

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANAR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. belgyógyászati kórodájának laboratóriumából.

A környéki edényrendszer compenzáló szerepéről.*

Róth Vilmos, szigorló orvostól.

Corvisart,¹ a szívbántalmak diagnostikájának genialis meg-alapítója, volt egyszersmind az első, a ki a billentyű-bántalom által a vér keringése elé toluó akadály kiegyenlítésének — „compenzálásának“ — módját kutatta. 1806-ban megjelent munkájának nem egy lapján fejtegeti: hogy a megnövekedett akadályok a mögöttük levő szívrész nagyobb munkáját váltják ki, s hogy ezen szívrész vastagabb, nagyobb, tömöttebb lesz: „par la continuité ou par l'énergie plus grande de son action“. A szív ezen alkalmazkodó erősbödése képezi a mult és közelmult minden compensatio elméletének sarkpontját, s csak elvétve — így *Bamberger*² — jutnak a keringésre befolyó egyéb tényezők is némi méltatásra.

A keringési zavarok kiegyenlítésének főforrása kétség-telenül a szív nagyobb munkája; másrésről a keringés mechanikai viszonyainak kellő számbavétele meggyőző érveket szolgáltat arra nézve, hogy a compensatio megindításában s fentartásában lényegesen közrejátszanak egyéb tényezők is, melyek közül főleg a környéki edényrendszer viselkedése irányadó.

Az „incompensatio“ névvel jelölt tünetesoport kiinduló pontját a typosos esetekben a keringési viszonyok olyan alakulása képezi, melynél fogva a verőeres középnyomás s vele a keringési középsebesség (= az időegység alatt az áram-meder bármely keresztmetszetén átfolyó vértömeg) súlydnt. Kérdés, vajjon a súlydnt verőeres nyomást, avagy a csökkent középsebességet éri a felelősség az uncompensatio tünetekért? az előbbi vagy az utóbbi érték alászállása oka a keringés „elégtelességének“? Ezen kérdés összeesik azzal: vajjon a közepes verőeres nyomás, avagy a középáramsebesség mértéke a keringés functióképességének? vajjon az előbbi vagy utóbbi irányadó a keringés functióira? Ezen functiók egyike, az O_2 s CO_2 -forgalom, az élettan tanítása szerint a hajszáledényeken átáramló vér tömegének s a benne lévő gázok feszülésének eredője: közvetlen függésben tehát csak a középáramsebességel s nem a közepes verőeres nyomással van. A keringés a szervezet gázcserején kívül a tápláló vegyületeket s azok bomlástermékeit tartalmazó oldatok forgalmát (általánosabb kifejezéssel: a szilárd molekulák s víz forgalmát) is közvetíti. Ezen oldatok forgalmának tulajdonképeni activ tényezői egy-résről a nyirok-edényrendszer és szövetsejtek, másrésről a vesék. Az utóbbiak működése Heidenhain irányadó kutatásai szerint semmi esetre sem a vérnyomástól, hanem a rajtuk átáramló vér tömegétől, tehát a középáramsebességtől függ. A szövetsejtek

* „A szív incompensatióknak nevezett tünetesoport lényegének magyarázata, előidéző okai s az abból levonható therapeutikus irány-elvek“ című, a Senger Katalin-féle alaphól jutalmazott pályamű V. fejezete alapján.

a működésükhöz szükséges molekulákat az őket körüláramló nyirokból nyerik. A nyiroktermelést a legújabb időkig divott felfogás a vérnyomástól függő filtrációs folyamatnak tekintette. A mióta ezen felfogás tarthatatlansága kétségbevonhatlanul ki van mutatva: a vita azon pont körül forog, vajjon szerepel-e a nyirokképzésnél a hajszáledényfal sajátlagos secretiós működése? — a mint azt *Heidenhain*³ felvette —; avagy a hajszáledényfal két oldalán levő folyadékok osmosis nyomásainak különbsége a nyirokképzés indítója? a mely felfogás felé hajlanak *Cohnstein*,⁴ *Starling*,⁵ s a mely álláspont helyességét matematikailag precis érvekkel támogatta *Korányi Sándor* tanár egy, a természettud társulat élettani értekezletén tartott, a szövetközi anyageseréről szóló felolvasásában. Akár így, akár úgy: a nyirokképzés a vérnyomástól független, csak a véráramlás középsebességétől függő folyamat.*

Az előbbieket szerint az anyageserét kitevő összes folyamatok (O_2 s CO_2 -forgalom; tápláló vegyületek, bomlástermékek, víz forgalma) a keringés minden mechanikai értéke közül tisztán annak középsebességétől függenek: a véráramlás középsebessége mértéke a keringés functióképességének; s ama sarkalatos változás, a melyből az „incompensatio-tünetek“ fakadnak: a véráramlás középsebességének súlydnt volta.

Másrésről a keringési középsebesség egyéb tényezők eredője: függ a verőerek s vivőerekbeli vér nyomásainak különbségétől, a mely nyomáskülönbség kellő fokon tartásáról a szív munkája gondoskodik, s függ az áramlás útjában levő akadályoktól, a melyeket a keringés rendszerébe iktatott hajszálesővek képviselnek. (Hajszálesővek physikai értelemben a kicsiny verőerek s vivőerek is.) A szíven kívül tehát a (tágabb értelemben vett) hajszáledényrendszer is felelős a keringés functióképességéért. A hajszáledényrendszer ezen szerepét jól irta körül *Marey*,⁶ a midőn megkülönböztette a vérnyomás olyan emelkedését, a melynek alapja a szív nagyobb munkája, attól, mely az edényrendszer hajszálesőveinek szűküléséből ered; az előbbi a középsebesség gyarapodásával jár, az utóbbi annak csökkenésével; s csak az előbbi jelenti a keringés viszonyainak kedvezőbb alakulását. A vérnyomás e szerint nem mértéke a keringés functióképességének s az ér-lökés rendes feszüléséből nem vonhatunk következtetést a keringés kielégítő voltára. A keringés elégtelességének, a teljes uncompensatióknak képe kifejlődhetik rendes, sőt fokozott verőeres nyomás mellett: pl. a kiesi verőerek nagy részére kiterjedő obliteráló endarteriitisnél.

De nemesak az endarteriitis lefolyásában irányadó a kis verőedények viselkedése, a mit *Gull* és *Sutton*⁷ irányadó közlése óta számos bűvár elismert (l. az erre vonatkozó irodalmat *Lemcken*⁸); nem kevésbé jelentős az a keringés egyéb eredetű zavarainál. S ilyen értelemben a környéki edényrendszernek a compensatióra befolyó jelentősége nem sok méltatásban részesült; a megfelelő irodalmi adatok szűk téren megférnek.

* Így ezen kérdéstről, mint az osmosis nyomás egyéb physiologiai s pathologiai jelentőségéről bő felvilágosítást nyújt *Korányi Sándor* tanár épen megjelent műve: „Az állati folyadékok osmosis-nyomásának élettani viszonyaira s kóros eltéréseire vonatkozó vizsgálatok. A beteg-vizsgálat egy új módszerének alapvonalai. Budapest, 1896.“

Francia klinikusoknak a hajszáledényrendszer jelentőségét előtérbe helyező vizsgálatai azon pontból indulnak ki, hogy olyan szívbetegségeknél, a kiknél a *souverain cardiacum*: a digitalis megszűnt hatni, jó eredmények érhetők el az opiumkészítmények adagolásával. *Renault*,⁸ *Huchard*⁹ a cardialis dyspnoét gyózik le velük; *Gubler*¹⁰ szerint a szívbántalmak bizonyos nemeiben az opium csak olyan „stimulans” „tonizáló” szívszer, mint más esetekben a digitalis. Hatásmódja, hogy congestiót okoz a szervezet minden részében: az érlökés telt lesz, a nyákhártyák s bőr belőveltek, a hőmérsék emelkedik; „ugyanazon tünetek az egész testre kiterjedőleg — mondja *Gubler* —, mint a melyeket a nyaki együttlétző ideg átmetszése okoz az arczon”. *Dujardin-Beaumont*¹¹ különösen az aortabillentyű elégtelenségénél tartja czélszerűnek az opiumos kezelést. „Dans l'insuffisance aortique ce n'est plus la faute du coeur, s'il y a anémie du système artériel, c'est la faute des valvules et vous ne pouvez rien sur cette lésion... Vos efforts tendront a combattre l'anémie par une médication destinée a augmenter la circulation locale dans certaines organes...” Ezen mondat közelebbi értelmezése: hogy a túltengett maximalis munkát végző szívnek nincs már több disponibilis rezervereje, melyet gyógybeavatkozásunk a compensatio helyreállításának czéljából működésbe hozhatna. A therapia támadáspontja tehát nem lehet a szív, a melynek működését fokozni többé nem bírjuk; de lesz a környéki edényrendszer, a hol a hajszáledények tágitása által csökkentjük az akadályokat s állítjuk helyre az áramlás középességét. Ezt a felfogást vallja *Jendrassik*¹² tanár, a ki az opiumkészítményeknek a keringésre kedvező befolyását következőleg magyarázza: „a morphiom hatása főleg a hajszáledényrendszer tágulása folytán jön létre, ez által a keringés könnyebb lesz: tehát nem a hajtóerőt fokozzuk, hanem az akadályokat csökkentjük”.

A klinikus számol tehát a környéki edényrendszer nagy compenzáló jelentőségével. Másrésztől azonban hiányoznak az ezen felfogás helyességét kétségen kívül helyező objectiv kísérleti adatok. Nevezetesen nem találhatók ilyenek *Noorden*¹³ ama közleményében, a melyben sphygmogramok alapján következtet a környéki edényrendszer compenzáló tevékenységére billentyűbajoknál; első sorban azért nem, mert az izolált sphygmogramm ilyen következtetések alapjául egyáltalán nem szolgálhat; másrészt *Noorden* következtetései egymásnak elvileg ellentmondók. Így *Noorden* szerint mitralis szűkületnél a környéki kis edények összehúzódznak oly czélszél, hogy a verőeres nyomást a bal szív által kihajtott vértömeg megesőkkenése daczára kellő fokon tartásák. Ha így állna a dolog, akkor a vérnyomás fokozása a középesség rovására compenzáló jelentőségű berendezés volna, a mely felfogás ellenkezik élettani tudásunkkal, s a melylyel maga *Noorden* is ellenkezésbe jut, a midőn mitralis- és aorta-elégtelenségénél a viszonyok olyan alakulását mondja compenzáló jelentőségűnek, a melynél a kis edények kitágulása folytán a véráram középessége gyarapszik a verőeres nyomás rovására. Nem bírnak jelentőséggel azon gyér kísérleti adatok, a melyek a környéki edényrendszernek a keringés gyors alteratiójánál érvényre jutó compenzáló szerepéről szólnak. *François-Franck*¹⁴ szerint állatokon mesterségesen létrehozott aortabillentyű-elégtelenség a kis edények „compenzáló” összehúzódását vonja maga után, a melynél fogva a vérnyomás a verőrendszer csökkent teltsége daczára ugyanaz marad. *Franck* számon kívül hagyja, hogy ezen folyamat a szervezet működésére irányadó középesség alástüledésével járna. *Rosenbach*¹⁵ szerint ez a reactio nem a véredények szűkülésében, de azok tágulásában áll. Másrésztől *Rosenbach* az edényrendszer tágulását aortabillentyű-elégtelenségénél, mint czélszerűtlen intézményt kiküszöbölni igyekszik s ez alapon ajánlja az anyarozskészítményeket.¹⁶

Az elmondottakból kiténik, hogy koránt sincs tisztázva azon kérdés: mennyiben növeli a keringés functióképességét, mennyiben compenzáló jelentőségű tehát a nagy vérkör kis edényeinek kitágulása, a melynél fogva csökken ugyan a vérnyomás, de nő a véráram középessége? s mennyiben gy-

korolja az ellenkező hatást a nagy vérkör kis edényeinek összehúzódása? Az ezen kérdések megfejtését czélzó klinikai kutatás nem csekély nehézségekbe ütközik; így nem könnyű: 1. a jelölt állapotok előidézése, 2. a keringés változásának s a változás fokának megállapítása, 3. az előidézett keringési alteratio functionalis jelentőségének megítélése.

ad 1. A kis edények tágulását, illetve szűkülését olyan hatányok által kell előidézni, a melyek befolyásolatlanul hagyják a keringési rendszer egyéb részét: nevezetesen a szívet; nem hatnak továbbá direct izgatólag azon szervekre, a melynek működéséből a keringési változás jelentőségére következtetünk: (l. alább) a vesére. Ezen negatív feltételen kívül, mely a nyert adatok értelmezhetőségének szempontjából nélkülözhetlen, positiv követelmény: hogy a használt szer lehetőleg általános vagy legalább is igen kiterjedt vasodilatatiót, illetve vasconstrictiót hozzon létre. Mint véredénytágító szer az idézett francia szerzők adatai alapján első sorban a morphiom jó számba. A véredények kitágulása a morphiomhatás olyan szembetűnő részét képezi, hogy *Gubler* és *Labbée*¹⁷ a francia gyógyszerkönyvhöz irt „Commentaires”-jeikben a morphiomnak még az idegrendszerre gyakorolt hatását is ebből igyekeznek kimagyarázni. Érdekes adatokat találunk továbbá a morphiomnak egyénenként különböző edénytágító hatását illetőleg *Dupuy*¹⁸-nek az alcaloídákról irt nagy munkájában. Ha a morphiom számbajövő véredénytágító hatást fejt ki: sülyesztene kell a verőeres nyomást. Tényleg ezt tapasztalta *Witkowsky*¹⁹ állatkísérleteiben: akár kis, akár nagy adagokban nyujtotta a morphiom. *Rosbach*²⁰ szerint a vérnyomás csekély kezdeti emelkedés után sülyed a véredénymozgató központ hűdése folytán. Emberen a vérnyomás következményes sülyedésére következtettek sphygmographiai felvételek alapján: *Martin*, *Schüle*,²¹ *Wolff*.²² Ugyanezen módszerrel *Preisendorfer*²³ 0.01—0.03 grammos morphiomadatok után legfeljebb jelentéktelen csökkenését észlelte az érlökés feszülésének. A Basch-féle sphygmomanometerrel végzett mérések ellentétes eredményekre vezettek: *Christeller*²⁴ kis morphiomadagok injectioja után a vérnyomás sülyedését látta bekövetkezni, *S. Fraenkl*²⁵ annak emelkedését. Az itt idézettek szembetűnően demonstrálják, milyen kevésbé alkalmasak a klinikailag használatos graphikai és vérnyomásmérő módszerek általános következtetések vonására. A néhány ellentmondó adat nem is dönti meg azon sokirányú tapasztalás által nyert felfogást, mely szerint a morphiom a környéki véredények tágitása által a verőeres nyomást sülyesztí.

Mint véredénytágító szerek a morphiomon kívül a nitritegyületek jönnek számba, a melyek a bennök foglalt NO₂ gyök révén methaemoglobinképzők s *Kobert*²⁶ szerint ezen hatással párvonalosan véredénytágítók. A nitritek közül legintenzívebb hatású az amylnitrit, a mely *François-Franck*²⁷ s *Bókay Á.*²⁸ tanár szerint a véredénytágító idegközpontot direct izgatja. Az amylnitrit mellett hatásosnak bizonyult egy alább közlendő esetben a nitroglycerin („trinitrit”) minimalis adagokban.

Véredényszűkítés előidézésére annál inkább voltak ajánlatosak az anyarozskészítmények, mert ily úton remélhető volt annak eldöntése, vajjon az ergotin bizonyos szívbetegségeknél — *Rosenbach*¹⁶ nyomán — tényleg indicált-e? Az itt felsorolt szereket ép keringési rendszerrel bíró egyéneknél s aortabillentyűbántalmakban szenvedőknél alkalmaztam; az utóbbiaknál azon különös jelentőségénél fogva, a melylyel épen ezen billentyűbántalmaknál bír a környéki edényrendszer viselkedése.

ad 2. Hogy a keringési viszonyoknak ezen szerek adagolása által létrejött változásáról sphygmograph vagy sphygmomanometer segítségével részletes és megbízható felvilágosítást nem nyerhetünk, azt legjobban bizonyítja azon fentebb kiemelt körülmény, hogy az ezen úton szerzett adatok egymásnak merőben ellentmondanak. Ezen módszerek legfeljebb kiegészítő jelentőséggel bírhatnak.

(Folytatása következik.)

A malomkövet vágó munkások megbetegedéseiről.

Friedrich Vilmos dr., a budapesti kerületi betegsegélyző pénztár főorvosa.

(Vége.)

A megbetegedés különböző és sokféle tüneteinek okozóját a foglalkozás minőségében találhatjuk.

A különböző keménységű malomkő s a köszörűkő finom pora, a liszt és az aczéldarabok egyenként s összesen magyarázzák a megbetegedést s annak tüneteit. Természetes, hogy a finom por sokkal inkább járul a baj előidézéséhez, mint a nehéz por, mely a levegőben súlyánál fogva soká nem keringhet.

A siderosis a kézen, felkarokon s homlokon a vésőtől elpattogó aczéldarabkák bőrbé ékelésének következménye. A bőr alá jutott aczéldarabkák idegen test gyanánt izgatják az ízületek végeit s a csontokat, melynek természetes következménye a csontthártyalob, valamint idővel az idegen testet környező kötőszövet lobja.

Török dr. egyetemi magántanár, bőrgyógyász úrnak szíves vizsgálatai nyomán közlöm a bőrnek viselkedését az idegen testtel, a vassal szemben:

„A vasdarab a bőrbe elég erősen volt beékelve, de miután egy-két helyen kissé meglazítottam a kötőszövetet körülötte, elég könnyen lehetett kiemelni. A vasdarab körülbelül fél borsónyi, ékalakú, éles szélű. A bőr ürege, melyben helyet foglalt, sima falú.

Góreső alatt: Az üreg a subcutan réteget és az írha alsó részeit foglalja el. Szorosan az üreg körül durva kötőszöveti rostok futnak párhuzamosan a nyílással, mentől távolabb az üregtől mindinkább hullámzatosakká válnak e rostok, de még elég nagy távolságra is constatálható az írha kötőszöveti rostkötegeinek elrendeződése az üreg kerületének megfelelőleg. A kötőszövet általában igen sejtűs, még pedig nemcsak szorosan az üreg körül, hanem az egész kivágott dombon. Legerősebb a sejtszaporodás az üreg szomszédság legnagyobb részében. Itt is vannak azonban egyes sejtsejényebb helyek, különösen a bőrfelület irányában. A sejtűsabb helyeken a sejtek protoplasmadúsabbak, vastagabb orsóalakúak vagy ovalisak, magvuk ovalis. E sejtek sokszor sorokban állanak, a melyek szerint az ír kerületével párhuzamosan futnak, sokszor ferdén húzódnak feléje. Sok helyütt egészen hasonló sejtek sorai között ír látható, úgy hogy azon kérdés támad, nem képződnek a kötőszöveti sejtsorokból edények, főleg nyirkedények!? E kérdés azonban nem volt eldönthető. A sejtsejényebb helyeken a magvak egészen összenyomottak, pálezikaszerűek, a sejtestest nem tűnik el, a rostok között szerfelett sok sárgás és amorph pigment foglal helyet, mely hosszúka s szigeteket képez. Helyenként a sziget közepén egy sejt-mag látszik. Vajjon sejtekben foglaltatik-e pigment, az ily lelet alapján valószínűnek, de nem bizonyosnak látszik. A legtöbb pigment biztosan extracellularis fekvésű.“

A malomköveknek finom kemény és könnyen sértő pora erőművi s vegyi úton hathat s a kezeket exoriatiót okozhat, mely a por és liszt által ellepetve és beszenyezve eezemákhoz vezethet. A sütőknél gyakran tapasztalható rossz fogsor, mely a lisztpornak tudható be (Zadek), ezeknél nem tapasztaltatik.

A liszt és a száraz kőpor a különböző hurutos állapotok okozói, így conjunctivitis, blepharitis, kerato-iritis, pharyngorhinitis, laryngitis, míg az étvágytalanság előidézésénél a folyton előrehajlott testnek s a könyöknek a gyomortájra állandóan gyakorolt nyomásán kívül a főszerep a folyton szálló s a garat nyákhártyájára tapadó lisztnek jut, mely a nyállal mintegy tapadás csírizt okoz és onnan a gyomorba jut, valamint a lenyelt mézpor is.

Ezen feltevés annyival inkább látszik indokoltnak, mivel más malommunkásoknál és molnároknál tett tapasztalatom szerint a gyomortünetek vannak előtérben s mondhatnám, hogy a munka első hónapjaiban, némelyeknél az első évek-

ben ép oly gyakori, talán még gyakoribb az étvágytalanság, székrekedés, gyomorhurut, mint a köhögés s a tüdőbeli tünetek.

Az arcznak cyanosisa a tüdőbeli vérpangásnak jele, mert a négyféle por a légeső felületeken a legnagyobb elváltozásokat idézi elő. Mivel az ily munkások elég korán más foglalkozás után néznek vagy pedig a fővárosból a vidékre távoznak, igen ritkán jönnek bonczolás alá.

Saját bonczolati tapasztalataim híján iparkodni fogom a malommunkások megbetegedéseire vonatkozó igen csekély, alig számbavehető, valamint a por belégzési betegségekre vonatkozó irodalmi adatok és a véletlenül bonczolás alá került esetek felhasználásával a tüdőbeli tüneteket magyarázni.

