therapiás alkalmazásának értékéről kedvezően referáltak többen, így hazánkban *Kalocsay dr., Gerlóczy prof.* osztályáról s így nem kétséges, hogy a prophylaxis szempontjából is várhatunk tőle eredményt. Hátránya, hogy csak korlátolt mennyiségben áll rendelkezésre, különböző egyénekből származó savó különböző értékű lehet s ha összekeverjük, úgy a gyenge értékű lerontja a magasabb értékűt, külön pedig alig tudjuk kipróbálni az egyes savókat, mert a kipróbáláshoz sok kell s így esetleg az anyag legnagyobb részét a kipróbálásra használnók fel.

A mesterséges immunizálással, *állatból, főleg lóból nyert immunsavó* meglehetősen magas antitoxintartalmat érhet el. A Dick-féle előírás pl. therapiás célra használhatónak jelzi a savót, ha 1 cm^3-e a streptococcus-toxinnak 1000 bőradagját képes neutralizálni. Ezt még 6—8-szorra koncentrálni is lehet. Egy ilyen savónak 5—10 cm^3-e képes Dick-positiv egyént Dick-negativvá tenni.

Prophylaxisos immunizálásra ebből 10 cm^3-t célszerű a Dick-positiv, vörhenyfertőzés közvetlen veszélyének kitett egyénnek befecskendezni. A Dick-próba másnapra negativvá válik és negativ marad 3—4 hétig. Célszerű ezt az időt arra felhasználni, hogy ez alatt az activ immunizálást megkezdjük.

A passiv, savóval való immunizálást abban az esetben kellene megkísérelni, ha egy Dick-positiv gyermek közvetlen környezetében (pl. testvér) történt a vörhenymegbetegedés, s így lehetőleg gyorsan kívánunk elérni immunitást. Egyébként *activ immunizálást* kellene megkísérelni.

Erre a célra az *oroszok (Gabritschewsky)* elölt streptococcus-culturákat (vaccinát) használnak. Ez a vaccina kétségtelenül tartalmaz a coccusokon kívül toxinokat is s így a streptococcusok és a toxinjaik ellen immunizál, tehát többoldalú immunitást vált ki, mint a Dick-féle oltóanyag, amely csak toxint tartalmaz. Kérdéses azonban, hogy van-e szükség erre, hogy a coccusok ellen is immunizáljunk, nem elég-e az antitoxikus immunitás? A diphtheria esetében tudjuk, hogy elegendő az antitoxicus immunitás. A vörheny pathogenesisét a Dick-féle vörhenyelmélet a diphtheriáéhoz hasonlónak mondja és az antitoxicus immunizálást a védekezés céljára elegendőnek tartja. Hazánkban az orosz eljárás szerint dolgoznak *Vass* tanár és *Strössner* főorvos és jó eredményekről számolnak be.

Az *amerikai* Dick-féle eljárás szerint, mint említettük, toxinokat használunk az immunizáláshoz. A használt toxinadag mennyiségét eleinte alacsonyra szabtuk és három oltásban együttvéve 2000, 3000, majd 5000 bőradagot fecskendeztünk be. Amidőn rájöttünk, hogy az erős reactiót adó egyének immunizálásához több toxin kell, mint a gyenge bőrpróbákat adók immunizálásához, akkor az előbbieknél még egy 6000 bőradagos oltást ajánlottunk. Tapasztaltuk, hogy néha ez a 11.000 bőradag sem elegendő. A külföldön egyes helyeken már 40.000—70.000 bőradagot fecskendeznek be s alighanem mi is erősebben fogjuk fokozni a második, de különösen a harmadik és esetleg a negyedik oltáskor adandó mennyiséget, úgyhogy mi is közelebb jussunk a külföldi mennyiségekhez. A tapasztalatok általában megegyeznek abban, hogy a legerősebb reactio az első oltás után lép fel, hogy a további oltások után a reactio az adagok erős fokozása esetén sem nagyon heves. Mégis indokolt a törekvés, hogy ha lehet, a reactiót csökkentsük. Erre több mód kínálkozik. Az egyik eljárás szerint formalinnal és meleggel a vörhenytoxint anatoxinná alakíthatjuk át. Az anatoxinok reactiót alig okoznak és e mellett megmarad az antigenképességük. Legújabban *Larson*nak és társainak natrium ricinoleattal annyira sikerült csökkenteni a toxin reactiót okozó hatását, hogy sikerült, mint leírják, egy oltásban olyan nagy adagot bevinni minden reactio nélkül a szervezetbe, hogy ez elég az immunitás létrehozására. Nekünk erre vonatkozólag még nincsenek tapasztalataink.

Hogy *az immunitás milyen tartamú lesz*, azt nehéz még megmondani. Mult év októberében immunizált, *nagyobb* adag toxinnal Dick-negativvá tett néhány gyermeknél tapasztaltam, hogy ma még Dick-negativak. *Niedermayer dr.* collega úr volt szíves a Szombathelyen mult év decemberében immunizált egyéneket idén április végén és május elején, tehát mintegy öt hónappal később, Dick-próbával újra megvizsgálni. Az ő adatait foglaltam össze a következő táblázatban:

A Dick-próbák eredményei:

Védőoltás előtt	Védőoltás után 1925 XII.	Ellenőrző próba 1926 V.
	Negativ lett	Előbbiből még negativ
+++	61·5%-ban	40·9%
++	80·7%-ban	54·4%
+	94·8%-ban	89·2%

A táblázat első oszlopa a védőoltás előtti Dick-próba erősségét mutatja. A második oszlop eredményeit már az orvosegyesületi előadásomban bátor voltam ismertetni. Ez az oszlop azt mutatja, hogy hány százalékot sikerült akkor 3000 bőradaggal Dick-negativvá tenni. A harmadik oszlop az akkor Dick-negativvá váltakon mutatja a mostani próba eredményeit. Látjuk, hogy a Szombathelyen akkor használt 3000 bőradagra hány százalék lett negativ a különböző erős positiv reactiót mutatók közül. Akkor ezen táblázat alapján megállapítottuk, hogy *minél erősebb a Dick-próba, annál több toxin szükséges az immunizáláshoz.* A mostani újabb adataink alapján még hozzátehetjük, hogy *ugyanazon toxinmennyiséggel* (3000 bőradag) *annál tartósabb immunitást tudtunk kiváltani, minél gyengébb volt a reactio. E táblázatból tehát megállapítható, hogy a Szombathelyen használt toxinmennyiség kevés volt.*

Kétségtelen mindezekből az is, hogy az immunizálást nem lehet egészen sablonosan végezni. A különböző korokban lévő egyéneknek különböző mennyiségű toxinra van szükségük, hogy Dick-negativakká legyenek; hisz természetes, hogy egy 8—10 kg-os gyermeknek kevesebb, egy 60—70 kg-os felnőttnek több toxinra lesz szüksége. Mint már említettük, az adott toxinmennyiségnek alkalmazkodnia kell a reactio erősségéhez is. Ezért *elhibázott dolognak tartom a Dick-próba nélkül való immunizálást.*

Összeállítottuk egy táblázatba azokat a jelentéseket, amelyeket az oltásokra vonatkozólag, az oltásokat hazánkban megindító Egészségügyi Reformiroda kapott. Mintegy 25 ezer Dick-próbáról szólnak ezek a jelentések. Úgy hiszem, hogy a hazánkban végzett Dick-próbák száma ma már talán a 40 ezeren is felül van, de az itt felsorolt oltások azok, amelyeket a jövőben is szemünk előtt szeretnénk tartani, hogy az oltásokra vonatkozólag véleményt alkothassunk magunknak.

•

Ebben az irányban folyik a munka, amelynek alapján ma még nincs jogunk és alapunk ahhoz, hogy mellőzzük a vörheny elleni védekezésnek azokat az eszközeit, amelyekkel *eddig* a vörheny ellen védekeztünk. Ez a védekezés, sajnos, csak általános természetű volt: a beteg izolálásából, nagyobb vagy kisebb desinficiálásból, a megbetegedett környezetében állók megfigyeléséből állott.

Tisztában vagyunk azzal, hogy *a Dick-féle védekezés tulajdonképen streptococcus elleni védekezés.* Érezzük azt, hogy az alap, amelyre ez az eljárás felépül, eddig még csak egy pilléren, a *Dick*-házaspár emberkísérletein nyugszik és ha ezt az alapot nem fogadjuk el, — ehhez bárkinek joga van addig, míg mások is meg nem ismétlik ezeket a kísérleteket —, úgy *irányítást nekünk e kérdésre vonatkozó véleményünk kialakítására a Dick-féle védekező eljárás gyakorlati eredményei adhatnak.*

Épp ezért azt kell kérdeznünk, hogy *miképen lehet majd ezen az úton választ kapni* arra vonatkozólag, hogy számíthatunk-e a jövőben vörheny elleni küzdelemben a Dick-féle oltásokra? A legtermészetesebbnek az látszik, hogy védoltunk egy bizonyos számú egyént és controllképen megfigyelünk ugyanannyi nem oltottat és nézzük, hogy melyik csoportból betegszik meg kevesebb.

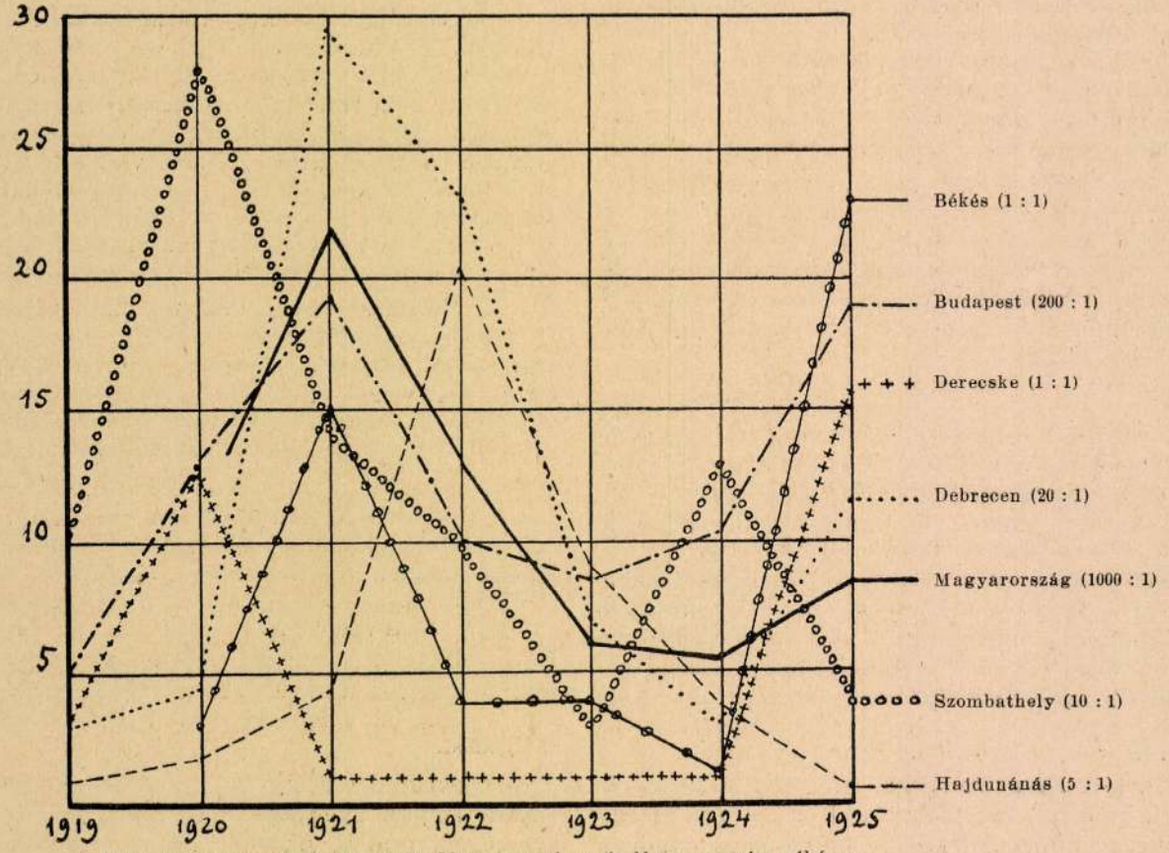
Ennek az eljárásnak nagy hibája, hogy nem minden egyén hajlamos vörhenyre. Még ha ki is kapcsoljuk a sorozatból azokat, akik tudnak róla, hogy átestek vörhenyen, még akkor is benne maradnak a csoportban azok, akik vagy veleszületetten immunisak, vagy kiültésnélküli skarlatinán mentek át s így lettek vé-

A Dick-féle oltásokról az Egészségügyi Reformirodához 1926 májusig beérkezett jelentések:

Dátum	Honnan (kitől)?	Dick-próba	Dick +	%	Védoltatott	Mennyivel? (Bőradag)	Ellenőriztetett	Negativ lett	%
1925 XII. 15.	Esztergom *(Berényi dr.)*	1.636	804	49·1	373	1.750	373	239	64·0
XII. 20.	Szombathely I. *(Niedermayer dr.)*	1.712	1.072	62·6	1.005	3.000	1.005	865	84·0
XII.	Lengyeltóti *(Móró dr.)*	129	43	33·3	—	—	—	—	—
XII.	Bpesti Gy.-menh. *(Torday prof.)*	168	24	14·3	—	—	—	—	—
1926 I. 10.	Bpesti Fehérker. *(Csurgovich dr.)*	49	17	34·7	—	—	—	—	—
I. 21.	Nagymaros *(Rácz dr.)*	119	76	65·5	55	1.750	54	49	90·7
III. 1.	Csecsemőotthon *(Sz.)*	46	27	58·6	27	—	27	25	92·5
III. 10.	Szegedi Gy.-menh. *(Kovács dr.)*	529	228	43·1	228	3.500	228	197	87·7
III. 15.	Kőszegi Nevelőint. *(Beyer dr.)*	302	102	37·7	98	3.500	98	66	67·3
III. 20.	Szeged *(Hainiss prof.)*	1.050	433	41·2	303	4.000—11.000	299	202	67·5
IV. 13.	Győr *(Ágoston dr.)*	2.002	828	41·4	751	5.000—7.500	736	600	81·5
IV. 19.	Balatonboglár *(Decleva dr.)*	281	118	41·9	75	3.500	75	69	92·0
IV. 20.	Debrecen *(Tüdős dr.)*	9.194	3.404	37·0	1.566	3.500	1.566	1.499	95·7
IV. 20.	Soproni Nevelőint. *(Váll dr.)*	462	216	46·7	201	5.000	—	—	—
IV.	Hajdunánás *(Varga dr.)*	2.141	332	15·5	325	3.500—7.000	238	226	94·9
IV. 23.	Veszprém *(Cseresnyés dr.)*	2.380	877	36·8	792	3.500—5.000	755	627	83·4
IV. 26.	Szekszárd *(Kelemen dr.)*	710	—	—	180	2.000—8.000	70	70	100·0
IV. 30.	Kőszeg *(Paller dr.)*	121	63	52·5	63	3.500	63	52	82·5
V. 3.	Hódmezővásárhely *(Haller dr.)*	1.027	402	38·1	494	4.700—11.500	487	431	88·5
V. 8.	Szombathely II. *(Niedermayer dr.)*	1.014	674	66·4	674	7500	596	473	79·3
		25.072	9.740	38·8	7.210	—	6.670	5.670	85·0

dettek. És ezek száma lehet az egyik csoportban nagyobb, a másikban kisebb s így az összehasonlításunk alapja bizonytalan. Csökkenthetjük ezt, ha minél nagyobb csoportokat állítunk szembe egymással.

Mondták azt is, hogy majd járványos időben látjuk meg, hogy hatásos-e a védőoltás, ha az egyik várost vagy községet beoltjuk vörheny ellen, a másik város lakóit nem és figyeljük, hogy a beoltott lakosságú városban kevesebb-e a vörheny, mint a másikban? (Így oltanak Jugoszlávia egyes helyein, ahol a Dick-féle próba elhagyásával gyermekeknek válogatás nélkül három toxinoltást adnak.) Sajnos azonban, a vörhenyjárványok nagyon változatos képet mutatnak. Példaképen bemutatom néhány város és község vörheny-morbiditás-görbéjét (l. 2. ábrát). Ismeretes, hogy az 1921-es, illetve 1922-es év majdnem Európaszerte a vörheny-morbiditás nagyarányú emelkedését mutatta, majd 1923-ban, sőt még 1924-ben is a vörhenymegbetegedések csökkenése következett és csak 1925-ben emelkedett ismét a vörheny-morbiditási görbe. Magyarország vörheny-morbiditási görbéje tehát hullámhegyet mutat 1921-ben, ezután 1922—1924-ig völgyet, majd újra emel-



2. *ábra.* Vörheny-morbiditási görbe Magyarországon és Magyarország néhány községében, illetőleg városában. (Békés és Derecske görbéje 1 : 1 arányban van feltüntetve. A többinél a kicsinyítés foka zárójelben a helység neve után olvasható.)

kedést 1925-ben. Ha az egyes városokat, községeket vesszük, akkor azt látjuk, hogy a városok, községek egy részében a vörheny-morbiditási görbéje általában követi az ország vörheny-morbiditási görbéjét (pl. a 2. ábrán Budapest, Debrecen, Békés görbéje), de más városok, községek görbéje ettől nagyon eltér (pl. Szombathely, Hajdunánás).

Ha pl. az ábrán felsorolt helyiségek közül 1924-ben kettőnek, mondjuk véletlenül Szombathelynek és Hajdunánásnak lakosságát vörheny ellen beoltottuk volna és a többit controllnak tekintenők, úgy ebből joggal azt következtethettük volna, hogy az *oltás* okozta e két helyen a vörhenymegbetegedések csökkenését, pedig látjuk, hogy ez a nélkül is bekövetkezett.

Ha tehát ilyen szabálytalanságok fordulnak elő a vörheny-morbiditási görbében. úgy az *epidemiologiai megfigyelések alapján nem igen dönthetjük el a vörheny elleni védőoltások értékes vagy értéktelen voltát* és más alapot kell erre keresnünk. Ez az alap a Dick-féle bőrpróba lehet.

Hogy ennek a segítségével tisztán láthassunk, ezirányú munkánkat systematikusan kell végeznünk és egymásutáni sorrendben a következő *három kérdésre kell keresnünk a felelelet:*

1. Azt kell néznünk, hogy *a Dick-féle próba segítségével sikerül-e különválasztani a vörhenyre fogékony egyéneket az immunis egyénektől?* Úgy látszik, hogy a Dick-féle próba — talán bizonyos módosítással — alkalmassá lesz tehető arra, hogy a biologiai reactióknál kikerülhetetlen bizonyos hibák leszámításával, — e reactio segítségével, a vörhenyre hajlamos és a vörhenynyel szemben ellentálló egyéneket egymástól megkülönböztethessük.

Ha a Dick-próbával ezt elérhetjük, úgy 2. *törekvésünknek oda kell irányulnia, hogy mesterséges immunizálással a Dick-positiv egyéneket negativvá tegyük, és pedig olyan módon, hogy ez az állapot minél tartósabb legyen.* Ennek elérésére alkalmasnak látszik úgy a Gabritschewsky-, mint a Dick-féle védőoltás, de a Dick-féle oltóanyagnak az eddigi ajánlott dosisa túlkevés, tehát emelni kell.

A 3-ik lépés pedig az, hogy *azt vizsgáljuk, hogy a Dick-féle védőoltással tartósan negativvá tett egyének épp olyan resistensek-e a vörhenyfertőzéssel szemben, mint a vörhenyen átesett Dick-negativ egyének,* vagyis a védőoltásokkal negativvá tett egyének közül nem betegszik-e meg több, mint a vörhenyen átesett egyének közül?

*

A vörhenyre vonatkozó *epidemiologiai kutatást* nagyon megnehezítette, hogy két ismeretlennel kellett dolgoznunk: az egyik ismeretlen a fertőző agens, a másik a szervezetnek ezen fertőző agennsel szemben való különböző, előre alig determinálható viselkedése.

A *vörheny kezelése* csak symptomatikus addig, ameddig nem ismerjük a kórokozót, annak sajátságait. A *vörheny-prophylaxis* pedig — ami pedig elsősorban célunk kell hogy legyen — teljesen bizonytalan alapokon nyugszik, amíg egyik factort sem ismerjük, mert a hatásos védekezésnek feltétele vagy a fertőző agens elpusztítása, vagy a szervezett ellenállóvá tétele.

A Dick-féle munkák e két irányban kutatnak és ha akár a kórokozó kérdésében, akár a szervezet ellenállóképességének fokozása kérdésében eredményt tudnak felmutatni, úgy hatalmas lépéssel mozdítják elő a skarlatina elleni küzdelmet.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetem I. számú női klinikájának közleménye (igazgató: Bársony János dr. egyet. ny. r. tanár).

A vérsüllyedésről nyert tapasztalatok.

Írta: *Gyulai Béla dr.* klin. tanársegéd és *Stefancsik Szilárd dr.* klin. gyakornok.

A vér a vérsejteknek a plasmában való suspensiója, ennélfogva a vérsejtek süllyedésre hajlamosak *(Linzenmeier).* Ez a hajlam azonban csak akkor érvényesül, ha a vér nem kering. Ha a vért állni hagyjuk, a vérsejtek specifikus súlyuknál fogva, az edény fenekére süllyednek. Ha tehát a suspensio sűrűsödik, más szóval, ha a részecskék közelednek egymáshoz, konglomeratumokat képezve, hydrodynamikai tekintetben mint megnagyobbodott primaer részecskék szerepelnek, miáltal nagyobb mértékben lesznek kitéve a vonzási erőnek.

Ezen jelenség *Fähraeus* óta ismeretes, aki 1917-ben közölte a vérsüllyedésről szóló felfedezését. Bár a régi haematológusoknak is volt ilyesféle jelenségről tudomásuk, hiszen a crusta sanguinis diagnostikai, therapiai és prognostikai jelentőségű volt. Ezen hártyát különösen gyulladásos betegségeknél látták kifejezettnek, észlelték továbbá terhességnél és a gyermekágyban is. Sőt azt is tudták, hogy ennek a fokozott vérsüllyedés az oka *(Hewson, Nasse* XVIII. században).

Mindamellett *Fähraeus* óta van a jelenség mibenlétébe beletekintésünk. Azóta tudjuk, hogy a gyorsan süllyedő vér szabálytalan csomókat, a középgyorsan süllyedő pedig pénztekercseket, míg a lassan süllyedő alig képez néhány pénztekercs formát, inkább szolídan elhelyezkedő vérsejtekből áll. Maga a folyamat hasonlít a haemagglutinatióhoz, a főkülönbséget azonban a folyamat reverzibilis volta adja; ugyanis rázásra a pénztekercsformák és konglomeratumok szétesnek.

A vérsüllyedés létrejövetele complex hatásokon alapszik. *Fähraeus* ezen hatásokat morphológiai és biochemiai úton magyarázza. Nevezetesen, hogy a gyorsított süllyedést a vörösvérsejtek száma, alakja, nagysága, haemoglobin tartalma és specifikus súlya segítené elő. Figyelemre méltó a vörösvérsejtek száma, mert bizonyos, hogy minden híg suspensiónál a süllyedés gyorsult. Ha pl. a plasma sejttartalmából elveszünk és ha egy millió kevesbedést mutat, akkor a süllyedési sebesség megkettőződik és fordítva *(Linzenmeier).*

A biochemiai magyarázatot az elektromos töltés hypothesis dominálja. E szerint a vérsejtek egyenlő elektromos töltésekkel (negativ) bírván, taszítják egymást, egymástól bizonyos távolságban vannak. Ha ezen töltések kisülnek, a kisülés intensitásához mérten pénztekercsképződés, illetve csomósodás áll be.

A kisülést a vörösvérsejtek felületi adsorptiója révén a plasmában levő fibrinogen positiv töltései idéznék elő. Innen van az, hogy a plasmasüllyedés fokozó hatása csökkenthető adsorbens anyagokkal, pl. kaolin *(Pitinada, Skrop)* vagy fokozható: elektrop festékekkel *(Skrop).* A további vizsgálatok ebben az irányban *Kanai*-tól származnak, aki úgy találta, hogy az egyes fehérje fractiók töltései: a fibrinogené és globuliné elősegítik, míg az albuminé csak gyengén támogatja a süllyedést.

Újabban a fősúlyt a globulinfractio felszaporodására helyezi *Fähraeus*, míg *Starlinger* és *Gram* a fibrinogent tartják főoknak. Az utóbbival megegyezik az általuk hangsúlyozott klinikai észlelés is, nevezetesen, hogy hyperinosisnál a süllyedés gyorsult, ami-

vel viszont semmiképen sincs összhangzásban az általunk is észlelt tény, miszerint a defibrinálás a süllyedési sebességet hatalmas módon csökkenti.

Fähraeus-nak a globulinokra vonatkozó feltevését exact vizsgálatok támogatják, így a saját refractometriai, *Rusznyák* nephelometriai, *H. Rhodin* és *Barát J.* albumin és globulin quotiens meghatározásai. Úgyszintén *Salomon* vizsgálataiból is kitűnik, hogy a sok globulinnal bíró vérfajok gyorsan süllyednek. Ezt láttuk mi is a *Darányi*-positiv esetekben.

A magyarázatok láncolatát *Linzenmeier* teszi teljessé a viscositásnak tulajdonított szereppel. *Höber* is csatlakozik ehhez *H. Rhodinnal*, amennyiben kimutatták, hogy a globulin mennyiségével a viscositás nő.

Itt említhető meg *Kürtennek* az észlelése is. Ugyanis in vitro cholesterinnek hozzáadására a süllyedési sebesség fokozódott. Ezen lipoid-hatás az oka a cholesterinben gazdag gravid plasma fokozott süllyedési sebességének, amit *Brinkmann* és *Wastl* ki is mutattak. Míg a lecithin antagonista hatást gyakorolna a cholesterinnel szemben, amennyiben a süllyedési sebességre csökkentőleg hat. *(Linzenmeier).*

Henkel pessimistikusan ítéli meg ezen magyarázatokat, bár elismeri, hogy ezen komplikált és intim jelenség morphologiai és biochemiai hatáson alapszik, Ő inkább a morphologiai hatást, nevezetesen a vörösvérsejtek számát, alakját, nagyságát, haemoglobin tartalmát és specifikus súlyát helyezi előtérbe. A fő momentum az utóbbi, amely egyúttal a megnövekedett csomósodásnak is volna okozója.

Ezek előrebocsátása után, lássuk a süllyedési sebesség mérésének gyakorlati értékét.

A reactióhoz szükséges vért venapunctio révén karvénából nyertük a szokásos 5%-os citratos higításban. Lehetőleg a reggeli órákban igyekeztünk erre, bár *Linzenmeier* és *Würzburger* kimutatták, hogy a táplálkozás nem bír fontossággal a süllyedési reactióra nézve.

Fontos, hogy a reactiót a lehetőséghez képest a vérvétel után állítsuk be, t. i. az állás és főleg a helyiség temperaturája befolyással bírnak. Így *Linzenmeier-rel* megegyezően azt tapasztaltuk, hogy a hideg csökkenti, a meleg pedig fokozza a sebességet. Jégszekrényben 4 óráig tartott vér 16 mm süllyedést mutatott a szobahőmérsékleten tartott vérnek a 33 mm-vel szemben. Hasonló különbséget láttunk 37 C°-os thermostatban tartott vérnél.