A különböző por a nyákhártyát erőművi úton sérteni képes s így régen túlhaladottnak kell tekinteni *Laennec* ama állítását, hogy a szervezet a kiköpés segélyével a port ártalmatlanná teszi: „Il suffit d'examiner l'expectoration d'un homme, qui a passé la nuit dans une atmosphère epaisée par la fumée d'une lampe ou la journée sur une grande route couvert, de tourbillons de poussière, pour se convaincre, que dans l'espace de 24 heures ces corps étrangers sont expulsés à l'aide du mucus bronchique, qui les enveloppe.“

Ruppert szerint a vegyi indifferent por a hörgőkben nem idéz elő változást. A por az alveolus sejtjei által a szövetnek nyirkrendszer környező részeibe eljut.

De hogy a hegyes por mily könnyen hatol be a szövetbe, ezt eléggé bizonyítják *Jordan* kísérletei, ki jól felfújt s be-kötött hólyagot oly terembe kötött ki, hol a vasdarabokat élesítették. Ily esetekben a kőpor nemesak a hólyag falaira rakódott, hanem még a hólyag belsejében is összegyűlt a por, bizonyoságul annak, hogy nemesak a hörgőkbe juthat e por, hanem hogy a hörgőmirigyekbe is juthatnak köves tömegek.

A malomkövekről lepattant kötőrmelék hegyes, szegletes oldalaikkal és éleikkel, ha nem is sértenek a nyákhártyát, mégis nehezen kiköphető idegen testképen hatnak és a hörgők nyákhártyáját izgatják, folytonos köhögési ingeret idéznek elő, mely idővel hörgőtágulatot okoz.

Az elhasznált aczél csákányok köszörülésénél a levegőbe kerülő köszörűkő könnyű pora a levegőbe jut s így a sértült hörgőkbe mintegy letlepszik. Ezen por lerakódása által elő-idézett köhögési inger annál nagyobb, minél több por leheltetett be, mivel ezen folyton tartó inger a nyákhártyára tapadott por eltávolítását célozza.

A folyton megújuló ártalom által idültté vált hurut gyógyul, ha a beteg hosszabb időn át nem dolgozik.

A tüdőtágulás vagy a megbetegedett tüdőrészeket légző felületeinek vikariálásaként lép fel, vagy pedig *Merkel* szerint a hurut által okozta köhögés által lesz előidézve. „Durch die aus dem Catarrh resultirenden heftigen Hustenstöße bei verengter Glottis wird die comprimirt Brust zum grössten Theil durch den schräg nach aufwärts gerichteten unteren Bronchus in den schräg nach abwärts gerichteten oberen Bronchus gepresst, von wo aus sie durch den centrifugalen Druck die erfüllten Alveolen und den Thorax so viel wie möglich ausdehnt. Ist dieser Gewalt, der die darauf folgende Expiration ohnehin wohl kaum die Waage hält, bei der Expiration ein Damm entgegengesetzt durch das Secret der Bronchiolen, so ist es nicht mehr schwer, die Entstehung des Emphysems beim chronischen Bronchialcatarrh zu erklären, umsoweniger schwer, als die Erweiterung der oberen Lungenpartien durch die bei energischen Hustenstößen eingepresste Luft factisch wiederholt nachgewiesen ist.“

E hurut átterjedhet úgy a hörgők körüli szövetbe peribronchitist okozva, valamint a tüdőnek szövetére bronchiectaticus cavernát előidézve.

A silikátok porának folytonos belégzése okozza *Eulenburg* szerint a *silicosis pulmonumot*, mely *Buhl* szerint igen könnyen vezet lobularis tüdőlobhoz: „Fein vertheilte Fremdkörper bleiben häufig nur an den Epithelien des Larynx, der Bronchien und Alveolen haften, können auch durch ihre Destruction und Desquamation selbst catarrhalische Bronchial- und Lobular-Pneumonie veranlassen. Körperchen wie Eisen,

Kohlen, Kiesel, Kalkstaub werden jedoch nicht blos von den oberflächlichen Zellen, sondern auch vom Lungengewebe bei meiner Auffassung der Alveolen als Lymphräume auf keine Schwierigkeiten stösst, denn durch die Gewebstlüssigkeiten oder ihre beweglichen Zellen weiter transportirt, um unterwegs oder an entfernten Theilen z. B. in den Bronchialdrüsen abgelagert zu werden (Fremdenkörper-Pneumonie).⁴

Ezen pneumokoniotikus megbetegedést még súlyosbíttja a vaspornak, az aczéldarabkáknak bejutása a tüdőbe, mely semmi körülmények közt nem lehet indifferens arra.

Úgy látszik azonban, hogy az aczéldarabkák, melyek súlyuknál s nagyságuknál fogva nehezebben jutnak a tüdőbe, inkább köpetnek ki, mert Peacock esetében a tüdőben talált aczélról különös említést nem tesz. Az általa boncolt, phthisikus tünetek közt elhalt, egy ízben vért köpött malomkőmunkás tüdejéről csak mint pneumosilikosisról s a tüdőnek 0.406 gm. kova tartalmáról emlékszik meg. Peacock ezen foglalkozást a tuberculosisra igen hajlamosnak találja, úgy hogy egy londoni malomkőgyárban a tuberculosisban elhaltak halálozási aránya 40%-ot tett ki. Hasonlóan nyilatkozik Sommerfeld is, ki a malomkőmunkásoknál csak a kőfaragókat tartja a tuberculosisra még inkább exponáltaknak, mert ezeknek átlagos élettartama csak 29 év s 2 hó.

Merkel egy 16 éves tanoncznak tüdejében, ki köszörűkő munka mellett 1½ évig dolgozott s véletlen szerencsétlenség folytán meghalt, számos kis fekete gombostüfejnai göbököt s foltokat talált, melyek a siderotikus tüdő kötőszöveti göböihez hasonlítottak, melyek úgy mint az interalveolaris sővényekben talált foltok s sávok is, sötétfekete gömbölyű szemcsékből állottak. E mellett számos éles szélű s szögletes jegeczes, a fényt törő test volt látható, mely vegyileg is a kőpor és a vas maradványainak volt felismerhető.

Zenker szerint a pornak folytonos belégzése következtében a tüdőben kötőszöveti göbök keletkeznek, melyek az idült lob következményeképp tekinthetők s azokat lobularis, interstitialis, indurált tüdőloboknak (lobulare, interstitielle, indurirte Pneumonien) nevezte el; ezen lob kiindulása nézete szerint a lobularis hörgi ágakban keresendő, melyeknek fala tönkrement.

A hörgők falazatainak fekélyedései tova terjesztve ezen destructiv folyamatot a tüdő szövetére, cavernákat okozhatnak s így a tüdővész klinikai képét nyújthatják.

A fellazult nyákhártyával ellátott s a csilló hámtól fosztott tüdő, melynek úgy alveolusaiban mint ezt Boetticher s Arnold állatkísérletei mutatják, mélyebb szövetében is por van lerakódva, valamint a már szövetében is megtámadott tüdő is a gümöbacillusok letelepedésére igen alkalmas talajt képez.¹

Hogy ezen betegeknek, mint ezt Merkel is hiszi, a tuberculosis azért fejlődne ki oly gyakran, mivel mindezen munkás igen nagyon potator, ezt a saját eseteim alapján nem állíthatom, sőt ezen állítást egyenesen kétségbe is merném vonni.

Természetes, hogy előrehaladt kornál, rigid mellkas s tágult tüdők mellett, melyeknek kitérései a folytonos rossz testtartás (ülőhelyzet) s előre görnyedés által még inkább akadályozva vannak, midőn t. i. a tüdő már úgy is vesztette ruganyosságát, az idegen testek: liszt, kőpor, kovakő, aczéldarabkák eltávolítása még inkább nehezítve van s a folyton izgató test nemcsak ulceratiókat okozhat, hanem tüdő gangrénát is.

A különböző pornak ártalmát legjobban tínteti fel Hirtnek igen érdekes statistikája. Húsz évi átlagos számítás eredményeképp úgy találta, hogy rendszerint az összes megbetegedés közül 7.53% hörgőhurutban, 0.55 tüdőtagulásban, 3.13% tüdőlobban s 7.28 százalék tüdővészben volt beteg. Száz fém, ásványi, növényi s állati porban dolgozó közül megbetegedett hörgőhurutban 14.8, 11.0, 19.0, 13, 6%; tüdőtagulásban 3.1, 9.0, 4.7, 3.0, 5.1%; tüdőlobban 7.4, 5.3, 9.4, 7.7, 6.0%, míg a tüdővészben megbetegedettek a legnagyobb

¹ Enderlen kísérletei szerint a port belégzett tüdőszövet a pneumonia coccusainak számára alkalmas talajt nyújt.

megbetegedési százalékot nyújtották ú. m. 28.0, 25.2, 13.3 és 20.8 százalékot.

A malomkő köszörülésénél a köszörűpor maga is képes ú. n.: „Grinder's Asthma“-t előidézni, mely a szerzők állítása szerint a chalicosis és siderosis együttes megbetegedése. Ezen betegek köpetében babnyi fekete köszürű concrementumokat találtak.

De hogy a malomkővet vágó munkásoknál egyes esetekben fellépő bő hurut jelenléte nélküli astmaszerű nehéz légzés, a különböző kőpor s vasdarabkák bejutásán kívül, magától a lisztől is lehet előidézve (a liszt rendszerint magában pl. malommunkásoknál annyiban ártalmas, hogy a rendszer nyákhártyára tapad s a légző felületet kisebbiti), ezt legújában Gerhardt-nak észleletei látszanak bizonyítani. Ő ugyanis 4 tüdő infiltratióban szenvedő astmatikus malom- s sítőmunkás köpetében a munka szünetelés után 2½ héttel a buzaliszt keményítőjét tudta kimutatni.

Mindent összegezve: a malomkővet élesítő munkások megbetegedését okozzák a malomkő és köszörű kőpora, az elugró aczéldarabkák s malmokban a levegőben keringő liszt.

A malomkő élesítésével foglalkozóknak megbetegedését csökkenteni lehetne különösen akkor, ha a munkájukat a szabadban végeznék vagy külön helyiségben, de semmiképp sem magában a malom porában.

Hogy ezen helyiségnek tágasnak, jól szellőzőttnék, világosnak s exhaustorral ellátottnak kell lenni, ez magától értetődik.

A munka mindenkor csak oly baltával engedélyezendő, melynek vége egy lefelé esingő vastagabb bőrrrel van ellátva, s mely a balta rúdját vezető kezét teljesen védje és betakarja; szigorúan megtiltandó az aczélvésőknek élesítése nem elég nedves kővön.

A többi óvintézkedés: a bőrkeztyű, a csillámból készült védő szemüveg (akár Simmelbauer-féle, akár a Scheidig-féle vagy a még annál czélszerűbb Schmidt-féle olmozott drótfonatból készült) s a respirator folytonos viselése munkánál, az orrnak s a toroknak vízzel való kiöblítése munka után, sajnos, többnyire a munkások indolentiája miatt saját egészségük kockáztatása mellett mintegy papirosra marad.

Lehet, hogy az óvintézkedések és törvények szigorú előírása, a védő eszközöknek a munkaadók által történt beszerzése ez állapotokon idővel segíteni fog és ezeknek előírásával, pontos betartásával és alkalmazásával a megbetegedés ugyan nem fog megszűnni, de az jóval enyhítve lesz.

Irodalom.

- Albrecht. Handbuch der praktischen Gewerbehygiene. 1896. Berlin.
 Arnold. Untersuchungen über Staubinhalation und Staubmetastase. 1885.
 Boetticher. Ueber Lungenmelanose. 1889.
 Blaschko. Verhandlungen d. dermatologischen Vereinigung zu Berlin. 1891.
 Buhl. Lungenentzündung, Tuberculose u. Schwindsucht. 1873.
 Buhl. Mittheilungen aus dem patholog. Institut in München. 1878.
 Enderlen. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Thomasschlackenstaubes auf die Lungen. 1885.
 Greifenhagen. Ueber Inhalationspneumonien etc.
 Gerhardt. Verkleisterung der Luftröhren-Aeste. 1896.
 Hirt. Die Staubinhalationskrankheiten. 1871.
 Jordan. Die Krankheiten der Arbeiter in den Staubfabriken.
 Laennec. Traité de l'auscultation médicale. 1829.
 Langguth. Ueber die Siderosis pulmonum. 1895.
 Meingard. Signes d'identité des ouvriers, exerçant la profession des rhabilleurs de meules. 1890.
 Merkel. Die Staubinhalationskrankheiten. 1882.
 Peacock. Millstone makers diseases. Sillicious matter found in the lung. 1873.
 Peacock. French millstone makers's phthisis. 1876.
 Peterson. Pneumoconiosis. 1885.
 Ruppert. Experimentelle Untersuchungen über Kohlenstaubinhalation. 1878.
 Sommerfeld. Die Berufskrankheiten der Steinmetze, Steinbildhauer, u. verwandter Berufsgenossenschaften. 1892.
 Sommerfeld. Die Schwindsucht der Arbeiter. 1895.
 Zadek. Hygiene der Müller, Bäcker u. Konditoren. 1896.
 Zenker. Ueber Staubinhalationskrankheiten der Lunge. 1866.

Közlemény a Tauffer Vilmos tanár vezetése alatt álló II. szülészeti és nőgyógyászati klinikáról.

A magas fogóról, különös tekintettel a szűk medenczékre.

Közlő: *Tóth István* dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

35. sz. V. K.-né (1889. Plk. 692), 37 éves, III. P., I. P. forceps, a II. és III. P. spontan, halott magzattal. 1889. október 10-dikén reggel kéri a poliklinikum segélyét; medencze méretei: sp. 26, cr. 27, c. d. 10 cm. (vera 8-2). Lapos medencze. I. kf., oedemás szeméremajkak, 3 ujjnyi méhszáj, a bemenetben rögzített fej, gyenge fájások: meleg furdözés.

Este 10 órakor tünőfélben levő, kissé oedemás szélű méhszáj, fej a bemenetben harántul álló nyilvarrattal, mérsékelt fokú *Naegle-féle obliquitasban*. P. 38-2, magzat szívhangjai jók; az elégtelen fájások erősbbítésére újabb meleg furdözés.

Reggelre a fej változatlan állása mellett a *cervix-kinyulást* constatáljuk, a ruptura veszélye a szülés befejezését sürgeti. Chloroform-narkosisban magas fogó kísérlete (Breus-fogóval) sikertelenül. A szülést perforatóiával fejezzük be.

A gyermekágy IV-VII. napján 39-0 C.^o-ig emelkedő láz, bűzös folyás. 13. napon a nő elhagyta az ágyát.

36. sz. B. S.-né (Plk. 1890. 253. sz.), 27 éves, primipara. Négy órával a magzatvíz elfolyása után látjuk szülőnt a poliklinikumban. Általános szűk medencze, conj. diag. 11 cm.; 3 ujjnyi méhszáj; I. kp., fej a bemenet felett harántul. A fájások serkentésére meleg furdözés. 14 óra múlva állapot alig változott. Újabb 5 óra múlva T. 38-3, P. 120, a 3 ujjnyi méhszáj szélei oedemások, fej a bemenet felett, diónyi fejdaganat. Négy órával később méhszáj incisiók; daczára ennek s a most már erőlyes fájásoknak a szülés újabb 2 óra múlva sem haladt: a fej mélyen álló kis kutaacsos a medencze bemenetben rögzített, méhszáj az incisiók által elért tágasságban, diónyi fejdaganat. T. 39-1, P. 120, bűzös magzatvíz mellett jó magzati szívhangok. 27 órával a magzatvíz elfolyása után a Breus-féle magas fogót alkalmazzuk kísérletképen, eredménytelenül; ezért a sikertelen fogókísérlet után a még élő magzat perforatóiájával fejezzük be a szülést. A fiúmagzat erősen fejlett (méretek hiányoznak). Méhüri mosás. A méh alsó szakaszát utólagos vizsgálatnál erősen elvékonyodottnak találjuk.

A gyermekágy teljesen láztalanul folyik le.

37. sz. K. H. (1891. K. 275. sz.), 35 éves, IV. P., I. P. 11 év előtt, II. P. 9 év előtt, mindkettő orvosi segélyvel, halott magzattal; III. P. klinikánkon har.-fekvésből fordítás, élő magzattal.

Medenczéje: sp. 26, cr. 27, c. ext. 18, c. d. 10 cm., lapos medencze.

Terhessége végén június 16-dikán reggel kezdődnek szülőfájásai, a magzatvíz eltűnt méhszáj mellett folyik el d. u. 10 óra 30 perckor, ekkor fej a bemenetre reányomva harántul; erőlyes fájások. 4 1/2 óra múlva a fej állása változatlan, nagy fejdaganat képződik, a magzatvíz a fej mellett állandóan szívárog.

A szülést vezető orvos az élő magzat érdekében a szülés befejezését véli szükségesnek, magas fogót alkalmaz. A fogó az erőlyes húzásra lecsúszik. Erre *fordításhoz* lát s a fejnek kimozdítása után jelentékeny nehézségek között végzi a fordítást. Az extractio igen nagy nehézségeket ad, már a törzs, illetőleg a vállak kifejtésénél is, a fejnek áthozatala pedig egyáltalában nem sikerül; a fásztó kísérletek alatt a magzat elhal s ezért az utólagos jövő fej perforatóiájával fejezi be a szülést.

Szülés után mérsékelt vérzés, a vizsgálat *cervix-szakadást* constatál s ezért jodoformgazezal úgy a hüvelyt mint a méhet tamponálja. A magzat rendkívül erősen fejlett: hossza 56 cm., súlya 4400 gm., fejkertülete 38 cm.

A gyermekágy első napján hidegrázás lép fel s subfebrilis temperatura mellett peritonitis fejlődik ki, a mely a 4. napon a nő halálát okozza.

A boncolás a cervix mellső falának *áthatoló haránt repedését* mutatja ki consecutiv peritonitissal.

A szülés iyetén szerencsétlen lefolyásában minden esetre szerepet játszott a magzat enormis fejlettsége is, de kimondhatjuk azt is, hogy a fogókísérlet eredménytelensége után végzett fordítás határozottan helytelen volt, erről majd később részletesebben beszélünk.

A ruptura keletkezését illetőleg elfogulatlanul itélve nem lehet azt a megkísérlett magas fogóval kapcsolatba hozni, hanem igenis a nagy nehézség között kivitt fordítás következményeül kell felvennünk, a melyet a magzatvíz teljes elfolyása után végezték. Lehetséges, hogy a későbbi manipulációk alatt történt a ruptura. Helyes szülési eljárás volt volna a magas fogónak eredménytelensége után, a mennyiben symphiseotomiát nem akartunk végezni, a magzat perforatóiája. Másrészt e kedvezőtlen kimenetel minden esetre a klinikát terheli, de hozzátéhetjük azt is, hogy az illető mütő ez esetben egyáltalán nem a klinika szellemében járt el s ez eset után a szülészobába nem tartozott többé működési körébe.

38. sz. M. J. (1892. K. 195. sz.), 22 éves hajadon, primipara. Terhessége végén április 20-dikán kezdődnek szülőfájásai; 21-dikén veszszük fel a klinikára; 2 napon át renyhe fájások, 23-dikán fájások erősödnek, méhszáj 3 ujjnyira tágul; elől fekvő rész fej, harántul nyomulva a medencze bemenetre. A medencze méretei: sp. 23 1/2, cr. 27, c. e. 18, c. d. 11 cm.; linea innominata elérhető, medenczeüreg, kimenet normalis (általános szűk medencze). 24-dikén reggel 4 órakor erős

fájások után tünőfélben levő méhszáj mellett megreped a burok, a fej a bemenetre reányomva, nyilvarrat a symphisishez közelített, kis kutaacs balra mélyebben, erőteljes fájások. P. T. normalis. Hat óra múlva a fej állása ugyanaz, kis kutaacs táján jelentékeny fejdaganat; köldök alatt 1 ujjnyira kifejezett contractiós gyűrű; a fej mellett meconiumos magzatvíz szívárog.

A szülés befejezésére élő magzat mellett a magas fogót kísérjük meg (chloroform-narkosisban): Breus-féle fogót alkalmazzunk harántul, a fogó jól tart, ennek daczára erőlyes húzások sem képesek a fejet a medenczébe hozni, s így a többszöri eredménytelen kísérlet után a már elhalt magzatot perforáljuk. A perforált fejet cranioclasttal fejtjük ki a szűk szeméremrés miatt jobboldali episiotomiát végezzük. Lepényi időszak normalis; a mütét után végzett méhüri mosásnál a contractiós gyűrű határa jól tapintható.

A magzat erősen fejlett fiú hossza 53 cm., súlya (agy nélkül) 3900 gm., a perforált fej kerülete 36 cm.

A gyermekágyban 3 ízben emelkedett a hőmérsék 38-0 C.^o ig s pár napon át kissé bűzös volt a folyás, különben a gyermekágy teljesen zavartalan.

39. sz. P. J.-né (1894. Plk. 44. sz.), 28 éves, IV. P. rendes. Jelen terhessége utolsó idejében alhasa, lábai erősen megdagadtak, alig tudott járni; légzési nehézségek; vizelet igen kevés.

1894. január 13-dikán este szülőfájások; 14-dikén d. u. 4 órakor a szülőnt nagyfokú légzési nehézségei miatt kéri a bába segélyünket.

Külső vizsgálatnál az erősen fejlett, elhízott nő alsó végtagjait rendkívül vizenyősnek találjuk, hasonlóképen oedemás a hasfal köldök-alatti része, mérsékeltlen az arcz is; a rendkívül feszes hasfalaton át a tapintás semmi felvilágosítást nem ad, baloldalon magzati szívhangokat homályosan lehet hallani; medencze normalis. T. 37-2 C.^o, P. 90. Belső vizsgálatnál: álló burok, bőven 2 ujjnyi méhszáj, a feszülő burkon át magasan balottáló fej tapintható. Mérsékeltlen erős szülőfajdalmak.