A sebességet az általánosan ismert *Linzenmeier* és *Westergreen*-csövekben mértük. Újabban *Henkel* módszerét is alkalmaztuk.

Henkel a fentebb említett meggondolásból kiindulva, egy olyan methodikát ajánlott, amely rövid idő alatt ad értékesíthető eredményt, kiküszöbölve az egyéb módszereknél megkívánt hosszabb megfigyelést. Erre a célra 6 mm lumenü csövet használ, mely milliméterrel van skálázva s 75 mm magasság 2 cm³ ürtartalomnak felel meg. A reactióhoz szükséges vért 3·8%-os citromsavas natriumoldattal 1 : 4 arányban keveri. Az epruvettát a 75 mm-ig megtöltve citratos vérrel és centrifugába állítva 1110 fordulatszámmal percenként, 5 percig centrifugálja. A plasma és a savó közti éles határ szintjét mm-ben olvassa le.

A kapott értékek a mi eredményeink szerint 17 és 55 mm között ingadoznak, mely határokon belül az értékszámok tizesei megközelítik a *Linzenmeier*-csőben talált értékeket. Kontrollnak a *Westergreen* értékeket használtuk.

Henkel	*Linzenmeier*	*Westergreen*
18	17	12
24	20	22
38	39	40
45	53	56
48	69	113

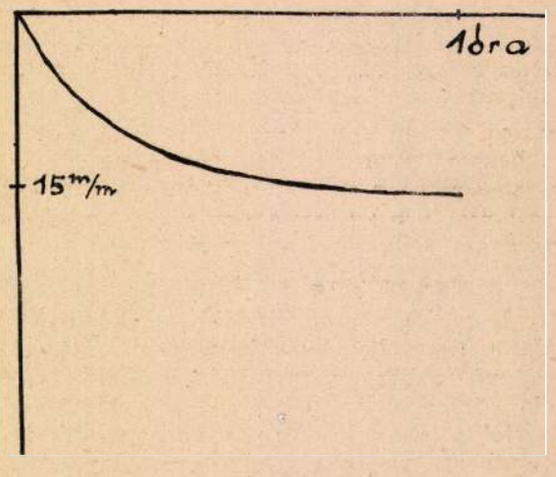
Az esetek kis részében előfordult, hogy az eredmények ellentmondanak ezen megfigyelésnek. Ilyenkor a reactio megismétlendő. Pl.

Henkel	*Linzenmeier*	*Westergreen*
50	22	22
40	5	5
30	7	7

Mint már említettük, hogy ugyancsak milliméterben olvastuk le a *Linzenmeier*-csőben talált értékeket *Westergreen* eljárásához hasonlóan. A leolvasás 1 óra mulva történt, mint *Westergreen*-nél. Itt annyiban tértünk el *Linzenmeier* előírásától, amennyiben nem azt az időt mértük, amely alatt a véroszlop 18 mm-t süllyedt.

Hogy ez mennyire racionalis, meggyőződhetünk róla, ha mellékelt ábrákat megtekintjük.

Látjuk az I. számú ábrán, hogy a 10 percenként



I. ábra.

leolvasott értékekből nyert görbe eleinte meredekebb, tehát a sebesség is nagyobb, később ez csökken a sebességnek megfelelően. Ebből az következik, hogy a süllyedési sebesség leolvasásánál ez a kezdeti sebességfázis a fontos. Ez pedig bekövetkezik az első órán belül. Hasonló jelenséget látunk pathologiás esetben is, amit a II. ábra tüntet fel. Ugyanott látjuk a Westergreen-csőben nyert értékekből szerkesztett görbét is. A különbség feltűnő, amennyiben az utóbbinál a sebesség fázisa inkább a görbe végén látható, de itt is egy órán belül.

A süllyedési reactio positiv gyulladási processusoknál és szövetszéteséseknél (chronikus gyulladásdaganatok). Másszóval érzékeny indicatora a sejtanyagcsere zavarainak, melynek előnyös volta azokban az esetekben lesz nyilvánvalóvá, ahol az említett eseményekről egyébként klinice csak nehezen volnánk képesek tudomást szerezni.

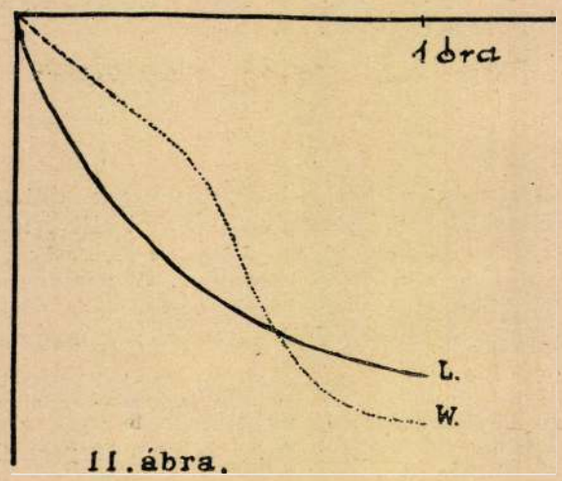
A süllyedési sebességnek a szervezetben lefolyó bizonyos természetű elváltozásokra való alkalmazkodását a terhesség, szülés és gyermekágy alatt felvett értékekből szerkesztett görbe demonstrálja a legjobban.

Látjuk e rajzból, hogy a terhesség második felében növekszik a sebesség, szülés alatt éri el a tetőpontját, a korai gyermekágyban visszaesést mutat, hogy a késői gyermekágyban ismét elérhesse eredeti szintjét.

Szóval a süllyedési sebesség stabil tünete a terhességnek, bár mint ilyen a korai hónapokban (első két hó) csekély értékei miatt nagyon bizonytalan diagnostikum.

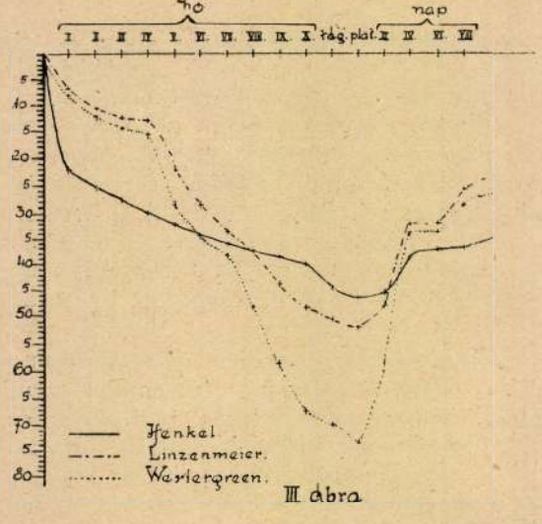
Inkább van gyakorlati jelentősége a gynaekologiában.

A keringési zavarok közül főleg a vérvesztés következtében létrejött anaemiáknál van jelentősége. Itt említhető meg, hogy menstruatio alatt is van egy



II. ábra.

csekély gyorsulás a legtöbb esetben. Sokkal fontosabb reánk nézve, hogy az extrauterin graviditás megszakadása folytán létrejött anaemiáknál mutat szembeszökő értékeket. Igaz ugyan, hogy acut rupturáknál vagy tubaris abortusnál kifejezett a klinikai kórkép és ilyenkor a süllyedési sebesség előnyei, mely extrem magasságot mutat ebben az esetben, kisebbednek. De előfordulhat, hogy gyulladási processusok lehetnek jelen (appendix-adnexumok), melyek nem typusos esetben zavarba ejthetik a vizsgálót. Ilyenkor *Gragert* azt ajánlja, hogy leukocyta számlálással egészítsük ki a vizsgálatot. Ha leukocytosist és magas süllyedési értéket kapunk, akkor az gyulladás mellett fog szólni. Hasonló különbségek különítik el a gyulladásos processusoktól a chronikus (rupturált) extrauterin eseteket, amikor a méhenkívüli terhesség heveny tünetei



III. ábra.

elmultak, ha a véralvadás az újabb vérzéseket megakadályozta. Ezen ú. n. chronikus esetekben a süllyedési értékek: 40—50 mm L.,[1] 60—70 mm W.,[2] 35—40 H.[3]

Régi haematokele retrouterinánál szintén hasonló adatokat kapunk. Magasabb értékek leukocytosissal együtt mindig secundaer módon fertőzött folyamatra utalnak. Eseteinknél szintén ezt találtuk: 70—80 mm L., 90—110 mm W., és 45—50 mm H. Bár gyakran előfordul, hogy a leukocytaszám nem mutatott lényeges szaporodást, holott a kolpotomia sebén geny ürült, melyben mikroskopice és tenyészetben is nagyon sokszor virulens bakteriumok voltak kimutathatók. A gyulladások, mint már említettük, magas értékeket mutatnak. Mi inkább a belső genitaliák gyulladásainál (salpyngitis, oophoritis, paraperimetritis, exsudatum, adnextumor) végeztük a süllyedési sebesség mérését, annál is inkább, mert mint látni fogjuk, nemcsak a gyulladásnak bizonyos feltüntetésére alkalmas fenomen, hanem indirecte útmutatásul szolgál a kezelés minőségére vonatkozólag is: conservativ kezelés vagy műtét. Végül pedig olyan esetben, amikor a műtéti therapia jön szóba, a műtét kimenetelét is sokszor előre jelzi. Így ha például magas a sebesség értéke, akkor minden valószínűség szerint acut a folyamat, az adnexműtét szóba sem jöhet. Ha középmagas s ha ennek ellenére műtét szükséges, az esetleges jelenlévő virulens gócok a műtét kimenetelét veszélyeztetik, és peritonitis csonkexsudatum vagy a hasseb per secundam való gyógyulása lehet a következmény. Ha alacsony, sőt ha eléri a normalis színtet, akkor chronikus, illetve műtétre alkalmas esettel állunk szemben.

Egyszóval *a magas süllyedéssebesség-érték* acut gyulladásnak felel meg. Eseteinknek úgyszólván 100%-ában 65 mm L., 80 mm W., 48—50 mm H. körül kaptuk, amivel parallel viselkedést mutatott a leukocytaszám is.

A *középmagas értékeket* subacut gyulladásnál láttuk: 40 mm L., 50 mm W., 40 mm H. körül. A leukocytaszám nem mutatott különleges szaporodást.

Teljesen megnyugodott esetekben maximum 20 mm L., 20 mm W., 20—30 mm H.-t mutatott a süllyedési sebesség, vagyis normalis nivóját érte el a süllyedés. Az ilyenkor operált esetek csaknem 100%-ban per primam, csonkexsudatum nélkül gyógyultak. Míg a középmagas, illetve magas értékekkel bíró esetekben a műtéti kimenetel csak 20·5%-ban volt síma, 78%-ban a hasseb vagy per secundam gyógyult, vagy csonkexsudatum fejlődött ki; 1·5%-ban pedig exitussal végződött.

A deviatiónál talált mérési eredmények, eltekintve a mobilis retroflexiótól, amelyeknél normalis a süllyedési sebességi szám, a fixált és semifixált műtétre alkalmas retroflexiónál 20 mm-nél valamivel magasabb értékeket mutat.

A süllyedési reactio, mint a gyulladás érzékeny jelzője, egy esetben mégis cserben hagy, és pedig pyovarium vagy pyosalpinx esetében. A gyulladás ilyenkor vastagabb kötőszöveti tokot képezvén, a toxinokat nem engedi resorbeálódni, a plasma nem szenved változást s a süllyedési sebesség kimarad. Erre *Linzenmeier* hívta fel a figyelmet, amit *Bichowskaja* és mások tapasztalataikkal megerősítettek. Mi ugyancsak megerősíthetjük ezt saját megfigyeléseinkkel. Az általunk észlelt 13 eset közül 10 esetben (76%) a normalistól alig eltérő értéket kaptunk, holott több esetben a bakteriologiai vizsgálat positiv volt és csak egyetlenegyszer volt leukocytosis.

A jóindulatú daganatoknál, nevezetesen fibroma, myoma, fibromyomáknál, normalis értékek dominálnak, nem szólva az olyan esetekről, ahol az előrement vérzések következtében a festési index és a vörösvérsejtszám anaemiát mutat. Ilyenkor természetesen magasabb számot fogunk kapni.

A cysták és a jóindulatú tömlős daganatok hasonló viselkedést tanusítanak. Bár cystoma serosum s. papillarenál rohamosan süllyednek a vérsejtek. Ilyen esetekben a savóoszlop magassága 25—60 mm között ingadozik.

[1] *Linzenmeier*, [2] *Westergreen*, [3] *Henkel*.

Carcinománál, sarkománál, chorioepitheliománál, vagyis rosszindulatú daganatoknál a szövetszétesés folytán a fehérje dekomponált termékei felszívódnak, következménye a gyorsult süllyedés lesz. Különösen carcinománál osztályozta a talált értékeket *Giesecke*. Úgy találta, hogy kezdeti stadiumban a reactio negativ, vagy csak alig emelkedik a normalis számon túl. Míg kiképződött, kráteres carcinománál a süllyedési sebesség gyorsult. Ha az eset operabilis, műtét után visszatér a normalis értékre. Szóval a carcinoma terjedésével a süllyedési sebesség parallel haladna. *Linzenmeier* ezzel szemben pessimistikus állást foglal. Nevezetesen szerinte a magas süllyedés nem kizárólagosan a carcinomától ered, amennyiben secundaer infectio folytán toxikus anyagok szívódnak fel, amelyek a süllyedési sebességre szintén elősegítőleg hatnak. Idevonatkozólag 19 esetet figyeltünk meg. A süllyedési sebesség 50—60 mm L., 60—100 mm W., 45—50 mm H. volt. Hat esetben normalis értéket kaptunk, amiből négy klinice operabilis carcinomának minősíttetett.

Összefoglalás: 1. Az egyórai leolvasást tartjuk a legmegfelelőbbnek a Linzenmeier-csőben való méréshez is.

2. A Henkel-módszernél nyert értékek szűk határok között mozoghatnak s e miatt a módszer pontosságából veszít. Előnye rövid idő alatt nyerhető érték.

3. Minden laparotomia előtt ajánlatos a vérsüllyedés mérése. Adnexotomia végzése csak normalis értéket mutató esetben célszerű.

4. Pyosalpinx, illetve pyovarium eseteiben a vérsüllyedés cserben hagyhat. (Régi, kérgesen eltokolt folyamatoknál.)

Irodalom: *Barát J.:* Orvosképzés 1925, Korányi c. füz. — *Bichowskaja:* Ref. Berichte u. d. gesamt. etc. 1925, VIII. köt. — *Brinkmann* és *Wastl:* Bioch. Zeitschr. 1921, CXXIV. köt. — *Fähraeus:* l. Halban-Seitz. — *Gragert:* Zentralbl. f. Gyn. 1923. — *Gram:* l. Halban-Seitz. — *Henkel:* Deutsche med. Wochenschr. 1924, 34. sz. — *Hewson* és *Dasse:* l. Halban-Seitz. — *Höber:* Deutsche med. Wochenschr. 1920., Klin. Wochenschr. 1922., Pflügers Arch. 1904. — *Kanai T.:* Pflügers Arch. 1923, CXCVII. köt. — *Kürten:* l. Halban-Seitz. — *Linzenmeier:* Münch. med. Wochenschr. 1923, 40. sz. és Halban-Seitz V. köt. — *Pitinada:* Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1924, 6. sz. — *Rhodin H.:* Deutsche med. Wochenschr. 1924, 17. sz. — *Rusznyák:* Orv. Arch. 1924. — *Skrop F.* O. H. 1925, 38. sz. — *Starlinger:* Bioch. Zeitschr. 1921, CXXII. köt. — *Würzburger:* Zentralbl. f. Gyn. 1925, 20. sz.

A debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetem sebészeti klinikájának közleménye (igazgató: Hüttl Tivadar dr. egyet. ny. r. tanár).

Pneumocysta cerebri.

Írta: *Siegmund Ervin dr.* tanársegéd.

A világháború a koponyasérüléseknek egy addig még nem észlelt, ritka és mégis egy bizonyos mértékig typusos szövődményét, a koponyaüregben előforduló levegőfelhalmozódásokat ismertette meg velünk. A két első megfigyelést *Duken* Rieder Röntgen-intézetéből közölte. Utána több szerző hasonló eseteket írt le, melyek közül az amerikai szerzők által közölt esetek nagyrészt nem harctéri sérülések következményei voltak.

A f. évben alkalmam volt klinikánkon egy hasonló esetet észlelni, melynek kórtörténetét röviden közlöm.

Zs. S. 24 éves földművest 1925 szeptember 13-án klinikánkra szállították. Családi anamnesisében említésre méltó adat nincs. Előadja, hogy négy nap előtt megtámadták, karjára és fejére botokkal és kapával több ütést mértek. Összeesett, de eszméletét nem vesztette el. Másnap megint megtámadták és fejét ütlegelték. Ekkor eszméletét veszítette és másnap reggelig eszméletlen volt. A baleset utáni napokon keveset hányt. Fejét és bal alkarját fájlalja.

Jelen állapot: A magastermetű, jól fejlett és táplált férfi homlokán és fejtetején a bőr duzzadt, oedemás. Az oedemás duzzanat hátrafelé fokozatosan csökken és a squama occipitalis tájékán megszűnik. A felső szemhéjak erősen duzzadtak, oedemásak, bőrük lilásvörösen elszíneződött. Az alsó szemhéjakon apró petechiák. A bal gabella felett 1½ cm hosszú, 3 mm-nyire tátongó seb, melyet szondázva, csupasz koponyacsontra találunk. A koponyatetőn, a bal falcsont felett kezdődő és a sutura sagitalist ferdén metsző 6 cm hosszú bőrseb, mely sehol nem terjed csontig. A jobb fülkagyló körül a bőr kékesvörös. A homlokcsonton a homloköbölnek megfelelően és felette egyenlőtlenséget, rendellenes mozgékonyságot és finom sercegést tapintunk (sinus frontalis sérülés). Orrüreg, hallójáratok szabadok, dobhártyák épek. Sensorium tiszta, agyidegek részéről bénulás nincs, reflexek eltérést nem mutatnak. Látása homályos, arasznyi távolságban ujjakat nem tud számolni Pulzus: 58. A bal alkar sérülésére (dislocatio nélküli ulna törés) nem akarok kitérni. Egyébként kóros elváltozás nem található. Fejsebekre steril kötés.

IX. 13-án este pulzusa 50 alá süllyed. A gerinccsatornából 20 cm^3 tiszta liquort lebocsájtunk. Utána pulzusa 60-ra felszáll. IX. 14-én. Röntgen-lelet: a homlokcsonton darabos, lemezes törés. A betört lemezek helyenként 1—2 mm-rel a koponyába imprimálódtak; a törés ráterjed a sinus frontalisra *(Markó dr.)*. A beteg eleinte subfebrilis, főfájásról panaszkodik, mely lassanként javul. IX. 18-ig naponta 4 g urotropint szed per os. Sebek reactio nélkül begyógyulnak. Pulzusa IX. 18-ig 60 körül ingadozik, majd 70 körül mozog, IX. 28-tól láztalan. A beteg X. 3-án, tehát három héttel a felvétele után, panaszmentesen távozik, főfájása megszűnt, látása normalis.

X. 20-án klinikánkat megint felkeresi és panaszkodik, hogy a feje fáj, az orrából eltávozása után egy hétig tiszta, halványsárga, híg folyadék ürült, ha munka közben előrehajolt. A folyás körülbelül ¼ óráig tartott, majd megszűnt és csak másnap ismétlődött. Vannak napok, amikor nem tudja, mit cselekszik, egyízben pl. szekerét felgyujtotta. Világos napjaiban ezekre nem emlékszik.

Jelen állapot: Subfebrilis, pulzus 56—70, rythmusos, középtelt. Sensorium tiszta. Belső szervek és agyidegek részéről elváltozás nincsen, reflexek kóros eltérést nem mutatnak. Alig észrevehető horizontalis nystagmus. A fejbőr sérüléseinek megfelelően reactiomentes hegek. Homlokcsont egyenlőtlen felszínű, különösen közvetlenül a középvonaltól jobbra és 3 cm-nyire a szemgödri szél felett besüppedés érezhető. A jobb glabella táján ötkoronásnyi helyen dobos színezetű kopogtatási hang. A kopogtatás e helyen kellemetlen érzést vált ki, de nem kifejezetten fájdalmas.

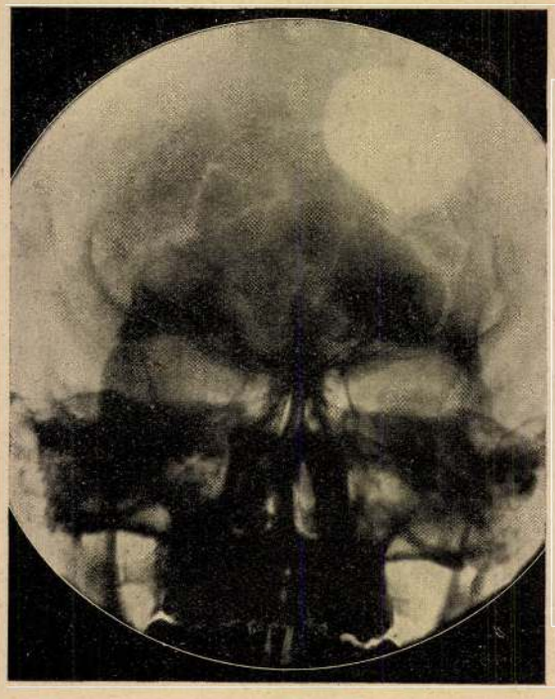
A klinikán való tartózkodása alatt psychikus zavarokat nem észleltünk. A consiliumra hívott belgyógyász tanácsára a beteget XI. 3-án megfigyelésre a belklinikára helyezzük át, ahonnét hat nap mulva a közben történt második Röntgen-felvétel alapján levegőt tartalmazó agytályog diagnosissal a sebészeti klinikára visszaküldték. Statusa nem változott.

A XI. 5-én történt Röntgen-felvétel lelete: Az os frontalen csillagalakú repedés, melynek ágait körkörös repedésvonalak szelik át. A jobb frontalis lebenyben az arcus supraorbitalis felett 3 cm-re kezdődő, gyermekökölnyi, gázzal telt, kevés folyadékot tartalmazó tályogüreg, melynek belső conturja a medianvonalig ér. Közvetlenül az os frontale alatt fekszik *(Markó dr.)*. A Röntgen-képből az irodalomban leközölt esetek alapján a pneumocysta cerebri diagnosist felállítani nem okozott nehézségeket.

A beteg továbbra is subfebrilis (hőemelkedések 37·4 C°-ig). Pulzusa 70—80 közt ingadozik. XI. 13-án az értelmes beteg arra figyelmeztet bennünket, hogy feje mozgásainál loccsanást érez, tehát fejében víznek is kell lennie. Amikor a beteg fekvő helyzetből hirtelenül felül, vagy hirtelenül lefekszik, a loccsanás körülbelül 30 cm távolságig jól hallható és a XI. 14-én történt Röntgen-felvételen a cystában egy folyadéktükör látható, melynek hullámzása a fej mozgásainál a Röntgenernyő előtt jól megfigyelhető.

A XI. 16-án történt műtét (műtő *Hüttl* prof.)

diagnosisunkat mindenben beigazolta. Osteoplastikus Wagner-lebeny képzése, melynek bázisa a jobb szemgödri szélnek felel meg. A lebeny lehajtásakor kitűnik, hogy a homlokcsontnak ez a része a szemgödri szél felett négy darabból áll, mely darabok egymással csontosan összenőve nincsenek. A jobboldali sinus frontalis felső falát az egyik, medialisan fekvő csontdarab foglalja magában. A sinus frontalis így a lebeny lehajtása után nyitva fekszik, nyálkahártyája szabadon látható, üregét 2—3 cm³ zöldessárga, nyúlós nyák tölti ki, mely részben a durán fekszik rajta. A sinus nyálkahártyájával érintkező dura részben megvastagodott, egy harántirányban haladó, a sinus longitudinalistól kiinduló, 2 cm hosszú, heges ráncot képez. A homloklebeny nem pulsál. A durából ugyancsak egy alapiával a szemgödri szél felett ülő lebenyt képezünk, melynek lehajtása után a dura sebbe agyállomány tódul elő, mely a durával egy helyen lazán összenőtt. Az összenövést szétfejtjük. Levegő sem a dura felett, sem a dura alatt nem volt. Az előboltosuló homloklebeny feltünően puha tapintatú. Punctiónál 3 mm mélységben egy levegőt tartalmazó üregbe jutunk, melyből e mellett 3 cm³ kissé sárgásszínű liquor is szívható ki. A punctio után a homloklebeny összeesik. A cysta pontosabb viszonyait illetőleg tájékozódást szerzendő, harántirányú metszés-

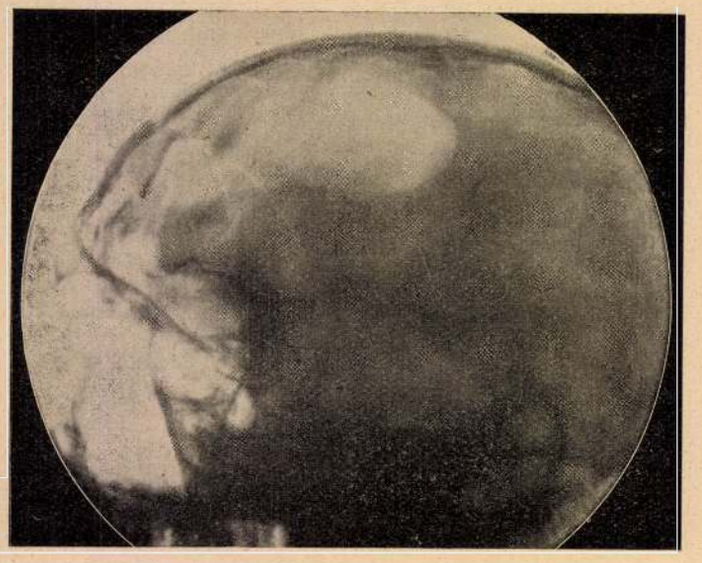


1. ábra.

sel a középső homloklebenynek megfelelőleg, a levegőüreget előre határoló agyállományt átmetsszük. Ekkor kitűnik, hogy a homloklebenyben egy lúdtojásnyi üreg van, melyet mindenütt puha, ép agyállomány határol. Az üreg az oldalgyomorral összeköttetésben nincsen. Az üreg kitöltésére a jobb combról zsírlebenyt veszünk (10 cm hosszú, 4 cm széles hüvelykujjnyi vastag zsírlebeny), melyet az üregbe helyezünk. Az agysérülés sebét összefektetve, a dura sebszéleit csomós catgutvarrattal egyesítjük, ami semmi nehézséget nem okoz. A bőr- és csontlebeny visszahajtása után a bőrt csomós selyemvarrattal egyesítjük. Steril kötés, kemény pólya.

A beteg műtét után négy napig erős főfájásról panaszkodik, az első napokban többször összefüggéstelen dolgokat beszél. Szemhéjai oedemásan duzzadtak, hőemelkedés 37·5 C°-ig. A duzzanat az ötödik naptól kezdve visszafejlődik és a hatodik napon eltűnik. Sensoriuma tiszta, főfájása csökkent, pulzus 56—64 között ingadozik. Egynéhány varrat eltávolítása, hőemelkedés 37·1 C°-ig. XI. 23. Varratkiszedés. Seb reactiomentes. XI. 24. Felkel, fejét alig fájlalja. XI. 29. Teljesen jól érzi magát, öt nap óta láztalan, a klinikát elhagyja. XII. 2-án a beteget berendeljük. E napon, tehát 16 nappal a műtét után készült Röntgen-felvételen levegőt tartalmazó üreg nem látható.

Az esetet nagy ritkasága miatt közlésre méltónak találtam és ezen oknál fogva szeretnék a kórképpel kissé bővebben foglalkozni. Az intracranialis levegőgyülemek, melyeket az irodalomban pneumatokele, pneumocysta, levegőt tartalmazó cysta, aerokele s



2. ábra.

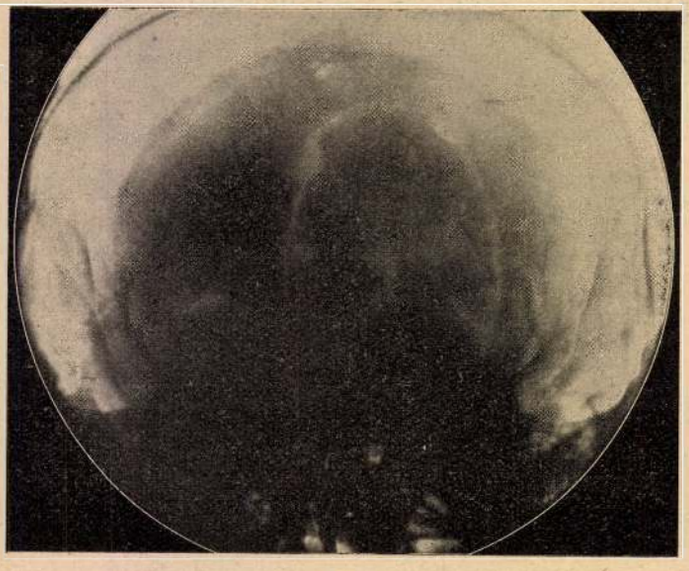
pneumoventricle (amerikai szerzők) és pneumocephalus nevek alatt leírtak, három csoportba sorozhatók, nevezetesen:

1. intraventricularis levegőgyülemek *(Hansemann, Luckett, Stewart, Skinner, Potter, Chiari, Teachenor).* A levegő az agygyomrocsokban foglal helyet;

2. intracranialis, de extracerebralis levegőgyülemek. *Reisinger* észlelt egy ilyen, a dura és os frontale között fekvő levegőtartalmú üreget. Ide tartozik még *May, Imboden* és *Manninger* esete;

3. intracerebralis levegőgyülemek. A klinikánkon észlelt eset az utolsó csoportba tartozik és számára a *Verebélytől* származó „pneumocysta" elnevezést tartom legmegfelelőbbnek, mivel az üreg minden oldalról ép agyállománytól volt határolva.

A két első csoporttal nem akarok bővebben fog-



3. ábra.

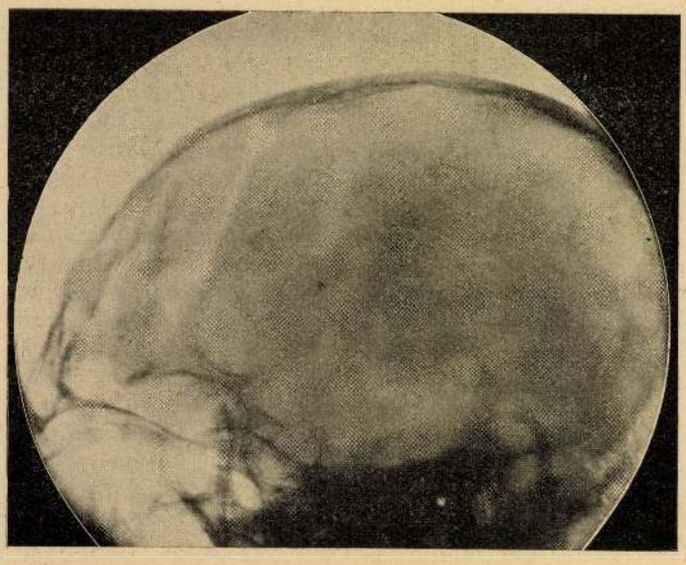
lalkozni és csak annyit említek, hogy a levegőgyülemek, *Chiari* esetének kivételével, az orr levegőt tartalmazó melléküregeinek sérülését okozó trauma után jöttek létre és keletkezésük módja, amennyiben ez a referatumból megállapítható, valószínűleg az általunk

felvett mechanismussal, melyre még bővebben kitérek, megegyezik. Így pl. *Luckett* megfigyelte, hogy egy intraventricularis levegőgyülem két héttel a homloköböl sérülése után trüsszentés alkalmával keletkezett.

Az intracerebralis levegőgyülemeknek a rendelkezésemre álló irodalomban nyolc esetét találtam, melyeket az összehasonlítás kedvéért röviden felsorolok.

1. *Duken* első esete (*Gebele* 11. esete). Hat héttel a bal homloköblön áthatoló, gyalogsági golyó által okozott sérülés után reactiomentes hegek. A homlokcsont baloldalán dobos kopogtatási hang. A fej mozgásainál egy ½ méterig jól hallható bugyborékoló zörej. A Röntgen-képben a bal homlok- és halánték-lebenyben egy-egy ötmárkányi árnyékkiesés, melyekben mozgó folyadéktükör látható. A műtétnél *Gebele* a két hiányosan elválasztott üregben levegőt és véressavós, steril folyadékot talált. Az üreget drainezte, a seb per primam gyógyult. Öt hét mulva a Röntgen-felvételen üreg nem látható. A beteg 11 hét mulva a bal homloklebenyben keletkezett tályogban elpusztult.

2. *Duken* második esete (*Gebele* 3. esete). Tangentialis lövés az os occipitalen. 11 hét mulva Röntgen-felvétel: 6 cm hosszú csonthiány az os occipitalen, melyből két fissura a cellulae mastoideaeig hatol. Közvetlenül a sérülés alatt mogyorónyi, levegőt és folyadékot tartalmazó üreg az agyban. Műtét (*Gebele*) feltárás, punctio (véres-savós, steril folyadék). Üreg fel-



1. ábra.

tárása, két, az agyban fekvő csontszilánk eltávolítása. A beteg hat héttel a műtét után gyógyultan távozik. A Röntgen-képen cysta nem látható.

3. *Kredel* esete. Négy héttel egy gyalogsági golyó által okozott koponyasérülés után reactiomentes hegek, tympania az os frontale jobboldalán. Röntgen-felvételen tojásnagyságú árnyékkiesés a jobb homloklebenyben. Műtét előtt, mikor az addig fennálló liquorfolyás a jobb orrnyílásból megszűnt, a fej mozgásainál loccsanás is hallható. Az üreget feltárja és benne levegőn kívül egy evőkanálnyi véres savót, a homloköböl hátulsó falában pedig szűk nyílást talál. Homloköböl kitakarítása, üreg drainezése. 3½ hét mulva gyógyulás, a Röntgen nem mutat üreget.

4. *Verebély* esete (*Ranschburg* közleményében). Sérülés gyalogsági golyó által. Három hét mulva reactiomentes heg a bal halántéktájékon, jobb szem hiányzik. A Röntgen-felvételen a jobb homloklebenyben árnyékkiesés. A betegnek állítólag jobb orrnyílásából genyes folyása volt. *Verebély* a majdnem ökölnyi üreget feltárja, melyből a levegő sisteregve távozik. Folyadékot nem tartalmaz. A cellulae ethmoidales nyálkahártyája az üregbe betüremkedik. Tenyérnyi csontdefectus készítése, tamponade. Az üreg négy hét mulva még 18×20 mm átmérőjű. A beteg további sorsa a közleményből nem állapítható meg.

5. *Brüning* esete. 53 nappal egy, a jobb homloköblön áthatoló, gyalogsági golyó által okozott sérülés után reactiomentes hegek. Felülésnél a jobb orrnyílásból tiszta, borostyánkőszínű folyadék ürül. Homlokcsont jobboldalán kifejezett dobos kopogtatási hang. A Röntgen a jobb homloklebenyben lúdtojásnagyságú árnyékkiesést mutat. A lúdtojásnyi, csak levegőt tartalmazó üreget feltárja, felette csontdefectust készít és gummidraint helyez az üregbe. 15 hét mulva a Röntgenképen még kis árnyékkiesés látható.

6. *Wodarz esete.* A fejtetőn lévő, agysérüléssel járó, tangentialis srapnellövés után roncsolási üreg keletkezik az agyban. 19 nap mulva az üreg a külső sérüléssel még közlekedik és azt egy visszamaradt csontszilánk és sarjak oly módon elzárják, hogy egy ventilszerű nyílás keletkezik. A fej előre- és hátrahajlításánál a levegő egy méter távolságig hallható szürcsölő zörejjel ki- és beáramlik. Az üreg a szilánk eltávolítása után összeesik és a beteg meggyógyul.

7. *Mc. Cannel* esete. Három héttel egy supraorbitalis homloköböltöréssel járó sérülés (automobil-baleset) után Röntgen-felvételen a törés közvetlen közelében nagy árnyékkiesés látható. A pneumatokele két hónap után spontan felszívódott.

8. *Barbe* és *Glenard* (*Teachenor* közleményében) egy aerokele helyén egy év mulva egy 25 cm^3 folyadékot tartalmazó cystát találtak.

A felsorolt esetekben, mint közös, jellemző momentummal, majdnem kivétel nélkül a koponya levegőt tartalmazó üregeinek, és pedig túlnyomó részben a homloköböl serüléseivel találkozunk. Ez szerepel a mi esetünkben is, sőt az extracerebralis és intraventricularis levegőgyülemeknél is. Kivételt képez *Wodarz* esete, ahol a levegőnek kívülről való bejutását egész sajátságos viszonyok lehetségessé tették. *Duken* második esetében a levegő az ő véleménye szerint a cellulae mastoideaeből hatolt be, *Gebele* szerint pedig a koponyasérülésen keresztül kívülről. *Barbe* és *Glenard* esetének rövid referatuma erre vonatkozó adatokat nem tartalmaz.

A többi esetben a szerzők véleménye abban egybehangzó, hogy a levegő az orr levegőt tartalmazó melléküregeiből orrfuvásnál vagy trüsszentésnél, amidőn a légnyomás ezekben az üregekben fokozódik, az agyba kerül, de a mechanismus magyarázatát illetőleg a vélemények eltérők. Míg *Brüning* egy roncsolási üreg keletkezését és tartalmának a sinus frontalison keresztül történő távozását, *Ranschburg* pedig egy agytályognak a rostasejteken keresztül létrejött kiürülését veszi fel, amelybe a levegő a *Chiari* által adott magyarázat szerint úgyszólván csak a kiürült tartalom pótlásaként behatolt és itt könnyebb fajsúlyánál fogva a legmagasabb ponton elhelyezkedve, a folyadékot fokozatosan kiszorította és helyettesítette, addig *Duken* véleménye szerint a nagy nyomás alatt álló levegő maga üreget vájt az agyban. Ezen felfogáshoz csatlakozik *Kredel* is, azzal a különbséggel, hogy az üregnek *Duken*től feltételezett, egy dura vagy periostcafat által keletkező szelepszerű elzáródását a magyarázathoz nem tartja szükségesnek és ilyet a műtétnél nem is talált. Én az utóbbi véleményhez csatlakozom. Egy csontszilánk a durát megsértette, minek nyomát a műtétnél észlelt durahegben találtuk, esetleg az agykérgen is kisebb sebet okozott és az agy a dura nyílásához tapadt (műtétnél észlelt finom összenövések). A levegő orrfuvásnál vagy trüsszentésnél nagy nyomás alatt az orron, sinus frontalison és annak a műtétnél talált nyílásán keresztül az agyba hatolt és itt üreget vájt magának, melynek finom kivezető nyílását az összeeső agyállomány megint elzárta. Billentyű felvételét nem tartom szükségesnek, de erre vonatkozóan a műtét nem adhatott felvilágosítást, mivel a dura sebe már begyógyult. Agytályog létezése a mi esetünkben véleményem szerint kizárható, mivel az üreg falait ép agyállomány képezte, a benne talált folyadék tiszta liquor volt, melynek bakteriologiai vizsgálata tenyésztési kísérletben negativ eredményt adott és az

értelmes beteg előadja, hogy az általa észlelt, az orrból ürülő folyadék tiszta, híg és világossárga volt.

Ami a levegőgyülem keletkezésének időpontját illeti, megállapíthatjuk, hogy azt a szerzők kivétel nélkül csak egynéhány héttel a koponyasérülés után észlelték, legkorábban *Ranschburg* (három hét mulva), legkésőbben *Duken* 2. esetében (11 hét mulva). A mi esetünkben a biztos diagnosis a Röntgen-lelet alapján 53 nappal a sérülés után volt megállapítható, de véleményem szerint a folyamat kezdete korábbi időpontra tehető és valószínűleg a periodikus liquorfolyással esik össze.

A klinikai tünetek közül egy esetben sem hiányzik a főfájás, mely *Brüning* betegénél oly nagyfokú volt, hogy a beteg szivesen bármilyen műtéti beavatkozásba belecegyezett. Hozzájárult többször szédülés és bizonytalan járás. A homloklebenyben elhelyezkedő levegőgyülemeknél azonkívül psychikus zavarokat találtak, melyek *Duken* első esetében alig észrevehetők, *Kredel* betegénél már szófukarságban és a rendes érdeklődés hiányában nyilvánultak, míg *Brüning*nek feltűnt, hogy betege magát elhanyagolja, állandóan élcelődik és rohamszerűen jelentkező nagyobb psychikus zavarokat mutat. Betegünknél a klinikán való tartózkodási idő alatt psychikus zavarokat nem észleltünk, de az általa előadott eszméletzavarok a belklinika *(Csiky* prof.) véleménye szerint epileptikus rohamok psychikus aequivalenseinek felelnek meg. Fokozott agynyomásra mutató tünetek, pangásos papilla, hányás, bradykardia az esetek túlnyomó részében hiányzanak. A betegek majdnem kivétel nélkül subfebrilisek, sőt több szerző magasabb hőemelkedésről is tesz említést *(Kredel* 39·0 C°, stb.).

Míg ezek a tünetek már arra kell, hogy figyelmeztessenek bennünket, hogy a koponyasérüléshez komolyabb szövődmény társult, addig a vizsgálatnál talált tapintási, esetleg csak kopogtatási érzékenység és a dobos kopogtatási hang a levegőgyülem tájékán a diagnosist már valószínűvé teszi és az majdnem biztosnak mondható, ha, mint a mi esetünkben is, a fej mozgásait kísérő loccsanás hallható. De döntő szerepet a Röntgen-felvétel játszik. Az ezen látható homogen árnyékkiesés, esetleg annak alján mozgó folyadékfelszín, a kórismét annyira biztosítja, hogy az irodalomban található diagnostikus tévedések, melyek részint csak a műtétnél tűntek ki, csak abból magyarázhatók, hogy a kórkép az illető szerző előtt még ismeretlen volt.

Ami a műtéti indicatiót illeti, a beavatkozást szükségesnek tartom, egyrészt azért, mert a levegőgyülem az agyban, még ha közlekedése a sinus frontalissal meg is szűnt, mint a mi esetünkben, úgyhogy az üreg másodlagos fertőzésétől nem kell tartanunk, igen kellemetlen tüneteket vált ki, másrészt pedig a levegő spontan felszívódása rövidebb időn belül nem várható. Ez csak *Mc. Cannel* esetében következett be, még pedig két hónap alatt, de közleménye éppen ezen körülmény miatt nem tud engem kellőképen arról meggyőzni, hogy az ő betegénél a levegő tényleg az agyállományban foglalt helyet. Különben az amerikai szerzők *(Teachenor, Potter* és *Dodd)* véleménye is abban egybehangzó, hogy míg a levegő felszívódása az agygyomrocsokból aránylag rövid idő alatt *(Teachenor* esetében 18 nap alatt) bekövetkezik, addig ez az agyállományban levő levegőgyülemeknél csak igen hosszú idő alatt várható és akkor sem kell, hogy az üreg eltűnéséhez vezessen. Ezt bizonyítja *Barbe* és *Glenard* esete is, ahol a levegőt folyadék pótolta. A mi esetünkben a pneumocysta a műtét napján körülbelül öt hét óta állhatott fenn és egyáltalában nem mutatott hajlandóságot a megkisebbedésre.

A műtéti megoldás a közölt esetekben, kisebb eltérésektől eltekintve, ugyanaz volt. A szerzők az üreget megnyitották és gummicsővel vagy gazecsíkkal drainezték, nyilvánvalóan abban bízva, hogy az agyállomány rugalmasságánál fogva az üreget ki fogja tölteni. De azokban az esetekben, ahol az üreg nagysága a mi betegünknél találthoz közel állt, ez csak *Kredel* esetében következett be 3½ hét alatt. *Verebély* esetében a tág nyíláson keresztül még négy hét mulva is 18—20 mm átmérőjű üreg volt látható, míg *Brüning* betegénél a Röntgen-kép klinikai gyógyulás mellett még 15 hónap mulva is kisebb üreget mutatott és azt annak dacára, hogy ő az osteoplastikus lebeny csontos részét eltávolította, ami a műtéti terület bőrének besüppedéséhez vezetett és a betegre nézve különben sem mondható közömbösnek. De az üregnek kifelé való drainezését már azért sem tartom idealis eljárásnak, mivel ez az utólagos fertőzés veszélyét rejti magában.

Éppen ezért klinikánkon *(Hüttl* prof.) egy másik megoldást kerestünk, mely az üregnek szabadon transplantált zsírlebennyel való kitöltésében és a seb teljes elzárásában állt, eddig hasonló esetben még nem nyert alkalmazást és teljes és gyors eredményhez vezetett. Betegünk a klinikát 13 nappal a műtét után gyógyultan elhagyta és a Röntgen-felvételen 16 nappal a műtét után levegőt tartalmazó üreg nem volt látható. A zsírátültetés lehetőségét csak *Brüning* említi, de azt az üreg nagysága miatt aggályosnak tartja. Pedig *Brahmann* már 1911-ben egy ökölnyi psammoma kiirtása után visszamaradt agydefectust szabadon transplantált zsírszövettel pótolt. Betege ugyan visszamaradt liquor sipoly következtében meghalt, de a kórbonctani lelet más szerzőt hasonló kísérletekre bátorított. Így *Spassokukotzki* és *Goljanitzki* 1913-ban két esetről referál és bár *Smirnoff* egy esetben az átültetett zsírlebeny heges zsugorodását észlelte, *Lexer* ezt a módszert 1919-ben nagy agydefectusok pótlására ajánlja, támaszkodva *Eden* állatkísérleteire, durahiánnyal járó agyfelületi defectusok zsírral való kitöltésénél szerzett tapasztalataira és *Eisleb* egy betegére, aki 14 nappal egy glioma kiirtás és a keletkezett üregnek zsírszövettel való kitöltése után meghalt és ahol a zsírszövet ép szerkezetet és jó magfestődést mutatott. Ezek után a szabad zsírszövetátültetést bátran megkísérelhettük és az eddigi eredmény *Lexer* tapasztalatait igazolja.

Egynéhány szóval még arra akarok kitérni, hogy *Kredel* a megsértett sinus frontalis kitakarítását minden esetben ajánlja. A mi betegünknél ezt nem tartottuk szükségesnek, mivel a közlekedés az üreg és homlokböl közt már megszűnt, a dura sebe begyógyult, a beteg csak subfebrilis volt és a sinus fertőzöttségére mutató tünet hiányzott. Tartalma csak nyák volt, míg *Kredel* betegénél genyet talált és betege lázas volt (39·0 C°).

Az eset kapcsán tett tapasztalatokat röviden a következőkben foglalhatom össze:

1. oly koponyasérüléseknél, melyeknél annak levegőt tartalmazó üregei is megsérültek, mint ritka szövődmény, intracranialis levegőgyülemek keletkezhetnek, úgyhogy ezzel a lehetőséggel számolni kell;

2. a kórisme a klinikai tünetek alapján egyes esetekben és bizonyos valószínűséggel, Röntgen-kép alapján pedig biztosan felállítható;

3. az intracerebralis levegőgyülemek műtéti beavatkozást igényelnek;

4. a nem fertőzött üregek kitöltésére szabadon átültetett zsírszövet ajánlható.

Irodalom: *J. Duken:* Münch. med. Wochenschr. 1915, 17. sz., Feldärztl. Beilage 17. — *Gebele:* Bruns Beiträge 97. köt., 123. old. — *Kredel:* Zentralbl. f. Chir. 1915, 649. old. — *Ranschburg:* Orvosi Hetilap 1915, 671. old. — *Brüning:* Bruns Beiträge 107. köt. — *Wodarz:* Münch. med. Wochenschr. 1915, 28. sz., Feldärztl. Beilage 28. — *Mc. Cannel:* Laryngoscope 1923, 33. köt., 3. sz. — *Reisinger:* Bruns Beiträge 109. köt., 129. old. — *Teachenor:* Ann. of Surg. 1923, 78. köt., 5. sz. — *Lexer:* I. rész. — *Manninger:* Orvosi Hetilap 126., 198. old.

A budapesti királyi magy. Pázmány Péter Tudományegyetem bakteriologiai intézetének közleménye (igazgató: Preisz Hugó dr. egy. ny. r. tanár).

Néhány fertőtlenítőszer bakteriumokat ölő hatásáról.

Írta: *Putnoky Gyula.*

Fertőtlenítőszereink leghatalmasabbika ma is a sublimát. Bár forgalombahozatala meglehetősen szigorú szabályokhoz van kötve, mégis fordulnak elő sajnálatos véletlenek, melyeknek egy-egy emberélet esik áldozatul. Ha végigtekintünk azon az úton, amelyen valamely fertőtlenítőszer a felhasználásáig végighalad, őszintén be kell vallanunk, hogy bármily szigorú rendszabállyal sem fogjuk tudni megakadályozni annak illetéktelen kezekbe való kerülését, vagy az azzal előforduló tévedéseket. Ugyanis az esetek igen kis százalékában végzi maga az orvos a desinficiálást, de még ez esetben is az oldat elkészítését sokszor másra bízza. Ezzel szemben a gyakoribb eset az, hogy vagy az intelligensebb laikus, vagy az ápolószemélyzet végzi az orvos utasítása alapján a fertőtlenítést. Ha mindezek tudatában vagyunk, érthetőnek találjuk, hogy dacára a meglévő nagyszámú fertőtlenítőszereknek, állandóan újabbak bukkannak fel. A fertőtlenítőszerek egy része ugyanis egyáltalában nem eléggé csiraölő, más része viszont kellemetlen szaga, vagy valamely kellemetlen más mellékhatásánál fogva szintén nem talált elterjedésre. Így azt az idealis fertőtlenítőszert, mely erélyes csiraölő, de emellett az egészséget, illetve az emberi életet alig veszélyezteti s alkalmazása semminemű kellemetlen mellékhatást sem vált ki, még ma is keresik. Bizonyára ez a meggondolás vezette a Magyar Királyi Bábaképző Intézet igazgatóságát, midőn a budapesti egyetemi bakteriologiai intézetet megkereste, hogy néhány fertőtlenítőszer csiraölőképességét megvizsgálja. Az intézet a vizsgálatok elvégzését szivesen vállalta és *Preisz* tanár úr megbízása folytán kerültem abba a helyzetbe, hogy ezen vizsgálatokat az ő ellenőrzése mellett elvégezhettem s azok eredményéről jelen sorokban beszámolhatok.

Valamely fertőtlenítőszer csíraölőképességének megállapítására több mód áll rendelkezésünkre. Az egyik a tiszta (elméleti) kísérlet, midőn a desinficiens különböző hígításait különböző fajú bakteriumok tenyészeteiből vett csirokkal hozzuk össze. A második mód a gyakorlati kísérlet, midőn valamely ép vagy kóros váladékot, illetve terméket keverünk a vizsgálandó fertőtlenítőszerrel és megállapítjuk a bennük lévő csirok elölésére szükséges időt. De ezzel a lehető módozatok még nincsenek kimerítve, mert fontos volna teljesen a természetes viszonyoknak megfelelően kísérleteket is végezni, értve ez alatt azt, hogy mily csiraölőhatást fejt ki a kérdéses szer az alkalmazás helyén, pl. sebben, testüregekben, stb. Mert könnyen elképzelhető, hogy ilyenkor a fertőtlenítőszer megfelelő desinficiálóhatást fejthet ugyan ki az alkalmazás helyén, de egyúttal az is valószínű, hogy ez a hatás nem absolut, hanem hogy egyes ellenállóbb csirák, melyek módszereink tökéletlen volta miatt talán ki sem mutathatók, életben maradván és a fertőtlenítőszer felhígulása közben annak hatása alól kikerülvén, újból szaporodóképes állapotba jutnak. Ekképen hosszú úton kellene követnünk a mikrobákat, anélkül, hogy megbízható eredményekhez jutnánk.

Ezért választottuk az ú. n. elméleti kísérleteket. Eljárásunk az volt, hogy a fertőtlenítőszer hígításainak bizonyos mennyiségét (4 cm^3) egyforma módon készített bakterium-suspensio lemért mennyiségével (egy 24 órás ferdeagartenyészet 1 cm^3 bouillonnal lemosva és ebből 0·1 cm^3) hoztuk össze és e keverékből megfelelő időközökben egy platinakacsnyi mennyiséget agarlemezre elszélesztettünk. A lemezekről az eredményt 24—48 órai thermostatban való állás után olvastuk le.

Kísérleteink első részében a bábaképző intézettől I., II., III. és IV.-gyel jelzett üvegekben kapott szereket vettük vizsgálat alá. Ezek összetételét a következő táblázat tünteti fel:

	I.	II.	III.	IV.
Sapo kalinus	150	150	150	150
Tricresol	50	50	50	50
Formalin	60	30	—	—
Thymol	—	—	—	30
Spirit. vini conc.	30	30	30	60
Aqua dest.	30	30	30	30
Ol. Lavand.	5	5	5	5

Ezen keverékek desinficiálóhatását stahpylococcussal, typhusbacillussal és lépfenebacillus spóráival szemben próbáltuk ki, még pedig úgy, hogy a keverékek baktericidhatását mindig összehasonlítottuk alkotórészeik tiszta, vagyis minden más chemiai anyagtól mentes oldatainak hatásával. Az alkotórészeket természetesen oly concentratióban próbáltuk ki, mint amilyen töménységben azok a keverékekben foglaltattak. Ezen kísérletekből kitűnt, hogy az I., II. és III. számú oldatok bakteriumölőhatása sokkal gyengébb, mint a bennük alkotórész gyanánt szereplő tricresol és formaldehyd önmagában véve, valamint a sublimát 0·1%-os oldata. Részint ez a csekély desinficiálóhatás, részint az oldatok drága volta alkalmatlanná teszi e szereket a sublimát helyettesítésére. A IV. számú oldat csiraölőhatása elég erős volt; staphylococcusra és typhusbacillusra gyakorolt ölőhatása egyenlő volt a sublimát 0·1%-os oldatának hatásával. Mivel ebben a keverékben, mint fő alkotórész, tricresol és thymol szerepelt, az erős baktericidhatást a thymolnak kellett tulajdonítanunk. Azonban egyrészt a thymol nagyon drága volta, másrészt az a körülmény, hogy csak alkoholban oldódik, a IV. számú oldatot oly drágává teszi, hogy a nagy gyakorlatban az olcsó sublimátot nem helyettesítheti.