Csapolással mintegy 15 kem. vizelet ürül. (Fajsúlya 1021, bőven tartalmaz fehérvérnyét, sok hyalin cylindert s a húgyutak minden részéről sok hámeget). Sürgős indicatio a beavatkozásra nincs.

Másnap (15-dikén) reggel 9 órakor a légzési nehézségek fokozódtak, szülőnt nem képes fekdüni; méhszáj 4 ujjnyira tágult, a fej magasan tapintható balottálva a bő magzatvízben.

A rekesz erős feltolatása által okozott légzési nehézségeket csökkentendő és a szülés gyorsítása czéljából is burkot repesztünk. Mintegy 4-5 liter magzatvíz ürül, a has megkisebbedik, légzési nehézségek csökkennek.

1 óra múlva sürgősen hivat a bába erős vérzés miatt; megérkezve előző bő vérzés nyomait találjuk. Igen erőlyes fájások keltek, a melyek a fejet a medencze bemenetre reányomták, a most már jól tapintható fej csontjai igen kemények, varratok-kutaacsok keskenyek, az egész fej erős fejlettség jeleit mutatja. Vérzés szünt; magzati szívhangok jók; erőlyes fájások lévén jelen, a spontan szülés várható. A korai lepényleválás s az ennek következtében előállott, de már szűnő vérzés ily nehéz viszonyok között nem hív fel beavatkozásra.

Újabb 3 órai észlelés alatt, daczára az erőlyes szülőtevékenységnek, a mely alatt jelentékeny fejdaganat képződik, a fej semmi tendenciát nem mutat az áthaladásra, most is a bemenetben találjuk erősen rögzítve. A méh alsó szakasza erősen megnyult, kitágult, rendkívül érzékeny; szülőnt érverése 120-ra emelkedett.

Elérkezettnek találjuk az időt a szülés befejezésére. Tekintettel a szülőnt légzési nehézségeire, a constatált vesegyuladásra, narkosis nélkül kísértjük meg a magas fogó alkalmazását. Előbb a Breus-féle fogót vezetjük fel; ismételt alkalmazás után is lecsúszik a húzás alatt; majd a Tarnier-félet kíséreljük meg lehető magasan vezetve fel a medencze bemeneten álló fejre; a fogó záró-ánál látjuk, hogy nyele erősen szétáll, nagy fejjel van dolgunk, ezért a lecsúszást megelőzendő lehető erősen megszorítjuk a fogó haránt zárját, de erőlyesebb húzás alatt ismét csak csúszik s a fej a medenczebemenet felett marad; így nem marad más hátra, mint a szülés befejezése végott a (még élő) magzatot perforálni. Naegle-féle ollóval végezzük a perforatóiát s az agyállomány lehető kiirritése után cranioclasttal extraháljuk a magzatot. A magzattal együtt mintegy 2 ökölnyi véralvadék születik meg, majd nemsokára ki kell nyomunk a lepényt is a folytonos vérszivárgás miatt; az atonia miatt hideg vízzel irrigáljuk a méhürét és meggyőződünk a cervixnak *colossalis kitágulásáról*; a cervix fala hátul zúzott, de be nem szakadt. Az atonikus vérzés még több órán át foglalkoztatott.

A perforált magzat igen erősen fejlett (hossza 57 cm.), de különösen feje aránytalanul nagy és koponyacsontjai rendkívül kemények, varratok s kutaacsok szűkek, a perforált fej kerülete 46 cm.!!!

A mütét estéjén 38 C.^o-ra emelkedett a hőmérsék, de tovább a gyermekágy teljesen láztalan folyt le s a tejkúra mellett a vesemegbetegedés lényegesen javult, az oedemák megszűntek.

E szülésnél nem a medencze szűk volta okozta a térrárytalan-ságot, hanem a magzatnak, különösen fejének túlfejlettsége, másrészt a terhesség alatt keletkezett vesegyuladás s ennek folytán létrejött oedemák komplikálták a szülést.

Hogy a magas fogó eredménytelen volt, magyarázza a fej rendkívüli nagysága, mely miatt a fogó kanalainak csúsa annyira szétállott, hogy így a fogó hosszirányban való lecsúszása erőlyebb tractio alatt okvetlenül bekövetkezett.

40. sz. Sz. I.-né (1894. Plk. 93. sz.), 41 éves, előszür terhes, 1894. január 26-dikán reggel kezdődnek szülőfájásai terhessége végén, pár óra múlva a burok is megreped. D. u. 2 órakor kéri a bába a poliklinikumot.

A korosabb (41 éves) primipara alacsony termetű, medenczéje szűkült, méretei: sp. 25, cr. 27, conj. ext. 17-5, conj. diag. 10-0, conj.

vera 8.2 cm.; a keresztcsont csaknem egész hosszában kitapintható, a medence oldalfalai elérhetők, tehát egy a másodfokú szűkület felső határán levő általánosan szűk medencével van dolgunk.

A köldök alatt baloldalon jó szívhangokat hallunk, a medencére reányomuló fej ki nem mozdítható. Belső vizsgálatnál: 1 ujjnyi tágas, elvékonyodott szélű méhszaj, burok nem áll; koponya a medencebemenetre reányomulva, ki nem mozdítható, kis kutaacs mélyen, nyilvarrat harántul középen, a bal falsont erősen a jobb alá tolva, nagy kutaacs el nem érhető. Fájasok ritkák, erélytelenek. T. normalis. P. 76. A fájasok fölkeeltésére meleg fürdőt rendelünk.

D. u. 7 órákor: T. 37.7 C.º, P. 84, szülés alig haladt, kis fejdaganat képződött, méhszaj 2 ujjnyi, a fej kifejezett hyperflexióban, még mindig a medencebemenet felett. A rigid méhszaját a tágalás elősegítésére (41 éves primipara) több helyen bemetszszük, mire az 4 ujjnyira tágul.

Három óra múlva: daczára az erélyesebb fájasoknak, a fej még mindig magasán áll, fejdaganat növekedett, a vajudó hőmérséke 38.2 C.º; P. 84.

Valószínűnek tartjuk, hogy a fej spontán nem jut keresztül a medencén s így nagyobb beavatkozás válik majd szükségessé, ezért óhajtanók beszállítani a közellevő klinikánkra (esetleges symphiseotomiára gondolva); azonban sem a nő, sem környezete ajánlatunkat el nem fogadja. Mintegy 1 1/2 órai várakozás után, a nő hőmérséke 39 C.º-ra emelkedett, P. 104; igen nyugtalan, s bár contractiós gyűrűt nem tapintunk, a méhnyak kinyúlását véljük felismerni. Szükségesnek látjuk a szülés befejezését. A környezetet felvilágosítva a helyzetéről, előbb magas fogó alkalmazását kíséreljük meg: a méhszaj most is csak 4 ujjnyi, rigid, a fogó alkalmazása előtt újabb bemetszések válnak szükségessé, a fej egy részlete, a kis kutaacsal legmélyebb pontján, a medencében van, de a fej legnagyobb kerületével még nem lépett be a medencebemenetbe. Egyszerű Naegele-féle hosszabb fogót vezetünk fel s pedig a szülő nő kívánsága szerint narkosis nélkül; a felvezetés, daczára a rigid lágy szülőutaknak, nagyobb nehézség nélkül jól sikerül, a fogó jól tart, azonban a lehető erős, többször alkalmazott húzással sem sikerül a fejet a medencébe behozni; a fogót le kelle vennünk, s miután egy szűk szobában, különösen éjjeli órákban, készületlenül symphiseotomiára gondolni sem lehetett, a szülés befejezése érdekében az élő magzatot perforáltuk, majd cranioclasttal húztuk ki. A perforált fejű magzat élveszületett, úgy hogy víz alá kellett merítenünk (jól fejlett fiú); az extractio alatt a lágy szülőutak erősen zúzódtak, a gát épen maradt. A III-dik időszak normalis. A lázas állapot miatt, közvetlen a szülés után végeztet méhüri mosásnál a cervix kinyult, elvékonyodott voltát utólagosan is constatáljuk.

A gyermekágyban napokon át észleltünk 39.4 C.º-ig felmenő lázkat, a melyek oka a hüvelyfali zúzódásokon levő fekélyedésekben rejlett; kellő tisztogatás után a XII. napon lázlatan a nő s a XVIII-dik napon felkelt.

41. sz. M. G.-né (1894. Plk. 379. sz.), 28 éves, 6-szor szült, 2-szer spontán, 4-szer orvosi segéllyel, 1 izben a poliklinikum segéllyét vette már igénybe és pedig az V-dik szülésnél, a mikor fordítás és extractio útján fejezték be a szülést. A 6 szülés közül csak 2-szer szült élő gyermeket és pedig az első spontán s az ötödiket, a melynél a poliklinikum működtött közre (fent említett fordítás). 1894. április 15-dikén folyt el magzatvíze s kezdődtek szülőfájásai, 2 napon át gyengén jelentkeztek, a harmadikon már sűrűn, erélyesen. A poliklinikum segéllyét április 18-dikán este 6 órákor kérték közel 4 napi vajudás után. A medence méretei: sp. 26.5, cr. 28.5, conj. ext. 17.5 cm., az utóbb le-mért conjugata diag. 10 cm. Szülő nő hőmérséke 38.0 C.º, P. 80. A méh erősen megnyulva; symphysis és köldök között kifejezett contractiós gyűrű; a fej a bemenetben beékelve; tünőfélben levő méhszaj, a fejen kifejezett Naegele-féle obliquitas, almányi fejdaganat; reudkivül elvékonyodott cervix; magzati szívhangok jók.

A fonyegető ruptura miatt a szülést okvetlenül sürgősen be kell fejeznünk: chloroform-narcosisban Tarnier-féle fogót vezetünk fel, a fogó nem tart jól, újból alkalmazzuk, a mikor daczára az erős húzásnak a fogó tökéletesen tart, azonban ismételt erélyes húzás, oldalirányú mozgatás sem képes a fejet kimozdítani s ezért, daczára, hogy a magzat szívhangjai jók, a magzat feláldozása árán perforatióval fejezzük be a szülést. A perforált magzat élve született, víz alá kellett merítenünk; a lepényi időszak rendes.

A méhnek kifeeszkendésénél találjuk, hogy az elvékonyodott cervix mintegy zacskószerűen összeesett, a contractiós gyűrű élesen tapintható, felette pedig maga a méhtest oly erősen húzódtott össze, hogy az irrigator csövét alig fogadja be.

A gyermekágy lázlatan.

A jelen esetben (egy lapos medencénél) a szülés oly előrehaladott phasisában hivatunk, a mikor prophylactice semmit nem tehetünk; a szülést a fonyegető ruptura miatt okvetlenül be kelle fejeznünk, mivel pedig a magzat élő voltát constatáltuk, a perforatio kivitele előtt kötelességünk volt a magas fogót megkísérlni; hogy az nem sikerült, abban a medence jelentékeny szűkületén kívül nagy szerepet játszott az erősen kifejezett Naegele-féle obliquitas, a mit az erős beékeltség mellett corrigálnunk nem sikerült.

42. sz. N. A.-né (1895. K. 262.), 35 éves, VII P., első 3 spontán, köztük 1 halott magzat, a IV. és V. P. orvosi segéllyel (perforatio), a VI. abortus. 1895. június 3-dikán jelentkezik a klinikán: II. kp., 2 ujjnyi méhszaj, magzatvíz intézeten kívül folyt el. Medence méretei: sp. 26, cr. 27, c. e. 18.5, c. d. 10 1/2 cm.; lapos medence. Egész napon át renyhe fájasok, estig a méhszaj alig 4 ujjnyira tágult. Negyediken a fájasok erősbítésére a nap folyamán 7 meleg fürdő, alig valami contractio. Este

7 órákor T. 37.9, P. 116, a méhszaj még mindig 4 ujjnyi, 1 cm. széles karimája mellül s jobboldalon oedomásan duzzadt; fej a medence bemenetre reányomva, mérsékelt fejdaganat. 1 1/2 óra múlva sem mutat a fej semmi tendenciát a beilleszkedésre; ezért a szülés befejezésére a magzat érdekében magas fogót (Tarnier) alkalmazunk előzetes méhszaj incisio után, azonban többszöri kísérlet után is eredménytelenül. A hosszas fogókísérlet alatt elhalt magzatot perforatio után extraháljuk. Lepényi időszak rendes.

A magzat fiú, jól fejlett, hossza 57 cm., súlya (agy nélkül) 3700 gm., a koponya csontjai igen kemények, a perforált fej kerülete 37 cm.

A gyermekágy teljesen zavartalan.

43. sz. T. J. (1896. K. 219. f. sz.), 36 éves, IV P. A 3 előző szülés művileg, mindig halott magzattal. Medence méretei: sp. 23, cr. 25, c. e. 18, c. d. 10 1/4. Általánosan szűk.

1896. IV. 25-dikén igen erélyes szülőtevékenység között véteti fel magát a klinikára, magzatvíze 24 óra előtt folyt el s ugyanczen idő óta vannak szülőfájásai. A fej a bemenetre harántul rányomódva nagy fejdaganattal, a bőven 3 ujjnyi méhszaj szélei oedomásak. Magzat szívhangjai jók; a méh reudkivül megnyúlt, csaknem állandó contractióban. Három órai észlelés alatt a fej állása változatlan, de a cervix kinyúlásán minden jelensége fellép: érzékenység, homokóra alakú méh, kifejezett contractiós gyűrű, tetanikus összehúzódásban levő corpus.

A szülés befejezése feltétlenül indicált. Tekintettel az élő magzatra, előzetes méhszaj incisiók után magas fogót kísérünk meg (Tarnier), de sikertelenül. Perforáljuk a magzatot s cranioclasttal fejezzük be a szülést. A műtét után megejtett vizsgálat után a méh alsó szakaszának reudkivül elvékonyodását, kinyúlását, a kifejezett contractiós gyűrűt jól tapinthatuk. A perforált magzat hossza 46 cm. (?), súlya 2950 gm., fejkerület 33 cm.

A gyermekágyban egyetlen hőemelkedést észleltünk a 4. napon, melynek okát a genitáliákban nem találtuk.

44. sz. H. G. (1896. Plk. 636. sz.), 35 éves, VII P., mind rendes. Medence rendes. Reudkivül hájas elhízott nő, kifejezett lógó has. Vizsgálatnál: jó szívhangok; homloklefkvés, fej a bemenetben beékelve, ki nem mozdítható; magzatvíz 2 óra előtt folyt el eltűnt méhszaj mellett; erélyes szülő tevékenység. A lógó hasat lepedővel felkötve, egyelőre a szülés megfigyelésére szorítkozunk.

Három óra lefolyása után: a szülés nem halad, fej állása változatlan, anya hőmérséke 38.4 C.º, P. 120, a nőt az eredménytelen erőlködések igen kimerítették, kezdődő cervix kinyúlás jelei.

A szülésnek befejezésére élő magzat mellett első sorban a magas fogót kíséreljük meg, de az erélyesebb tractiók alatt ismételt alkalmazás után is lecsúszik; így perforatióval kell befejeznünk a szülést. A magzat hossza: 53 cm., a perforált fej kerülete 34 cm. Gyermekágy lázlatan.

Ez esetben rendes medence mellett a fejnek hibás tartása okozta a szülési akadályt, melynek legyőzése magas fogóval nem sikerült, épen, mivel a homloktartásban álló fejnek a fogóval való helyes megfogása reudkivül nehezített, bár nem kivihetetlen, mint azt a 6. sz. alatt közölt eset is bizonyítja.

Áttekintve e 10 esetet:

A klinikán folyt le	4
poliklinice	6
IP.	3
MP.	7
20—30 év között volt	4 szülő nő
30—40 " " " "	5
40-en felül	1 (IP.).

Rendes medence 2, az egyiknél a magzat enormis fejlettsége, a másiknál hibás tartás okozta a szülési akadályt.

Szűk medence 8 és pedig

lapos	4
általánosan szűk	4

Conjugata diagonalis:

11 cm.	2-szer
11—10 cm.	2-szer
10 cm.	4-szer

A fej a bemenetben beékelve volt 5 ször, a felett, illetőleg kimozdítható 5 ször.

Koponyafekvés	9
Homloklefkvés	1
Naegele-féle obliquitas	3

Minden esetre megjegyezni való, hogy e 10 sikertelen magas fogókísérlet között 4 esetben másod fokban szűk volt a medence, hogy ugyancsak 4 esetben a fej hibás tartásával állottunk szemben (1 homloklefkvés, 3 Naegele-féle obliquitas).

A méhszaj eltűnt volt	3-szor
Tünő félben	2-szer
4 ujjnyi	5-ször.

A magzatvíz egy esetben 5, 2-szer 6 óra előtt folyt el s a többi 7 esetben még több óra, illetőleg napok előtt; e körülmény minden esetre nagyon fontos, mivel mutatja, hogy ezen esetekben már épen a magzatvíznek hosszabb idő előtt való elfolyt volta jóformán minden esetben kizárta a fordítást, s midőn a szülés befejezésének indiciója fellépett, az élő magzat érdekében kíséreltük meg a magas fogót a perforatio előtt.

A szülés befejezését *indicálta*:

2-szer: hosszú kitolás mellett a fej beilleszkedésének hiánya, az anya kimerülése,

7-szer: a cervix kinyúlása folytán ruptura veszélye,

1-szer: súlyos nephritis mellett nagy légzési nehézség.

A mint látható s az egyes esetek története bizonyítja, mindezen esetekben a legszigorubb indiciók alapján kíséreltük meg a fogót, olyan viszonyok között, a mikor a magzat életének megmentése érdekében minden más kísérlet az anyára nézve sokkal súlyosabb, veszélyesebb lett volna, így a fordítás is, a melyet pedig sajnos, de egy esetben (37. szám) az eredménytelen fogókísérelt után megkíséreltek, sikertelenül a magzat életére vonatkozólag s végzetesen az anyára nézve, a mennyiben a cervixnek a fordítás alatt létre jött rupturája halálos peritonitisre vezetett.

III-dik időszak:

rendes volt 9-szer
kis atonia kísérte 1-szer.

Sérülés:

0 vagy jelentéktelen 4-szer
hüvelyzúzódás 3-szor
gátmetszés 1-szer
cervix-zúzódás 1-szer
áthatoló cervix-repedés . . . 1-szer (fordítás után).

A gyermekágy:

Láztalan 5 esetben:

láz	{	egyszeri hőemelkedés 1 esetben	} 50%
		láz 3 „	
		peritonitis, mors. 1 „	

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(VIII. rendes ülés 1897. február 27-dikén.)

Elnök: Rákosi Béla; jegyző: Lévai József.

Opium-alkaloidák hatása a bélmozgásokra.

Vámosy Zoltán. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Medvei Béla: Előadó a codeinről azt mondja, hogy annak a belekre gyakorolt hatása emberre beigazolván nincs; úgy látszik, előadó-nak figyelmét kikerülte egy a „Gyógyászat”-ban öt év előtt közölt eset, melyben 50 cgm. codeinnel történt heveny mérgezés, s mely eset *Bókay* „Méregtan”-ába is fel van véve. Ezen eset az egyetlen bizonyíték arra, hogy a codeinnek nagyobb mérgező dosisa ugyanoly hatást gyakorol a belekre embernél, mint az állatkísérletek alapján állatokra beigazoló-dott. Mert *Falk* és *Schröder* vizsgálatai szerint, de meg előadó tapasztalata szerint is a codeinnek mérgező dosisa a bélmozgásokat állatok-nál gyorsítja. Az említett mérgezési esetben az annyiban nyilvánult, hogy a mérgezés napján, sőt másnap is többször híg, hasmenésszerű székletét állott be. Szólv ezen esetének közlése után kísérleteket végzett embereken úgy, hogy a maximal kísérleti dosis 20 cgm. codein volt. E kísérletekben — mint szólv közölte is — a codeinnek említett hatása többé nem mutatkozott, úgy hogy minden esetre 20 cgm.-nál nagyobbra kell azt a mennyiséget tenni, mely a bélre az említett hatást gyakorolja; kisebb adagok obstipatiót nem idéztek elő, míg a morphinnál ez nemcsak kísérletileg, de tapasztalatilag is beigazolt tény.

Vámosy Zoltán: Midőn említette, hogy a codein embernél hasmenést nem okoz, csak a közönséges dosisokra gondolt, nem a mérgező dosisokra.

A typhus serodiagnostikája különös tekintettel a vizelet agglutináló hatására.

Deutsch László. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Minich Károly: A „Semaine médicale” legutóbbi számában *Widal* azt mondja, hogy 1:100—1:200, 1:400, sőt 1:11,000 hígításban is megkapni a reactiót. Szólv beszárított vért adott és pedig körülbelül 1:20—25 arányban a 24 órás bouillon-kultúrához és megkapta a reactiót; egy esetben áreactiót kapott, vagyis egyik eproutetta adta a reactiót, a másik nem, makroszkopice meg volt, de mikroszkopice nem. Ez megismétléskor is így volt. A reactio göreső alatt rendszerint 1—2 óra múlva áll be.

Deutsch László is tapasztalta, hogy néha 1—2 órát késik a reactio; az agglutinatio fixálható beszárítással.

Lipoma a torokban.