Ezen kísérletek után a bábaképző intézet kérésére a chloramin és magnol bakteriumölőhatását próbáltuk ki és ezen kísérletek eredményét fogom alább egészen röviden ismertetni.

A chloramin fehér kristályos por, mely a chlor jellemző szagával bír. Az orrba jutva, a chloramin a nyálkahártyát izgatja és tüsszentésre ingerel. Vízben jól oldódik. Oldatai tiszták, chlorszagúak, semleges vegyhatást mutatnak. Vegyi szerkezete: p-Toluolsulphonchloramidnatrium. Hatása activ chlor és oxigen felszabadulásán alapszik. Az activ chlor sósavval felszabadítható és mennyisége titrálással meghatározható. A chloramin körülbelül 12·6% chlort tartalmaz; az oldataiból felszabaduló oxigen szintén károsítja a mikroorganismusokat, azonkívül a sarjadzó sebfelületekre izgató hatást is fejt ki. A 10%-os oldat egy literje 4 liter oxigent képes fejleszteni.

A chloramin bakteriumokat ölő hatásának kipró-

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SEBÉSZETI KLINIKA Könyvtára

bálásánál eljárásom ugyanaz volt, mint az előbbi kísérleteknél. Az eredményt 48 órai thermostatban való állás után olvastam le.

Legelőször a chloramin 1 : 100 hígítású oldatának hatását próbáltam ki, összehasonlítva a sublimát és karbolsav hasonló concentratiójú oldataival. Az egyes desinficiensek a különböző bakteriumokat a következő idők alatt ölték el teljesen:

	Staphylococcus	Typhus bacillus	Spórás anthrax
Chloramin	5 percnél rövidebb idő	3 percnél rövidebb idő	60 perc
Karbolsav.....	40 perc	10 perc	48 óra elteltével sem ölt teljesen
Sublimat	5 percnél rövidebb idő	3 percnél rövidebb idő	60 perc

Az 1 : 500 hígítású sublimát- és chloramin-oldat a staphylococcust 5 perc alatt ölte, a karbolsav ebben a hígításban még 90 perc alatt sem hatott. A typhusbacillust a sublimát és chloramin 3 percen belül ölte, a karbol még 90 perc mulva sem hatott. Az anthraxbacillus spóráit a sublimát 1 óra alatt, a chloramin 3 óra alatt ölte, a karbolsav még 48 óra elteltével sem mutatott hatást.

Az 1 : 1000 hígítású sublimát- és chloramin-oldat a staphylococcust és typhusbacillust 5 perc alatt, a spórás anthraxbacillust 3 óra alatt ölte. A karbol nem hatott.

Kipróbáltam, hogy állás közben mennyit veszít hatóerejéből a chloramin-oldat. Az elkészített oldatokat kémcsőben világosságon hagytam állni. Gyengülés 96 óra mulva jelentkezett, amikor is az 1 : 500 és 1 : 1000 hígítású oldatok már csak 10 perc alatt ölték a staphylococcust, míg a controllképen beállított friss oldatok 5 percnél rövidebb idő alatt ölték.

A fehérjéknek a chloramin hatására gyakorolt befolyását vizsgálandó, a chloramin 1 : 1000 oldatához $^1/_{10}$, $^1/_{20}$ és $^1/_{100}$ mennyiségű emberi vérsavót kevertem és ennek a keveréknek hatásosságát próbáltam ki. A gátlóhatás erős volt, amennyiben a chloramin desinficiáló hatása staphylococcusra csak 80 perc elteltével kezdett mutatkozni, holott a controllképen savó nélkül beállított 1 : 1000 hígítású oldat 5 perc alatt ölte ugyanezeket a coccusokat. Ellenben midőn az 5%-os oldat 4 cm^3-éhez 0·04 cm^3 lósavót adtam, ezen oldat 5 perc alatt teljesen elölte a staphylococcust, amiből látható, hogy a chloramin-oldathoz adott egy ezrelék mennyiségű fehérje gátlóhatása ellensúlyozható, ha a concentratiót körülbelül ötszörösére emeljük. Nem valószínű, hogy ilyen nagy mennyiségű fehérje a gyakorlatban a desinficienssel érintkezésbe kerülne; legfeljebb sebfelületeken történhetik ez meg.

Megkíséreltem a chloramin hatását felhasználni a tej desinficiálására. ¼ liter tejhez ¼ g chloramint adtam oldatban és a tej desinficiens keverékéből 0·1 cm^3-t 1—2—6 óra mulva kivéve, 8 cm^3 gelatinával lemezre kiöntöttem. Amíg a desinficienssel való keverés előtt vett tejpróbából öntött gelatinalemez egy négyzetmilliméterén 43 colonia nőtt, addig a desinficiens 1 órai behatása után 25, 2 órai hatása után 23, 6 órai hatása után 26 colonia fejlődött.

A chloramin mérgezőhatása nem nagy. A fehéregeret a bőr alá adott 1%-os oldat 1 cm^3-e öli meg. A 2, 1 és 0·1%-os oldat 0·5 cm^3-ét ez állatok jól tűrik. Ezen csekély mérgezőhatás oka az, hogy a chloramin nem mint protoplasmaméreg fejti ki hatását, hanem a belőle felszabaduló chlor és oxigen hat.

Mindezekből látjuk, hogy a chloramin mint egyenrangú társ csatlakozik a sublimáthoz. Az irodalomban található adatok szerint a chloramin az orvostudomány minden ágában felhasználható. *Dobbertin* adatai szerint alkalmazható a sebészetben fertőzött, szenyezett friss sebek kimosására a kötözés előtt; gépek által okozott roncsolt sebek kezelésére; nagy lágyrészsérülésekkel járó nyílt törések gyógyítására; osteomyelitis miatt felvésett csontok kezelésére; renyhe behámosodás siettetésére; genyes üregek öblítésére; elzárt genyedések, nyaki nyirokcsomók tályogjainak, karbunculusok, bursitisek kezelésére; a peritonealis ür öblítésére. *Klemm* közlése szerint alkalmazható talcummal keverve mint hintőpor a legkülönbözőbb genyedő és fertőzött sebek kezelésénél a sebváladék csökkentésére és a granulatio gyorsítására. *Bruno Storch* adatai szerint jól felhasználható a szülészetben a hüvely öblítésére, ha a szülésközben fellépő láz a hüvelyben és nyakcsatornában történő kóros szétesési folyamatokra vezethető vissza; a nőgyógyászatban operatiók előtt a belső és külső genitaliák desinficiálására; a placenta kézzel való leválasztása után a méhüreg öblítésére; intertrigo, ekzema, puerperalis és syphilises fekélyek kezelésére; Douglastályogok kimosására és kézdesinficiálásra. *Dungel* szerint jó szolgálatot tesz az urologiában úgy friss, mint idült gonorrhoea, nem specifikus nyálkahártyahurutok, valamint nem specifikus fluorok kezelésénél. *Mayr* szerint a bőrgyógyász felhasználhatja a dermatitis, intertrigo és ekzema madidans gyógyítására. *Adolf Glassscheib* közlésében olvashatjuk, hogy a chloramin sikerrel alkalmazható a rhinologia terén az osaena foetida és rhinitis atrophica, a fülészetben a bűzös középfülgyulladás gyógyítására. *H. Wernicke* a stomatitis ulcerosa kezelésére, *Weinberger* oxyurisok elhajtására, *Werner Schoenlank* a fog gyökcsatornájának desinficiálására ajánlja a chloramint. Végül *R. Jäckel*, *E. Bergin* és *H. Dold* közlései mutatják, hogy a hygienia szolgálatában is jól alkalmazható kézdesinficiálásra, székletek fertőtlenítésére, valamint helyiségek, bútorok és padlók csirátalanítására.

•

A *magnol* pastillák és por alakjában kerül a forgalomba. A pastillák kétfélék; az oldatok elkészítésénél mindkétféle pastillából egyet-egyet kell az oldó folyadékba tenni. Pora fehér. Úgy a pastilla, mint a por vízben rosszul oldódik; a fel nem oldódott rész a folyadék alján leülepszik; az üledék feletti rész tiszta, átlátszó és desinficiáló hatású.

A magnol vizsgálatánál úgy a pastillákból, mint a porból készült oldatot használtam. Hatását összehasonlítottam a sublimát és chloramin hatásával. A kísérleteknél használt módszer ugyanaz volt, amit a chloramin vizsgálatánál alkalmaztam. Az eredmény a következő:

1. 1 : 100 hígítású oldatok: A staphylococcust a sublimát és chloramin 5 percnél rövidebb idő alatt ölte, a pastillákból készült magnol-oldat szintén, a porból készült csak 50 perc mulva. A typhusbacillust a sublimát, chloramin és pastillákból készült magnol-oldat 5 percen belül, a porból készült csak 50 perc alatt ölte.

2. 1 : 500 hígítású oldatok: A staphylococcust a sublimát és chloramin 5 percen belül, a pastillákból készült magnol-oldat 10 perc alatt ölte, a porból készült oldat nem hatott. A typhusbacillust a sublimát és chloramin 5, a pastillákból készült magnol-oldat 10 perc alatt ölte; a porból készült magnol-oldat hatása 60 perc elmultával jelentkezett ugyan, de végképen a csirákat nem ölte el.

3. 1 : 1000 hígítású oldatok: A staphylococcust a

sublimát 5 perc alatt, a chloramin és pastillákból készült magnol-oldat 10 perc alatt, a porból készült magnol-oldat 15 perc alatt ölte. A typhusbacillust a sublimát és chloramin 5 percnél rövideb idő alatt, a pastillákból és porból készült magnol-oldat 15 perc alatt ölte.

E kísérletekből úgy látszik, hogy a porból készült magnol-oldat hatása gyengébb, mint a pastillákból készülté. Oka talán az, hogy a poralakú magnol, ha nincs jól elzárva, a levegő behatására gyengül. A pastillakészítményekhez mellékelt gyári használati utasítás előírja a felbontott pastillás üvegdobozok légmentes elzárását; úgylátszik, ez érvényes a poralakú készítményekre is.

A pastillákból készült magnol-oldat tehát erélyes és jó desinficiens, hatása alig valamivel gyengébb, mint a sublimáté és chloraminé.

A budapesti kir. magy. Pázmány Péter Tudományegyetemi III. számú belklinika közleménye (igazgató: báró Korányi Sándor dr. egyetemi ny. r. tanár).

A vese vérkeringésének megfordítása.

Írta: *Paunz Lajos dr.*

A vesekéreg parenchymáját durván két részre oszthatjuk: glomerularis és tubularis részre. Ezen két rész a phylogenetikai és ontogenetikai fejlődés alacsonyabb fokain két különböző szervet alkot. A fejlődés magasabb fokán azonban — így az emlős állatok méhenkívüli életében — a kettő elválaszthatatlannak látszó közösségbe olvad össze.

Ezen egyesülés sorsát különösen az pecsételi meg, hogy megszűnik vele a csatornácskák önálló vérellátása. Utóbbiak ettől kezdve a glomerulusok hajszálérhálózatának közvetítésével kapnak vért. A glomerulusok minden megbetegedése kihat ennélfogva a csatornahámra, amely a vérellátás zavarai iránt igen érzékeny. Azon kísérletek, amelyek a két rész működését a glomerulusok kiiktatásának segítségével akarták tisztázni, emiatt hajótörést is szenvedtek. Hasonlóképen súlyos következményekkel jár ez a körülmény az emberi pathologiában. A chronikus glomerulonephritiseknél és nephrosclerosisoknál ugyanis a csatornácskák hámjának atrophiás elváltozásait a glomeruluskeringés akadályozott voltára kell elsősorban visszavezetnünk, a csatornácskák hámjának ezen pusztulása pedig a veseinsufficientia fellépésére döntő jelentőséggel bír. A festékblokáddal végzett kísérleteink ugyanis azt mutatták, hogy a csatornácskák hámja úgy a víznek, mint az oldott molekuláknak kiválasztására képes. Ennélfogva a tubulusok talán a glomerulusok elpusztulása után is képesek volnának a fontosabb vesefunctiók elvégzésére, ha a glomerulusok pusztulása után is kellő véráramhoz juthatnának.

A glomerulusok és tubulusok vérkeringésének egymástól való függetlenítése tehát úgy az elméleti kutatás, mint a gyakorlati gyógyítás szempontjából igen nagy jelentőségűnek látszott.

Hogy ezen célt megközelíthessük, mindenekelőtt megkíséreltük egy oly vérkeringés létesítését a vesében, mely a tubulusokat a glomerulusok megkerülésével lássa el arteriás vérrel. Egyetlen út látszott alkalmasnak ezen cél elérésére és ez a venás pályák felhasználása volt arteriás vér bejuttatására.

Kísérleteinket kutyákon végeztük. Átvágva az arteria és vena renalist, úgy egyesítettük őket, hogy az arteria centralis része a vena peripheriás részébe folytatódott és megfordítva, az arteria peripheriás fele a venának centralis részébe. A vesearteria vére eképen a vena renalison át közvetlenül a csatornácskákhoz jutott. Onnan pedig lefolyást talált egyrészt a felszín csillagos venái felé, melyek összeköttetéseit a környezet ereivel előzetes decapsulatio által erősbbítettük, másrészt talán a venába iktatott peripheriás arteriacsonkon keresztül is.

Az eredményt, melyet a technikai nehézségek leküzdése után sikerült kapnunk, a következő jegyzőkönyv mutatja:

Nagy, fekete, nőstény kutya. 1926 I. 25. A bal vesét hátulról feltárva decapsuláljuk. III. 30. Aethernarkosis. Hasmetszés. A bal vese ereit a hilusban átvágva, egyesítjük a centralis arteriacsonkot a peripheriás venacsonkkal és viszont. A venafalon keresztül jól látszik, amint az arteriás vér lüktetve hatol be a vesébe, míg az elvezető peripheriás arteriacsonkon csak minimalis venás vér szivárgása észlelhető. A hassebet rétegesen zárjuk. IV. 1. A kutya jól van, fentjár, eszik. A vizelet öt napon át vörhenyes, sok vért tartalmaz, a következő 10 napon át már világossárga s csupán mikroskópos haematuriát mutat. IV. 12. Chromocystoskopia. Mindkét ureternyílásból sugárban ürül az indigokarminos vizelet. IV. 12. Vizelet szalmasárga, átlátszó, fehérje igen halvány nyomokban, g. a. látóterenként 10—15 fehér-, 1—2 vörösvérsejt. IV. 25. Újabb chromocystoskopia. Mindkét ureternyílásból erős sugárban ömlik az indigokarminos vizelet. IV. 26—29. Naponta hólyagmosás bórvízzel. IV. 30. Vizeletben fehérje, geny nincs. V. 3. Aethernarkosis. A *jobb* uretert — tehát a nem operált ép veséét — hátulról feltárjuk és szorosan leköt jük. A hólyagot kiürítjük. V. 4. Katheterezéssel 350 cm^3 vizeletet nyerünk. Fajsúly 1020 △: 1·30°, NaCl 0·51%, ureum 1·9%. V. 5. Vizelet 750 cm^3, Fajsúly 1015 △: 1·06°, NaCl 0·47%, ureum 1·56%. V. 16. A kutya teljesen jól van. Naponta átlag 700 cm^3 fehérjementes vizeletet ürít, melyben csak elvétve találni górcső alatt 1—1 vörösvérsejtet.

A vese, mint ezen jegyzőkönyv mutatja, a vérkeringés megfordítása után is életben maradt s egyedül is elégségesnek bizonyult a szervezet életbentartásához. Sikerült tehát a tubulusokat a glomerulusok megkerülésével vérhez juttatni és életben tartani.

Az invertált keringésű vese működésének részleteire vonatkozó vizsgálatok, valamint a veseparenchyma két elemének teljes különválasztására és működésének tisztázására irányuló kísérletek folyamatban vannak. A belőlük folyó therapiás lehetőségekre a chronikus nephritisek és nephrosclerosisok veseinsufficientiájánál már fentebb utaltam. De nemcsak a beteg vese működésének bizonyos fokú helyreállítását, hanem a secundaer hypertonia sok kérdésének tisztázását is várhatjuk ezen eljárástól.

A vesekeringés megfordításának sokszor igen nehéz műtétét *Németh László dr., Zilahy Miklós dr., Brenndörfer Teréz dr.. Brenndörfer János, Györgyi Géza dr., Csaba Margit dr.* és *Fodor László dr.* segítségével végeztem.

LAPSZEMLE

Belorvostan.

Gyümölcs- és főzelékkúrák tudományos alapja és gyakorlati alkalmazása. *Determann.* (Deutsche med. Wochenschr. 1926, 12. sz.)

A gyümölcs- és főzelékkúrák táplálkozási physiologiai jelentősége abban áll, hogy így bizonyos fokú éhezési kúrát végeztethetünk az általános táplálás csökkentésével, elsősorban kevés fehérjebevitellel. Ezen kúrák azonkívül, hogy mint gyógyeljárások eredményesen keresztülvihetők, hasznos anyagokat is szolgáltatnak a szervezetnek. Itt elsősorban számításba jön: a vitamintartalom, ásványokban való gazdagság, azonkívül a gyomorbélre gyakorolt hatás. Mint éhezési

kúrák, a gyümölcs- és főzeléknapok, szemben más éhezési kúrákkal, könnyebben keresztülvihetők, mert ízletesek s a gyomrot telítik. Tapasztalat szerint hetekig tartó alkalmazásuk nem sikerül, hanem célszerű tiszta főzelék- és gyümölcsnapokat naponként vagy periodusokban váltogatni más diaetával, s hogy tűrhetőbb legyen, esetleg bizonyos fűszerekkel, stb. élvezhetőbbé tenni. Mint indicatiós terület, elsősorban számításba jön az elhízás, a szív túlterhelési állapotai, azután a köszvény. A főzelékzsírnapokat diabetes mellitusban régóta alkalmazzák; különösen jó eredménnyel a fiatalkori diabetesekben. Jó hatásuk látható pontos megválasztással és meghatározott mennyiségben az acut nephritiseknél, valamint a chronikus vesebetegségek lefolyásában. Azon elgondolás alapján, hogy az essentialis hypertonia létrejöttében nagy szerepe van az alimentaris tényezőnek, alkalmazták ezen kúrákat ilyen betegeken eredményesen. Bizonyos toxikus megbetegedésekben állítólag méregtelenítő hatásuk is volna. Így migrainenél is ezen alapon az alkalmazásuk sokszor eredményesnek mutatkozott. Nagy szerepük van azonkívül a chronikus dyspepsiák és székrekedések gyógyításában is. Contraindikáltak gyors gyomorkiürülésnél achyliák esetében, gastroentero-anastomiánál, gastrogen hasmenéseknél. Természetesen szintén nem alkalmazhatók a súlyos chronikus fertőzőbetegségekben, hosszantartó lázas állapotokban, rosszindulatú daganatoknál. *Szabó dr.*

Hogyan lehet megelőzni a tabest és a paralysist? *Hauptmann.* (Klin. Wochenschr. 1926, 16. sz.)

Régen ismert tény, hogy a tabes és a paralysis főkép azokat a syphilises betegeket fenyegeti, akiknek a secundaer szakban nem, vagy alig voltak bőrtüneteik. A szerző ezt a jelenséget a következőképen magyarázza: Ha a syphilissel inficiált egyén védekezőképessége nagy, úgy a spirochaetákat phagocitosis útján, tehát intracellularisan támadja meg és ennek a phagocitaer reactiónak a jele a secundaer eruptio. Ha azonban a szervezet védekezése gyenge, úgy a spirochaetákat extracellularisan igyekszik tönkretenni, miközben endotoxinok szabadulnak fel, melyeknek specialis affinitása van az erek endotheljéhez és azok áteresztőképességét növelvén, főkép az agyat veszélyeztetik. A szervezet eme gyenge védekező reactiójának oka lehet az egyénben magában, vagy a spirochaetákban, de legtöbbször az elégtelen kezelés idézi elő, mely a spirochaeták virulentiáját lecsökkenti, anélkül, hogy azokat teljesen elpusztítaná. A szerző mindebből azt a következtetést vonja le, hogy a secundaer tüneteket csak abban az esetben szabad elnyomni, ha kilátás van a spirochaeták tökéletes elpusztítására, ellenkező esetben inkább arra kell törekedni, hogy a másodlagos eruptio a bőrön, a periosteumon és a csontokon minél erősebben kifejlődjék. *Czoniczer dr.*

A cholelithiasis nem operativ kezeléséről. *Schvendube.* (Deutsche med. Wochenschr. 1926, 12. sz.)

A cholelithiasis tana az utóbbi években nagymértékben és sikeresen bővült. A diagnostikai eljárások kiterjedésével mindinkább valószínűvé vált, hogy a cholelithiasis gyakori betegség. Az anamnesis pontossága sok, ezideig rejtve maradt esetre derített már világosságot, úgyszintén hasznos szolgálatot tesznek a Röntgen-vizsgálat és a phisikalis vizsgálat új eljárásai és a duodenalis szondázás is. Ezen vizsgálati eljárások segítségével ismerték fel a „larvált" cholelithiasist s a betegség más atypusos formáit. Így szereztünk tudomást a „kőhordozókról", akik bár klinice egészséges emberek, mégis epeköveik vannak. Ez a tény egyben bizonyítja azt is, hogy mennyire meggyógyulhat a cholelithiasis és hogy az eseteknek csak kisebb százaléka az, amely a sebész keze alá kerül. Az újabb vizsgálatok sok eredményt mutatnak fel az epekövek képződésének theoriáiban is, úgyszintén az epeutak functionalis viszonyainak felderítése terén is. (Gyulladásos és anyagcserezavar eredetű kövek, illetve az epeutak dykinesiája *Westphal* szerint.) Amennyiben sikerült ezen újabb nézőpontok, illetve vizsgálati eljárásokkal fényt deríteni a cholelithiasis eddig homályos és rejtve maradt eseteire és problemáira, ugyanolyan mértékben kellene bővülnie a therapiás eljárások eredményességének is. Sajnos, itt azonban még a kezdetén vagyunk. Évtizedek óta a cholelithiasis enyhe eseteiben sikerrel alkalmazott eljárás a *karlsbadi-kúra*, amelyben a keserűsó elősegíti a kiürülést, továbbá vele kapcsolatos forró kataplasmák, nyugalom és diaeta kedvezőbbé teszik a viszonyokat, tehermentesítenek. Az *acut kóliká-nál* magas temperatura, rossz közérzet esetén az infectio veszélye és a nagy fájdalom miatt csak megnyugtató szereket adhatunk (morphium, atropin), bár *Allard* közöl hat esetet, amelyekben intraduodenalis magnesiumsulphat befecskendezésre a kő eltávozott. Szerző a hypophysis praeparatumokkal kombinált ilyen activ eljárásra azonban a következő indicatiót állítja fel: 1. friss, teljes choledochuselzáródás ikterussal; 2. apró concrementumok enyhe ikterussal vagy anélkül; 3. olyan esetek, ahol az activ therapia kis eredménnyel is kecsegtet, vagy mint ultima ratio. Hangsúlyozza azonban, hogy ily módon teljes gyógyulás csak ritkán érhető el, hanem a betegséget csak latens periodusba hozzuk. Ezen intervallumnak a therapiája csak az egyes esetek szerint igazodik. Ha az infectio van az előtérben, akkor megnyugtató eljárások követendők, nyugalom, diaeta és bactericid szerek. Ha a pangás a feltűnőbb, keresni kell az okot. Ha mechanikai okok hozták létre a pangást, az activ eljárás követendő, azaz alkalmazzunk choleretikus és cholekinetikus szereket. Szerző legjobban a magnesiumsulphat (100—300 cm^3) intraduodenalis befecskendezését ajánlja kombinálva hypophisinnel. Az atophan és urotropin inkább antiphlogistikák. Ezen eljárás még az úgynevezett hypotoniás epehólyagpangásnál is eredményes lehet. Spasmusos rohamoknál (ahol *Westphal* szerint abnormis beidegzési zavarok is szerepet játszanak) az atropin és rokonai használandók. Ha pedig az epekólika ex emotione keletkezett, a psychés megnyugtatása fontos. A kő keletkezésmódjainak tekintetbevételével fontos szerepe van a kezelésben a táplálkozás és emésztés szabályozásának. Diaeta-séma nem adható, egyénenként szükséges azt megállapítani. A legfontosabb a zsír kerülése, úgyszintén a cholesterindús ételeké. Amely esetekben hasznos lehet a zsír cholekinetikus hatása, ott esetleg alkalmazható infectiomentes betegeknél (este tiszta vaj vagy kis olajadagok, esetleg az olajkúra). Ezen belgyógyászati eljárásokkal legtöbbnyire sikerül a cholelithiasis meggyógyítása. Szerző végül fontosnak tartja, hogy az orvos kész gyógyszercombinatiók helyett maga válogassa össze esetenként a szükséges gyógyszereket. *Szabó dr.*

Sebészet.

Gyomorresectio és ulcus pepticum jejuni. *J. Galpern*, Jekaterinoslaw. (Zentralblatt f. Chir. 1926, 9. sz.)

A pankreasnedv elválasztásának legfontosabb kiváltója a savanyú gyomortartalomnak a duodenumba való jutása. *Galpern* szerint az alkalikus pankreasnedv alkalizálja a bélbe jutott gyomortartalmat. Eiselsberg-féle pylorus-kirekesztésnél és *Billroth II.* szerinti pylorus-resectiónál a pankreasnedv elválasztásra való reflectorikus hatása kiesik és ezzel *Galpern* szerint az alkalizálás is; ami alkalmat ad ulcus pepticum jejuni keletkezésére. Ennek a veszélynek komolyságát *Galpern* szerint az bizonyítja, hogy az irodalomban 44 esetet tudott találni, ahol *Billroth II.* után ulcus pepticum jejuni következett be. *Lévai György dr.*

A használatos helybeli érzéstelenítőszerek fogyatékosságai. *F. Kazda*, Wien. (Zentralblatt f. Chirurgie. 1926, 9. sz.)