Moskovitz Ignác: A 48 éves jól táplált nőbeteg azt panasolja, hogy öt év óta érez a torkában egy daganatot; hangja egészen tiszta, légzése semmi rendellenest nem mutat. A tücri kép a jobboldali sülcus pharyngeusban egy kocányos daganatot állapít meg, mely széles alapon fejlődött; a daganat galambtojás nagyságú, egyenletesen sima felülettel, ép nyálkahártyával fedett, elastikus consistenciával bírt. A daganat a gégefédő jobboldali szabad szélét fölemelve, hatolt be a gégeürbe; ezen körülmény okozta, hogy a légzés semmi tekintetben akadályozva nem volt, mert a daganat az epiglottist feltámasztotta, úgy szólván s nem engedte e miatt, hogy az reafeküdjen a gégebe, azt elzárja.

Galvanocaustikus kacsasal leszorítva, távolította el a daganatot, melynek szövettani vizsgálata a lipoma diagnózisát eredményezte. A hang befolyásolva azért nem volt, mert a daganat nem érte még el azt a hosszúságot, hogy a hangszallagokat vagy a hangrést érinthette volna, a mennyiben a jobboldali kannapozz magasságában végződött, egészen eltakarva a szemléltető előtt a gége jobb felét.

A lipoma előfordulása a felső légutakban a legnagyobb ritkaságok közé tartozik, az irodalomban ez esetben kívül csak négyet talált.

Bárszing-hűdés hysteriás alapon.

Áldor Lajos. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Paradox térdreflex egy esete.

Scheiber Sámuel: Az egyénnél a lig. patellare megütésénél a lábszár nem mozdul, hanem — ülő helyzetben — a térd felfelé lökődik és a láb — ha a földön nyugszik — a földről felugrik, vagyis a jelen esetben a czombizület és nem — mint rendszeren — a térdizület hajlítói, az ileopsoas jönnek működésbe, mely jelenség magyarázatára egy más alkalommal fog bővebben kitérni.

Bemutatott egyénnél a fennálló tünetek az agyban és a gerincez-agy hátsó kötegeiben fennálló elváltozásokra engednek következtetni; tekintetbe véve pedig azt, hogy a beteg 3 év előtt syphilit acquirált, bemutató valószínűnek tartja, hogy a *syphilis cerebrospinalis* oly alakjával van dolgunk, a melynél a gerincezagi elváltozás a combinált köteges sclerosis ritka alakját mutatja.

Donáth Gyula: Valószínűnek tartja, hogy a patellaris reflex a hátsó kötegek sorvadása következtében tűnt el. Ezen eset is igazolja különben, hogy izomgyakorlással az ataxiát le lehet győzni.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(III. rendes ülés 1896. április hó 30-dikán.)

Elnök: Navratil Imre. Jegyző: Krepuska Géza.

(Folytatás.)

A caisson-munkások fülbántalmáról.

Tomka Samu. A caisson-munkások megbetegedéseivel az utóbbi időben behatóan foglalkoztak; *Friedrich* és *Tauszk* is ezen bántalom minden oldalát tudományos vizsgálatuk tárgyává tették. Az észlelt esetek közül alkalmam volt három betegét vizsgálatni, kiknek egyik főpanaszuk a fültre koncentrálódott, s a kiknek hallószervében úgy boncztanilag, mint functionáliter oly jelentékeny elváltozásokat találtam, a melyek elég érdekesekek arra, hogy velük a szakemberek behatóbban foglalkozzanak. És miután tudtommal ezen irányban alig történtek vizsgálatok és feljegyzés is alig van és igen hézagos, bátorkodom e tárgygyal a tisztelt egyesületben röviden foglalkozni.

Bucquoi Strassburgban, *Magens*, *Gruber* foglalkoztak a süritett levegő befolyásával a hallószervre. *Magens* csak fájdalmat és nagyot hallást észlelt, sem dobhártyarepedésről, sem vérzésről nem tesz említést. *Politzer* vizsgált caisson betegeket és részint echymosist a dobhártyán, vérömlényt a dobüregben, nehéz hallást említ, részint pedig zúgást, szédülést és teljes süketiséget. *Friedrich* és *Tauszk* szerint, kiknek az Orvosi Hetilapban közölt erre vonatkozó dolgozatuk nyomán haladtam és használtam fel úgy a kórtörténeteket, mint a tünetekre vonatkozó vizsgálataikat, azon munkások, kik először dolgoznak a caissonban, erős fülzúgásról panaszkodnak, továbbá azon kellemetlen érzésről, mintha a dobhártya be akarna szakadni és hogy a beszéd hangja tompul. A fülzúgásról még azok is panaszkodnak, kik hosszú idő óta tartózkodnak a caissonban, sőt a caisson elhagyása után is néha 1—2 héten át tart a fülzúgás.

A vizsgálat idejében 25 atmosphaerikus nyomás mellett 22 meter mélységben folyt a munka, a miből 5 meter a Duna feneké alatti talajra jutott.

Azok, kik először mentek a caissonba, még a következőkről panaszkodtak: Szédülés, tapintó érzék tompulása, az egész test könnyebb-

ségi érzete, nehéz légzés, szívdobogás. E tünetek a caissonban való tartózkodás alatt enyhülnek, de a kilépés után újabb subjectiv érzetek lépnek fel, mint hidegségi érzet az alsó végtagokban, szűró fájdalmak a felkarokban. Tüdőektasia lép fel a légvételek ritkulásával (percenként 6-tal), a belégzés igen könnyű, a kilégzés neheztett, megnyúlt. A caisson elhagyása után még 1/2—1 óráig ilyen marad a légzés, közbe 1—2 percig tartó dyspnoeával. A caissonban bal és jobb szívtagulat lép fel, mely visszaféledik és a caissonból kijövet ismét rövid időre tágul. A vérnyomás a caissonban nagyobbodott, az érlökés ritkul, a hallás, szaglás, tapintás és izlés csökken. A végtagokon kis duzzanatok lépnek fel, izmok és idegek hyperaesthesiások, verejték fedti a testet, a reflexek fokozottak. A vizeletben nincs fehérség, a hőmérsék 0.1—0.2°-kal emelkedett. A caisson elhagyása után a transpiratio még egy ideig fennáll, bágysággal, fejfájással, szédüléssel kapcsolatban.

Friedrich és Tausch doktorok az *acut caissonismust* a következőkben foglalják össze: „Tüdőektasia, kétoldali rövid ideig fennálló szívtagulat, vérnyomás nagyobbodás, légzés és pulsus szám ritkulása, paraesthesia, vértódulás a központ felé. A caisson elhagyása újból szívtagulatiót eredményez, a vér a centrumból a peripheria felé tódul.“

A *chronikus caissonismus* azoknál észlelhető, kik sokszor és huzamos ideig tartózkodnak a caissonban. Ezek ugyanolyan subjectiv érzésekről tesznek említést, mint a kik először mennek a caissonba. Az arcz halvány cyanotikus, tüdők tágultak, ornyákhártyája duzzadt, erős bal, kisebb jobb szívhypertrophia, a pulsus ritkul. A vörös véresejtek száma rendes, a fehér véresejtek jelentékenyen megsaporodtak, a vér haemoglobinn tartalma 60—70; a vizelet átlagos napi mennyisége csaknem normalis. A szemem semmi különös eltérés nem található. Étvágy jó, paraesthesia előfordul.

A *chronikus caissonismus acut eruptiója* azoknál észlelhető, kik chronikus caissonismusban szenvednek és a caisson munka befejezte után bizonyos időre időlegesen fellép.

A caisson betegség fellépése többféle körülménytől függ. Első helyen említendő a fokozott légnyomás, továbbá a levegő szennyezettsége szénssavval, kénhydrogennel és egyéb gázokkal, a nyirkos talaj, a világosság hiánya és végül a nagy munka.

A test egyéb megbetegedéseitől védő óvintézkedésektől eltekintve, a fület némileg úgy védhetjük, hogy bemenetkor az úgynevezett Valsalva-féle módszert alkalmazzuk, hogy t. i. befogott orr és száj mellett az arcot erősen felfújjuk, miáltal az orr-garatürben levő levegőt sűrítve a dobüregbe nyomjuk és ott a levegő nyomását növeljük, miáltal a külső halljártra ható fokozott légnyomást ellensúlyozzuk, ezáltal továbbá a fület glicerinnel mártott gyapottal bedugni.

Ezek után áttérhetek a három beteg kórtörténetének rövid ismertetésére.

Fabro Alajos, 26 éves, 8 éve foglalkozik hasonló munkákkal. Két hó óta folyton a hídépítésnél foglalkozik. Öt nap előtt felhevülve jött a caissonból a friss levegőre, mire rázóhídeg, szédülés, végtag és keresztfájdalmak léptek fel.

1895. november 20-dikán. A beteg középtermű, jól táplált, izomzata kissé petyhüdt, arca és ajka cyanotikus, pupillák egyenlők, középtágak, fényre jól reagálnak. Légzésnél mindkét mellkasfél egyenlően vesz részt, percenként 12. Pulsus lassú, telt, középhullámú, száma 44. Tüdők felett teljes éles a kopogtatási hang, mely jobboldalon leterjedt a parasternalvonalon a VI. borda alsó, a bimbóvonalon a VII. borda felső s a mellő hónaljvonalon a VII. borda alsó széléig. Az abszolút szívtoppulát a bal parasternalvonalon a IV. borda alsó szélén nyerhető, mely kifelé a szívcsúcslökés helyéig, befelé a szegycsont közepéig tart. Léptompulat rendes. A felső végtagokkal nehezen végzi a mozgást és fájdalmas. A szaglás csökken.

Mindkét oldali fülkagyló rendes, a külső halljárát mindkét oldalt elég tág, mindkettőben mérsékeltén fülszírral.

J. o. a dobhártya igen behúzódtott, átlátszatlan, homályos, fénykúp nem látható, a kalapács rövid nyujtványa nagyon kiemelkedik, hyperaemia sehol sem észlelhető.

B. o. Ez oldali dobhártya is igen behúzódtott, az umbo táján besüppedt, mellő alsó része redős, petyhüdt, a fénykúp nagyon megvan szélesedve, belőveltség ez oldalon alig látható, de a dobüregben az átlátszó dobhártyán át csekély vérömleny látható. Rhinitis et pharyngitis chronica.

A hangvilla-lelet: Rinne-féle kísérlet mindkét oldalt positiv, Weber-féle kísérlet balra laterálózik. Hallás vizsgálat: Suttogó szavak j. o. 7 m., b. o. 4 m. Converzáló szavak j. o. 10 m., b. o. 9 m.

Fariola Nándor, 56 éves, 20 éves korától caissonmunkás. 1895. november 7-dikén a caissonból kijövet rosszul lett, végtagjaiban szűró fájdalmakat érzett, szédülés, fülzúgás, hideg verejték fogta el és az ágyba kellett fekiünie. Négy nap mulva ismét dolgozhatott és ismét 4 napra újból fájdalmak léptek fel és jobb karját nehezen tudta hajlítani. 1895. november 16-dikén. Beteg középtermű, jól fejlett és táplált. A jobb kar duzzadt. Fül, orr cyanotikus, pupillák egyenlők, jól reagálnak, légzésnél mindkét mellkasfél egyenlően vesz részt, légzés 20. Pulsus feszes, nagy hullámú, rythmikus, száma 49. Tüdők kopogtatása teljes éles, nem dobos, jobb old. a parasternalvonalon a VII. borda alsó, a bimbóvonalon a VII. borda alsó, a mellő hónaljvonalon a VIII. felső széléig ér; abszolút szívtoppulát az V. bordán kezdődik, kifelé a szívcsúcslökés helyéig, befelé a sternum közepéig terjed. Vizelet naponta 1200. A kéz hajlítása tökéletesen, az izomzat paraesthesiája áll fenn.

A fülkagyló és külső halljárát nyílása mindkét oldalon normalis, a külső halljárát falán mindkét fülből csekély beszáradt fülszír van.

J. o. a küllhalljárát elég tág, felső cerumennel nem borított fala vöröses.

A dobhártya nagyon behúzódtott, peripher homályos és átlátszatlan, a fénykúp kis mértékben kifejezett, a rövid nyujtvány nagyon kiemelkedik, a kalapács mentén belővelt edények húzódnak végig. Siegle-tölesérel a dobhártya nem mozgatható.

B. o. a külső halljárát meglehetősen tág, a felső fal kissé vörös, a többi fal cerumennel borított.

A dobhártya egész terjedelmében igen behúzódtott, diffus fehér, átlátszatlan, fénytelen, a kúp nem vehető ki, a kalapács markolata belővelt, a rövid nyujtvány nagyon előáll. Siegle-tölesérel a dobhártya nem mozgatható.

Mindkét fülből zúgás és szűrési fájdalom van.

A hangvilla vizsgálat a következő: Rinne-féle kísérlet jobb o. positiv, bal oldal negativ.

Weber-féle kísérlet jobbra laterálózik.

Hallás-vizsgálat: Suttogó szavak jobboldalt 1/4 m., baloldalt 50 cm. Converzáló szavak jobboldalt 2/2 m., baloldalt 1/4 m.

III. Epstein Ignác, 30 éves munkás, két hó óta dolgozik a caissonban. Midőn egy hét előtt a caissonból kijött, szaggató fájdalmak léptek fel végtagjaiban, mellkasának mindkét oldalán, gyenge és étvágytalan volt.

A beteg középtermű, mérsékeltén fejlett és táplált. Az arcz, ajkak cyanotikusak, pupillák középtágak, egyenlők, jól reagálnak. Légzés nyugodt, percenként 16. Szívcsúcslökés az V. és VI. bal borda közt, a bimbóvonalon közel tapintható. Ütélökés középhullámú, mérsékeltén telt és feszes, 44. A tüdők felett teljes éles kopogtatási hang, jobboldalt a parasternalvonalon a VII. borda felső, a bimbóvonalon a VII. alsó, a mellő hónaljvonalon a VIII. borda felső széléig, innen a májtompulat a bordaívet 1 ujjnyival meghaladja. Baloldalt a szívtoppulát a parasternalvonalon a IV. borda alsó szélén kezdődik és a VI. bordáig terjed, kifelé nem ér a bimbóvonalon, befelé a bal-szegyszélre terjed az abszolút szívtoppulát, a relativ topulát a jobb szegyszélre 1.5 cm. túlterjed. Vizelet napi mennyisége 1400 cm. A mellkason, végtagokon helyenként paraesthesiás helyek vannak.

J. o. fülkagyló rendes, külső halljárát elég tág, csekély cerumennel, dobhártya normalis.

B. o. a külső halljárát kissé szűkült a mellő falán levő csekély otitis externa által, a dobhártya alsó mellő felében kis perforatio, melyből geny ürül ki, beteg nem tudja, hogy mióta.

A hangvilla-vizsgálat ez alkalommal nem volt megejthető.

A hallásképeség mindkét oldalt normalis.

Röviden összefoglalva, az általam vizsgált három eset közül egyik a dobhártya perforációját tünteti fel, a rupturát — mivel az eset nem volt friss — nem lehetett constataálni; a másik a külső halljárát hyperaemiáját, a dobhártya igen erős behúzódtását, a kalapács rövid nyujtványának túlságos kiemelkedését, hyperaemiát, majdnem fehér, átlátszatlan, fénytelen, nem mozgatható dobhártyát tüntet fel, a fénykúp ki nem vehető, fülzúgás és szűrési érzete a fülből; a harmadik esetben igen széles fénykúpot, besüppedt, ráncos, petyhüdt dobhártyát, a dobüregben áttetsző, csekély vérömlenyt találtam.

A míg tehát egyrészt a külső halljárátban beállott légnyomás növekedése okozhatja a dobhártya repedését, fülzúgást, szédülést, addig az egyik betegnél a fülzúgás, szédülés és jelentékeny nehéz hallás magyarázatára a physicalis vizsgálati módszerekkel kimutatható elváltozásokon kívül hajlandó vagyok a labyrinthben hyperaemiát, vérömlenyt felvenni.

Krepuska Géza. A vámháztéri híd építése alkalmával nekem is volt alkalmam caissonban szerzett fülbajt észlelni egy műegyetemi hallgatónál, kinél csekély szédülés mellett rossz hallás, tompa érzés és csengés volt a fülből. A betegnél, ki néhány nap alatt teljesen rendbe jött, a bal dobhártyán, mely különben intact fénylő és rendes fekvésben levő volt, tűszúrásnyi egész kölesnyi barnáspiros ecchymosisok voltak láthatók a dobhártya lemezei között. A physiologicus ép dobhártya a légnyomással szemben úgy ki-mint befelé igen ellentálló, még akkor is, ha a nyomás explosíószerű, a mint ezt a Gruber kísérletei is bizonyítják. Azon esetekben, a hol caissonmunkásoknál ruptura következik be, fel kell venni, hogy a dobhártya már előzőleg kórosan elváltozott volt. A caissonbéli légnyomás változásakor a dobhártya közvetítésével, sőt a nélkül is bekövetkező labyrinth + és — nyomás, esetleg labyrinthvérzés szerintem fontosabb a dobüreg és dobhártyán talált elváltozásoknál.

(Folytatása következik.)

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: Bókay Árpád, Kéti Károly, Korányi Frigyes. Harmadik kötet. Dobrowsky és Franke kiadása, 1896.

(Folytatás.)

A gyomor érzési zavarai két főcsoportra oszlanak, ú. m. a) a gyomor specifikus érző tehetségének t. i. az éhség és jóllakottság érzésének és b) a gyomor közönséges érzékenységének megváltozására. Az éhségérzet zavarainak általános tárgyalásában az éhség és étvágy fogalmának először szerző által hangsúlyozott pontos

megkülönböztetését találjuk, hogy t. i. az éhséget nem szabad mint az étvágy egyszerű mennyileges fokozódását felfogni, hanem az minőlegesen különbözik ettől, a mennyiben az éhség a tápszükséglet érzetét fejezi ki általában, míg az étvágy határozott tápszerre irányuló éhséget jelent. Érdekes szerzőnek azon megjegyzése, hogy míg a legtöbb nyelv az éhséget és étvágyat külön szóalakkal jelöli, addig a szomjúságérzetre egy nyelvben sincs az étvágnak megfelelő synonyma. Az éhség érzetének megváltozásait szerző, a ma már általánosan elfogadott *anorexia*, *hyperorexia* és *parorexia* csoportjaiba foglalja s ezenkívül a *hyperorexiánál* külön tárgyalja a *polyphagiát*, a *parorexiát* pedig *pseudo-rexiára* és *dysorexiára* osztja fel, melyek közül az első az éhség, a második az étvágy minőleges megváltozására vonatkozik. A *gyomor közönséges érzékenységének zavarai* sorában az *anaesthesia*, *hyperaesthesia* és *paraesthesia* pontos körvonalozása után behatóan ismerteti szerző a *cardialgiát*, melynek fészket az általánosabb nézettel szemben a sympathikusba helyezi s az okok szerint önszervi, reflektorikus, központi eredetű, neuropathikus és véralkati alakokra választja szét. A *gyomor reflexérzékenységi zavarainak* inkább elméleti fejtegetése zárja be az érzés zavarainak fejezetét.

A *gyomor elválasztásának zavarai* közül első a *subaciditas seu aciditas nervosa*, majd a *gyomorsecretio fokozódásában* a *hyperaciditas* és az érdekes *hypersecretio* vagy *Reichmann-féle betegségnek* pompás rajzai következnek; az utóbbira nézve csak az az észrevételünk, hogy szerzőnek a kórismei részben tett megjegyzése, hogy t. i. ezen betegséget a fekélytől nehezebb elkülöníteni, miután ez éppen hypersecretióval vagy hyperaciditással jár, a gyomorfekély keletkezésének újabb felfogása mellett ilyen általánosságban fenn nem tartható.

A negyedik főcsoportnak, a *szövődött ideges gyomorzavaroknak* fejezetében mesteri leírását élvezzük az annyira elharapódzott *ideges dyspepsiának*. A szerző finom bonczkés alá veszi azon számtalan, legtöbbször csupán éles megfigyelő szemnek hozzáférhető psychikai momentumot, mely a modern kultúrelét lázasan siető, szellemileg túlesigázó viszonyai között, ezen kellőképpen még nem körvonalozott betegségnek kifejlődését hathatósan elősegíti. Mi sem bizonyítja inkább ezen bántalomnak gyakoriságát, mint szerzőnek az a megjegyzése, hogy a tanácsát kérő gyomorbetegnek több mint 60—70%-a ideges dyspepsiában szenved. A tünetfani és kórismei részről kitűnik, milyen érdemes szerep jutott szerzőnek ezen fontos tünetcsoportnak ismertetésében.

Stiller tanárnak érdemeivel szemben talán kicsinyesnek tűnik fel, de a teljesség kedvéért mégis szükségesnek vélünk fel- említeni néhány, a munkának belső értékét egyáltalán nem érintő külső körülményt, minő pl. a stylusban, a mondat és gondolat fűzésben a kellő magyarságnak sűrűn érezhető hiánya, továbbá a fejezet tekintélyes terjedelméhez mérten rövid irodalmi rész; az utóbbinak magyarázatát talán nem annyira az idevágó közleményeknek csekély számában, mint inkább szerző szerénységében kell keresnünk.

A *bélbetegségekhez Hirschler Ágoston* írja a bevezetést, szokott gondosságával ismertetve a belek kémiai és bakteriologiai folyamatainak s motorius működésének fiziologiai és pathologiai részét. A bélbajok sorozatát a *bélhurut* kimerítő tárgyalásával kezdi meg. Különösen kiemelendő az *enteritis membranaceának* gondos rajza, melyből kitűnik, hogy ezen kórképet *Nothnagel* vizsgálatai óta csak az esetek kisebb részében tarthatjuk lobos megbetegedésnek, míg az esetek zömében az ideges befolyás kétségtelen, miért is *Nothnagel* ez utóbbiakat a *colica mucosa* elnevezéssel illette, s ezen álláspontnak helyességét az ex juvantibus elve is hathatósan támogatja. A therapiái rész kitűnő összefoglalását nyújtja az orvosra nézve ezen betegségnél annyira hálás gyógyszeres és művi beavatkozásnak. A *bél kötőszöveti genyes gyuladása*, a *nyombél peptikus fekélye* a tárgy érdeméhez mérten apróbb, de minden szükséges tudnivalót magukban foglaló ismertetések.

A *bélbetegségek* további fejezeteinek hosszú sorozatát *Müller Kálmán* tanár szakértő tollának köszönhetjük. Az irodalmi adatoknak tervszerű feldolgozása, a szerző személyes tapasztalataival gazdagon átszőve jellemzik ezen fejezeteket, melyeknek életbevágó fontosságukon kívül különös értéket az a körülmény kölcsönöz, hogy ezen téren nyilvánul leginkább a belgyógyász és sebész együttműködésének szükségessége s bár tagadhatatlan, hogy a

gyógyítás újabb mindinkább a sebész beavatkozásának nyit tág teret, a műtét indikációjának nagy felelősséggel járó felállítása a belgyógyásznak ezen betegségeknel mégis elsőrangú szerepet biztosít.

A *vakbél- és vakbél körüli gyuladás* tárgyalásában kiváló súlyt fektet a szerző a kóroktan ismertetésére, melyből kitűnik, mily változatos módon lehetnek a vakbél és féregnyujtvány szerencsétlen boncztani viszonyaiknál fogva ezen betegség kiinduló pontjává. A kitűnő tünetfani rész magában foglalja egyszersmind mindazon szövödményeket, melyek ezen betegség lefolyásában — ha az magára van hagyva — a beteget annyira veszélyeztetik. A typhlitis stercoralis gyógykezelésében az opium belső adagolása mellett a beöntéseknek barátja, míg peri- és paratyphlitisnél abszolút nyugalom és jégtömlő mellett az opium nagy adagjait dicséri s óva int a hashajtók alkalmazásától. Végül a sebészi eljárás javalataira térve át, végeredményben *Strümpell* álláspontját fogadja el, hogy t. i. „inkább korán, mint későn”. (Folytatása következik.) *Dieballa Géza* dr.

II. Lapszemle.

Gyógyszertan.

A *bromsók contraindicióiról* értekezik *Sterling S.* s kifejti példák kíséretében, hogy a bromkészítmények, melyek jelenleg olyan kiterjedten, sok esetben mint ártalmatlanoknak tartott szerek minden körülmétek nélkül használtatnak, némely állapotoknál mennyire ártalmasak, a nélkül, hogy ennek magyarázata valami különös okot pl. idiosyncrasiát kellene felvennünk. Hivatkozva arra, hogy a bromalkáliák huzamos alkalmazása mellett az étvágy, a tápfelvétel csökkennek s az anyagsere megzavartatik, sőt vannak esetek cachexiák kifejlődésére is, továbbá, hogy a szervezetbe vitt brom igen lassan és nehezen ürülhet ki (1 gm. bromkali után még 3 hét múlva is található brom a vizeletben), s kiürülése közben károsan hat a nyákhártyákra és a bőrre: a következő szigorúan veendő contraindiciókat állítja fel: 1. Súlyosabb anaemiával párosult neurastheniánál a bromsók ellenjavaltak, a mennyiben mint csupán csak symptomatikus hatású, a mely az alpbántalmat, az anaemiát és a fennálló táplálkozási zavarokat még fokozni képes, indiciója a vas alkalmazásának fontossága mellett háttérbe szorul. 2. A légutak bántalmi esetén a bromsók által elért eredmény szintén nem ér fel az általuk okozott ártalommal, mert kiválasztásuk alkalmával fokozzák a légutak nyákhártyájának lobosodását, e mellett csökkentik a reflexingerlékenységet és ezzel együtt a kiköpést, mi az ártalmas anyagok visszatartásával jár. 3. A gyomor- és a bél hurutos bántalmainál hasonlóképpen fokozza a hurutot, esetleg makacs hasmenést okoz, ezen pont tárgyalásánál általában fontosnak jelenti ki, hogy bromsók minden betegnél nem üres gyomorra és híg vizes oldatban rendeltessenek. 4. Egy esetet hozva fel, bizonyítja, hogy oly bántalmaknál, melyeknél a bőrnek egy nagy része megbetegedett s functiójában zavarva van vagy éppen tönkrement (égési sebek), bromsók akár egyszeri nagy adagban (álom elérése végett) való alkalmazása is contraindició, mivel a brom kiválasztása elé nagy akadály gördült, s az különben még a normalis bőrön is hoz létre functionális zavarokat. Hasonlóképpen fennáll a contraindicio a vesék vagy a húgyszervek megbetegedése vagy megzavart functiója esetén. (Therap. Monatsh. 1896. 9. füzet.) *Vámossy* dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. *Szamarhurut* ellen *Moizard* jó eredményrel használ antiszeptikus insufflatiókat következő szerrel: Rp. Benzoini pulv., Bismuthi salicyl. aa 10'0; Chinini sulf. 2'0. Naponként ötször használandó. A javulás egy hét vagy még rövidebb idő alatt következik be. (Journ. de méd. et de chir. prat. 1896.)

2. *Ricinus-olaj rendelésmódja.* A ricinus-olaj kellemetlen ízének megszüntetésére *Klein* a következő eljárást ajánlja: 15—20 gramm ricinus-olajat tejben folytonos keverés közben felhevítünk, a mikor is néhány perc alatt teljes emulsiót kapunk, melyhez még egy kevés narancsvirág-szőrpöt teszünk. (Pharm. Centralh. 1896.)

TÁR C Z A.

Orvosszövetkezetek. Orvosegyesületek. Orvosi kamarák.

I.

E három fogalmat rendszeresen összetévesztik, valahányszor szóba kerül az orvosi rend szervezésének ügye. Nem árt talán azért, ha mostan, midőn szintén napirenden van e kérdés, közelebbről elemezzük e fogalmakat.

Orvosszövetkezet és orvosegyesület első pillanatra egy jelentőségűnek látszanak, mégis van közöttük különbség; amaz mindig fakultatív, emez lehet fakultatív és obligat. A fakultatív egyesület fogalma fedezi az orvosi szövetkezet fogalmát. Mindenikbe önkéntesen történik a belépés. A felvételnél, benmaradásnak és a kilépésnek azonban sokféle a variációja. A több százra menő németországi egyesületek szervezetében tanulmányozhatjuk jól e változatosságot. Vannak egyesületek, hol a belépés semmiféle feltételekhez sincs kötve, másoknál a választmánynak előleges bírálata és szavazása alapján történik a felvétel, sok egyesületnél a közgyűlés tartja meg magának a felvétel jogát. Maga a benmaradás szintén különböző: időhöz kötött vagy permanens. E fakultatív orvosegyesületek és orvosi szövetkezetek közül a legtöbb felveszi alapszabályaiba a *kizárás* jogát is, melylyel megszabadulhat a hozzá méltatlan elemektől. Megrostált felvétel, a kizárás lehetősége többnyire elegendő arra, hogy az orvosi rend így alkotott corporatiói mint morális testületek szerepelhessenek és a rend tekintélyét kifelé és befelé fenntartsák és emeljék. Sok ilyen fakultatív orvosi szövetkezet és egyesület a *kizárás* fenntartása mellett felveszi még szabályai közé a *becsületbíró-ságok* intézményét is a rend egyes tagjai között támadó surlódások kiegyenlítésére és a becsületbíró-ságot vagy a felmerülő esetek alkalmával alkotja meg vagy permanens működéssel ruházza fel. Németország 348 orvosegyesületében 191-nek volt 1890-ben ilyen becsületbíró-sága.

Vannak olyan orvosegyesületek is, a melyekbe kötelező a belépés minden az egyesület területén gyakorlatot űző orvosra. Ezen kötelező orvosegyesületek némileg azonosak a kötelező kamarákkal. De csak némileg és csak ott vannak, a hol az állam már meglévő orvosegyesületeknek adja meg a kamara jogait. A „kamara” ugyanis — úgy a hogy ott az orvosi kamarák szülőföldjén Németországban, sőt a szomszéd Ausztriában is felfogják — sohasem az együvé tartozó orvosok összeségét, hanem az egyes választó kerületbe beosztott orvosok által megválasztott „képviselő testület” jelenti és rendszerint 9—24 választott orvosból áll, a kik hivatalos választóikat egyfelől a hivatalos orvosi testületekben, másfelől a közhatóságokkal és a közönséggel szemben képviselni valamint többi társaik felett morális felügyeletet gyakorolni. Az orvosok összeségének joga csak e képviselők megválasztásáig terjed, különben helyette mindent e 9—24 tagból álló ú. n. államilag hivatalosnak vett és elismert képviselő testület végez megválasztása tartama alatt „sine nobis de nobis”. Németország legtöbb államában az ilyen értelemben vett kamaratagok megválasztásának joga tisztán fakultatív; az az orvos él választói jogával, a ki akar és az veti magát alá a kamara határozatainak, a kinek tetszik. Egyes kisebb államokban, valamint a szomszéd Ausztriában *kötelező a kamara*; azaz az ország orvosai bizonyos választó kerületekre vannak felosztva és akár élnek választó jogokkal, akár nem, alá vannak vetve a többiek által megválasztott „képviselő testület” (alias: kamara) határozatainak. E kényszerkamaráknak tagjaik felett *fegyelmi hatalmuk* is van, mely megintés, megrovás és pénzbüntetésből állhat; a *gyakorlat elvonásának jogával* azonban — a badeni nagyhercezségen kívül — sehol sem rendelkeznek úgy mint az ügyvédi kamarák, ott is azonban nagyon megszorított hatáskörrel. Egy pár kisebb német államban a meglévő orvosegyesületeket is bevonták az orvosi rendnek ezen államilag organizált szervezetébe, rendes egyleti működésüket felruházták a „kamara” alkotás jogával. Egyes ilyen orvosegyesületekbe azután kötelező a belépés, így természetesen korlátlan a felvétel; fel kell venni az egyesület

kebelébe és tűrni abban az orvosi rend tisztességtelen elemeit is; csak a megintés, megrovás, pénzbüntetés és a kamaratagokra való szavazás jogának megvonása áll az egyesület hatalmában e tisztességtelen elemekkel szemben.

A nálunk napirenden levő belügyministeri orvosi kamara-javaslat lényegileg a kényszer-orvosegyesületek ez utóbbi nemét tervezi. A tervbe vett és mult számunkban közölt szervezet, mint a fennebbiekből látható, nem felel meg sem a német, sem az osztrák kötelező orvosi kamaráknak. A „kamara” név a magyar tervezetben a választó orvosok összeségét akarja jelezni — úgy mint az az ügyvédi kamaráknál van —; a tulajdonképeni kamarát pedig benne a „kamara-választmány” alkotja, mely fel van ruházva ugyanazon teendővel, mint az osztrák vagy német orvosi kamara, azzal a különbséggel, hogy ez utóbbiaknak rendeltetése főképp az orvosi rend képviselésére és csak másodsorban egyéb közegészségi teendőkre van kiterjesztve, míg a tervezett magyar orvosi kamara első sorban az utóbbi teendőket tűzi ki főcéljául és csak másodsorban a rendi érdekek képviselését. Még egy lényeges szervezeti különbség is van e magyar orvosi kamara és a német és osztrák kamarák között. Sem a német, sem az osztrák kamarák nincsenek központosítva, míg a magyar kamara-tervezet a „központi választmány” felállításával központosítja azokat az egészségügyi centralis kormányzat kezében, úgy hogy az egész rendszer úgy tűnik fel, mint egy olyan országos kényszer orvosegyesület, melynek örökös és a legfőbb elnöke a belügyminister megbízottja, ki az egyes vidéki egyesületek delegatusaiból alkotott szűkebb centralis parlamentben elnököl és intézi az összes orvosi rendet és orvosi gyakorlatot illető ügyeket.

Hogy az ország közegészségi és orvosi ügyei vezetésének e merev centralisatiója mennyiben lenne-e üdvös vagy nem a jövőben? ez alkalommal nem fejtegetjük; jelenleg a fogalmak tisztázása érdekében csak azt kívánjuk constátálni, hogy a *szóban forgó orvosi kamara-javaslat tulajdonképen nem felel meg címének és centralistikus irányánál fogva szellemében teljesen eltér úgy a német, valamint az osztrák orvosi kamaráktól.*

† Jurányi Lajos dr.

Született: 1837, meghalt: 1897.

A tudós világnak ismét halottja van. Szabó és Margó után elköltözött Jurányi Lajos is f. é. február 27-dikén Abbaziában, mint a természetrajzi tudós tanártriának — kiknek működése alatt hazánkban az ásványtani, állat- és növénytani ismereteink lényegesen átváltak, egészen új alapeszmék és irányelvek érvényesültek és kik a tudományos dolgozásnak új lendületet adtak — legutolsó tagja!

Jurányi a növénytanban elsőrangú szaktekintély volt, hazánkban valóságos missiót teljesített, mert a biológiai tudományok újabb eszméivel nemcsak utat tört és nyitott a tudományos növénytanban, hanem megteremtette a modern kor követelményeinek megfelelő új növénytani intézetet és kertet is.

Eredménydús élete igen jó példát szolgálhat, hogy nem szabad csüggednünk, hanem dolgozva kell kitérített célunk felé iparkodni. Mint egyszerű polgári család gyermeke, atyja lutheránus pap volt, született 1837-ben Nyiregyházán. Gimnásiumi tanulmányait Eperjesen végezte, a hol Hazslinszky Frigyes tanár befolyása alatt szerette meg a „scientia amabilis“-t. Középiszkolai tanulmányai bevégezése után 1856. év őszén a budapesti egyetemre került mint orvostanhallgató; 1861-ben Gerenday József a növénytan tanára mellett lön tanársegéd és 1862-ben orvosdoktorrá avattatott. A következő évben a Schordann-féle utazási ösztöndíjat megkapva, egy évet Bécsben Fenzl Richárd és Böhm tanár mellett töltött; majd az 1864/65. tanévben botanikai ismereteket

reteinek kibővítése céljából Jenába ment, a hol mint Pringsheim assistense főleg anatómiai, fejlődéstani és physiologiai tanulmányokkal foglalkozott. Hazatérve 1866-ban a növénytan rendkívül s 1870-ben rendes tanára lett a budapesti egyetemen.

Jurányi fellépése abba az időbe esik, midőn a természetrajzi tudományok elhagyták a régi csapásokat, a csupán száraz systematikai leírásokat és teljesen új úton iparkodtak a szervezetek megismerésében előrehaladni. A mikroszkop tökéletesedésével a növényeket nemcsak külsőleg vizsgálták, hanem belső szervezeteik finomabb elemei felé is fordulva iparkodtak szövet- és fejlődéstani vizsgálatok, nemkülönbön élettani és biológiai megfigyelések alapján a növényi élet feltételeit felderíteni és azon egységet kimutatni, a mely a szerves lényeket összekapcsolja és közös eredetüket megmutatja.

Magyarországban ezen új tanok apostola, a modern tudományos növénytan alapítója Jurányi Lajos dr. volt, ki nemcsak egyetemi előadásaiiban nagy tudással, szigorú logikával és törhetetlen kitartással magyarázta évről évre az újabb eszméket és igazságokat, melyek bevilágítanak a szerves élet nagy titkaiba, hanem még mint tudós is önálló vizsgálataival különösen az Oedogonium-, Salvinia-, Ptilularia-, Psilotum-, Ceratozamia-, a sejtmagoszlás-, a magvak csirázása- stb.-ről szóló, magyar és német nyelven megjelent értekezéseivel hozzájárult a tudományos növénytan előhaladásához és tiszteletet szerzett külföldön is a magyar névnek és tudósnak. Jurányi e modern tanokkal egész nemzedéket nevelt fel és hogy ma hazánkban is a tudományos növénytan oly magas fokot áll, legnagyobb részben az ő érdeme.

Midőn Jurányi ezelőtt 31 évvel elfoglalta a növénytan tanárszékét, a növénytan intézet még igen kisszerű volt, alig állott 1—2 szobából a szintén még felette szegényes botanikai kertben; vizsgálati eszközök teljesen hiányoztak, a gyűjteményt csak szárított növények tették és a könyvtár is alig állott néhány 100 kötetből. Legelső gondja volt tehát, hogy e tarthatatlan viszonyokon, melyek a tudományos vizsgálatokat és előrehaladást nagy mértékben gátolták, lényegesen segítsen. Élte legfőbb feladatának tekintette a régi növénytan intézetet és kertet a kor igényeinek és modern követelményeinek megfelelően újjáalkotni és egy olyan intézetet létrehozni, a hol nemcsak különböző tudományos kísérletekkel ellátott előadásokban részesülhessenek a hallgatók, hanem még mindenféle eszközökkel, szakkönyvtárral, gyűjteményekkel ellátott dolgozó helyiségek is álljanak a tanulni akaró fiatalság és szakbúvárok rendelkezésére; továbbá, hogy minta botanikus kertet hozzon létre, a mely üveg- és melegházakkal felszerelve egyrészt élettani kísérletekre és fejlődéstani vizsgálatokra alkalmas legyen, másrészt pedig nemcsak az officinalis és hasznos növényeknek, hanem lehetőleg valamennyi növénycsoport fontosabb képviselőinek tenyésztésére szolgáljon. És csakugyan sikerült neki hosszú küzdés után, a mely tanári éveinek java részét igénybe vette, egy ilyen intézetet és kertet létrehozni, a mely nemcsak hazánkban egyedüli, hanem még külföldön is határozottan számottevő, sőt melyért nem egy külföldi egyetemi város méltán még meg is irigyelhet bennünket! (a botanikai intézet leírását I. Högyes Endre dr.: Emlékkönyv a budapesti kir. magy. tud. egyetem orvosi karának multjáról és jelenéről 1896. p. 459—468.).

Jurányi utolsó éveit folytonos betegeskedésben töltötte. Hiába kereste fel a déli enyhe vidékeket, szívbaja nem javult, hanem folytonosan súlyosodva, végre kioltá tevékeny életét. Benne egyetemünk régi oszlopos tagja, a magyar tudós világ egyik kimagasló munkása dűlt ki, kinek áldásos működését meg fogja örizni a magyar tudomány története és nevének maradandó emléket biztosít a hazai kulturális intézetek fejlődés-történetében és egyetemünk újjáalkotása nagy művében.

Filarszky.

A pestisről.

A szerémségi járvány 1795/96-ban. — A pestis klinikai képe a legújabb észleletek alapján.

(Folytatás.)

A mi a járvány elfojtására tett intézkedéseket illeti, ezek a tökély oly magas fokot árulják el, hogy — eltekintve a fertőztelenítéstől — ma sem tudnánk helyesebbeket igénybe venni.

Az intézkedések részint a járvány tovább huzcolásának megakadályozását, részint pedig a baj kiirtását célozták.

Az előbbi illetőleg a fertőzött helységek mély és széles árkokkal, továbbá megbízható őrséggel körülzártak; a zár egyik helyén úgynevezett „Rastell“ rendeztetett be, a hol a legszükségesebb dolgok, tápszerek stb. voltak beszerezhetők a szomszédos, nem fertőzött helységekből és pedig a személyes érintkezés elkerülésével, hivatalos személyek közbenjárásával. (Ugyancsak „Rastell“-ok az elzárt megye határszélein is voltak, a szomszédos nem fertőzött megyékkel való kereskedelmi összeköttetés lehetővé tételére.) Másrészt gondoskodtak arról is, hogy kitudják, hogy akkor, a mikor a baj jelenléte hivatalosan még nem volt megállapítva, más helységekből kik jártak a fertőzött helységben, főleg pedig, kik jöttek érintkezésbe pestises betegekkel vagy tőlük származó tárgyakkal. *Általában nagy gondot fordítottak az első megbetegedések lehető korai felismerésére.*

A járvány elfojtását célzó intézkedések közül legfontosabbnak tartották a pestises betegek és a velük vagy az általuk használt tárgyakkal érintkezésbe jött egyének szigorú elkülönítését. E végből a betegek külön ezen célra berendezett kórházakban, a velük vagy az általuk használt tárgyakkal érintkezett egyének pedig holmijukkal együtt az úgynevezett kontumáciákban (a helységen kívül ideiglenesen felállított lakóhelyek) helyeztetek el, a hol holmijuk tisztításával (mosás, füstölés korpa, salétrom és kén keverékével) kellett foglalkozniok. Ha a kontumáciában levők között megbetegedés többé nem fordult elő, 42 nap mulva az illetők lakásaikba visszamehettek, melyeket időközben külön e célra felfogadott egyének már alaposan megtisztogattak (24 órai füstölés zárt ajtók és ablakok mellett, az összes holmi kivitele az udvarra, megmosása és a szabadban hagyása, a szorgosabb vagy hosszabb tisztogatást igénylő tárgyakkal egy a kontumáciákhoz közel felállított helyiségbe vivése, a falak lekaparása, a szobák talajának $\frac{1}{2}$ —1 lábnyi mélyen felásása és a felásott földnek szabadba vitele, szalmával behintése és utóbbinak felgyújtása, a falaknak újból betapasztása, új földdel feltöltése a talajnak, ajtók, ablakok, fapadozat alapos megmosása, végül hosszas szellőzés); a rozoga házakat egyszerűen felgyújtották. A kontumáciákból hazakerült egyének még három hétig felügyelet alatt maradtak és nem érintkezhetek senkivel. A fertőzött helységekből is nagy gondot fordítottak arra, hogy újabb megbetegedések azonnal tudomásra jussanak; e célból egyes megbízhatóbb lakók a helység minden házáat és lakóit naponként kétszer meglátogatták és a legkisebb gyanú felmerülése esetén azonnal jelentést tettek a bírónak, a ki azt a mindennap megjelenő orvosnak tudtára hozta. Nagyobb gyülekezetek tiltva voltak s azért a templomok, iskolák, korezmák bezárattak; temetéseken csak a közvetlen hozzátartozók vehettek részt; húst, italt csak szabadban szabadott mérni s a vevők csak egyenként mehettek az elárúsító helyekhez. A szabadság nagymérvű korlátozása miatt szükségessé vált a lakosság földjeinek műveltetéséről, házi állatainak legeltetéséről is hivatalosan gondoskodni. A kellő élelmi szerekkel és tüzelő anyaggal ellátás is fontos teendőjét képezte a hivatalos közegeknek.