A használatos helybeli érzéstelenítőszerekhez, pl. novocainhoz, tutocainhoz, adrenalint kell adni, hogy a felszívódás késleltetése által növelje a szer hatékonyságát és csökkentse mérgező hatását. Az adrenalinnak

azonban az a hátránya, hogy nem lehet forralás útján sterilizálni, mert elbomlik. Az a szokásos eljárás, hogy novocain-adrenalin-tablettákat oldanak és műtét előtt felforralják, *Kazda* szerint nem ajánlatos, mert így az adrenalin hatástalanná válik. Sterilen gyártott novocain-adrenalin-oldatot tartalmazó ampullák rendszeres használata drága. *Kazda* azt a módszert ajánlja, hogy novocain-tablettákból készítsenek oldatot, azt forralják és közvetlenül a műtét előtt a műtő adja hozzá steril fecskendővel kimérve az adrenalint, 1 : 1000-es oldatot tartalmazó 1 cm^3-es ampullákból. *Lévai György dr.*

Gerincoszlop töréses ficamának szokatlan oka. *D. Giorgacopulo*, Triest. (Zentralblatt f. Chir. 9. sz.)

Két esetében sekély vízbe való fejesugrás következtében jött létre a nyaki gerincoszlopban a subluxatio és törés. Mind a két beteg Schanz-féle támasztógallér viselésére meggyógyult. *Lévai György dr.*

Szemészet.

Chorioiditis disseminata sympathica a másik szem iridektomiája után. *Groenouw.* (Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1926 máj.)

Az eset a következő: Glaukomaellenes iridektomia után, ahol kis iriselőesés történt, a szem hosszas izgalmi állapota nem enyhült, sőt öt hét mulva a másik szemen olyan gyulladásos tünetek mutatkoztak, amelyek az operált szem enucleatiója után is fennmaradtak. Az iris elváltozásai kisfokúak voltak, de kezdettől megvolt a neuritis optici. Kenőkúrára és jód használata után a látás rövid időre megjavult, majd a chorioideában exsudatum jelentkezett. Ez rövid fennállás után fehér foltokat hagyott hátra. A szemfenék széli részén kis fehér és pigment foltok mutatkoztak. A látásélesség kisfokban javult. Belvizsgálat negativ. Az eset érdekessége: iridektomia után chorioiditis képében jelentkező sympathiás gyulladás, kisfokú iritissel. *Becker Jenő dr.*

A luetikus kötőhártyagyulladások tanához. *Orloff.* (Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1926 május).

Leggyakoribb az ulcus durum, ritkábbak a conjunctivitis granulosa luetica és az episkleritis. A szerző esete lues és tuberculosis együttes előfordulása a kötőhártyán. 14 éves leány keratitis parenchymatosája két hónap alatt gyógyult, öt hónap mulva a conjunctiván helyenként nagyobb sárgás csomók jelennek meg, a bulbaris kötőhártya inkább oedemás és infiltrált, limbus duzzadt, finom véredények húzódnak a cornea infiltratumaihoz, fluorescein nem fest. Specifikus kezelésre a folyamat nem javul, Pirquet-positiv. A szövettani képben (próbakimetszés) a kötőszövet structurájának megváltozása és az ereken észlelt elváltozások chronikus sklerotizáló gyulladásos folyamat mellett szólnak. (Syphilis.) Óriás- és epitheloid sejtek jelenléte a latens tuberculosissal való összefüggést is bizonyítja. *Becker Jenő dr.*

Két egyforma nagyságú sarkoma egy szemben. *Rochat.* (Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1926 máj.)

Az uvea sarkomája per continuitatem terjed; secundaer csomó keletkezése, ahogy azt a retina gliomáinál látjuk, sarkománál nagy ritkaság. Igen ritka a szerző alább közölt esete: 40 éves beteg egyik szemében szakorvos a retinán szürkés foltot talál, amelyet gümőkórosnak tart. Specifikus kezelésre nincs javulás. Egy év mulva a retina más helyén, az előbbitől függetlenül, hasonló folt keletkezik. Nemsokára a tumor gyanúját megerősítő glaukoma miatt enucleatióra kerül a sor. A két daganat szövettani képe azonos: orsósejtű sarkoma. A két tumor 11 mm-nyi távolságra van egymástól, köztük a chorioidea és retina teljesen ép. Ha a később keletkezett daganatot az első metastasisának vennők, akkor ez csak egy a vérárammal szemben történő retrograd átvitellel volna magyarázható. Emboliás eredet felvételére nincs támpont. Három év mulva a metastasisnak semmi nyoma. *Becker Jenő dr.*

A blepharostat elkerülése cataracta operatiónál. (Marchetti, ann. d'ott. 1926 május.)

Minthogy a blepharostat csak ügyes assistens által kezelhető jól, újabban fonalakkal kísérelik meg a szemhéjak kifeszítését. Ez a módszer *Kalt* nevét viseli, de szerző már 1902-ben ajánlotta, hogy öltsünk a szemhéjak középső részébe a szemhéjszéltől 1 cm-re egy-egy fonalat. Ezeket gyakorlatlan egyén is könnyen tarthatja, még pedig a műtéti tértől elég távol, úgyhogy nem zavarja a műtőt. *Kretz Tibor dr.*

Megjegyzések az orbitoplastikához. *Karelus.* (Rev. gen. d'opht. 1926 febr.)

Minden szemész tudja, hogy milyen nehézségeket okozhat az orbita elzáródásának kezelése. Sokszor egyáltalában le kell mondanunk arról, hogy valaha is protesist viselhessen a beteg. Módszereink részben különböző orthopaedikus eszközök behelyezéséből állanak, melyek állandó nyomást gyakorolnak a hegszövetre, részben műtétiek. *Stellwag* vaginalis vagy buccalis nyálkahártyával bélelte az orbitát, mások állati conjunctivát használtak fel e célra, de ezen módszerek csak részleges elzáródásnál válnak be. Ismét mások bőrrel bélelik a szemüreget, akár nyeles lebennyel, akár *Thiersch* szerint. Ezen műtéteknél a technikai nehézségek oly nagyok, hogy csak ritkán adnak kielégítő eredményt, miért is szerző a következőket ajánlja: A szemrést felvágja a commissurákig, majd a felső és alsó szemhéjból egy-egy trapézalakú darabot szabadít fel, melynek széles nyelet hagyván, azt a hegszövetbe készített résbe varrja. Így öt esetet operált és mindig a legjobb eredményeket érte el. *Kretz Tibor dr.*

Fülgyógyászat.

A heveny középfülgyulladás kezelésének irányelvei. *Kobrak.* (Zeitschrift für ärzt. Fortb. 1926. 2.)

Alig vitatható álláspont, hogy a középfülgyulladás nem tekinthető egyszerű helyi megbetegedésnek, hanem legtöbbször általános megbetegedés szövődménye. E mellett azonban kórlefolyása a szervezet általános állapotával is összefüggésben van. Ez utóbbit bizonyítja a diabetes-, nephritis-, myodeg. cordisban szenvedők középfülgyulladása. Felemlíthető továbbá még az öregkor, mely nemcsak a természetes módon létrejött ellenálláscsökkenés miatt, hanem az évek folyamán kifejlődött csecsnyulványalaki viszonyok: a csecssejtek nagyobb fejlettsége következtében ad rosszabb kórjóslatot, minthogy az ily módon megnehezített genylefolyás könnyen retentióra vezet. Az öregkorral párhuzamosan a csecsemőkornak is megvan a fejlődési viszonyok által magyarázható Achiles-sarka; az embryonalis nyákhártya elhúzódó nehézkes visszafejlődése ugyanis ezen korbeli fülfolyamat gyógyulását igen megnyujtja; sokszor látszólag gyógyult a folyamat s röviddel utána újból fellobban. Különösen szembeszökő ezen jelenség a lymphatikus constitutióju gyermekeknél; helyén való ezeknél a szakszerű feltáplálás sürgetése.

Az általános megbetegedések közül különösen a tuberculosisra és luesre kell tekintettel lennünk, mint amelyek megnehezítik az egyébiránt jó gyógyulási hajlamot mutató középfülgyulladás síma lefolyását. Az utolsó csak kivételesen mutatkozik körülírt heveny középfülfolyamat képében; gyakrabban találkozunk heveny exudativ huruttal, amely specifikus garatelváltozás következménye. Evvel szemben sokkal többször jelentkezik a tuberculosis egyszerű hevenygyulladás alakjában s csak később a kezelés folyamán árulja el igazi „én"-jét.

Ami magát a középfülgyulladás kezelését illeti, itt kétségtelenül főszerep jut gyakorlati szempontból a kórisme helyes felállításának, mivel csak így érhető el, hogy ne tüneteket (fülzúgás, fülfájás stb.) kezeljünk, hanem tényleg a bajt magát gyógyítsuk. A helyi tennivaló szempontjából a betegség aetiológiája legtöbbször nem játszik döntő szerepet. Legfontosabb a klinikai kép s ennek részjelenségei közt is a dobhártya viselkedése.

Szerző általában megkülönböztet: 1. Avirulens vagy subvirulens középfülgyulladást (nem magas láz, mérsékelt fájdalom, kisfokú előbomborodás); ez nem hajlamos perforatióra, de nem is szabad perforálni. Th.: meleg alkalmazása, fájdalomcsillapító és jódkali adagolása. 2. Középerős alakot (kifejezett fájdalom, lázas állapot, előbomborodás vagy esetleg hólyagképződés; ebből néhány csepp secretum keletkezik, amely félrevezetheti az orvost, hogy már megvan a spontan átfúródás; ilyenkor útbaigazít a kíméletes letörlés, továbbá a tünetek enyhülni nem akarása. Th.: az első pontban leírtak mellett paracentesis. 3. Súlyos alak (collateralis duzzanat, hallójárat beszűkülés, vértelt hólyag, súlyos általános tünetek, mint étvágytalanság, bevont nyelv, rossz közérzet, hőemelkedés stb., kisfokú spontan szemtekeszökkenés a beteg oldal felé, véres folyás, mely csak később megy át genyedésbe, a csecsnyulványtájék érzékenysége). Evvel ellentétben enyhe tüneteket mutat s mégis veszélyes a streptococcus mucosa okozta gyulladás. (A váladék vizsgálandó Ref.)

Folyás esetén tenni való:

1. Tisztítás (kamilla theás, bór vagy hyperoxid (? Ref.) oldattal; szerző szerint 3—4 hétig öblítsünk, ha azután sűrűbb vagy több a váladék, gyanú van mastoiditisre, ha ennek nincs is meg a typusos tünetcsoportja (felnőttnél: hallójárat süppedés, csecsnyulvány érzékenység, esetleg beszüremkedés; csecsemőnél: fülfolyás vagy hirtelen eldugulás mellett meningismusos jelenségek, éjszakán való nyugtalanság, sírás, láz, leromlás).

2. Meleg applicálása.

3. Rossz gyógyulásnál vizsgálandó az adenoid veg. (az orr általában Ref.).

4. A kezelés végén befúvás. *Zimányi dr.*

Gyermekorvostan.

Állatokon végzett vizsgálatok a mesterséges táplálásnak a fejlődő szervezetre való hatásáról. *Yunkersdorff* és *Yonen*. (Arch. f. Kinderheilk. 1926, 40. köt., 1—2. füz.)

Szénhydratdús, zsírszegény, de a kaloria szükségletét kielégítő táplálás mellett intra vitam megnyilvánuló zavarokat és a post mortem talált elváltozásokat avitaminosisnak fogják fel, azaz, mint az „A" vitamintartalma által biologiailag nagyértékű tejzsír megvonásának a következményét. Kísérleti eredményeik a vitaminek katalysisszerű hatásmódjára utalnak s nagy fontosságot jelentenek az elégtelen táplálásból és a lisztártalomból származó zavarok megítélésében. *Ruszt dr.*

A csecsemők reactioidejének vizsgálata hangingerrel. *Peiper*. (Monatschr. f. Kinderheilk. 1926, 31. köt., 5. füz.)

Morse-készülékkel rögzíthető képét nyujtja a csecsemők reactioidejének. Normalis csecsemőnél alvás alatt, koraszülötteknél az ébrenlét alatt is, továbbá altatószerek (chloralhydrat, luminal, urethan) hatására sokkal hosszabb ez az idő, néhány secundumra is terjedhet, a normalis 0·25″ középértékkel szemben. Nem altatószerek, pl. bróm hatására, a reactioidő nem változott. *Ruszt dr.*

A csecsemőkori chronikus osteomyelitisről. *Renz*. (Arch. f. Kinderheilk. 75. köt., 4. füz.)

A chronikus osteomyelitis két alakját különbözteti meg, aszerint, amint a chronikust egy acut előzi meg, vagy ha a chronikus elsődlegesen lép fel, minden előzetes heveny gyulladás nélkül. A csecsemő- és a fiatal gyermekkorban aránylag ritkán találkozunk osteomyelitissel, holott a fertőzés lehetősége nagy, így a fertőzés kapujául szolgálhat, ezen korban oly gyakori bőr-, bél-, hörggyulladás, stb. A csecsemő-osteomyelitis klinikai kórképére jellemző: a multiplex fellépés, az epiphysisre való localisatio, igen sokszor epiphyseolysissel, valamint az izületnek a gyulladásban való részvétele, illetve a folyamatnak az izületbe való betörése. Ezen jellemző tüneteket megmagyarázza a csecsemőcsontrendszer anatomiája. A lefolyását illetőleg a két véglet, az általános infectio és a spontan resorptio (osteomyelitis sklerotisans) között van átmenet, ami az infectio fokától, illetve a szervezet ellentállóképességétől függ. Chronikus osteomyelitis diagnosis felállításánál ki kell zárnunk epiphysist, tuberculosist, luest, Möller-Barlow-kórt és az egyszerű izületi gyulladás okozta bénulást. Az osteomyelitisre jellemző trias: az illető végtag nyomásérzékenysége, functiozavara és duzzanata. Therapia lehet activ, radicalis műtét és passiv, várakozó álláspontra helyezkedő. *György Ede dr.*

Női tej hamisításának kimutatása. *Meyer*. (Arch. f. Kinderheilk. 1925, 75. köt., 3. füz.)

Rövid, párperces eljárással egyszerű módszerrel állapítja meg néhány köbcentiméter tejből a női tejnek 1. vízzel való hígítását, 2. tehén- vagy kecsketejjel történt keverését. Az elsőt a savkötőképességből, n/10 HCl-val való titrálással, az utóbbit pedig a kicsapódáshoz szükséges sav mennyiségéből. Individualis különbségek a különböző anyától származó tejre nézve is jelentkezhetnek, de ez egyízben végzett előkísérlettel megállapítható. *Ruszt dr.*

A csecsemőkori tetania pathogenesisához és therapiájához. *Alois Bratusch-Marrain*. (Arch. f. Kinderheilk. 75. köt., 3. füz., 225. old. és 75. köt., 4. füz., 255. old.)

Wernstedt vizsgálatai szerint a tehéntej spasmustfokozó hatása abban keresendő, hogy a cukor-sóarány eltér az anyatejétől. *Wernstedt* ebből a vizsgálati eredményből kiindulva, olyan tejkeveréket állított elő, melyben a cukor-sóarány az anyatejével megegyezik. Ez a tejkeverék áll $^1/_3$-rész 12%-os tejszínből, $^2/_3$-rész vízből és 5·5% cukorból. A tetania gyógykezelésénél ezzel a keverékkel jó eredményt ért el. Szerző szintén megvizsgálta a Wernstedt-féle tejkeverék hatását tetaniás gyermekeknél s arra az eredményre jutott, hogy bár a Wernstedt-féle tejkeverék kifejezett spasmustcsökkentő, de vele olyan prompt hatás, mint a teljes tejelvonással, nem érhető el.

A tetaniás csecsemők súlygörbéje meglehetősen labilis. A súlygörbe hirtelen emelkedése idején, melyet a vízretentio okoz, az ingerlékenység is fokozódik, míg a súlygörbe hanyatlásával az ingerlékenység csökken. A tetaniás symptomákat activáló tényezők a vízretentiót is elősegítik. A közös ok az alkalotikus anyagcserében keresendő. Az alkaliák a fehérjék vízkötését növelik, a savak csökkentik. A therapeutikus eljárások közül leghatásosabb a tejelvonás, kevésbbé hatásos a Wernstedt-féle tejkeverék. Az ammoniumchlorid és a Scheer-féle sósavas tej gyorsan megszüntetik a tetaniás symptomákat, de a hatás nem tartós. A calciumsók hatása később fejlődik ki, mint pl. az ammoniumchloridé, de annál tartósabb. A legcélszerűbb tetaniás gyermekeknek tejszegény étrendet, calciumsókat és csukamájolajat rendelni, ha ezekkel nem érünk célt, úgy megpróbálhatjuk az ammoniumchloridot. *Csapó dr.*

Tehenek csukamájolaj etetésének hatása tejük vitamin-tartalmára. *Wagner* és *Wimberger*. (Zeitschr. f. Kinderheilk. 1925, 40. köt., 3. füz.)

Hét hónapig csukamájolajjal etetett tehenek teje (az úgynevezett csukamájolajtej) csecsemők rachitisét nem gyógyította meg (9 eset). Hosszú idő után egyes esetekben a Röntgen-kép a gyógyulás legkezdetibb stadiumát mutatta. A sikertelen kezelés után adott tiszta csukamájolajra a rachitis prompt gyógyult. Patkányokon végzett hasonló vizsgálatok kimutatták, hogy a csukamájolajtej patkányok hossznövekedését, ill. rachitisét sem befolyásolta kedvezőbben, mint a kontrolltehenek teje. A sikertelen kísérlet után úgy a csukamájolajtejjel táplált, mint a közönséges tejen tartott patkányoknak néhány csepp tiszta csukamájolajat adtak és azt tapasztalták, hogy a gyógyszerre a csukamájolajtejen tartott patkányok intensivebb hossznövekedésnek indultak, mint a közönséges tejen tartottak. Ez arra lát-

szik mutatni, hogy a csukamájolajtej a növekedés bizonyos potentialis energiáját adja a vele táplált állatoknak. Az egyes rachitikus csecsemőknél talált, fent említett csekély gyógyulási nyomok az antirachitikus érték szempontjából hasonlóra utalnak. *Lenart György dr.*

A táplálék vitamintartalmának jelentősége a csecsemő és a kisgyermek növekedésére és fejlődésére. *(H. Áron.* D. Med. Wochenschr. 1926, 14. sz.)

Az összefoglaló cikk, — miután az „A", „B", „C" vitaminok eredetét, előfordulását, physiologiás hatását és hiányának következményeit ismerteti, kiemeli az „A" vitamin jelentőségét a súlygyarapodás és az infectiók elleni resistencia szempontjából, felhívja a figyelmet a „prä-Barlow"-ra, (petechiak, haematuria, súlyban állás, tagfájdalmak, anaemia) mint a „C" avitaminosis nem ritka formájára, rámutat a „B" avitaminosis gyakori alakjára, az „idősebb gyermekek tejártalmára" *(Czerny-Keller)*, melyet anaemia, constipatio, súlybanállás, hypotonia jellemeznek. Levonja a mondottak alapján a szükségszerű következtetéseket a csecsemő és kisgyermek táplálására, (nem zsírszegény diaeta, korán adagolt főzelék, gyümölcsnedv, és végül hangsúlyozza a beteg, különösen lázas betegségben senyvedő gyermek fokozott calóriaszükséglete mellett fennálló fokozott vitaminszükségletét. *König dr.*

Elméleti tudományok köréből.

Változások a vérben súlyos diabeticusoknál hosszantartó insulinkezelés hatására. *O. Klein.* (Bioch. Zeitschr. 1926, 171. köt., 177—190. old.)

Szerző azt vizsgálta, hogy a hosszantartó insulinkezelés milyen physikai-chemiai elváltozásokat hoz létre súlyos diabetes mellitusban szenvedők vérében. Vizsgálatai szerint az insulin hatására a vér először *átmenetileg* koncentrálódik, majd ezen rövid átmeneti phasis után vízfelvétel folytán *tartósan* hígul, amint az a vörösvérsejtek számának, a vér szárazanyag- és fehérjetartalmának relativ csökkenéséből kitűnik. Ugyanekkor a konyhasótartalom kompenzálólag megnövekedik, úgyhogy a vér fagyáspontcsökkenése a hígulás ellenére is csak kevéssé csökken. A serum viscositása szintén csökken, ellenben felületi feszültsége, amely a diabeticusoknál rendszerint a normalisnál kisebb, nagyobb lesz. Szerző szerint ezt nem annyira a hydraemia okozza, mint inkább az a körülmény, hogy az insulin hatására a diabeticusok vérében felszaporodott, a felületi feszültséget csökkentő anyagok eltűnnek. A vér hígulásában megnyilvánuló vízretentiónak megfelelően a testsúly is emelkedik. Érdekes, hogy abban az esetben, ha szerző a beteg táplálékából a konyhasót megvonta, úgy a testsúly ismét előbbi nivójára esett vissza, a vér koncentráltabb lett, a vízretentio megszűnt. Ezen elváltozások annál kifejezettebbek, minél súlyosabb a diabetes, minél nagyobb volt a betegnek a kezelés előtt a polyuriája és minél több insulint kapott. Később azonban ezek az elváltozások lassan eltűnnek, a vér összetétele fokozatosan ismét normalis lesz. *Gömöri Pál.*

Fokozott tejsavkiválasztás a vizeletben avitaminosisnál és ennek befolyásolása insulinnal. *Lily Rosenwald.* (Bioch. Zeitschr. 1926, 168. köt., 324—334. old.)

Szerző vitaminmentes táplálékon tartott kutyák tejsavkiválasztását vizsgálta a vizeletben. Kutyáinál, melyeket rizsből, búzafehérjéből, disznózsírból és sókból álló elegendő kaloriát szolgáltató, de vitaminmentes táplálékon tartott, a napi tejsavkiválasztás a kezdeti 17—35 mg-ról fokozatosan 105—185 mg-ra emelkedett. Öt egység subcutan insulin hatására sikerült egészen 68 mg-ra csökkenteni a tejsavkiválasztást, amely azonban az insulin múló hatása után ismét jelentékenyen emelkedett. Érdekes, hogy az insulin maximalis hatása csak két nap mulva az injectio után állott be. A C : N quotiens a vizeletben az avitaminosis alatt szintén emelkedett, a dysoxydabilis, azaz tökéletesen nem oxydálható szén megszaporodása folytán, insulin hatására azonban ez is csökkent. A tejsav maga a dysoxidabilis szénnek csak egy részét teszi ki.

Eredményeiből a szerző azt a következtetést vonja le, hogy az avitaminosisnál a szénhydrat anyagcsere szenved zavart, ami az által jön létre, hogy a szövetek a szénhydratokat nem képesek egészen a végső termékeikig elégetni és így egy részük mint dysoxydabilis szén a vizeletben ürül ki. *Gömöri Pál.*

Purpura előidézése pneumococcus kivonatanyagaival. *Julianelle, Reimann,* New-York. (J. of exp. Med. 1926, 1. sz.)

Avery és *Neill* észlelései szerint pneumococcus bizonyos módon készített extractumaival kísérleti állatokon (egér, tengerimalac, nyúl) purpura idézhető elő, injectio után egy napon belül megjelenő és főként a szőrrel nem borított területekre lokalizált vérzésekkel. Szerzők vizsgálatai szerint pneumococcus enzymek hasítják le a purpurát előidéző anyagot a bakterium proteinjéből. Előállítható ez az anyag a bakteriumok váltakozó fagyasztás és olvasztással való extrahálásánál is. Más bakteriumokból (pl. staphylococcus, streptococcus, bacillus coli) ugyanilyen methodussal nem sikerült előállítani purpurát előidéző anyagot. Chemiailag ez az anyag albuminok csoportjába tartozó fehérjének tartható, ammoniumsulphatra csak teljes telítésre csapódik ki, trypsin hatástalanná teszi, hővel szemben azonban meglehetősen resistens, 100 C°-on 10 perc alatt még nem pusztul el. Tisztított állapotban 0·04 mg már elégséges ahhoz, hogy egérben purpurát idézzen elő. Kérdéses, hogy pneumococcus infectióknak is lehet ilyen purpura előidéző hatása? Erre utalnak *Bazan* és *Nobécourt* észlelései, kik pneumoniás betegeknél halál előtt gyakran láttak purpurát. *Tomcsik.*

Polyarthritis rheumatica eseteiben található streptococcusokról. *Andrewes, Derick, Swift,* New-York. (J. of exp. Med. 1926, 1. sz.)

Streptococcus viridansnak az acut arthritisek aetiologiájában való szerepe mellett nem foglalnak állást a szerzők, csupán azt veszik vizsgálat alá, hogy egy osztályba sorozhatók-e azok a streptococcusok, melyeket polyarthritis különböző eseteiből tenyésztettek ki? 13 haemolyzáló streptococcus törzset sikerült kitenyészteniök tonsillákból, garatüregből vagy vérből a betegség 1—63. napján. Cukorbontási reactiókkal inconsistens eredményeket kaptak. Agglutinin reactióknál lehetett valami rokonságot látni az egyes törzsek között. Az azonosság végső serologiai kriteriumának *Krumwieddel* egyetértőleg azt tartják, ha két bakterium a másik serumából kölcsönösen képes absorbeálni az agglutininеket; e szerint azonban az összes törzsek különbözőknek bizonyultak. Azt kell hinnünk, hogy a streptococcusok osztályát egy antigen mozaik jellemzi, melynek elemei bonyolult módon vannak szétosztva az osztály egyes tagjai között. Kérdéses, hogy ezen az alapon egyáltalában lehetséges-e a streptococcusok osztályozása. *Tomcsik.*

A tuberculin specifikus alkatrészeinek chemiai tulajdonságai. *H. Mueller,* Boston. (J. of exp. Med. 1926, 1. sz.)

Újabb vizsgálatok szerint a tuberculinnak bőrreactiót adó és a complementkötési vagy praecipitatiós reactiókban szereplő anyaga különbözők. Erre utal már az is, hogy pepsin és trypsin emésztés megfosztja a tuberculint bőrreactiót adó tulajdonságától, míg a praecipitatiós reactióban szereplő anyagot nem befolyásolja.

Szerzőnek sikerült különböző kicsapási reactiókkal, melyekben legfőbb szerepet játszott a fractionalt alkoholos kicsapás, a kétféle anyagot különválasztani. A tisztított fractiók közül igen érdekes a praecipitin reactiót adó rész. Igen magas, kétmilliós hígításban is képes specifikus praecipitatiós reactiót adni, holott chemiailag nitrogent csak nyomokban tartalmazó, pento-

sanok csoportjába tartozó polysaccharida. Ezzel szemben a bőrreactiót adó componens protein természetű.

Gyakorlatilag az a következtetés vonható le, hogy a tuberculin értékmérésére az eddig néha alkalmazott in vitro reactiók nem alkalmasak, az in vivo hatással való parallelismus hiánya miatt. *Tomcsik.*

KÖNYVISMERTETÉS

Die Chirurgie. Eine zusammenfassende Darstellung der allgemeinen und der speziellen Chirurgie. Herasusgeg. Prof. *Kirschner* und Prof. *Nordmann.* (Lief. 5. és 6.)

A közelmultban a „Die Chirurgie" című sebészi kézikönyv VI. kötetének 521 oldala jelent meg. A könyv bolti ára 27 aranymárka. A megjelent kötet tárgyát a vese és a húgyutak sebészete képezi *Frangenheim* és *Wehner* kölni tanárok tollából. A munka anyagának beosztásában alig különbözik az egyéb hasonló munkákban megszokott keretektől.

Röviden, de találóan megírt bonctani és élettani bevezetés után rátér a vesevizsgáló eljárásokra, sorravéve a physikalis vizsgálattól kezdve valamennyit. Külön fejezetben tárgyalja a vese láthatóvá tételének két újabb módját: a pneumoperitoneum készítését és a veseágy pneumoradiographiáját.

A vese és húgyutak műtéteinek leírását néhány jól sikerült szövegközti ábrával egészíti ki. Részletesebben a vesét helyére rögzítő plastikus műtétekkel foglalkozik.

A vese, hímvessző, hólyag sebészete tömören, de igen áttekinthető alakban van megírva. A munka értékét mindenesetre növeli az a körülmény, hogy a húgyutak sebészetét csak két szerző írta, ami által a munka egységessége erősen kidomborodik és felesleges ismétlések elkerültetnek. A munkát értékessé teszik végül a fejezetek végén található bőséges irodalom, a jól sikerült ábrák és a kitünő nyomás.

Megjelent a IV. kötetnek 1—358. oldalra terjedő része is, 107 szövegközti ábrával és 23 színes táblával. A könyv két főrészre oszlik. Az első fejezetben *Brüning* berlini tanár a szájüreg, a nyálmirigyek és a garat sebészetét tárgyalja. A szájról szóló bonctani és bakteriologiai bevezetés rövidre fogott, de a sebészt érdeklő vonatkozások úgy írásban, mint a mellékelt találó ábrákban jól kidomborodnak. Ugyanezt látjuk a száj betegségeinek tárgyalásánál is, ahol a tartalmas szöveget igen találó ábrák egészítik ki. Igen tanulságos a nyálmirigyekről szóló fejezet. Látjuk, hogy a szerző mintegy beleéli magát a tanulni vágyó sebész gondolatvilágába és szerencsés kézzel kiragadja és világosan megírja azokat a részleteket, amelyek megértése a kevésbbé gyakorlott számára csaknem állandó nehézségeket okoz.

A kötet másik fejezetét a „légcső és gége" sebészete képezi, *Soerensen* berlini sebész tollából. A légcső és gége sebészi betegségeinek világos ismertetése után hatalmas fejezetet szentel a műtéttannak, amelynek könnyű megértését a színes táblák nagymértékben elősegítik. A hozzáfűzött legmodernebb irodalom a könyv értékét csak emeli. *Neuber.*

Die Ernährung des Säuglings an der Brust címmel jelent meg *Richard Lederer* bécsi docens tollából *(Julius Springer kiadása, ára 3·90 M fűzve)* kis, 107 oldal terjedelmű művecske. Jól érthető, tiszta, világos nyelvezettel úgy van tartva, hogy tartalmilag és alakilag nemcsak a tanuló és nem-specialista orvos okulhat belőle, hanem a vérbeli gyermekorvos is használát veheti. A könnyed előadási formát választotta a könyv megírásánál. Tíz előadásban tárgyalja az anyagot. Az elsőben a normalis csecsemő táplálásáról szól kielégítő tejproductio esetén, a második előadás tárgya a szoptatási akadályok, a harmadik előadásban az óriáscsecsemők, koraszülöttek, debilis és ikercsecsemők táplálását tárgyalja. A negyedik előadásban a szopós csecsemő túltáplálásáról, az ötödik és hatodik előadásban pedig a szopós csecsemő relativ inanitiójáról szól. A hetedik és nyolcadik fejezet tárgyát a szopós csecsemő constitutionalis táplálkozási zavarai képezik. A kilencedik előadás a szopós csecsemő acut és chronikus táplálkozási zavarait tárgyalja, az utolsó előadásban pedig a dajkaválasztás és az elválasztás kérdéseit taglalja. A kis könyvben úgyszólván mindazt, amit várunk címe után, megtaláljuk s minden olv egyszerűen, magától értetődő módon van az olvasó elé tárva, hogy a könyvet csak ajánlhatjuk. A kiállítás, nyomás és papír szépsége az előkelő kiadót dícséri.

Bókay Zoltán dr.

A Charité Poliklinika június 17-i ülése.

Bemutatás:

1. **Liebner Ernő:** a) *Lichen ruber plauns.* Húszéves lánynál egy hónap előtt hirtelenül a csuklók fölött, a könyökhajlatban, az axillában, csoportokban, szimmetriásan, lichen ruber planus fejlődött. A betegség aetiologiája valószínűleg nem fertőzés, hanem „hyperkeratotikus diathesis", melynek értelmében a lichen ruber planus különböző külső és belső ingerek hatása váltódik ki. *(Büschke, Samberger.)* b) *Epidermolysis bullosa hereditaria dystrophica.* Tízéves leánynak 3 hetes kora óta fejlődő és ismét múló hólyagjai vannak a kézháton, ujjakon, alkaron, könyökön, térden, lábon, körömatrophiákkal. Ascendentia nem mutatható ki. Testvérei egészségesek. A szülők nem vérrokonok. Nikolsky-féle tünet negativ.

2. **Weisz Antal** és **Koppenstein Ernő:** *Spontan pneumothorax esete.* Újabb megfigyelések szerint részleges vagy teljes egyoldali spontan pneumothorax elég gyakran klinikailag nem manifestálódó megbetegedésekhez társul, tehát tuberculosis, bronchiektasia, nagy emphysema, tüdőtályog, echinococcus nélkül jelentkezik. Régebben ezt a kórformát nem ismerték. A kórok ilyen esetekben régi tünet nélkül lefolyt pleuritis lehet, mely kis adhesiók révén a szomszédos tüdőrészecskék alveolusainak kitágulásához és különböző kiváltó okok következtében ezek megrepedése folytán pneumothoraxhoz vezet. A prognosis ilyen esetekben jó. A felszívódás 3—6 hét alatt rendesen minden beavatkozás nélkül is teljes. Ha felszívódás nem indulna meg, légpunctio ajánlatos. Teljes egyoldali spontan pneumothorax esetét mutatják be, ahol a kezdetben tenyérnyire collabált bal tüdő, átlott mediastinum 6 hét alatt teljesen gyógyult. Kis pleuralis adhaesio kimutatható. A tüdőkben semmi kóros folyamat nincs. A pneumothorax tüneteket alig okozott.

3. **Meisels Vilmos:** *Diathermia-kezelések az urologiában.* Harminc gonorrhoeás prostatitisben szenvedő beteg került kezelés alá, oly módon, hogy egyéb kezelés nem történt. Közülök: 5 teljesen gyógyult, 8 javult, 17 elmaradt. Controll-vizsgálat gonococcusra hetenkint végeztetett. Az egyik esetben 19 nap mulva tűntek el a gonococcusok, másikban 10 nap mulva; a harmadiknál 21 nap mulva; egy negyediknél 26 nap mulva. Egy 5 hónapos prostatitisnél, mely minden kezeléssel dacolt, 13 nap mulva eltűntek a gonococcusok. Megemlíti 3 nem gonorrhoeás fluoros nő esetét, kiknél a fluor 2—3 kezelés után megszűnt. Két esetben impotentia coëundinál a jó eredményt psychikus hatásnak tekinti.

László Ernő: Ha a gonococcus elpusztítása diathermiás hővel elérhető, úgy az elsősorban a nők gonorrhoeájánál lehetséges, ahol a diathermia-kezelés technikája magasabb hőfok elérésére képes. Mégis úgy látszik, hogy a váladék gonococcus-mentessége ritkán érhető el rövidebb idő alatt, mint egyéb szokásos kezeléseknél; látszólag frappáns gyógyulásoknál provocativ eljárások a gonococcust mégis felszínre hozzák! — Kiterjedt exsudatumok felszívódása, kínzó fájdalmak prompt megszüntetése mindenkor elérhető, — a gonococcus eltüntetését azonban skepsissel ítéli meg. Ehhez a célhoz csak a diathermiás kezelési technika további fejlődése vezethet.

Liebner Ernő: A diathermia hatása elsősorban a hő által megindított szöveti elváltozásokban keresendő, immunbiologikus folyamatokban; maga a hő a

gonococcusra nem hat a szervezetben úgy, mint a kísérletekben. A diathermiával valódi *oki* therapiát lehet végezni; egy 7 év óta fennálló nagykiterjedésű menstruatiós exanthema esetében az adnexek diathermiája recidivamentes gyógyulást eredményezett.

Előadás:

G.-né Hajdu Lilly: *Az autosuggestio psychologiájáról és alkalmazásáról.* Az ideggyógyászat mai therapiás felkészültsége nem kielégítő, és emiatt indokolt kellő kritikával minden olyan eljárást felhasználni, melynek alkalmazása eredményesnek látszik. Az autosuggestiós therapia ellen fölhozható kifogásokkal szemben áll az a kétségtelen tény, hogy az autosuggestiónak a psychologiai folyamatokban igen jelentős szerepe van. Nem lehet továbbá figyelmen kívül hagyni ezen therapiás eljárás nagy elterjedtségét Franciaországban, Angliában és az Egyesült Államokban, kiválóbb alkalmazóinak tudományos jelentőségét és a gyógyult betegek ezreire vonatkozó beszámolóikat. Nancyból indult ki és Coué tette szélesebb körben ismertté. Az autosuggestiót — ellentétben az eddigi felfogásokkal — az egyéni psychologia tényének tartják, függetlenül attól, hogy külső befolyásra indul-e meg, vagy nem, vagyis minden suggestio, autosuggestio. Meghatározása: az autosuggestio egy elképzelésnek tudatalatti megvalósítása; ezen tudatalatti működés céltudatos. Létrejövetelének psychologiai tényezői: 1. Valamely elképzelésre irányuló figyelem, melynek szükséges feltétele, hogy intensiv legyen, de hiányozzék belőle minden tudatos erőlködés. 2. Kedélyi izgalom. [Remény, félelem, kívánság, erős meggyőződés.] 3. Socialis tényező [A suggestiót elősegíti annak az észrevevése, hogy hasonló suggestio másoknál is végbement.] 4. Az alvás, amely kedvezően befolyásolja egy elképzelésnek suggestio útján való megvalósulását, ha az elképzelés az alvást közvetlen megelőzően történik. 5. A gyakorlás. Akaratlan suggestiónál mindezen tényezők befolyásunkon kívül esnek [betegségek stb. autosuggestiója]. Alkalmazott suggestiónál — vonatkozzék akár magunkra, akár másra — e tényezőket felhasználhatjuk és szabályozhatjuk, úgy, hogy a körülményeknek és céljainknak megfeleljenek. Elérhetjük vele azt, hogy a beteget nagymértékben függetlenítjük az orvostól, megmutatván neki a gyógyuláshoz vezető utat. (Az előadás befejezése a következő szakülésen történik.)

A budapesti orvosok kamarazene-egyesületének május hó 28-i IV. rendes közgyűlése.

Bálint Rezső ügyvezető elnök a következő beszéddel nyitja meg a közgyűlést:

Tisztelt Közgyűlés!

A zene az összes művészetek legelterjedettebbike. Alig van ember, akiben a zene iránti vonzódás, szeretet teljesen hiányoznék. A zenei tehetséget a legkülönbözőbb társadalmi és műveltségi osztályokban képviselve látjuk. A zene múzsája végigkíséri életünket örömön és bánaton keresztül, kifejezést ad hazafias és vallásos érzelmeinknek, szeretetünknek, sőt gyűlöletünknek is. A zene múzsája mindig közöttünk él. S mégis mennyire igaza van Goethenek, midőn azt mondja, hogy háromszor is gondolja meg mindenki, hogy azt a múzsát, amely az életet széppé tenni van hivatva, vezetőjéül válassza az életen át. Nem, ez csak a kiválasztottak előjoga, csak azoké, akik érzik magukban a teremtés geniusát. A nagy tömegnek a zene csak a nemes élvezetek egyike, amely fennköltt szellemek ragyogását juttatja el hozzánk, megismertetve bennünket a fenséges harmoniák és melódiák világaival, távoltartja tőlünk az alantas emberi indulatok és gondolatok lehetőségeit.

Ez a nagy jelentősége mindig annak, ha valamiképen összetartozó emberek zeneegyesületet, daloskört, zenekart alakítanak; mert ezen alakulatokon belül ülnek a mindennapi élet nem mindig tiszta áramlatai, s minden lélek szűzi tisztaságban csak a szépnek, a fennköltnek, a művészetnek áldoz.

Hogy egyesületünk ma már a negyedik évbe lép alakulása után, hogy tagjainak száma mind több és több, hogy népszerűsége folyton növekedőben van, hogy hangversenyeit orvosi társadalmunk legelőkelőbbjei hallgatják, ez annak a törekvésünknek gyümölcse, hogy a mai élet szomorú lármája közben olyan légkört teremtettünk, amely mindenkiben csak melegséget, örömet, jó érzést varázsol.

Azok a productiók, melyek estéinken elhangzottak és elhangzanak, nem mindig tökéletes művészi mivoltukkal ragadják el a hallgatóságot; de viszont minden hallgató megérzi azt a melegséget, amely az előadókban honol, azt a nemes törekvést, amellyel önzetlenül, a szépért való tiszta lelkesedéssel áldoznak a művészet oltárán, s e rajongó lelkek emanatiója akárhányszor nagyobb hatást gyakorol hallgatóira, mint nem egy anyagiakért dolgozó művész magasnívójú productiója.

Örömmel konstatálom azt a népszerűséget, azt a szeretetet, melyben részünk van, ami megnyilvánul abban is, hogy mind többen sereglenek működő csoportunk körébe. Az ezidén megalakult vegyes kar már első évben igen szép eredményeket produkált, s teljesítményei nemesen egészítették ki a zenekar, a kamarazene-együttesek és a szólisták műsorát.

De hogy necsak dícséreteket mondjak, újból szóba kell hoznom azt, hogy hangversenyeink nívója nem áll arányban azzal a tehetségkomplexummal, amely egyesületünk tagjaiban feltalálható. Zene- és vegyeskarunk teljesebbet, művészibbet produkálhatna, ha tagjaiban nemcsak a tehetség, nemcsak a lelkesedés, de a kitartás is megvolna. Ha karmestereinknek nem kellene azzal küzdeni, hogy minden próbán másokat kell betanítani. Dilettáns zenekarban természetesen sohasem lehet olyan fegyelem, mint professzionátusok között, de kizártnak tartom, hogy azok a működő tagok, akik oly gyakran hiányzanak a próbákról, mindig elkerülhetetlen, fontos okok által akadályoztatnak a megjelenésben. De egy bizonyos javulás a multhoz képest talán már az idén is észlelhető volt, s minél hosszabb időn át fognak zene- és énekkarunk tagjai együttműködni, annál erősebb lesz bennük a szolidaritás a rendszeres együttműködés szempontjából.

Abban a reményben, hogy ez így leszen, van szerencsém a budapesti orvosok kamarazeneegyesületének IV. közgyűlését megnyitni.

Doctor Károly főtitkár jelentésében beszámol az egyesület 1925—26. évi működéséről, mely szerint jelentős mozzanata volt a mult évnek *Hammerschlag János* karnagy vezetése alatt 52 tagból álló vegyeskar megalakulása.

Mult évben négy házi hangverseny volt az Orvosegylet Semmelweis-termében és egy — a keresetképtelen orvosok segélyzőegyesülete javára a Zeneakadémia nagytermében tartott — nyilvános jellegű hangverseny. A zenekart *Müller Károly* székesfővárosi karnagy tanította be és vezényelte.

Taglétszám: 10 alapító, 196 működő, 260 pártoló, összesen 552 tag.

Mansfeld Ottó pénztáros beszámol az egyesület vagyonáról, mely szerint

évi bevétel	21,463.000 K
évi kiadás	24,996.100 K
hiány	3,533.100 K
1924/25. évről maradt	5,792.776 K
vagyon	2,529.676 K

Tagsági díjak a jövő évre működő tagoknak 3, pártolónak 6, alapító tagoknak 50 pengő.

A közgyűlés a lelépő tisztikar és választmányi tagok helyébe választja: ügyvezető alelnöknek *Milkó Vilmost*, titkárnak *Matusowsky Andrást*, pénztárosnak *Trajtler Istvánt*, jegyzőnek *Lévay Györgyöt*, kottatárosnak *Bányay Sándort*, választmányi tagnak *Manninger Vilmost*, *Mansfeld Ottót* és *Peregi Istvánt*, ellenőrnek *Adler-Rácz Antalt*.

Bálint Rezső meleg köszönetet mond a lelépő tisztikar és választmányi tagoknak önzetlen és eredménydús működésükért, majd *Milkó Vilmos* az újonnan megválasztottak nevében megköszöni a beléjük helyezett bizalmat.

Ezekután elnök az ülést bezárja.

A Magyar Szemorvostársaság XVIII. évi nagygyűlése.

I. tudományos ülés június 5-én.

Előadások:

Ifj. Imre József: *A szem védelme fényszűrő szemüvegekkel. (Schulek Vilmos*-emlékelőadás.) (Megjelenik egész terjedelmében az Orvosképzésben.)

1. **Albrich Konrád:** *Kísérleti és klinikai tapasztalatok rose bengallal kapcsolatos sugártherapiával.* Fényforrás 30 Ampères ívlámpa, vízszűrő, subconjunctivalis rose bengal-injectio. A külső szembajok közül főleg a trachoma fénykezelésével foglalkozik. A csomók eltüntetése így gyorsabban és egyszerűbb módon történik az Imre-féle abrasio szerint. A mély beszűrődésre némely esetben jól hat. A fénykezelés csak a régi bevált módszerekkel *kombinálva* ajánlható. Az intraocularis gyulladások közül csak olyan folyamatok ígérnek eredményt, amelyek a melső csarnokra szorítkoznak, pl. fertőzött sérülések. Szükséges a bakteriumok sensibilizálása rose bangal-oldattal a csarnok megcsapolása után.

2. **Péterfi Margit:** *Intraocularis daganat diagnosisával eltávolított bulbusok.* (Megjelenik egész terjedelemben az Orvosi Hetilapban.)

3. **Incze Antal:** *Kötőhártyahegesedés heredoluessel kapcsolatban.* Öt eset kapcsán a következő képet adja: *a)* Az alsó áthajlásnak teljes vagy részleges, de a belső szemzugban minden esetben meglévő, finom, feltűnő ezüstfehér, lapszerinti hegesedése, amely mellett a szemhéji kötőhártya széli csíkja ép. *b)* A plica semilunaris gyakran legalább részben szintén heges. *c)* Felső szemhéji kötőhártyán is vannak olykor hegek, de csak szigetekben. *d)* Pillavázgörbülés, trichiasis nincs.

4. **Ébner Béla:** *A pupillatágító izom problémája.* A dilatator és sphinkter között lévő aránytalanság megkívánja, hogy az iris szövetében egyebütt keressünk egy segéddilatatort. A stromasejtekben azok izommivoltát kimutatni nem lehet. A dilatator izom fixált helyzete lehetővé teszi, hogy a sokkal erősebb sphinkter antagonistája lehessen. Anatomiai és élettani megfontolások alapján helyesnek látszik az a nézet, hogy széli iriselőesések megakadályozására sympathicust izgató mydriaticumokat adjunk. Viszont a már meglévő prolapsus kiszabadítására helyesebb mioticumot és és sympathicus izgató mydriaticumot vegyesen adagolni, ezáltal két oldalról hozzuk az irist feszülés alá.

5. **Petres József:** *A féloldali pigmentfelhalmozódásról.* Betegénél az iris színbeli különbségén kívül a sötétebb iris felöli episkleralis szövet, valamint a szemhéj és a környéki halántéki bőrtakaró pigmentdúsabb volt. A bőrön lévő sötétbarna elszineződés a beteg első menstruatiója alkalmával jelentkezett és azóta minden vérzéskor kifejezettebbé válik. Endokrin rendszerben nem találtak különösebb elváltozást, az idegorvosi vizsgálat tetaniát állapított meg. Ezen elváltozásokat vonatkozásba hozza a menstruatio alkalmával talán a vérben megjelenő toxinnal, de öröklődésről is lehet szó. Rámutat a tetaniát okozó gl. parathyreoidea disfunctiójának szerepére, valószínűleg ez okozza a túlfestenyezett bőrtakarót és ez lehet megindítója annak a festékkivándorlásnak, amely összefügg a ciliaris epithel megbetegedésével.

Rötth András: Belsősecretiós zavar folytán támadt féloldali vérbőséget menstruatio alatt két esetben észlelt a szem körül: 1. oligomenorrhoeás betegnél a mensessel egyidőben ismételten keratitis phlyktaen. jelentkezett, majd kezelésre (glanduovin) ez javulván, vérbőség mutatkozott a kötőhártyán. 2. Másik betegénél a menses alatti bő könnyezést valószínűleg a vérbőség okozta fokozott könnyelválasztás okozta.

Ifj. Imre József: Felhívja a figyelmet arra a jelenségre, hogy endokrin zavarok következtében fejlődött féloldali anomaliák ismeretesek. Ilyeneket *Bauer* és Pécsről *Ederer*, stb. írtak le.

II. tudományos ülés június 6-án.

Bemutatások:

1. **Csapody István:** *Izomnyalábbal fedett inhártyaseb.* Mogyorónyi intercalaris staphyloma lemetszése után az inhártya tátongó sebét a belső egyenesből vett nyeles izomkaréllyal fedte. A csarnok negyednap helyreállt, a karély jól tapadt és a szemmozgás is jó maradt.

Blaskovics László: Staphyloma sklerae esetében kötőhártyaköténnyel fedi a tágult rész lemetszése után támadt hiányt. Ennek eltávolíthatása kedvéért a sebet hurokvarrattal húzza össze, de a fonalvégeket a kötényen is átvezeti, hogy a csomó a kötőhártya felületére jusson.

2. **Duró Emma:** *Lipoma orbitae.* 13 éves leány két éves korában ütést kapott, az után egy kis csomó fejlődött a bal szemén. A daganat a felső szemhéj külső részletét kissé emeli és a könnymiriggyel összefügg. Histologiai vizsgálat: lipoma.

3. **Pelláthy Béla:** *Az akaratlagos szemmozgások csaknem teljes hiánya.* 34 éves nő szembaja emlékezete óta megvan. Felszólításra csak balfelé mozog kis mértékben a szeme, egyéb irányban egyáltalán nem. Ha a figyelmét eltereljük a szeméről, jobbra és balra gyakran maximalis kitéréseket végez, felfelé és lefelé is. Az idegek magvaiban tehát nincs baj, csak a magasabbrendű centrumok kormányozta akaratlagos mozgások hiányoznak. A baj lehet functionalis *(Schaffer* prof.) vagy organikus változások következménye *(Pándy).*

Csapody István: *Bartels* szerint eldöntöttnek tekinthető, hogy az akart szemmozgások centruma a mindkétoldali második homloki tekervény.

Pelláthy (zárszó): Több szerző az akaratlagos szemmozgások centrumát a homloklebeny hátsó részére helyezi, vannak, akik több akaratlagos centrum létezését tételezik fel.

4. **Brana János:** a) *Ammon-Förster-féle irisbesüppedés esete.* 58 éves beteg négy év előtt fadarabbal sérült, ez évben ismét megütötték ezt a szemét. A lencse luxálódott: alsó pereme a melső csarnokban, felső fele az iris mögött foglal helyet. A lencsét műtét útján eltávolítja, utána az iris alsó része, amely erősen sorvadt, hátrafeküdt az üvegtest felé, colobomához hasonlóan. A szem feszülése emelkedett.

b) *Tuberculosis conjunctivae.* Öt éves beteg: tüdőn hilusárnyék, a nyakon elgenyedt mirigyek. A jobb szem alsó szemhéja duzzadt, az alsó szemhéj kötőhártyája erősen infiltrált, az áthajlási redőben szennyessárga szétesett összefolyó fekélyek.

Csapody István: Egy esetében bizonyosan congenitalis coloboma adta meg az utat a lencse átlépésére, a csarnokba.

Kreiker Aladár: Tapasztalata szerint retroluxatio lentis esetében üvegtest szokta a csarnokot kitölteni, ami később glaukomára és uveitisre vezethet. A csarnokba kerülő üvegtestnek különben is nagy a jelentősége.

Brana (zárszó): A bemutatott esetben a csarnokot nem töltötte ki az üvegtest.

5. **Ifj. Liebermann Leó:** *Kauterexcisióval operált tarsus-tuberculosis.* Multiplex papulo-maculosus bőrtubekulidhez társult tarsus-tuberculosis esetét mutatja be, amely apró szétesett gócokból állott. Lehető conservativ operálás céljából nem végzett kombinált excisiót, hanem az általa ajánlott kauterexcisióval tette szabaddá a tarsust, a szétesett gócokat kikaparta és a megmaradt tarsusgerendázatra reávarrta az áthajlási kötőhártyát. Zavartalan gyógyulás, teljes eredménnyel.

Huber Rezső: A *Liebermann*-féle kauterexcisio indicatióját tuberculosis conjunctivaenél, súlyos conjunctivitis vernalisnál múlt évben kitünő eredménnyel végezte *Blaskovics.*

Kreiker Aladár: A bemutatott kórképet, mint önálló betegséget — endogen tarsus-tuberculosis néven — tudtával elsőnek ismertette két eset kapcsán. Ezek közül az egyik megegyezik a most bemutatottal, azzal a különbséggel, hogy a tuberculumok a szemhéj széléig terjedtek, emiatt *Liebermann* műtétjét nem tudta elvégezni és Röntgenhez folyamodott.

Fugulyán Katalin: Tuberculosis conjunctivae esetében, ahol a diagnosist a szövettani vizsgálat is megerősítette, mintegy három hónap alatt gyógyulást észlelt. A beteg mészhordó cigány volt, érdemleges kezelés nélkül fokozatos gyógyulását észlelte. Ebben talán szerepe volt az egyébként is ajánlott mészgőzöknek. Ezért érdemesnek tartja a kísérleti gyógyítást valamilyen helybelileg alkalmazott mésztartalmú anyaggal.

6. **Hodászy József:** *Világrahozott lencseeltolódás operált esete.* Testvérpárnál ektopia lentis miatt mindkét szemen az Elschnig-féle vonalas hályogkivonást végezték kevés üvegtestveszteséggel. Visszamaradt

maradékot két hónap mulva extractio linearissal távolították el. A látásélesség 6 oxyoptriáról 20-ra javult.

Rötth András: A bemutatott testvérpár toronykoponyájára hívja fel a figyelmet. Úgylátszik, hogy az ektopia lentis nem is ritkán, mesenchymalis szövetek gyengeségével és hibás fejlődésével correlativ módon öröklődik.

Blaskovics László: Az ilyen esetekben üvegtest jelentkezése alig kerülhető el. Ilyenkor az üvegtesttel kitólt szivárvány lemetszése szükséges. Ez legjobban végezhető éles irishoroggal.

7. **Nónay Tibor:** *Bélféregokozta neuritis optici* esetét mutatja be. 40 éves asszony látása öt nap alatt erősen megromlott. Neuritis optici. Minden vizsgálat negativ, kivéve a belleletet, amely oxyuriasist talált. A bélférgek távozásával a látás rohamosan javul, a 20. napon teljes látás. Skotoma eltűnt. Hasonló esetet hatot talált az irodalomban. Az ártalmat valószínűleg a bélférgek termelte és a véráramba került toxinok okozzák. Véleménye szerint filix mas és egyéb féregűzők okozta látásromlások egy részében közvetlen szerep jut a féregűzőkön kívül maguknak a bélférgeknek, illetve toxinjaiknak is.