Minden esetre ezen céltudatos, helyes és szigorúan keresztülvitt intézkedéseknek tulajdonítható, hogy a szerémségi pestis-járvány — noha hivatalos felismerésekor már meglehetősen el volt terjedve — aránylag kevés emberáldozat árán nem sok idő mulva megszűnt és nem is terjedt túl Szerémség határain. A mint említettük, márcziusban már nem fordult elő újabb megbetegedés; óvatosságból azonban a határozásokat csak augusztus 2-dikán szüntették meg és végül augusztus 20-dikán a legtöbb szenvedett Irreghet is (mely 3 évre az adó alól felmentetett) felszabadították a zár alól, a mivel azután a szerémségi pestis hivatalosan véget ért.

A szerémségi pestis $\frac{1}{2}$ millió forintjába került a királyi kincstárnak. Említésre érdemes az is, hogy a kormánybiztos azon ritka felhatalmazást kapta, hogy minden szükséges kiadást azonnal kiutalványozhasson, nehogy a segélynyújtás gyorsasága esorbát szenvedjen. Másrészt a király azt is megígérte, hogy mindazokat, kik a járvány elfojtása körül érdemeket szereznek, a királyi kegyelmen kívül még külön jutalmazásban is részesíti.

Schraud könyvében még sok egyéb érdekes dolgot találhatunk, melyek közül egyet-mást itt feljegyzünk.

Orvosnak nem volt szabad pestises beteghez nyulnia; az orvos csak rendeleteket adott ki és azoknak pontos keresztülvételére felügyelt. A betegek gyógyítása a seborvosokra volt bízva, kik az orvos utasításai nyomán jártak el. Ezen első pillanatra feltűnő körülmény abban találja magyarázatát, hogy a járvány elfojtását sokkal fontosabbnak tartották, mint a betegek meggyógyítását; az orvosokat tehát lehetőleg óvni kellett a bajtól, nehogy a baj elfojtását illetőleg tanácsadó nélkül maradjon a helység. Ezen, különösen az akkori viszonyok között — a mikor aránylag kevés orvos állott rendelkezésre — nagyon helyes felfogás azonban természetesen azon hátránnyal járt, hogy magára a betegség ismeretére vonatkozólag a szakszerű észlelés hiányában haladás nem nagyon mutatkozhatott. Egyes orvosok mégis, hogy legalább a betegek pulzusát észlelhessék, eczetbe mártott kézzel fogták meg a beteg kezét és utána eczettel mosdottak; mások ismét vajjal dörzsölték be kezeiket a fertőzés elkerülése végett.

A levegő útján való fertőzés lehetőségében nem hittek; a fertőzés terjesztése tekintetében legfontosabb szerepét a betegek által használt ruhadaraboknak tulajdonították. Az egyik járványorvos, *Seele* dr. négy olyan esetet észlelt, melyekben a pestisben szenvedett anyáktól született gyermekek egészségesek maradtak. Már a szerémségi orvosok is ismerték, hogy a pestist kétszer is megkaphatja az ember; *Buday* dr. 4 olyan irregli lakó körtörténetét közli, kik 6 hónap alatt kétszer szenvedtek pestisben. Érdekes *Buday* dr.-nak azon állítása is, hogy a pestises betegek sajátos szagot terjesztenek, mely szagról sokszor nagyobb távolságból is megismerte, hogy valamelyik házban pestises beteg van; hasonló állít *Gellei* dr. is. Az incubatio tartamát a legtöbb esetben egy héten alólinak tartották; de azért találunk 14—17 napos incubatiókat is feljegyezve, míg másrészt a következő, *Seele* dr. által észlelt esetben az incubatio nagyon rövid és a lefolyás rohamos volt: egy bácsmegyei lakost Újvidéken pestiszolgálatra fogadnak fel; az illető a teljesen pestismentes helyről aznap este megérkezik Neradinba és másnap reggel bátorsága kimutatására egy pestisben épen elhalt betegről lehúzott nadrágot ölt fel; egy óra mulva szédülésről és fejfájásról panaszkodik, a következő órában pedig már meghal.

(Folytatása következik.)

Székely Ágoston dr.

Heti szemle.

Budapest, 1897. márczius 5-dikén.

Az orvosi kamara kérdés sorsa. A belügyministeri egészségügyi osztály orvosi kamara tervezetének közzététele alkalmából, úgy a napi, valamint a szaklapok hasábjain újra megindult a vita azon kérdés felett, kell-e orvosi kamara nálunk vagy nem? A napi- és szaklapok hasábjain eddigig nyilvánult nézetek többsége úgy látszik a mult évi országos congressus többsége nézetének megfelelőleg a kamarák ellen foglal állást.

A kamarák mellett csak elvétve emelkedik fel egy-egy szó.

A vidéki egyesületek közül a hozzájuk beküldött tervezetre eddig-élé a *biharmegyi orvosegyesület* nyilatkozott. Ez egyesület f. hó 1-én *Konrád Márk* dr. elnöklete alatt tartott ülésében tárgyalta az ügyet és beható eszmecseré után 20 szavazattal 6 ellenében az orvosi kamarák felállítására ellen és egy országos orvosi szövetség létesítése mellett nyilatkozott.

Hasonló értelemben határozott a *biharmegyi községi és körorvosok gyűlékezete* is f. hó 2-dikán *Popovics Miklós* dr. m. tisztí főorvos elnöklete alatt tartott ülésén, melyen csak egyetlen egy szó nyilatkozott a kamarák mellett.

Vegyesek.

Budapest, 1897. márczius 5-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1897. február 14-től 1897. február 20-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 467 gyermek, elhalt 272 személy, a születések tehát 195 esettel multák felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, ronesoló toroklob 4, hökhurut 2, kanyaró 7, vörheny 5, himlő —, typhus abdominalis 3, gyermekági láz —, influenza 2, egyéb ragályos betegségek 4, agykérlob 21, agyvérömleny 5, rángások 6, szervi szívbaj 19, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgöhurut 49, tüdőgümő és sorvadás 41, bélhurut és béllob 17, carcinomata et neoplasmata alia 9, méhrák 3, Bright-kór és veselob 5, angolkór 1, görvéllykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 16, aszkór, aszály és sorvadás 2, aggkór 14, erőszakos haláloset 8. — A fővárosi közkörházakban ápolatott e hét elején 2494 beteg, szaporodás 749, csökkenés 818,

maradt e hét végén ápolás alatt 2425. — A fővárosi tisztí főorvosí hivatalnak 1897. február 19-től február 26-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 14 (meghalt 3), himlőben —, álhimlőben 4, bárányhimlőben 40 (meghalt —), vörhenyben 34 (meghalt 6), kanyaróban 173 (meghalt 5), ronesoló toroklobban és torokgyíkban 14 (meghalt 3), trachomában 28, vérhasban —, hökhurutban 18 (meghalt 2), orbánczban 22 (meghalt 2), gyermekági lázban 1 (meghalt 1).

— **Adler Zsigmond** dr. budapesti gyakorló orvosnak a közügyek terén kifejtett érdemeinek elismeréséül a király a királyi tanácsosi ezímet adományozta.

— **Felhívás.** Az országos balneologiai egyesület hajlandó *Boleman István* dr. úrnak általa kiadott művét: „*Magyar fürdők és ásványvizek*“ a jelentkező orvosoknak díjmentesen megküldeni. Felhívom tehát a tisztelt kartársakat, hogy ide vonatkozó kívánságaikat minél előbb hozzám juttatni szíveskedjenek. Budapest, 1897. márczius hó 1-én. Az országos balneologiai egyesület igazgató-tanácsának megbízásából. *Lőw Sámuel* dr. főtktár (V. ker., Váci-körút 20. sz.).

○ **Helyreigazítás.** A VIII. nemzetközi közegészségi és demographiai congressus jelentésének V. kötete 81-dik lapján közzétett „Bestimmung der Arbeitszeit der Eisenbahn-Angestellten mit Rücksicht auf die verschiedenen Zweige des Dienstes“ von Dr. Sigmund Weissberg (Budapest), című értekezés szövege tévedésből került oda. Ez a szöveg *Koller Gyula* dr. előadásához tartozik, melynek czíme: Ueber die durch 14 Jahre beobachteten Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse der pensionsfähigen Angestellten der Ersten k. k. privileg. Donau-Dampfschiffahrt-Gesellschaft. *Gerlóczy*.

† **Elhunyt:** *Decenty Pál* dr. gyakorló orvos Szegzárdon, 73 éves korában.

Dr. **Herozel** egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.** — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — *Mérsékelt árak.* — Kívánatra prospectus.

Téli kúra rheumatikus bajok, kösvény, ischias stb. ellen a **Szt. Lukács-fürdőben** Budapest.

A szállodák és fürdők egy épülettömböt képeznek. Minden helyiség jól fűtve van. Meghűlés kizárva. Kénes iszapfürdő. Helyi bántalmak kezelése. Douche-massage és iszapforogtatás által. Lift és felvonó a vízben. Olcsó és jó pensio. Prospectust küld az igazgatóság.

HIRDETÉSEK.

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33-6339, kónsavas natron 7-1917, szénsavas mész 4-1050, chlornatrium 3-8146, szénsavas kali 2-3496, szénsavas Magn. 1-7157, szénsavas Lithion 0-1089; szilárd alkatrészek, 53-3941 összes szénsavtartalom 47-5567, hőmérsék 12-30° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomorbántalmak, kösvény, hörgöhurut, aranyérel stb.

Kitűnő diaetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kúra, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos: **Med. Dr. REUSS VILMOS**

A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban. 1

Védjegy.



Orvos-sebészeti műszerek, betegápolási tárgyak, sérvkötők, kötszerek

pontos és jutányos beszerzésére legjobban ajánlható

POLGÁR SÁNDOR

egyetem. gyakorlott mű- és kötszervész.

Budapest, VII., Erzsébet-körút 50. sz.

Újnagyképes árjegyzék ingyen és bérmentve.

E címre ügyelni tessék.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem II. sz. belklinikájáról (Kétli Károly tanár).

A haemochromogen előállítására mint vérreactio, különös tekintettel a vér kimutatására vizeletben.

Donogány Zakariás dr. II. tanársegédétől.

A vérfesték klinikai kimutatására több eléggé megbízható módszer áll rendelkezésünkre.

Ezen eljárások azonban kisebb-nagyobb hibáktól nem mentesek. E hibák kimutatása s egy új módszer ismertetése — mely talán egynémely igénynek jobban megfelel — lesz jelen dolgozatom feladata. Régebbi eljárásaink ellen ugyanis nemcsak az érzékenység szempontjából lehetne kifogást emelni, hanem néha megbízhatlanok is. Csak röviden foglalkozom a következőkben a használatos eljárásokkal, nemcsak az említettek miatt, hanem a reactio kiviteli nehézségét is szem előtt tartva.

A *mikroszkopos kimutatás*, ott a hol a körülmények megengedik, igen érzékeny és megbízható; egyes esetekben gyorsan keresztül is vihető, mint pl. köpet, friss vért tartalmazó bélsár vagy hányadék vizsgálatakor. A vizelet ily irányú vizsgálata azonban akkor, ha abban nagyobb mennyiségű vér nincs, az ülepítés miatt hosszabb időt igényel. Természetes, hogy ezen eljárás igen sokszor nem használható azért, mert a vérfesték nem a vöröshemoglobinnal kötve foglaltatik a vizsgálandó anyagban.

A *közvetlen spektroskopos kimutatás* már ez utóbbi esetekben is észélhoz vezet. Az érzékenységre vonatkozólag Hoppe-Seyler után tudjuk azt, hogy az oxyhaemoglobin esikjai 1 cm. vastag rétegen át még 1:10,000 oldatban is láthatók. Rosenthal¹ azonban úgy találta, hogy a vizeletben a vért csak legfeljebb 1:1000-hez oldatban lehet kimutatni. Igen nagyinak látszik a két adat közt a különbség, azonban ez arányszámok úgy értendők, hogy az első esetben az egység 1 gramm krystályos oxyhaemoglobin, a második esetben pedig 1 gramm vér, mely 0.125 gm. oxyhaemoglobint tartalmazott, e szerint a helyes arány 1:8000; az értékek közelebb vannak egymáshoz.

Az ilyen mennyiségű vért tartalmazó vizelet még oly vörös, hogy gyakorlott szem felismeri annak véres voltát, épen ezért Rosenthal fölöslegesnek tartja a spektroskopos próbát.

A mi a *közvetett spektroskopos vizsgálatot* illeti, erre a haemoglobint haemochromogenné alakították át. A haemochromogennek spektruma sokkal intenzívebb, mint a haemoglobiné vagy haematiné, ezért ajánlották e próbát Lewin és Posner,² Linossier,³ majd Stokes.⁴ A vizelethez Lewin és Posner előzetes megsavanyítás után kénammoniumot vagy kénatriumot adnak redukálás céljából. Linossier e célra hydrokénessavas só-oldatot használ, de ennek mindig frissen kell készülni s az oldat erős ne legyen, mert kicsapja a haemoglobint; szerinte ez oldat alkalmasabb a lassan redukáló kénammoniumnál; ugyan lehet enyhe melegítéssel a folyamatot

siettetni, de arra a körülményre vigyázni kell, hogy 50° C-on túl a spektrum eltűnik. A Stokes-féle redukáló nem egyéb mint ammoniakos ferrotartrát-oldat, ezen reagens hamar sötétedik, ezért a fénytől óvni kell vagy mindig frissen kell használat előtt készíteni.

A legáltalánosabban a *Heller-próbát* használják, mely azon a tapasztalaton alapszik, hogy az alkaliássá tett vizeletből kiváló phosphatok a vérfestéket magukhoz ragadván, vörös tledeket adnak. Rosenthal kimutatása szerint ezen könnyen kivihető eljárás 1:1000-hez vért tartalmazó vizeletben biztos, 1:2000-hez pedig valószínű eredményt ad. Ha a vizelet több vért tartalmaz néhány perez, ha kevesebbet, a leülepedés megvárása miatt 10—15 perez alatt készen van.

A *Struve-féle⁵ eljárás* szerint a vizeletet natronlúggal vagy ammoniakkal alkalizálni kell, azután addig adni hozzá tannin-oldatot és eezetsavat, míg ismét savanyú lesz. Vérfesték jelenlétében sötétszínű csapadék keletkezik, de ez nem bizonyító, mert rendes húgy is ad kevés, fehérjetartalmú sok csapadékot. A csapadékból ezért elő kell állítani a haeminkristályokat. Rosenthal ez eljárást annyiban módosította, hogy a csapadékban a vasat mutatta ki, de ez nem vált be, mert mint tudjuk, normalis vizeletben is van vas.

Wolff⁶ következőképen járt el: 30—60 kem. vizeletet 0.1 térfogat 3% os zinkacetat-oldattal melegített vízfürdőn s a csapadék ammoniakos oldatát spektroskopos vizsgálatra használta fel.

Hátra van még az *Almén-féle⁷ próbával* foglalkoznunk, mely a vérfesték azon sajátján alapszik, hogy jelenlétében a guajac tinctura és terpentin megkékülnek. Mindig frissen készült guajac-tinctura használandó.

Ha kritikai szemmel vizsgáljuk e próbákat, legegyszerűbbnek és legkönnyebben kivihetőnek a direct spektroskopos vizsgálatot fogjuk tartani, mely még annál fogva is előnyös, mert egyetlen mód annak eldöntésére, hogy a vérfesték mint oxyhaemoglobin, haemoglobin, methaemoglobin vagy haematin van-e jelen. A mi az érzékenységét illeti, az ellen alapos kifogás emelhető s a többi próbákkal e tekintetben nem versenyezhet. De ez utóbbi körülmény még nem elegendő arra, hogy e próbát fölöslegesnek tartsuk, sőt minden esetben alkalmazandónak vélem. Sokkal érzékenyebb a közvetett spektroskopos, a haemochromogen próba. Ennek azonban egyrészt az a hátránya, hogy a vérfestéket mindig mint haemochromogent mutatja ki, arról tehát, hogy az a kérdéses folyadékban mily alakban fordul elő, felvilágosítást adni nem képes. Másrészt pedig, mint a fenn elsorolt eljárásokból kitétnik, nehezen előállítható, részben könnyen bomló anyagokat kell használnunk, vagy pedig a reductio lassan és tökéletlenül megy végbe, a mint erről a kérdéses szerek használatakor meggyőződtem.

A Struve-féle eljárással csak hosszadalmas úton jutunk biztos eredményhez. Mert maga a csapadék képződés egyáltalában nem bizonyít, hiszen normalis vizeletben is keletkezik kevés csapadék, fehérjetartalmú húgyban pedig igen nagy a képződött csapadék. A haeminkristályok előállítása ugyan nem okoz nehézséget, de minden esetre legalább félórai időt

¹ C. Rosenthal. Virehow's Archiv 103. k. 1886.

² L. Lewin u. C. Posner, Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1887. 355. 1.

³ G. Linossier, Bull. de la soc. chim. 49. k. 691. 1. 1888.

⁴ Halliburton. Lehrb. d. chem. Physiol. u. Path. 1893. I. köt.

⁵ Zeitschr. f. anal. Chem. 11. k. 29. o.

⁶ C. H. Wolff, Pharm. Centralhalle 28. k. 617. 1. 1887.

⁷ Hammarsten. Lehrb. d. physiol. Chem. Wiesbaden 1891.

igényel. S mindezek mellett Rosenthal vizsgálatai szerint érzékenysége tovább nem terjed az 1:2000-nél.

Wolff eljárása szintén kissé hosszadalmas, bár — mint később felsorolandó vizsgálataimból kitűnik — igen érzékeny s az előbbi e tekintetben felülmúlja.

A klinikus czéljainak leginkább a Heller-próba felel meg, gyorsan és könnyen eszközölhető, e mellett elég érzékeny is. De határozottan állíthatom, nem mindig biztos; azt különben már Filehne¹ is állította, szerinte az „urobilin“ s talán más kóros festőanyag is adja e próbát. Tapasztalataim szintén a megbízhatlanság mellett bizonyítanak, bár abban nem értek egyet Filehnevel, hogy az urobilin e reactiót adni képes, mert először a phosphatesapadék kevés urobilint ragad magával, másodsor, ha festett is némileg e csapadék, sohasem oly vörös, mint véres vizeletben, hanem inkább barnás. Hanem a haematoporphyrin határozottan teljesen hasonlóan viselkedik. Hiszen ezen eljárással mutatja ki Garrod² a haematoporphyrin vizeletben.

Hogy ezen körülménytől eltekintünk nem lehet, mutatja azon körülmény, hogy Garrod 20 normalis vizeletben talált haematoporphyrin, magam pedig 70 különböző betegségben szenvedő egyéntől származó vizeletben 67-szer. A vizsgált vizeletek közül ötnek csapadéka igen élénk vörös volt, bár a vizeletben sem haemoglobint, sem methaemoglobint, haematint vagy haemochromogent más eljárás által kimutatni nem sikerült. Az üledék sósavas alkoholban való feloldása és spektroskopos vizsgálata megóv ugyan a tévedéstől, de ezzel az eljárás főelőnyét: a gyors és könnyű kivihetőségét elveszti.

A használatból már majdnem kiment Almén-féle próbára vonatkozólag, a Hammarsten³ s mások véleménye szerint, ez akkor is sikerül, ha a vizeletben geny van, sőt a vizelethez keveredett szűrőpapírdarabkák is adják a reactiót. Továbbá eltekintve attól, hogy mindig friss guajac-tincturát kell használni, minden alkalommal egy biztosan vért tartalmazó folyadékkal kipróbálandó a reagensek jósága.

A fentebbiekből látható tehát, hogy van jogosultsága e téren minden oly törekvésnek, mely az eljárások tökéletesítését czélozza. Az 1891—92. tanév folyamán a budapesti élettani intézetben a haemoglobinkristályokkal foglalkozván, véletlenül akadtam a pyridinre, melylyel haemochromogen kristályokat sikerült előállítanom.⁴ Akkor kiemeltem azt, hogy ezen eljárás igen gyors és könnyen kivihető friss vérrel és száraz vérporral, sőt bebizonyítottam azt is, hogy néha még ott is használható, a hol nem sikerül haeminkristályokat előállítani. A II. belklinikán azután ez eljárást 1893. év ősze óta folytonosan használom s különféle anyagokban sikerült segítségével a vért kimutatni, így vizelet, bélsár, hányadék, köpet s egy alkalommal hysteriás beteg véres könyében is.