Ifj. Imre József: Az előadó betegét ő is észlelte, gondolatmenetét elfogadja, de hangoztatja, hogy több olyan esetében, ahol a rhinologiai lelet negativ volt, a hátsó rostasejtek megnyitása a súlyos neuritisből teljes gyógyulást eredményezett.

Grósz Emil: Felhívja a figyelmet, hogy helytelenül adagolt féregűzőszerek veszedelmesek és nem volna jó, ha az előadó igen óvatos és helyes fejtegetését félreértve, a bélférgeknek tulajdonított jelentőség elhomályosítaná a féregűzőszerek toxicitását.

Nónay (zárszó): Szavai félreértését látja Grósz professor hozzászólásában. Ugyanis nem azt mondotta, hogy a filix mas mérgezések nagyobbrésze bélféregtoxinokra vezethető vissza, hanem, hogy a bélféreg sokkal gyakrabban okoz szemtüneteket, mint azt az irodalmi közlések feltüntetik. Ide lehet számítani minden valószínűség szerint a filix mas mérgezések egy részét, melyeknél a gyógyszermérgek hatásához társul s azt fokozza az elölt állat felszabaduló toxinja.

8. **Kukán Ferenc:** *Herxheimer-reactio a limbuson.* 40 éves beteg polyneuritis luetica miatt 0·15 g, majd hat nap mulva 0·30 g neosalvarsant és egy órán belül 2 cm³ bismosalvant kapott. Este hőmérsék 39 C°. Másnap az egész testen exanthema, torokfájás. Öt nap mulva bőr- és garattünetek nincsenek, ellenben feltűnő elváltozások a limbuson: köröskörül finom pontozottságú, legnagyobbrészt gömbszerű fehéres bolyhok, subepithelialisan, amelyhez újonnan képződött erek húzódnak. Bakteriologiai vizsgálat negativ. A folyamat hat nap alatt eltűnik.

9. **Vajda Géza:** *Négy operált esetnek bemutatása:* a) *Pupillakészítés idealis esete.* A cornea nagyobb felét elfoglaló heg mellett mintegy 1·5 mm széles és 2·5 mm hosszú, függőlegesen álló rést készített az irisben, az erre a célra kiválóan alkalmas és már régebben bemutatott iriscsípőjével.

b) *Az alsó szemhéjat egészen elroncsoló és részben a felsőre és az orbitaszélre is ráterjedő carcinoma operált esete.* A halántékról vett megfelelő nagyságú Fricke-féle nyeles karély per primam gyógyult.

c) *Nagyfokú anisometropia műtéttel gyógyult esete.* Műtét előtt látás: jobb szem —15 D-val: 5/30; bal szem: 5/5. Jobb szemen kerekpupillás lencsekivonást végzett. Látás műtét után üveggel: 5/10. Binokularis látása van.

d) *Anthrax folytán elpusztult szemhéjak átültetéssel gyógyított esete.* Először a heges részleteket kiirtotta, majd a hiányt a karról vett lebennyel pótolta.

Id. Imre József: Hogy a kivont lencséjű, előbb közellátó, és a messzelátó szem az igen nagy anisometropia ellenére együttes (binocularis) látással bírnak: kivételes szerencse. Ez annál inkább feltűnőbb, mert felszólaló régibb és az egyesületben már előadott tapasztalatai szerint fiatal egyének szemeinek is mintegy 65%-ban hiányzik a binocularis látás, még akkor is, ha a fénytörés közel azonos, mert vagy a képek nem egyenlően tiszták, vagy nem ortophoriás az izmok működése.

Ifj. Imre József: A bemutatott Fricke-féle plastika helyett egy széles, erősen ívelt lebenyt ajánlott. Alsó szemhéjon szabad átültetést a kifodulásra való hajlandóság miatt nem végez, a nyeles vagy íves lebenynek sem szabad keskenynek lennie.

Kreiker Aladár: Kérdi, hogy milyen előnye van az operáltnak a Fuckala-féle műtéttel? A szemfenéki képek között így műtét után nagyobb a különbség, mint műtét előtt volt, a fő- és csomópontok eltolódása miatt.

Blaskovics László: A bemutatott széli iridektomiánál hasonló esetben a sebkészítést *Gayet* szerint ajánlja, mert ezzel a szarún merőlegesen hatolhatunk át, a kimetszést tetszésszerinti szélességben hajthatjuk végre.

Vajda (zárszó): Binokularis látásra számítani nem mert, annál inkább örült az eredménynek.

10. **Hollós László:** a) *A zonula Zinnii réseslámpalelete iridodialysisnél.* Műtét utáni szivárványhártyaleválásnál a különben alig látható zonularostokat a rárakodó irispigment tette vizsgálhatóvá. A rostok hármas tapadása jól észlelhető és a ciliaris nyúlványok működése alkalmazkodáskor.

b) *Két kisebb módosítás a Gullstrand-instrumentariumon.* A nagy, egyszerűsített Gullstrand-féle ophthalmoskópon rajzolódobot és rögzítőkészüléket mutat be.

Horváth Béla: Egyszerűbb és olcsóbb módját ajánlja a fixálásnak: az eszköz mögötti falon kifeszített szőnyegre egy kis horoggal ellátott lámpát tetszésszerint ráakaszthat.

Hollós (zárszó): Szem előtt tartotta, hogy rossz látású betegek szemét is rögzíthesse.

Előadások:

1. **Grósz Emil:** *Lagrange sclerectoiridektomiájának indicatióját* a valódi glaucoma simplex azon eseteire korlátozza, amelyekben a pilocarpin a szem feszülését alá tudja szállítani. A glaucoma simplex azon eseteiben, amelyekben a pilocarpin használata ellenére magas marad a szem feszülése, valamint a glaucoma inflamm. chron. eseteiben, a cyclodialysist ajánlja. E műtét, ha nem is tudja olyan nagy százalékban alászállítani a szem feszülését, mint a trepanatio vagy a sclerectoiridektomia, de sokkal veszélytelenebb és ismételt alkalmazásával a tensio csökkenését el lehet érni. Glaucoma inflamm. in stadio prodromorum és acutum eseteiben tovább is az iridektomiát ajánlja, míg glaucoma in stadio degenerationis eseteiben csak az enucleatio jöhet szóba. 20 év alatt körülbelül 2000 iridektomia, 500 trepanatio, 300 cyclodialysisre, 100 sclerektomiára és 100 sclerectoiridektomiára terjednek ki tapasztalatai.

2. **Blaskovics László:** *Izomelőrevarrás inléckészítéssel.* Hat év előtt kancsalság ellen főműtétül az izomresekálást ajánlotta volt két hurokvarrattal. Ez az eljárás bevált, néha azonban az izom előrehúzása nem sikerül kellő mértékben, úgyszintén igen nagyfokú, valamint bénulásos kancsalságnál hatásosabb eszközre van szükségünk. Ezen esetekben újabban előrevarrást is alkalmazott. Az előrevarrás eddigi módjait azonban nem látja kielégítőknek, mert a két felület összetapasztása nem elég szilárd. Ezt akarja elősegíteni a mesterséges inléc készítésével. A cornea szélétől 3 mm-re, azzal párhuzamosan, 8—10 mm hosszú bemetszést teszünk a szabaddá tett inhártyán, annak félvastagságán át kissé legömbölyített végű egyenes lándzsával. E metszésből kiindulva a peripheria felé, az inhártya felületes rétegeit oly módon fetjük le a lándzsával, hogy ezzel a felszín felé haladva, 2—3 mm széles sebfelület támadjon. Az izomba beleöltjük a hurokvarratokat és ezeket úgy erősítjük az inléc lépcsőjén és a kötőhártyán át, amiként az előadó resekáló módszerénél szokás. A kancsalsági izom bemetszései alkalmával az utóbbi időben azt tapasztalta, hogy igen nagy bemetszések az izombénuláshoz hasonló állapotot hozhatnak létre, éppúgy, mint a közönséges inmetszés. Kis izombemetszés mellett megmaradhatunk, ha a főműtét éppen csak kijavította a kancsalságot, 10 foknál nagyobb kancsalságnál Tenontok alatti inmetszést ajánl. Inléckészítést ezideig hét alkalommal végzett, ezek közül öt tökéletes eredményt adott, kettőnél kis túleredmény mutatkozott.

3. **Licskó Andor:** *Kancsalsági műtét.* Ismerteti kancsalsági műtétének technikáját, amely szerint 30 beteget operált. A műtét előrevarrás és izomkimetszés. Az izmot kettős skleralis varrattal rögzíti, amelyek elhelyezése hasonló *Verhoeff*éhez. Eredményei kielégítőek, kisebbfokú kancsalságnál a kancsal izom gyengítése nem volt szükséges, míg nagyobbfokúnál (40—50 fok) esetleg *Todd* szerint izombemetszést végez.

Blaskovics László (Licskóhoz): A *Verhoeff*-féle műtétet 20 évvel ezelőtt számos esetben végezte. Maga is két varrattal iparkodott az izmot jobban megerősí-

teni, de így sem látott számbavehető eredményt. Nem helyesli előadónak hátulsó varratát, amelyet közvetlenül az ínlécz mögött ölt be, mert az ínhártya e helyen rendkívül vékony.

Horváth Béla: Már egy év előtt kísérletezett *Blaskovics* prof. említett fixálási módszerével, de ilymódon is csökkent idővel az eredmény; arra gondol, hogy ilyen esetben a varratnak az izomban lévő része fog engedni. Ajánlja előbb az antagonista meghosszabbítását elvégezni és csak azután az előrevarrást.

Kreiker Aladár: Mivel a kancsalság nem egy izom rendellenességén múlik, nem is kettőén, kérdi az előadót, hogy mivel okolja meg azon célkitűzését, hogy a kancsalságot lehetőleg egyetlen izmon végrehajtott műtéttel oldja meg? Ezáltal túlságosan megterheljük az operált izmot; fokozott feszülést élő szövet annál kevésbbé bír el, mennél nagyobb a feszülés. Technikailag sem könnyebb egyetlen izmon operálni.

Blaskovics (zárszó [*Horváth*hoz]): Fönntartja azon véleményét, hogy az izom resecálását célszerűbb a kancsal izom nyujtása vagy hátrahelyezése előtt végezni, mert ellenkező esetben kiadjuk kezünkből annak lehetőségét, hogy a resecálás hatásának javítását a kancsalsági izmon végzett valamilyen eljárással még elérhessük.

Licskó (zárszó): Fenntartja azon nézetét, hogy nem kedvező a kancsal izom túlságos gyengítése, mert könnyen — különösen, ha a belső egyenesről van szó — ellentétes hatást kaphatunk. Nem tartja hozzászóló óhaját megengedhetőnek, hogy a kancsalság lehetőleg több izmon végzett műtét által szüntessék meg. Az izomléc mellett közvetlenül elhelyezett skleralis varratot nem tartja aggályosnak, ha a varratot helyesen és nem túlmélyen öltjük át.

4. **Csapody István:** *Szemüreg plastika.* Nyeletlen bőrkarélyok megtapadása az orbitában aránylag könnyen biztosítható, fontosabb kérdés, hogy a zsugorodással helyesen számoljunk. Oly nagy karélyt kell vennünk, amely a zsugorodás befejeztével is elég nagy üreget hágy a vendégszemnek. Ezért egyetlen áthajláshoz való karélynak akkorának kell lennie, hogy a *másik* áthajlásnál kezdődve a szemüregen végigfeküdjék. Két áthajlás pótlandó, ezek csak külön operálhatók egyforma nagy bőrkarély átültetésével, többheti időközben. Mindkét bőrkarélyt áthajlása helyén a szemgödörszélhez kell rögzíteni, akkor a zsugorodás errefelé történik, a két karély az orbitafeneken *lecsúszik egymásról* és az üreg eközben nem szűkülhet meg. Ha mind a két áthajlást ugyanegy bőrkaréllyal béleljük, a zsugorodás éppen ellenkező irányban, az orbitafenék közepe felé halad. Ezáltal a képzett üreg okvetlenül egyre szűkebb lesz és a vendégszemet kilöki.

Rötth András: Az áthajlás plastikák sikere nagyban függ attól, hogy milyen folyamat tette tönkre a kötőhártyát. Sérülések után kedvezőbb a helyzet, mint pl. trachoma vagy pemphigus után.

5. **Szokolik Ede:** *Subconjunctivalis atropin-tonogen-injectio. Rodin* ajánlatára előadó 18 esetben, ahol erélyesebb pupillatágító hatást, illetőleg hátulsó irislenövések felszabadítását célozta, 5 csep 1%-os atropinoldat és 5 csepp tonogen keverékének felét usque háromnegyedét, előzetes cocainérzéstelenítés után, a kötőhártya alá fecskendezte. 10—15 perc mulva a pupilla ad maximum kitágul, ha a lenövés nem régi keletű. A hatás 24 óráig tartott, megismételhető. Káros hatást — sápadtságon, erős szem- és fejfájáson kívül — nem tapasztalt. A pupillatágításon kívül a tonogen az iris és sugártest véredényeit összehúzza, a gyulladásos transsudatiót csökkenti.

Csapody István: Az adrenalin alkalmazásánál óva int a nagy adagoktól.

Horváth Béla: Hasonló esetekben inkább ajánlja a II. sz. szemklinikán kipróbálás alatt lévő és már több esetben jó eredményt adó glaukosant.

Ifj. Imre József: Sokalja az atropin adagját, amely az előadó szerint 2 mg. A Glaukosannal szemben, jóllehet néhány esetben igen jó tapasztalatot tett, a legnagyobb óvatosságra int, mert máris tapasztalt tartós nyomásfokozódást glaukosan után.

Szokolik (zárszó): *Mayer Gottlieb* szerint a tonogen subconjunctivalis adagja az intravenás adagnak 5—10-szerese. Mérgezést nem észlelt.

6. **Kreiker Aladár:** Megkísérelte *albinismusnál a tarsalis kötőhártyát festeni aranychloriddal, Knapp* ajánlata szerint. Az eredmény negativ volt. A diffus feketére festődött kötőhártya elhalt, ami a corneára is súlyos veszélyt jelentett.

Csapody István: Hasonló észlelésről számol be. Ő ezt sósavhatásnak tartja. A dissociált aranychloridoldatban közömbösítéskor a sósav megköttetik ugyan, de az erre használt natriumhydrocarbonat labilis alkali. Más alkali talán jobban beválna.

Ifj. Imre József: Az albinismus problémáját talán úgy is lehetne megoldani, hogy a bulbaris conjunctivára a fényt át nem engedő kontakt-üveget (Müller-féle) helyezünk.

Kreiker (zárszó): Egyetért *Csapody*val az aranychlorid hatásmódjának magyarázatában. Az aranychlorid az erősen maró anyagok közé tartozik.

7. **Huber Rezső:** *A Bier-féle eljárás alkalmazása a szemészetben.* Az üvegharanggal való szívás helyett pangás létesítésére a módosított Kuhnt-féle blepharostatot ajánlja. A szemteke pangásos kezelését üvegcsővel végzi: az érzéstelenített szemgolyóra az üvegcső végével fokozatos nyomást gyakorol, úgyhogy az a limbustól kb. 4—6 mm-re a conjunctiva és a sklera ereit leszorítja. Eredményes: lymphatikus kötő- és szaruhártyagyulladásoknál.

Kreiker Aladár: A *Bier*-féle pangással kapcsolatban megemlíti, hogy a Blaskovics-féle hályogműtétnél szintén erős activ és passiv hyperaemiát és exsudatiót hozunk létre a kötőhártyakötény készítésével.

Incze Antal: A bulbusra alkalmazott üvegcsőkezelés alkalmával a corneára nem érvényesül a Bier-féle hyperaemia, sőt azt anaemizálja.

Hodászy József: Megerősíti egy meggyógyult esetével kapcsolatban *Huber* kezelését.

Huber (zárszó): Bakteriumos blepharitiseknél először expressiót, másodszor lapisolást, végül kenőcsös kezelést ajánl.

8. **Rötth András:** *Vakfoltmegnagyobbodás iridocyclitisnél.* 11 elsődleges iritisnél a vakfoltot mindig nagyobbnak találta, mint a másik ép szemen. A megnagyobbodás két typus szerint mutatkozott, vagy egyszerűen megnyúlt verticalis irányban, vagy pedig félköralakú, a macula felé irányuló a megnagyobbodás. Háromszor az iritis gyógyulása után is talált megnagyobbodást. Minthogy ez főleg verticalis irányban a papilláról a retinára lépő nagyerek mentén mutatkozik, a nagyerek hüvelyében folyó toxin, vagy nagyobb mennyiségű nyirok által okozottnak tartja a tünetet.

Incze Antal: Emlékeztet két év előtti vizsgálataira, melyek szerint nem közömbös, hogy a vizsgálatnál használt tárgyat látóból vak felé, vagy fordítva mozgatjuk.

Rötth (zárszó): Vizsgálataiban a jelet centripetalisan vezette mind a két szem oldalán.

9. **Oláh Emil:** *Szemhéjterpesztőm új modellje.* A tavaly bemutatott szemhéjterpesztőnél kifogásolták, hogy mélyen ülő szemeknél nehéz a behelyezése és hogy a külső szemzugot elemeli. Ezért a felső szár nasalis emelőlapját fordítva alkalmazta, a két kifogás ezzel elesik. A kivétele egy kézzel történik.

III. tudományos ülés június 6-án (délután).

Előadások:

1. **Székács István:** *A retrobulbaris idegentestek* egy része nem okoz a szemtekén áthatoló sérülést. Ezen esetek aránylag jóindulatúak. A sérülések másik része a bulbust duplán átüti. Ezek a lehető legsúlyosabbak. Az I. sz. szemklinikán 22 eset közül 8 enucleáltatott, 8 beteg fényérzés nélkül távozott, négy beteg látása pedig nem érte el az $^5/_{70}$-et.

Fejér Gyula: Egy iskolásfiúnál phlegmone miatt többször incisio orbitaet végzett, míg végre a hatodik napon egy 1½ cm hosszú letört tollszárdarab került elő. Teljes gyógyulás.

2. **Becker Jenő:** *A lencse luxatiójáról.* Az I. számú szemklinika ötéves beteganyagában 137 luxatio lentis szerepel. Ezek fele sérüléses eredetű. Hét esetben a lencse az üvegtestbe, hatnál a mellső csarnokba és hétnél a kötőhártya alá volt luxálva. Kettő veleszületett. Subluxált lencsét 18 ízben távolítottak el. Másodlagos glaukoma ellen 15 alkalommal jó eredményű volt a cyclodialysis, amelyet csak egyszer kellett megismételni.

3. **Ferenczy Zoltán:** *Az orbita syphilise.* Észlelései és esetek kapcsán vázolja az orbitalis lues előfordulási alakját, tünettanát, szövődményeit és kezelését.

4. **Hollós László:** *Omnadin a szembetegségek kezelésében.* 127 beteget észlelt. Tapasztalatai nagyon jók, különösen acut genyes folyamatoknál, sérüléseknél és műtétek utáni fertőzéseknél. Előnye tejjel szemben, hogy adagolása kényelmes és veszélytelen, de hatása e mögött marad.

5. **Sárkány Árpád:** *A degeneratio pigmentosa retinaeről.* 20 eset részleges klinikai feldolgozása kapcsán arra a következtetésre jut, hogy *a)* e betegség typikus rendszermegbetegedés, amely csupán localisatiójában különbözik más rendszerek elfajulásától; *b)* láthatólag a szem legmagasabban differenciált ektodermalis részeit illeti.

Klinikai közlések:

1. **Jilek József:** *Klinikai és kísérleti tapasztalatok az aranychlorid-festéssel.* A nemfestődés oka sokszor a nem friss aranychlorid. A széli erősebb festődés oka az, hogy a határoló mélyebb metszés jobban festődik, mint a felületes. Aranychloriddal szürke, barna és fekete színt lehet nyerni.

Fejér Gyula: Hét esetben e festési módszerrel jó eredményt kapott. Csak meszes degeneratiós hegek nem festődnek jól. A festés utáni izgalom 8—10 napig is eltarthat.

Licskó Andor: Az I. sz. szemklinikán négy esetben használta az aranychloridot: a széli részek jól festődnek, a középsők kevésbbé, azért ajánlja a cornea mélyebb felszántását.

Hollós László: Megemlíti, hogy a bécsi Dimmer-klinika kerek festési szél elérésére erre a célra készült trepant használ.

2. **Fejér Gyula:** *Adatok az iridocyclitis sympathica kórképéhez.* Két esetet közöl: egyik esetében 4 nappal a sérült szem eltávolítása után támadt a másikban serosus iridocyclitis; teljes gyógyulás. Másik eset: mészsérülés okozta staphyloma-lemetszés után néhány héttel az ép szemben súlyos lefolyású iridocyclitis támadt, enucleatióra és higanykúrára keveset javult.

3. **Horay Gusztáv:** *Néhány adat a sympathiás gyulladás klinikájához.* Az I. sz. szemklinikán négy év alatt 17 sympathiás szemgyulladás esetét észlelték. Ezek közül részletesen ismertet két gyógyult esetet, öt hályogműtét után és egy genyes keratitis után támadt sympathiás szemgyulladást. Foglalkozik a használatos gyógyító eljárásokkal: salvarsan és proteintherapia eredményei nem mindig kedvezőek.

Grósz Emil: A közlések néhány fontos conclusióra jogosítanak: *a)* a postenucleatiós sympathiás gyulladás relativ jóindulatúsága újból megerősítést nyer; *b)* a műtéti beavatkozások ismétlése hatványozza a sympathiás gyulladás kitörésének veszélyességét; *c)* a nagy háború alatt nyilván azért láttunk oly kevés sympathiás gyulladást, mivel az enucleatio indicatióját nagyon kiterjesztették.

4. **Singer Gyula:** *A refractio változása diabetesnél két eset kapcsán.* Az egyik betegnél a kezelés alatt a cukortartalom és az acidosis csökkenésével átmeneti hypermetropia jelentkezett. A másik betegnél a kisfokú hypermetropia myopiává, majd nagyfokú hypermetropiává alakult át, később visszatért az eredeti állapot.

5. **Komondy Pál:** *Kétoldali sepsis lenta orbitae esetét* közli, amely glaukomával kezdődött a jobb szemen. A műtét után pár nappal a bal szemen protrusio bulbi és 62 mm-es tensio. Az exopthalmus folyton nőtt, a jobb szemen a protrusio csak pár hét mulva jelentkezett. A bal szem teljesen megvakult. Kérdés, hogy a glaukoma és az orbitalis folyamat oki viszonyban volt-e egymással, vagy csak véletlen találkozásról van szó? Előadó szerint az oki összefüggés kétségtelen, mert az orbita phlegmone erős pangást okozott a szemtekében is, amely pangás idősebb korban glaukomához vezet. A betegség aetiologiáját a beteg rossz fogaiban keresi.

6. **Kukán Ferenc:** *A keratitis parenchymatosa kezelése bismuttal.* Tíz bismosalvannal kezelt eset kapcsán felhívja a figyelmet a szokatlanul jó eredményekre. A cornea tisztulása a második hét végén minden esetben megkezdődött. Kétnaponkint 2 cm³-t ad.

Incze Antal: Három év előtt a szegedi klinikán ők is kedvező eredményeket láttak a bismuttól, később mégis visszatértek a kenőkúra plus caseosan kombinált kezeléséhez, amelyet jobbnak tartanak.

Kukán: Fontos a kétnaponkinti 2 cm³-es adagolás.

Az Embervédelmi Kiállítás.

(Első közlemény.)

Az egyén és társadalom legértékesebb javának: az emberi egészségnek védelme, a köztevékenység bármely munkamezején csak akkor válhatik hasznos valósággá, ha az érdekelt, széles rétegek egyaránt tisztában vannak a célokkal és eszközökkel. Hogy ez csak intensiv propagandával érhető el, különösen nálunk, ahol a multak számos, tiszteletreméltó kezdeményezése megfeneklett a közöny mély iszapjában: ma már nem lehet vita tárgya. Ez okból a közegészségügyi kérdések és tennivalók iránt örvendetesen megnövekedett érdeklődés kielégítésére és továbbfokozására minden eszközt igénybe kell vennünk. Az élő szó és írott betű mellett, kétségen kívül leghatékonyabb eszköznek látszik a *demonstrativ érzékeltetése* mindannak, amit az emberi testről, annak betegségeiről, az egyéni hygienáról, valamint az állam és társadalom közegészségügyi és szociálpolitikai tevékenységéről ma minden művelt laikusnak tudnia kell. Ez volna a nemrég megnyílt Nemzetközi Embervédelmi Kiállításnak is egyik legfőbb feladata, a mellett, hogy repraesentálja a *magyar orvosi tudomány* és *kultúra* magasrendűségét.

Ez a megállapítás pedig már részben igenlő felelet arra a kérdésre, mely a kiállítás kezdeményezése kapcsán oly szenvedélyesen viharzott fel sajtóban és szakkörökben egyaránt: *vajjon szükséges és indokolt volt-e a kiállítás rendezése?* Kétségtelen azonban, hogy az az ellenszenv és nem egészen indokolatlan kishitűség, mellyel az orvostársadalom tekintélyes része állást foglalt a kiállítás ellen, nagy handicapje volt a teljes sikernek és ha azok az okok, melyek ezt az állásfoglalást motiválták (de amelyeknek taglalásába e helyütt nem bocsájtkozhatunk), bizonyos halasztással megszüntethetők lettek volna: *egy-két év mulva* már a mainál is *jóval értékesebb anyaggal* dokumentálhattuk volna a sokat emlegetett kultúrfölényt.

A kiállítás azonban mégis létrejött (valljuk meg: jóleső csalódást okozva), mi sem volna tehát indokolatlanabb, mint annak csak hibáit meglátva, elfogult kritikával belülről is gyöngíteni sikerét. Mert hibái kétségtelenül vannak.

Elsősorban az anyag *csoportosítása* az, amely a kritikát kihívja, tekintsük akár *a representativ-tudományos*, akár a *demonstrativ-oktató* részt. Nem látjuk ugyanis annak az elvnek consequens keresztülvitelét, hogy a *themák szerint* szervesen összetartozó anyag együtt is legyen található. Így állott azután elő az a helyzet, hogy a drezdai „Hygienisches Museum" anyaga — bár semmivel sem áll fölötte a magyar tudományos intézetek megfelelő célt szolgáló anyagának — rendszerességében mégis imponálóbb benyomást kelt a szemlélőben, mint emez. Ugyanez a kifogás merülhet fel számos, egyéb tárgykört illetőleg is, mert pl. a tuberculosis klinikáját érintő, tudományos és demonstrativ anyag négy-öt helyre szóródott szét, míg annak szocialhygienei vonatkozású anyagát egész másutt találjuk, félig-meddig szerves együvécsoportosításban. (Igaz, hogy a dispensaire-kérdésre vonatkozó — szegényes — anyag ismét másutt: a székesfőváros egyik pavillonjában húzódik meg.) Erre a csoportosítási hibára vezetendő vissza az a kétségtelenül zavaró körülmény is, hogy a tudományos intézetek csoportjában egymáshoz nem tartozó részletek kerültek szorosan egymás mellé (kórbonctan és socialpolitika). Jól tudjuk, hogy a *szorosan a tárgykörök szerint* véghezvitt csoportosítás szinte emberfeletti nehézségekbe ütközött volna, már csak az elhelyezés technikai megoldását illetőleg is, nemkülön-

ben az egyes szakok határkérdéseinek elválaszthatatlansága miatt; azonban az is vitán felül áll, hogy az egybehordott anyag értékét az áttekinthetőség még sokkal nagyobbra növelhette volna.

Ad oculos demonstrálja ennek az elvnek helyességét *a venerás betegségek* fülkéje, amely a maga nemében oly elsőrendű érték, hogy méltán nevezhetjük a kiállítás egyik fénypontjának. Itt tökéletes áttekinthetőségben sorakozik egymás mellé mindaz a meglehetősen heterogen anyag, ami a nemi betegségek klinikájára, prophylaxisára, társadalmi egészségügyi jelentőségére, stb. vonatkozik. Elkezdve az egyetemi klinikák óriási tudományos értékét képviselő moulage-, diapositiv-, kép-, száraz és nedves praeparatum anyagán, végig a nemi bajok következményeit népszerűen érzékeltető képeken, gazdag statisztikai összeállításokon, egészen az antivenereás propaganda külföldi plakátgyüjteményéig, a nélkül, hogy a szemlélőt változatosságával és gazdagságával kifárasztaná. Ellenkezőleg: oly harmonikus, kerek — egész benyomást hagy hátra, hogy a legaprólékosabb részleteket kutató szem is kielégül az itt látottakon. Ugyanez áll — bár nem teljes mértékben — a *gyermekegészségügy* csoportjára, amely szakszerű elrendezésével és a tudományos, illetve az instructiv anyag felett ügyes csoportosításával majdnem tökéletes. Mindannak az anyagnak élére azonban, amit e csoport felölel, szinte kiáltóan odakívánkozik a gyermekklinikák tudományos anyaga és ha a *Bókay* prof. intézetének példátlanul gazdag és óriás értékű gyüjteménye vezetné be ezt a tractust: felülmulhatatlan hatást keltene. Az anya- és csecsemővédelem propagálására és mindannak, amit e tárgykörben működő hatósági és társadalmi szervek producáltak, részletes ismertetésére így is kiváló eszköznek bizonyul a kiállítás e csoportja; főként a Stefánia-Szövetség gazdag anyagával és a gyógypedagógiai intézetek gyüjteményével.

A csoportosításban megnyilvánuló hiba mellett nem csekélyebb fogyatkozása a kiállításnak az, hogy *csonka*. A magyar embervédelemnek még számos mezejéről köthettek volna pompázó virágcsokrokat egybe, ahonnét most csak egy-két hervatag fűszál sorvadozik a kiállításon. Csak kettőt említünk: a magyar *fürdőket* és a *kórházakat*.

Nem becsüljük túl e vállalkozás gazdasági és idegenforgalmi jelentőségét, ami talán a magánkézen levő, üzleti kezelésben álló fürdőinkre buzdító hatást gyakorolhatott volna, hogy minél nagyobb mértékben vegyék ki részüket a kiállításban. Ám legalább az állami és egyéb hatósági fürdőintézetek anyagát találnánk hát meg! Mert — tette légyen még úgy tönkre Magyarország fürdőügyét Trianon — az a pár szerény képecske és nyomtatványka, amivel Hévíz, Balatonföldvár és a Margitsziget képviselve van, talán mégsem repraesentálhatja — törtrészében sem — azt a kincset, amit megmaradt fürdőink jelentenek? A székesfőváros egyik pavillonjában kiállított Gellértfürdő-modell és a szép, de kicsiny képsorozat ugyan enyhít valamelyest a helyzeten, de inkább csak arra való, hogy felhívja a figyelmet a hiányzó, többi fürdőre! S ha visszagondolunk a tavalyi, bécsi kiállításra, ahol a legkisebb, provinciális jellegű fürdő- és üdülőhelyet is magábanfoglaló, szebbnél-szebb modellek, relífek, diapositivek, képek és tarka picturák tömkelegében szinte elfáradtak szemeink, bizonyos megszégyenítést kell éreznünk, hogy nemtörődömségünk vagy élhetetlenségünk újra csak kedvezőtlen összehasonlításokra adott okot és talán soha vissza nem térő alkalmat mulasztottunk el, hogy minél szélesebb körben propagáljuk Magyarország fürdőit — idegenek és hazánkfiának szeme előtt!

S a kórházügy? Képzeljük csak el, minő lenyügöző hatást tudna kelteni európai hírű klinikáink és gyógyintézeteink idevágó anyagának olyan csoportosítása, mint azt pl. a Miskolc-városi kis fülkében látjuk, ahol a gipszmodellek és a szép képanyag tömkelege varázsolja elénk e város fejlett egészségügyi kultúráját! És bár módfelett nagyrabecsüljük a Székesfőváros iskoláinak ama nagy szorgalommal egybehordott gyüjteményét, mely a tehetséges gyermekek rajzait mutatja be, vagy a szegényház lakóinak kézimunkáit csoportosítja; ugyancsak tökéletesen méltányoljuk a Gáz- és Elektromos Művek közérdekű munkásságát bemutató csoportot, mégis — sit venia verbo — jobban szeretnénk ezek helyett, vagy akárcsak ezek mellett is, ottlátni a Székesfőváros közkórházainak repraesentativ kiállítását. Annyival is inkább, mert úgy tudjuk, hogy csekély fáradtsággal össze lehetett volna szedni a háború alatt rendezett Hadi és Népegészségügyi Kiállításnak ma is meglévő, igen szép képanyagát. Avagy az a tudományos és embervédelmi munka, amit közkórházaink teljesítenek, nem üti meg egy hasonló kiállítás mértékét? Megint csak az osztrák példára kell utalnunk, akik tavaly igen bő és nagy szeretettel összeállított anyag segítségével aknázták ki azt a nagy propagativ erőt, ami — a mieinknél semmivel sem fejlettebb — kórházügyük szemléltetésében önként adódik.

Egyéb, apróbb és lényeget nem érintő foglalkozások felsorolása ezúttal nem látszik indokoltnak, hiszen az egyes csoportok ismertetésénél lesz alkalom ezekről is megemlékeznünk. A kiállítás *részletes* ismertetésére — sajnos — sem időnk, sem terünk, a látogató úgyis kiragadja az anyagból mindazt, ami őt legjobban érdekli; így az egyes csoportok leírásánál inkább azt a módszert követjük, hogy a különösen értékesebb részletekre igyekszünk a figyelmet fölhívni.

Leghelyesebbnek látszik e leírást a tudományos intézetek csarnokán elkezdenünk, melynek természetes középpontjába a drezdai „Hygienisches Museum" anyagának legfrappánsabb csoportja: *az átlátszó ember* került. E csoport, mely a német találékonyságnak és technikai készültségnek imponáló bizonyítéka, különösen szerencsés elhelyeződésben tölti be értékes, oktató szerepét. Az elsötétített körfolyosó mintha symbolizálni akarná az emberi test belsejének misztikumát, melynek legapróbb részei is egyszeriben érthetővé lesznek a remek kivitelű diapositiv-sorozat színes és plastikus képeiben a laikus előtt, ki a titokszerűség ingerétől hajtva, végigjárja e kerek fülkét. Ám még a szakember is hasznosan rekapitulálhatja ismereteit e képek vizsgálatával, melyeknek minden részlete a természet hű ábrázolásával, mély benyomást keltő emlékképpé világosul az anatomiát rég tanult orvos előtt is. A drezdai anyag többi részén sem látszik meg az, amitől sokan féltek: hogy t. i. az egyidejűleg megnyílt düsseldorfi kiállítás miatt csak szegényes copiák kerülnek majd hozzánk. Tekintsük akár az *anatomiai* praeparatumokat, melyek a technika minden lehetőségét kihasználva, igyekeznek híven utánozni az eleven valóságot, akár az *élettani* részt, ahol a modellek, szellemes instrumentumok igyekeznek világos fogalmakkal helyettesíteni a laikus gondolataiban élő, titokzatos sejtéseket, az emberi szervezet belső működéséről, akár az *örökléstani* és *eugenikai* csoport szellemes kép- és diapositiv anyagát, ahol főként a Mendel-törvények érzékeltetésére való apparatusok tűnnek ki, — mindenütt tökéleteset találunk, anélkül, hogy a felesleges részletismeretek közlésével, halmozásával túllőne a célon az anyagot egybeállító szakember.

A magyar tudományos anyag csoportját a m. kir. Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium *Egészségügyi Reformirodájának* rendkívül szerencsésen elhelyezett fülkéje vezeti be. Az itt egybegyüjtött grafikai anyag, mely az ország közegészségügyi állapotának nyujtja mintegy *tudományos kataszterét*, méltán vívja ki minden szakember elismerését. Különösen kiemelendőknek tartjuk azokat az óriás méretű, demografiai térképeket, melyek a születési, halálozási, szaporodási és termékenységi viszonyokat, nemkülönben a csecsemőhalandóság és a gümőkóros halálozás viselkedését mutatják be, községenkinti, synoptikus ábrázolásban. Ez a munka, mely eleddig egészen egyedülálló kezdeményezés, a külföldön is méltóképen lesz hivatva repraesentálni a magyar egészségügyi statisztikai szolgálat fejlettségét. *Pfeiffer Miklós dr.*

(Folytatjuk.)

VEGYES HÍREK

Korányi Sándor hatvanéves *és a magyar orvosok megilletődve gondolnak az apára és fiúra. Az apára, ki itthon megalapította a tudományos észlelet alapjára fektetett belgyógyászatot: — és a fiúra, ki úgy itthon, mint külföldön szolgálatába állította ennek a laboratóriumot. Korányi Sándor neve messze csillog a magyar kultúra zenithjén és ezért hálával, elismeréssel tartozik neki a Nemzet és elsősorban a magyar orvostudomány. Ennek a tiszta fehér zászlóját hajtjuk meg előtte ma, midőn őt a magyar orvosok nevében üdvözöljük.*

Az Erzsébet Királyné Sanatorium vasárnap meghatóan ünnepelte *Korányit* 60-ik születésnapja alkalmából. A Sanatorium-egyesület igazgatóságán s a családtagokon kívül a vallás- és közoktatásügyi miniszter képviseletében *Tóth Lajos* államtitkár jelent meg. *Dr. Országh Sándor* ig. főorvos a Sanatorium nevében, az egyesület nevében pedig *Bárczy István* üdvözölte *Korányi* tanárt, ki keresetlen, szívhez szóló szavakban vázolta az *Erzsébet Sanatorium* válságos időszakát, amikor az a legnagyobb nehézségekkel küzdött, míg *Munro* angol orvos 10.000 font segítséget szerzett *Angliából*. *Korányi Sándor* nagy szerénységében ezt a véletlennek tulajdonította, pedig reá igazán illik *Pasteur* mondása: a véletlen rendesen az érdemest találja meg!

A magántanári próbaelőadások június 18-án folytak le a budapesti orvosi karon nagyszámú díszes közönség és a csaknem teljesszámú kar előtt. *Licskó Andor* a kancsalság gyógyításáról, *Melly Béla* az egészségügyi közigazgatás feladatairól az egészségvédelmi kultúra fejlesztésében, *Baló József* az encephalitisről kórbonctani és kórszövettani alapon, *Lehoczky-Semmelweis Kálmán* a meddőségről, *Fritz Gusztáv* a narcosis lényegének legújabb magyarázatairól, *Simon Béla* az érzéstelenítésről a fogorvos gyakorlatában tartottak előadást. A köztetszést arató előadások után rögtön megtartott zárt ülésen az előadókat szaktárgyaikból ünnepélyesen habitilálta. Üdvözöljük a hazai orvosi oktatás új, fiatal erőit és kiválasztottjait.

Az Embervédelmi Kiállítás kedvezményei. Az Iparcsarnokban nemrég megnyílt Nemzetközi Embervédelmi Kiállítás látogatóinak, mint ismeretes, számos kedvezményt nyujt. Elsősorban vidékről és külföldről jövők 50 százalékos kedvezményt élveznek úgy a Máv, mint a Délivasút, valamint a hajózási társaságok részéről. A külföldi látogatók részére, — amennyiben a kiállítás igazolványának birtokában vannak — a magyar vízum mindössze 1 aranykorona (14.500 papírkorona). A kiállítás kétszeri látogatására jogosító igazolvány egyúttal a kedvezmények igénybevételét is lehetővé teszi, ára 50.000 korona és váltható a kiállítás irodájában (IV., Piarista-utca 6., félemelet). Mint értesülünk, a külföldi látogatók száma örvendetesen gyarapszik, legutóbb a görög egészségügyi igazgatás kebeléből érdeklődtek több szakember ideutazásának lehetőségeiről, akik a kiállítást valószínűen a jövő hét elején fogják megtekinteni. *Gerlóczy Zsigmond dr.*, a Budapesti Orvosok Szövetsége elnöke értesíti a szövetség tagjait, hogy a kiállítás igazgatósága a Szövetség elnökének kérésére kedvezményes bérletjegyet engedélyezett a B. O. Sz. tagjainak. *A kiállítás egész tartamára érvényes bérletjegyet* 85.000 K helyett a B. O. Sz. tagjai rendőri kordonigazolványuk bemutatása mellett *40.000* K-ért válthatják meg az Embervédelmi Kiállítás irodájában, *IV., Piarista-utca 6. sz. alatt*, de a kiállítás pénztáránál is.

Egyetemi alapítványok. *Báró Korányi Sándor* egyetemi tanár édesatyja tanársegédi jutalomdíj alapítványának gyarapítására 58 millió koronát adományozott, s nyolcmillió koronát az első három évi ciklus jutalomdíjára. Az alapítvány ezentúl *„Báró Korányi Frigyes* és neje, született *Bónis Malvin* tanársegédi jutalomdíj alap" nevét fogja viselni. Az alapítványt *Korányi Frigyes* 1891-ben létesítette 2000 forint névértékű járadékkal. Ez alapítvány elértéktelenedett. *Korányi Sándor* adománya által a pályadíj újból kiadható.

Grósz Emil dr. egyetemi tanár dr. *Tóth Lajos* államtitkár nevére ötmillió korona alapítványt tett, melynek kamataiból az I. számú egyetemi szemklinika kórleírás pályázatán legjobbnak ítélt dolgozatok jutalmazandók. Az 1926/27-ik évi jutalomdíjul egymillió koronát külön adományozott.

Személyi hírek: A vallás- és közoktatásügyi miniszter *Markó Dezső* egyetemi tanársegédnek a debreceni Tisza István tudományegyetem orvostudományi karán az „Orvosi röntgenologia" című tárgykörből egyetemi magántanárrá történt képesítését jóváhagyólag tudomásul vette és őt ebben a minőségben megerősítette.

Munkatársainkat kérjük, hogy beküldött dolgozataikban a legszükségesebbre korlátozzák az irodalmi vonatkozásokat és felsorolásokat, ne mellékeljenek a dolgozatokhoz külön „Irodalmat", hanem *vonal alatt* utaljanak a forrásra; a szerző neve és a közlemény címe elhagyható.

Jövő tanévi rectorok és dékánok a vidéki egyetemeken. A szegedi m. kir. Ferenc József-tudományegyetemen a következőképen ejtették meg a választásokat: Rector: *Tóth Károly dr.*, jogkari dékán: *Kolozsváry Bálint dr.*, orvoskari dékán: *Issekutz Béla dr.*, bölcsészkari dékán: *Bartók György dr.*, mathematikai és természettudománykari dékán: *Széki Tibor dr.* A debreceni Tisza István-tudományegyetem orvostudományi kara jövő évi dékánjának újból *Huzella Tivadar dr.*-t választotta meg.

Az amerikai orvosok bécsi látogatása. *Wilson* és *W. Peck* tanárok vezetésével nagyszámú amerikai orvos látogatta meg *Franciaország, Olaszország* és *Svájc* egyetemeit s három napig *Bécsben* is voltak. Fogadtatásukra *Eiselsberg* tanár elnöklésével külön bizottság alakult. Az orvosokat az egyetem rectora, az orvosi fakultás dékánja, a köztársaság elnöke, Bécs város polgármestere, az amerikai követ, az angol-amerikai egyesület fogadta, s jóformán az összes egyetemi klinikákon és intézetekben voltak előadások. Legnagyobb számban *Fuchs, Wenckebach, Wagner, Jauregg* előadásán jelentek meg. Budapestet elkerülték.

Magyar Orvosok Röntgen-Egyesülete folyó hó 30-án délután, pontosan 6 órakor az Egyetemi Röntgenintézet (VIII., Üllői-út 26. földszint) tantermében tartja évi rendes közgyűlését. Tárgysorozat: 1. Elnöki megnyitó. 2. A legutóbbi (1925. II. 11.) közgyűlés jegyzőkönyvének felolvasása. 3. A titkár jelentése az elmúlt év működéséről. 4. A pénztáros és számvizsgáló bizottság jelentése; a számvizsgáló bizottság felmentése. 5. A jövő évi munkaterv és költségvetés tárgyalása; a tagdíjak pengő értékben való megállapítása. 6. A választmány kiegészítése; számvizsgáló bizottság választása. 7. A szabályszerűen beérkezett indítványok tárgyalása.

A Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten október 15—16-ig tartja Berlinben *Bergmann prof.* elnöklete alatt nagygyűlését. A következő referátumok vannak napirenden: Gastritis és achylia, referensek: *Lubarsch* (Berlin), *Knud Faber* (Kopenhagen), *Morawitz* (Leipzig), *Konjetzny* (Kiel), *Clairmont* (Zürich). Víz- és ásványanyagcsere, különös tekintettel a gyomor- és bélbetegségekre, referensek: *Pick* (Wien), *Lichtwitz* (Altona), *Sauerbruch* (München). A gyomor és bél functionalis megbetegedései. neurosisai, referensek: *Kraus* (Berlin), *F. H. Lewy* (Berlin), *von Weizsäcker* (Heidelberg), *Katsch* (Frankfurt), *Storm von Leeuwen* (Leiden). Carcinomakérdések, referens: *O. Warburg* (Berlin—Dahlem). — Jelentkezni *Bergmann* professzornál lehet (Frankfurt a. M. Medizinische Universitätsklinik im Städt. Krankenhaus Sachsenhausen). hausen).

Kitüntetés. A Teleia-Egyesület, a nemi betegségek ellen, főorvosi karának kezdeményezésére érdemérmet alapított, amelyet évente az egyesület kebelében működő legérdemesebb orvosnak adnak ki. Ebben az évben az érmet az egyesület mult vasárnapi közgyűlésén báró *Szterényi József* v. b. t. t. elnök szép szavak kíséretében nyújtotta át dr. *Lempert Sándor* alorvosnak, aki az egyesület rendelő intézetében immár hat éve lankadatlan buzgalommal teljesíti kötelességét.

Az Orvosképzés 1926. évi harmadik rendes száma június hó végén jelenik meg a következő tartalommal: *Tóth István* egyetemi tanár: „Kétezer hasmetszés eredménye". *Lovrich József* egyetemi tanár: „A vetélések kezelése, Védekezés a vetélések járványos terjedése ellen". *Csépai Károly* egyetemi magántanár: „A petefészek hormonjáról". *Hainiss Elemér* egyetemi tanár: „Dick-oltások és skarlátprobléma". *Schmidt Lajos* egyetemi tanársegéd: „A Merckel-diverticulum gyulladásáról". *Rötth András* egyetemi magántanár: „A szem rézrozsdás beivódásáról". *Zechmeister László* egyetemi tanár: „Jelenlegi nézeteink a fehérje vegyi szerkezetéről". *Jeney Endre* egyetemi magántanár: „Az alapanyagforgalomról" ép és kóros viszonyok között". *Huzly Imre* egyetemi tanársegéd: „A kolloiddynamika pharmokologiai jelentősége". *Baitz Géza:* „A légzési anyagcserevizsgálatok klinikai jelentőségéről". *Gámán Béla* egyetemi magántanár: „Mik a jó fürdőorvos és a fürdőorvosképzés kellékei?"

Ezen rendes füzethez még egy *külön füzet* csatlakozik, melyet az előfizetők ingyen kapnak: *Dolgozatok* a budapesti kir. magy. Pázmány Péter tud. egy. II. sebészeti klinikájáról, mit néhai eperjesi *Kuzmik Pál* professzor emlékére tanítványi írtak: *Tótfalussy Imre* egyetemi magántanár: „Eperjesi Kuzmik Pál (1864—1925)". „A Meckel-féle diverticulum által okozott ileusokról". *Lobmayer Géza* egyetemi magántanár: „A vérátömlesztésről". *Schafranek János* egyetemi magántanár: „A hypopharynxból a külső nyakizmok közé fúródott varrótű". *Ertl János* egyetemi magántanár: „A képző és functionalis sebészet terén végzett munkálataim irányelvei". *Szabó Ince* egyetemi magántanár: „A Röntgen-vizsgálat jelentősége az urologiai diagnostikában". *Novák Miklós* egyetemi magántanár: „A kéz foglalkozási fertőzéseinek okai és megelőzése". *Landgraf Jenő* egyetemi tanársegéd: „Adatok a coxitis tuberculosa és az osteochondritis deformans coxae juvenilis közti korai differential diagnosis kérdéséhez". *Hedry Miklós* egyetemi tanársegéd: „Adatok a köldökdaganatok pathologiájához". *Fodor Jenő* egyetemi tanársegéd: Idegentestek szerepe féregnyulványgyulladásoknál". *Kovács János* egyetemi tanársegéd: „A postoperativ peritonealis adhaesiók elhárításáról". *Schustek Jenő* egyetemi tanársegéd: „Isolált appendicitis tuberculosa hypertrophica esete". *Strelinger Lajos* egyetemi tanársegéd: „Paracystitis spontan áttörése a hasüregbe". *Madi Kovács Ferenc* egyetemi tanársegéd: „Szokatlan nagykiterjedésű zárt extraduralis tályog és halánteklebeny tályog gyógyult esete" és „A tonsillákban előforduló porc- és csontképződésekről". *Takács Zoltán* kórházi igazgatófőorvos: „Szövetek gyógyhajlama". *Hortobágyi Béla* rendelő főorvos: „Cholelithiasis a gyermekkorban". *Cserey-Pechány Albin* kórházi igazgató főorvos: „Az agy- és gerincagysérvek műtéti gyógykezelése". *Herepey-Csákányi Győző* rendelő főorvos: „A tüdőtuberculosis sebészetének socialis jelentősége". *Dreiszlampl Emil* közkórházi alorvos: „Heveny vakbélgyulladás szövődménye méhenkívüli terhességgel". *Szecsey Lajos* közkórházi alorvos: A köldökzsinór ellátásával kapcsolatos bélsérülés". *Varga István* klinikai gyakornok: „A mandibula resectiós prothesiseiről". *Erdélyi Gyula* közkórházi alorvos: „Proteintherapia és az appendicitis". *Sereghy Emil* műtőorvos: „Röntgenvizsgálat után szabad hasürbe átfúródott gyomorrák két esete". *Dabasi Endre* műtőnövendék: „Az os tibiale externumról két eset kapcsán". *Hofhauser János* műtőnövendék: „A kétoldali emlőrákról". *Hörl Antal* műtőnövendék: „Az appendix úgynevezett primaer carcinomájáról két eset kapcsán". *Prochnow Ferenc* műtőnövendék: „Quantitativ fibrinogen változásokról parenteralisan adott fehérjék után".

Anglia a morfinizmus ellen. A szigorú törvényes intézkedéseket, melyek Angliában a morfin alkalmazása elé gátakat emelnek, nemkevésbbé szigorúan hajtják is végre. Így legutóbb az egyik orvost, ki a morfin rendelésére és felhasználására előírt pontos jegyzőkönyvét, illetőleg naplóját évek óta hanyagul vezette, jogerősen hat havi fogházra és 800 font pénzbüntetésre ítélték.

Az olasz munkásbiztosítás köréből. A közelmult napokban avatták fel Fiesoleban az olasz országos munkásbiztosítási pénztár harmadik betegüdülő telepét. Az ünnepségen a helyi előkelőségek mellett maga a belügyminiszter is részt vett, aki megnyitó beszédében azt hangsúlyozta, hogy a fascista politika egyik célja a munkásvédelem. S ezt olyan eszközökkel igyekszik tökéletesen elérni, amelyek talán a munkásbiztosítás szorosan vett hatáskörén kívül esnek, de hatékonyan járulnak hozzá ahhoz, hogy a megbetegedett munkások munkaereje tökéletesen helyreállván, ismét a köz szolgálatára legyen fordítható. Az új intézmény 350 üdülő munkást képes falai közé befogadni és a legmodernebb egészségügyi felszereléssel bír.

A Népszövetség és a német orvostudomány. Annak ellenére, hogy a világpolitikai viszonyok eleddig távol tartják Németországot a Nemzetek Szövetségétől, annak egészségügyi bizottsága immár elérkezettnek látta az időt, hogy két német tudóst tagjaiul válasszon. Ezek egyike *Hahn*, a keleteurópai egészségügyi bizottság tagja lett, a másik *Hamel* birodalmi egészségügyi államtitkár a központi egészségügyi bizottság előadójává választatott meg. A Népszövetség e lépésével nyiltan elismerte, hogy a még a legjobban szervezett internacionalis munka sem nélkülözheti a német tudomány, különösen a német egészségügyi tudomány magas fejlettségét.

A Német Közegészségügyi Egyesület (Deutscher Verein für Volksgesundheit), mely immár 30 éve működik a német nép közegészségügyének fejlesztése érdekében, székhelyét ez év június 1-től Berlinből Drezdába helyezte át.

A Deutsche Gesellschaft für Urologie szeptember 30-tól október 2-ig tartja ezévi nagygyűlését Wienben. A napirend előadói között *Illyés* professor is szerepel. A kongresszus résztvevői annak befejezése után a magyar urologusok meghívására Budapestre rándulnak ki, ahol megtekintik fővárosunk intézményeit. A kongresszusra jelentkezni lehet *Pleschner* wieni docensnél (Alserstrasse 20).

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

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

Ragályos betegségek Budapesten. A tisztifőorvosi hivatal kimutatása szerint június 13-tól június 19-ig előfordult:

Hasi hagymáz	15	4	Gyermekágyi láz	1	—
Küteges hagymáz	—	—	Bárányhimlő	27	—
Hólyagos (ál-)himlő	—	—	Járv. fültőmirigylob	52	—
Kanyaró	161	3	Vérhas	7	—
Vörheny	64	3	Járv. agygerincagyhártyalob	2	2
Szamárhurut	13	—	Trachoma	21	—
Roncs, torok-, gégelob	30	2	Veszettség	—	—
Influenza	2	—	Lépfene	1	—
Ázsiai kolera	—	—	Heine Medin	—	—

A zárójelben lévő számok a halálozást jelentik.

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

A KIADÁSÉRT FELELŐS VÁMOSSY ZOLTÁN.

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