Eljárásom vizeletben a következő: körülbelül 10 kem.-nyi vizelethez öntök egy kémcsőben 1 kem. kénammoniumot és ugyanannyi pyridint, vagy pedig a kénammonium helyett a vizeletet natronlúggal erősen alkalizálom, jobb azonban kénammoniumot használni. A reductio rögtön bekövetkezik és a folyadék a vér mennyisége szerint élénkebb vagy halványabb narancsvörös színt ölt; szükségesnek tartom hangsúlyozni a narancsvörös jelzöt, mert ez a jellemző szín. Nagyobb mennyiségű vér jelenléte esetén ez a színváltozás biztos. Ha kevesebb vért tartalmaz a vizelet, akkor czélszerű a kémcsőben levő folyadékokat függőleges helyzetben felülről nézve vizsgálni, így fehér alapon a különbség feltűnőbb lesz. Igen jól használható e színváltozás akkor, ha a vizelet más festőanyagoktól erősen nem színezett; ez esetben azonban ellenpróbaul egy másik kémcsőbe nem kezelt vizeletet kell önteni s ez összehasonlítás sikerre vezet.

E színreactio igen érzékeny, de ezt a haemochromogen spektralis úton való kimutatása messze felülmúlja; a haemochromogen spektruma a kémcsővön át nézve még akkor is

jól kimutatható, midőn már szinkkülönbség nincsen. Kísérleteim alkalmával mindig a Browning-féle kis spektroskopot használtam, mely igen tiszta képet ad. Megjegyzem továbbá, hogy a reagensek igen régiiek is lehetnek; jelenleg 2 éves pyridinnel dolgozom, a kénammonium is eláll jól bedugaszolt üvegben hónapokig. Csak arra kell vigyázni, hogy régi reagensek összeöntésekor zöld vagy barna szín keletkezik, de ez sárgára változtatható, ha ez oldathoz fölös mennyiségű ammoniakot adunk; de mivel az ammoniak kissé hátráltatja a reductio beállítását, legjobb az, ha egy lehetőleg a vizsgálandó vizelethez hasonló színű, vért nem tartalmazó vizeletet kerestünk s mindkettőt egyaránt kezeljük. A spektroskopos kimutatást azonban az oldatok régisége egyáltalában nem zavarja. Igen érzékenyvé lehet tenni a spektroskopos kimutatást az által, hogy vastagabb rétegen át vizsgálunk. Ezen czélból nem direct napfényt, hanem fehér papirosról visszavertet használunk. Egy világos helyen álló asztalra fehér papirlapot teszünk s erre állítjuk be az eszközt. Egy kémcsőben felülről nézve még 14 centimeter hosszú nem filtrált vizeletet át is láthatjuk a haemochromogen erősebb és későbbben eltűnő, a spektrum sárgás-zöld színében levő csikját, mert a vizelet legutoljára épen azon helyet absorbeálja, a hol ezen csik is fekszik. Úgy hogy akárhányszor a szinkép minden része absorbeálva van, csak a sárga-zöld nem s ebben a haemochromogen jellemző csikja jól kivehető. A következő táblázatokban összehasonlító vizsgálataim három esetét közlöm, melyek közül a két első a közvetlen spektroskopos kimutatásra, a Heller-próbára, a haemochromogen szín és szinképreactiójára, a harmadik a módosított Wolff-próbára s a haemochromogen szinképreactiójára vonatkozik. A vizelet normalis színű, vért nem tartalmazó volt, melyhez pontosan leemert mennyiségű egészséges egyéntől származó vért adtam.

I

Hígítás	Heller-próba	Spektroskopos próba		Haemochromogen színpróba
		oxyhaem.	haemochr.	
1:1000	élénk	direct kémcsővön át nincs csik; 14 cm. rétegen át gyenge 2 csik	direct első csik igen élénk, 8 centimeteren át mindkettő	élénk
1:2000	élénk	14 cm.-en át fölötté bizonytalan	direct első csik élénk, 8 cm.-en át mindkettő	élénk
1:4000	bizonytalan; összehasonlítással élénk	nem használható	direct gyenge első csik, 8 cm.-en át első csik erős, második gyenge	bizonytalan, összehasonlítással gyenge
1:8000	nem használható	nem használható	direct nincs csik, 14 centimeteren át első csik erős	nem használható

II.

Urobilin dús vizelet, melynek színe élénk narancsvörös, pneumonia crouposában szenvedő betegétől. Haematoporphyrin nyomokban.

Hígítás	Heller-próba	Spektroskopos próba		Haemochromogen színpróba
		oxyhaem.	haemochr.	
1:1000	élénk	direct a két csik gyengén kivehető	direct mindkét csik igen élénk	direct bizonytalan, összehasonlítással élénk, ha a vizeletet előbb lúggal kezeltük, a nem véres zöldes-sárga
1:2000	összehasonlítással élénk	11 cm.-en át is igen gyenge csikok	direct első csik erős, 8 cm.-en át mindkettő	összehasonlítással élénk
1:4000	összehasonlítással elég élénk	nem használható	direct első csik gyenge, 8 cm.-en át első erős, második gyenge	összehasonlítással is bizonytalan
1:8000	nem használható	nem használható	14 cm.-en át első csik erős	nem használható

¹ Virchow's Archiv 117, k. 417. I. 1889.

² The Journal of Physiol. 1892. 598. I.

³ Lehrb. d. physiol. Chem. Wiesbaden 1891.

⁴ Mathematikai és természettudományi értesítő. XI. k. 5. füzet. 1892.

A következő tábla pedig a Wolff-féle zinkacetat és a haemochromogen szinképpróbák összehasonlításáról szól. A Wolff-próbát mindig 60 kem.-ből készítettem s amnyiban módosítottam, hogy a csapadék ammoniakos oldatát pyridin-nel redukáltam.

Megjegyzem azonkívül, hogy a csapadék feloldására mindig 5 kem. ammoniakot használtam s a szinképi vizsgálat kémesövön át történt.

Hígítás	Wolff-próba	Haemochromogen szinképi próba
1 : 2000	első csík élénk	direct első csík élénk
1 : 4000	első csík elég élénk	direct első gyenge, 14-en át első erős, második gyenge
1 : 8000	első csík gyenge	14-en át első csík elég élénk

A többi itt nem közölt kísérlet is hasonló eredményt adott.

Ha az öt eljárást érzékenységtük szerint sorrendbe állítjuk, kiténik, hogy a legérzékenyebb a haemochromogen szinképi és a Wolff-féle próba, azután következik a Heller a hozzá elég közel álló haemochromogen színpróbal, leggyengébb az oxyhaemoglobin szinképi próba. Ha tekintetbe vesszük azonban azt, hogy a haemochromogen színreactio biztosan vér jelenlétére vall, míg a Heller-próbát más is adhatja, úgy ezzel méltán egy rangba sorozható.

Feltűnő az, hogy a Wolff-féle próbának az érzékenysége nem mulja felül a haemochromogen szinképpróbát, pedig azt vártam volna, mert hiszen annál 60 kem. folyadékban levő vérfestéket vizsgálók haemochromogenné átalakítva, míg az utóbbinál 14 centimetryni rétegen át is csak egy kémesóval tele folyadékot azaz legfeljebb 20 kem.-nyit. Ennek oka az, hogy míg a zinkacetat nem csapja ki tökéletesen a vérfestéket s a keletkezett csapadékot az ammoniak igen hiányosan oldja, addig a pyridin minden jelenlevő vérfestéket haemochromogenné redukál. Ha már most tekintetbe vesszük azt, hogy a Wolff-féle próbánál a folyadékot legalább $\frac{1}{4}$ óráig vízfürdőn főzni kell, ezután szűrni s a csapadékot oldani, kétségtelen, hogy a pyridinpróba klinikai szempontból is sokkal előnyösebb gyors és könnyű kivihetőségénél fogva.

Gyomorbennékben és bélsárban a vér kimutatása szintén egyszerű: az anyagot 20%-os natron-lúgban oldjuk (ez oldat sok vérfesték jelenlétében zöldes az alkaliás haematin miatt) s hozzáadunk pyridint s esetleg kénammoniumot, a beálló vörös szín vére mutat, szűrés után a spektroskopos vizsgálat még akkor is positiv lehet, midőn a színreactio nem mutatkozott.

Hasonló módon történik a köpetvizsgálat is, de előbb az anyagot natron-lúggal főzni kell, míg feloldódik. Ha a vizsgálandó anyag igen kis mennyiségű, akkor abból haemochromogen kristályokat készítünk a következő módon: tárgylemezre teszünk egy csepp folyadékot, ugyanannyi pyridin-nel összekeverjük, előnyös azonban megelőzőleg 20%-os natron-lúgban a vért oldani. Néhány óra mulva — fedőlemez alatt — kiválnak a mikroskopos nagyságú narancsvörös vagy nagy tömegben barnásszínű csillag vagy kéve alakban elrendezett tű, ritkábban romblap-alakú haemochromogen-kristályok. Hozzákeveredett homok, por vagy vasrozsdá a reactiót nem zavarja. Mikrospektroskopon át minden kristály a haemochromogen két elnyelési csíkját mutatja. E szinképelemző vizsgálatra különben szükség nincs, mert a kristályok jellemzők.

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. belgyógyászati kórodájának laboratoriumából.

A környéki edényrendszer compenzáló szerepéről.

Róth Vilmos, szigorló orvostól.

(Folytatás.)

Határozott következtetéseket vonhatunk a keringési változás minemiségére, fokára, sőt ezzel egyetemben (ad 3.)

a keringés megváltozásának functionalis jelentőségére is a vizelet molecularis alkatának az osmosis nyomás alapján való vizsgálatából. *Korányi Sándor*²⁹ tanárnak e tárgyra vonatkozó vizsgálatai tudvalevőleg kiderítették, hogy a vizeletben oldott chloros és chlortmentes molekulák aránya egyébként ép viszonyok — nevezetesen ép veseműködés és megközelítőleg normalis anyagcsere mellett — a vesebeli vérkeringés és közvetve az összes keringés intenzitásának mértékét képezi. A vizeletben oldott achloridák s chlor viszonyát legegyszerűbben úgy kapjuk, ha a vizelet fagypontját (Δ), a mely a vizeletben oldott összes szilárd molekulák értéke, elosztjuk a

NaCl % tartalmát jelölő számmal. $\frac{\Delta}{\text{NaCl}\%}$ növekedése a vese működésének, adott esetben a vesén átfolyó vértömegnek, illetve a véráramlás közepsebességének süllyedését jelenti; ellenkező jelentőségű a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}\%}$ arányszám csökkenése. Más-

részről a veseglomerulusok váladékának — a vizelet mennyiségéből, fagypontjából s NaCl-tartalmából kiszámított — concentratioja a compensatio kriterionját képezi. A glomerulus váladék concentratioja ugyanis *Korányi Sándor* tanár és *Fisch* dr. kísérleti vizsgálatai értelmében a vér százalékos konyhasótartalmával $\frac{1}{100}$ pontosságig megegyezik, s ezen révén a compensatio fokának legérezkenyebb reagense. Ezen számnak („m“) 0.56 alá süllyedése a compensatio megingását jelenti. Mindezek bő elméleti megokolását, valamint az ily irányú vizsgálatok gyakorlati kivitelét illetőleg *Korányi Sándor* tanárnak dolgozataira utalunk. Az ott ismertett módszerrel kivitt vizsgálatainkban a véredénytagításnak a közepsebességet helyreállító, „compenzáló“ hatását bebizonyítottunk tekinthetjük, ha az edénytagító szerek adagolása után a chloros s chlortalan molekulák kiválasztása

oly arányt öltött, hogy $\frac{\Delta}{\text{NaCl}\%}$ esökkent, „m“ nőtt. Ellenkező hatást vártunk a véredényszűkítéstől. A hatás módja és foka a végzett kísérletek itt következő rövid ismertetéséből látható:

I. *Oesterreicher* A. Neurasthenia. Palpitatio cordis nervosa. A vizelet osmologiai vizsgálata értelmében az ideges szívdobogás ezen esetben a keringés olyan megváltozásával járt, mint a minőt egyébként a „compensatio határán levő“ billentyűbántalmaknál találunk: „m“ értéke öt napig tartó vizsgálat folyamán 0.54—0.56 közt ingadozik. Két csekély morphiümadag (subcutan alkalmazva) a vizeletben oldott chloros s chlortalan molekulák viszonyát úgy változtatta, hogy a vér chlortartalmának gyarapodására s a keringési viszonyok kedvezőbb alakulására kell következtetnünk. Ezt jelöli a $\frac{\Delta}{\text{NaCl}\%}$ arányszám erős leesése; a morphiüm kihagyásával a régi viszony helyreállítását annak emelkedése jelzi.

A vizsgálat napja	Δ = a vizelet fagy-pontja	NaCl %	$\frac{\Delta}{\text{NaCl}\%}$	m = a glomerulus váladék concentra-tiója	Jegyzet
1895. decz. 5.	—1.68	1.04	1.61	0.56	
" 6.	—2.13	1.07	1.99	0.54	
" 7.	—1.78	0.98	1.81	0.55	
" 8.	—1.99	1.17	1.70	0.56	
" 9.	—2.22	1.13	1.96	0.54	1 egm. morphiüm
" 10.	—1.62	0.97	1.67	0.56	1.5 egm. morphiüm
" 11.	—1.59	1.10	1.44	0.58	
" 12.	—1.63	0.89	1.83	0.55	
" 13.	—1.89	0.97	1.94	0.54	

II. *Termes* L. Insufficiencia valv. semilunar. aortae. Stenosis ostii arter. sinistra. A compensatio határán levő billentyűbántalom, melynél „m“ két heti megfigyelés alatt következetesen ugyanegy magasságon (0.56) maradt; annál ecclatansabb a morphiüm hatása, mely alatt „m“ 0.57-re, 0.58-ra, majd 0.59-re emelkedett. A hatás maximuma a morphiüm-adagolás ötödik napján mutatkozik, a mely napon feltűnő a fagy-pontnak (Δ), illetve a kiválasztott összes szilárd molekulák megesökkenése. Ezen viszony azon sejtelmélet támaszthatná, hogy a chloridák s achloridák olyan arányú kiválasztása, a melyből a keringési viszonyok javulására következtetnünk: tulajdonképpen a morphiüm anyagcserelassító hatásának

s a morphiúhatással járó csökkent tápfelvételnek következménye, melynél fogva kevesebb achlorida — bömlástermek — képeztek s megfelelőleg csökken ezeknek a chlorhoz viszonyított kiválasztása. Az ilyen felfogás helytelenségéről meggyőző egy pillantás a megfigyelések táblázatos összeállítására, a melyen szembevetjük, hogy a fenti arány megváltozása megelőzi Δ leesését; a vizelet fagypontja (Δ) ugyanis csak

január 15-dikén süllyedt mélyre, holott $\frac{\Delta}{\text{NaCl } \%$ már 14-dikén majdnem

elérte minimumát, a mikor Δ az előbbi napokhoz képest magasabb ponton áll: bizonyítékául annak, hogy a morphiúhatással járó anyagcsere lassulás daczára nem csökkent, de növekedett az anyagcsere terményeinek kiválasztása. Ezen viselkedés az elégtelen keringés és veseműködés folyamán a szervezetben felhalmozódott achloridák pótló kiválasztásának jele; s hogy ennek megindítója a keringési viszonyok javulása, azt

bizonyítja $\frac{\Delta}{\text{NaCl } \%$ arányszám süllyedése, illetve „m” növekedése. A fel-

vett érlökés görbében csak a rugalmassági lengéseknek szám- és nagyságbeli megfogyása volt feltűnő, a mi sejteti ugyan a vérnyomás süllyedését, de határozott következtetés vonására nem jogosít.

A vizsgál-lat napja	Δ	NaCl %	$\frac{\Delta}{\text{NaCl } \%$	m	Jegyzet
1896. január 1.	-1.77	1.06	1.67	0.56	
" 2.	-1.74	1.08	1.61	0.56	
" 3.	-1.93	1.14	1.69	0.56	
" 10.	-1.71	1.09	1.57	0.56	
" 11.	-1.67	1.03	1.62	0.56	
" 12.	-1.71	1.12	1.53	0.57	1 cgm. morphiú
" 13.	-1.68	1.06	1.58	0.57	1 cgm. morphiú
" 14.	-1.71	1.11	1.54	0.58	2 cgm. morphiú
" 15.	-1.71	1.19	1.35	0.58	2 cgm. morphiú
" 16.	-1.22	0.94	1.29	0.59	2 cgm. morphiú
" 17.	-1.72	1.26	1.37	0.58	
" 18.	-1.44	0.88	1.63	0.56	

III. *Rezi M.* Insufficiencia valv. mitralis et valv. semilunar. aortae. Az előbbihez hasonló eset: ugyancsak a compensatio határán levő billentyűbaj. Igen feltűnő, hogy az amylnitrit első adagolását a kiválasztott achloridák gyarapodása követi, s hogy $\frac{\Delta}{\text{NaCl } \%$ ennek daczára

süllyed, illetve „m” ennek daczára emelkedik (0.56-ról 0.60-ig!), a mi a NaCl kiválasztás feltűnő fokozódásában leli magyarázatát. Jogos következtetés, hogy a fokozott NaCl kiválasztás oka a vér aránylagos konyhasó-tartalmának gyarapodása a kedvező keringési viszonyoknál fogva kiküszöbölt chlortalan molekulák rovására. A keringésre való hatás egyébként igen feltűnően mutatkozott az amylnitritbelegzés folyamán, illetve közvetlenül utána felvett sphygmogramokban, a melyeken a vérnyomás süllyedését jelölte a görbének az abszcissához való közeledése, a rugalmassági lengéseknek teljes elmaradása s a dikrot emelkedés oly mérvű el-késése, hogy az előző pulsushullám dikrot emelkedése végre is a következő hullám közvetlen kiinduló pontja lett, minélfogva az érlökés az anadikrotismus képét mutatta. Az amylnitrit kihagyásával annak a vizelet alkotásában mutatkozó hatása megszűnt.

A vizsgál-lat napja	Δ	NaCl %	$\frac{\Delta}{\text{NaCl } \%$	m	Jegyzet
1896. január 13.	-1.20	0.77	1.56	0.57	
" 14.	-1.41	0.95	1.48	0.57	
" 15.	-1.30	0.79	1.64	0.56	
" 16.	-1.37	0.98	1.39	0.58	5 csepp amylnitrit
" 17.	-1.39	0.93	1.41	0.58	5 csepp amylnitrit
" 19.	-1.46	1.00	1.46	0.58	2 x 5 csepp amylnitrit
" 20.	-1.32	1.10	1.20	0.61	2 x 5 csepp amylnitrit
" 21.	-1.30	0.96	1.35	0.59	
" 22.	-1.64	1.10	1.49	0.57	

IV. *Csik Ferenz.* Tabes dorsalis. A nitroglycerinhatás, mely egyébként nem szokott pontosan beállni, szembeszökken nyilatkozott ezen — úgy látszik érzékenyen reagáló edényekkel bíró — tabeses betegnél. A nitroglycerin adagolását a szilárd molekulák nagyobb kiválasztása követte; ennek daczára a chloridák és achloridák közötti arány az előbbieket javára változott meg. A viszonyok magyarázata ugyanaz, mint az előző esetekben s a hatás is épen olyan kevésbé állandó, mint azokban. A felvett sphygmogramok következtetések vonására alkalmasak nem voltak.

A vizsgál-lat napja	Δ	NaCl %	$\frac{\Delta}{\text{NaCl } \%$	m	Jegyzet
1895. decz. 20.	-1.64	1.03	1.59	0.57	
" 22.	-1.56	1.10	1.41	0.58	
" 23.	-1.94	1.25	1.55	0.56	
" 24.	-1.66	1.09	1.52	0.56	
" 27.	-1.80	1.04	1.73	0.56	
" 28.	-1.64	1.24	1.33	0.59	3 x 0.0006 nitroglycerin
" 29.	-1.21	0.90	1.34	0.59	3 x 0.0006 nitroglycerin
" 30.	-1.33	0.83	1.60	0.56	
" 31.	-1.53	0.90	1.70	0.56	

V. Az utolsó esetben feltüntetett ergotinhatas érdekes ellentétét képezi a véredénytágítók hatásának. A $\frac{\Delta}{\text{NaCl } \%$ arányszám, mely az előző esetekben a gyógyszerelés folyamán süllyedt: itt emelkedik. Érdekes, hogy az ergotinhatas megszűntével Δ emelkedik s $\frac{\Delta}{\text{NaCl } \%$ ennek daczára süllyed, a minek az a magyarázata, hogy a véredényszűkítés abban maradása után teljesen helyreállt veseműködés kiválasztja a vérben meggyűlt achloridokat s visszaállítja a chloros s chlornélküli molekulák viszonyát a vérben s vizeletben.

A vizsgál-lat napja	Δ	NaCl %	$\frac{\Delta}{\text{NaCl } \%$	m	Jegyzet
1895. decz. 13.	-1.46	1.09	1.34	0.58	
" 15.	-1.19	0.81	1.47	0.58	
" 17.	-1.25	0.91	1.37	0.58	
" 18.	-1.10	0.83	1.32	0.59	
" 19.	-1.17	0.80	1.48	0.58	3 x 10 cgm. ergotin
" 20.	-1.23	0.80	1.57	0.56	3 x 10 cgm. ergotin
" 21.	-1.34	0.99	1.35	0.59	
" 23.	-1.16	0.88	1.32	0.59	

(Folytatása következik.)

Közlemény a Tauffer Vilmos tanár vezetése alatt álló II. szülészeti és nőgyógyászati klinikáról.

A magas fogóról, különös tekintettel a szűk medenczékre.

Közl: *Tóth István* dr., egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

A magas-fogó műtete, érteve ez alatt az olyan esetekben végzett fogó-műtétet, a mikor a fej legnagyobb kerületével még nem haladt át a medence bemeneten vagy egyáltalán a fölött foglal helyet, nem is nagyon régen nyert polgárjogot a szülészetben; mindig mint valamely nagy veszélyű s kevésbé sikeres eljárást tekintették, szülészeti tankönyvek nagyon megszorították alkalmazását.

Vajjon csakugyan oly veszélyes műtét-e ez az anyára, az anya épségére nézve s kevésbé sikeres a magzat megmentését illetőleg?

A mint előbb leírtuk, összesen 34 esetben végeztünk magas-fogóműtétet s 10-szer kísérletet; tekintsük ez eseteket végig először az *anya szempontjából*.

Az összes 44 esetből 2 anyát veszítettünk el; de mivel a 37-dik számú esetet, a hol eredménytelen fogókísérlet után fordítást végeztek, majd az utójára jövő fej perforációját, semmiképen sem írhatjuk a magas-fogó rovására, hanem sokkal inkább a kedvezőtlen viszonyok között s szerintünk nem is helyes alapon végzett fordítás következményeül kell felvennünk: a magas-fogó, illetőleg fogókísérlet összes 44 esetéből 1 anya a veszteségünk (24. sz. eset) = 2.27% mortalitás, a 34 befejezett fogóműtéthez viszonyítva pedig = 2.9% mortalitás és pedig infectio folytán, a mely az eclampsia folytán resistenciájában meggyengített szervezetre végzetes volt.

S e 2.27%, illetőleg 2.9% mortalitással szemben milyen adatok állanak más szülészeti műtéteknél?

Winckel adatai szerint:

A fogóműtét általános mortalitása Münchenben . . .	1·9%
1887—89-ben az összes porosz klinikákon végzett fogóműtétek mortalitása	3·4%
Münchmeyer közölte 206 fogóműtét mortalitása . . .	3·4%
közte 17 magas-fogóműtét mortalitása	0·0%
Schmid (Basel) 156 fogóműtét mortalitása	1·28%
Wahl 232 fogóműtét mortalitása	5·17%
Kézmárszky-nál 1874—1882. az összes fogó után . . .	9·67%
Kézmárszky-nál 1882—1895. az összes fogó után . . .	5·21%
Klinikánkon 15 év alatt az összes fogó után (147 közül 7)	4·7%

A mi mortalitási százalékunk tehát magas-fogónál legalább is a középhelyet foglalja el az általános fogó mortalitási statistikában.

A fordításokat illetően:

Leopold: (Arbeiten aus d. k. Frauenklinik in Dresden)	
141 belső fordítás után 6 anyát veszített	4·2%
Winckel adatai szerint: 1887—89-ben az összes porosz klinikákon végzett fordítások után	9·1%
Münchenben fordítások után	6·2%

Természetesen a perforációk még rosszabb mortalitási arányt mutatnak, ezeket nem is szükséges adnunk. A legkisebb, a mit találtunk, Fehling-nél 4·3%, de találunk 12%, sőt 17% mortalitást is.

Klinikánkon a szűk medencze mellett végzett perforációk mortalitása (12:2) 16·6%.

A mi magas-fogóinknál az anyára vonatkozó mortalitási százalék jelentékenyen jobb, mint a fordítások, perforációk mortalitása bárhol is.

Tekintsük a morbiditást.

A 34 magas-fogóműtét után:

Lázatlanul folyt le a gyermekágy 24-szer = 73·5%	
kisebb, rövidebb lázas állapot 6-szor	} 10 = 26·5%
tartósabb láz, ulcus 2-szer	
" " exsudatum 1-szer	
" " sepsis, mors 1-szer	

Az említett septikus eseten kívül tehát csak háromnál volt tartósabb hőemelkedés, ezek között is csak 1 végződött exsudatummal.

S lássuk egyes klinikák általános fogó morbiditását:

Münchmayernél (Dresda)	32%
Wahl (Dresda)	19%
Schmid (Basel)	23·4%

Ezen adatok mind a közeli évek adatai s látjuk, hogy ezek között is mintegy közepén áll a mi 26·5% magas-fogó morbiditásunk, ámbar a dolog természeténél fogva nem egyenlő értékkel bíró adatok vannak szembe állítva: ott általában fogó, nálunk magas fogó után.

Minden esetre azonban a hűség kedvéért meg kell mondanunk, hogy a mi eseteink jó részét a szülészeti poliklinikum nyújtotta, itt pedig naponként kétszer kivihetetlen a hőmérés s így megeshetett, hogy egyik-másik esetben kisebb hőemelkedés kikerülte megfigyelésünket, de kétségtelen, hogy napokon át fennálló hőemelkedés csak 4 esetben volt (11%); a puerperalis megbetegedés szempontjából pedig éppen ez az irányadó.

Mindezek alapján csak annyit mondhatunk, hogy a magas-fogó alig hord nagyobb veszélyt magában a gyermekágyi megbetegedés szempontjából, mint általában a fogóműtét.

Az anya lágyrészeinek sérüléseit tekintve:

Gátrepedés, illetőleg gátmetszés volt 4 esetben (IP.-ák), tehát minden IP.-nál; s ez természetes is, tudjuk közönséges kimeneti fogónál is aránylag mily ritkán sikerül a gát épségét megővni IP.-nál, mennyivel kevésbé lehet ez a magas-fogónál, a hol már a húzás irányánál fogva is veszélyeztetve van a gát.

A méhszáj berepedt 4 esetben = 11·7%; ezen esetekben 1-szer tűnőfélben levő méhszáj mellett végeztük a fogót,

2-szer 4 ujjnyi méhszájnál (egyik esetben méhszáj-incisiók után), mind e három szűkmedenczés volt s mindannyiszor a cervix kinyulása adta a szülés sürgős befejezésének indikációját; a 4-dik esetben pedig (1. sz. eset lásd részletesen) rendes medencze mellett 3 ujjnyi oedemás méhszájnál (iker) operáltunk, a kisebb fokú méhszájberepedés vérzést nem okozott s csak későbbi vizsgálatnál ismertük fel. Az első 3 esetben profus vérzés követte a repedést s az ehhez járult atonia miatt is tamponálnunk kellett a méhet, illetőleg a repedést; 1 esetben a vérző helyet körül is öltöttük. Mind a 4 nő gyógyult.

A 34 eset közül 22 esetben eltűnt méhszáj mellett alkalmaztuk a fogót, 12-szer tűnőfélben levő, illetőleg 4 ujjnyi méhszáj mellett; a fent leírt 4 repedést ez utóbbi csoport szolgáltatta.

Megemlítendőnek vélem, hogy 3 esetben becsipett volt a mellső ajk, s daczára ennek, a méhajnknak valamely jelentékenyebb sérülését, leszakadását nem láttuk.

A fenti 11·7%-a a magas-fogó után létrejött méhszájberepedéseknek semmi esetre sem nagy szám, a mikor fordítás után Leopold-nál, kinek fordítási eredményei pedig minden tekintetben kiválóak, azt olvassuk, hogy teljesen eltűnt méhszájnál is, szűk medencze mellett 97%, rendes medencze mellett pedig 18·1%-ban cervixrepedést ért meg, de el nem tűnt, kézzel azonban jól átjárható méhszájnál 33·3% a cervixrepedés rendes medencze mellett. De így van a hüvelyrepedésekkel is; míg mi összesen 5 hüvelyi repedést (gátrepedéssel), illetőleg 1 erősebb hüvelyi zúzódást jegyeztünk fel, addig Leopold fordítás után IP.-nál 66·6%-ban s multiparáknál is 14—50%-ban észlelt hüvelyrepedést.

Ezen sérüléseken kívül 1 esetben láttuk a cervixnek erősebb zúzódását.

A magas-fogó mindezek szerint sokkal kevésbé veszélyezteti a lágy szülőutak épségét, mint a fordítás, illetőleg az azt követő extractiónál az utójára jövő, gyorsan áthaladó fej; ezen tény, melyet a fenti statistika általánosságban igazol, élénken megvilágítva tárja elénk a következő 2 eset, melyeknek szülési történetét óhajtjuk egész terjedelmében adni.

Az első eset a fenti 34 eset között nem szerepel, a magányakorlat nyújtotta; ez eset más szempontból is közlésre érdemes.

Sz. P.-né (magán eset), 1888-ban szült először vidéken s pedig 3 napi vajudozás után spontan halott gyermeket. A gyermekágy 3—4-dik napján egy nyomási necrosis által támadt hólyaghüvely sipolyon át vizelet csurgása lépett fel; a gyermekágyban sokáig lázasan fektült. Hónapok múlva Tauffer tanár műtét útján zárta a jelentékeny sipolyonyilást.

1891-ben második terhessége alatt Tauffer tanár tanácsát kéri bekövetkező szülését illetően.

Jól fejlett, közép magas nő; medencze méretei: sp. 25·0 cm., cr. 29·0 cm., conj. ext. 20·5 cm., conj. diag. 10·5 cm.; symphise nem magas s így 1·6—1·8 cm.-nél nem kell levonnunk fölből, hogy a conj. verát nyerjük, s így 8·7—8·9 cm.-nek vehető az fel, tehát az I. fokú szűkület határain belül van az egyszerűen lapos medencze.

A sipolyvarrat hegje nem szűkíti annyira a hüvelyt, hogy e miatt volna esetleg szükséges a koraszülés megindítása.

Tauffer tanár csak azt látja szükségesnek, hogy a nő szülése idejére Budapestre költözzék s így kellő időben nyerjen szakavatott segélyt.

A szülés 1891. július 14-dikén történt meg (Tauffer tanár távollétében e sorok írója vezette a szülést); a medencze-végű fekvésben levő magzat köldökig spontan született meg, majd extractio vált szükségessé, a fej igen nehezen jött át a medenczén s csakis extensióban (egyenes átmérőben a bitemporalis átmérővel) sikerült a fejet keresztülhozni. A magzat élő leány, erősen fejlett, 53 cm. hosszú, súlya, 3700 gm., fejkerülete 35 cm.

A nehéz extractio után csapolva a hólyagot, véres vizelet ürül; a késő éjjeli órákban részletesebb vizsgálatot a hólyag állapotát illetően nem tehetünk. Reggeli vizsgálatnál a hüvelyfalon a hólyagba betérjedő, közel 5 cm. hosszú, nyíl-

irányú repedést találunk, melynek felső esüsa a hüvelyboltozatba nyulik be.

A sebszélék kedvezőeknek látszanak az egyesítésre: 8 órával a szülés után Sims-fekvésben feltárjuk a hüvelyt, miután előbb már sublimat-oldattal átítatott vattával a méhszájat, illetőleg cervixet tamponáltuk volt (elkerülendő a levegőnek a méhürbe hatolását), majd sodronyvarratokkal egyesítjük a sipolyszéléket. Állandó katheter vezet le a vizeletet az első 4 napon át, majd a 8-dik napig 2—3 óránként csapoljuk a gyermekágyast, később spontan vizelet. A XII-dik napon eltávolítjuk a sipolyvarratokat, valamint a $1\frac{1}{2}$ cm. mély gát-repedés miatt alkalmazott néhány varratot is, a sebszélék per primam egyesültek. A gyermekágy teljesen láztalanul folyt, a 3—7-dik napon kissé bűzös volt a folyás, a mely azonban hüvelyfecskenedésekre teljesen megszűnt. A XVI. napon elhagyja az ágyat.

Kérdéses lehet, vajjon helyes-e közvetlenül a szülés után a hüvelynek illetően feltárása s a hólyagsipoly egyesítése. Véleményünk szerint minden esetre helyesebb s kevesebb veszélyű is ezen eljárás, mint magára hagyni a sipolyt gyermekágyban, a mikor a vizelet a hüvelyen át ürülve ki, bomlása által még gondos tisztogatás mellett is veszélyt hozhat a gyermekágyasra; másrészt megkímélhetjük a nőt a vizelet-csurgás rettenetes kellemetlenségeitől, az újabb műtétrel járó ágyban fekvéstől. Ha a szülés folyamata alatt olyan sipoly-nyílás keletkezik, a mely egyesíthető, s a melynek per primam való gyógyulása várható, kellő vigyázat, szorgos asepsis mellett nem kell félnünk a feltárás veszélyétől, sőt kötelességünk alkalom adtán ekként eljárunk, annál is inkább, mivel a gyermekágyban még vérbő, succulens szövetek a gyógyulásra a leghajlamosabbak.

Vajjon elkerülhető volt volna-e a hólyagfal repedése? Talán, ha koponyafekvésben születik a magzat, a fejnek lassú tágitó hatása alatt képes lett volna a varrott heg a nyomásnak, feszítésnek ellenállani s így talán nem repedt volna be a hólyag, azonban, úgy véljük, ezen feltevés előzetesen sem jogosított volna fel arra, hogy egy szűk medenczénél a magától létrejött medenczevégű fekvést fordítás által koponyafekvésre corrigáljuk s így kiadjuk kezünkől a természetadta előnyt, a mi éppen a medenczevégű fekvésben rejlett, a mennyiben egy mérsékelt szűk medenczénél is a fej áthozatala inkább biztosítva van, ha az utoljára jövő fejet vezethetjük át a medenczén. Másrészt a fent leírt viszonyok között az extractio nehéz volta kényszerített a fejnek gyors kifejtésére, éppen a magzat életének érdekében, a mi természetesen szintén egyik tényezője volt a hólyagrepedésnek.

Figyelmeztetjük a nőt, hogy újabb terhessége esetén idejekorán jelentkezék s a szülésnél szakember segélyét kérje, annyival is inkább, a mennyiben a már 2-szer varrott mellső hüvely- és hólyagfal újabb szülés alkalmával még kedvezőtlenebb kilátást nyújt.

1894. decemberében jelentkezik ismét terhességének 28—29-dik hetében. Tauffer tanár mérlegeli a szülés eshetőségeit: tekintettel arra, hogy a fent leírt második szülés alkalmával a jól fejlett magzat utoljára jövő feje is csak nehezen volt keresztül hozható a medenczén (a III-dik terhesség alatt pedig alig várható kisebb magzat), másrészt, hogy e szülés alkalmával is megrepedt a hólyag, ismét varrnunk kellett, s így e kétszeri varrás hegye még kevésbé tágulékony, berpedés esetén varrásra nem kedvező sebszéléket ad, de megconstatáljuk azt is, hogy a második repedés egész a cervix szövetéig terjed, s így félnünk kell újabb repedés esetén attól is, hogy az a méh szövetére is folytatódhatik, tekintettel továbbá arra, hogy a terhesség végén egy jól fejlett magzat élete ügyis problematikus, épen a valószínű művi beavatkozás miatt: mindezek után a mesterséges koraszülés indicióját állítjuk előtérbe. A terhesség végét 1895. február végére számítva ki, január első felében, a terhesség 32—34. hetében, óhajtjuk a mesterséges koraszülést megindítani.

Az igen intelligens s a helyzetet teljesen megértő nő 2 kérdést tesz elénk: a mesterséges koraszülés útján 1-ször nyer-e biztosan élő, életképes magzatot? 2-szer biztosítjuk-e

róla, hogy így hólyagja sértetlen marad? Kénytelenek voltunk megvallani az igazságot, hogy emberi számítás szerint egyik irányban sem tudunk biztosítékot nyújtani. Ugyanis bármennyire pontosan sikerül is kiszámítanunk a mesterséges koraszülés kellő időpontját, a mesterségesen megindított szülésnél annyi minden esélynek van kitéve a magzat élete, hogy még helyes számítás mellett sem biztosíthatjuk a magzatnak élve születését, még kevésbé azonban életképességét.

Hát a hólyag épségét biztosíthatjuk-e? Művi abortussal minden esetre, de egy 33—34 hetes gyermek születésénél, kivált, ha a szülés mesterségesen van megindítva, a mi sokszor épen a magzat érdekében beavatkozást von maga után a szülés folyamata alatt, éppenséggel nem.

Valószínűséggel csak annyit mondhatunk: hogy kedvezőbb lévén egy koramagzat fejének áthaladása a lágy szülőutakon, inkább kerülhető ki a hólyagsértülés; másrészt mesterséges koraszüléseinknél kedvező tapasztalataink vannak a magzat élve születését, életben maradását illetőleg s így ez esetben is remélhető.

A nő napokon át gondolkozik a felvetett ajánlat felett s végre is, dacára férje, hozzátartozói rábeszélésének, igazán hősiiesen arra határozza magát, hogy nem veti magát alá a mesterséges koraszülés megindításának, a mi által nem nyeri teljes biztosítékát saját épségének, másrészt magzata életét nagy fokban veszélyeztetve látja; s így bevárja a terhesség végét.

Sok aggodalommal nézünk a szülés elé s feltett szándékunk, hogy mihelyt a szülés folyamata alatt az anyát veszélyeztető körülmények (különösen ruptura veszélye) lépnének fel, idejekorán perforáljuk a magzatot.

1895. márczius 1-én d. u. lépnek fel a szülőfájások (számításunknál 10—14 nappal később), éjjelre a fájások erélyesekké válnak; constatáljuk, hogy a magzat I. koponyafekvésben helyezkedett el. A II-dik szülés tapasztalata nem indít arra, hogy prophylactikus fordítást végezzünk, a mennyiben láttuk, hogy az utoljára jövő fej gyors áthozatala mellett a hólyagrepedés kikerülhetlen volt s még kevésbé várható ennek elhárítása most a már 2-szer varrott terrenumon; másrészt reméljük a fej beilleszkedését, s a medenczén s a lágy szülőutakon való lassú áthaladását, a mikor több kilátásunk lehet a hólyagnak épségben tartására.

Márczius 2-dikán reggel 6 órakor eltűnik a méhszáj, a fej a medenczebemenet felett mozgatható, burok áll; burkot repesztünk. Igen erős fájások kelnek, a fej harántul reányomul a medenczebemenetre, de be nem illeszkedik; 2 óra múlva ugyanilyen viszonyokat találunk, kivéve, hogy jelentékeny fejdaganat képződött. Újabb 2 óra múlva sem haladt a szülés, dacára az erős sűrű fájásoknak, csak a nagy fejdaganat nyulik be a medenczébe. Az anya láztalan ugyan, de pulsusa 110 felé emelkedik, a méh alsó szakaszának rendkívüli érzékenységét találjuk (contractiós gyűrű nem kifejezett). Miután a legpontosabb észlelés alatt 4 órán át a fej egyáltalán nem volt képes behaladni a medenczébe, a már úgy sem rendes cervix mellett ruptura fenyeget, a szülést tovább magára nem hagyhatjuk. Mielőtt az élő, mindenestre jól fejlett magzatot perforálnánk, különösen egy olyan anyánál, a ki képes volt magát magzata érdekében ily nagy veszélyű szülésnek kitenni, *veszély tudatával bár*, megkísértjük a magas-fogó alkalmazását, el lévén készülve a hólyagnak újabb berpedésére.

Aether-narkosisban Tarnier-féle fogót alkalmazunk: egy-két erélyes húzásra átjut a fej a bemeneten, majd a fej magával hozza a kevésbé tágulékony mellső méhszáj-szélét és hüvelyfalat, úgy hogy mintegy milliméterről milliméterre toljuk ezt vissza a fejről, rendkívül lassan, óvatosan végezve a fej kifejtését (a fej a fogóban forgott).

Az igen erősen fejlett magzat élve születik (*hossza 56 cm., súlya 4015 gm., fejkerülete: 37 cm.*). A műtét után végzett csapolás alkalmával nyert vizelet véres, de a legszorgosabb vizsgálat mellett sem találunk a hólyagon valamely folytonossághiányt, a mellső hüvelyfalon a régi varratvonalaknak megfelelőleg sekély, de hosszú berpedés látható, a mely azonban a hólyagfalra át nem terjed; valószínű, hogy a hólyag

nyálkahártyájában is keletkeztek kisebb, sekély berepedések, innen volt a véres vizelet; azért, nehogy a gyermekágyban esetleg a vizelet feszítő hatása alatt vagy kisebb necrosis folytán, a minden esetre igen elvékonyodott hólyagfal a fenti helyeken attörjön, 2—3 napon át állandó katheterrel vezetjük le a vizeletet, a mely az első 2 napon még kevés vérrel festett, majd megtisztul s a katheter eltávolítása után spontán ürül.

A gyermekágy különben teljesen láztalanul, zavartalanul folyt le s a XIV. napon a nő felkelt.

A gyermek jobb szemhéján meglehetősen nagy véraláfutás jött létre a fogó kanálának nyomása alatt, a mi azonban néhány nap múlva minden káros hatás nélkül szívódott fel.

A míg tehát a II. szülésnél az utójára jövő fej gyors feszítését a varrott hólyagfal nem bírta ki, addig a III-dik szülés alkalmával a magas-fogóval lassan fejtve ki a fejet, sikerült megóvnunk a hólyag épségét, dacára annak, hogy a már ismételt repedés, illetőleg varrás után kedvezőtlenebb helyzettel állottunk szemben.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(IX. rendes ülés 1897. márczius 6-dikán.)

Elnök: Moravcsik Ernő Emil; jegyző: Diebala Géza.

Syphilis okozta vérelváltozásokról, tekintettel a kór felismerésére és gyógyítására. III. rész.

Justus Jakab. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Diebala Géza: Megjegyzései tulajdonképpen nem ezen, hanem előadónak mult és harmadévi előadását illetik. Mindenekelőtt előadó nem fektetett súlyt arra, hogy a higany-befecskendés előtt a nap mely szakában történtek a vérvizsgálatok, pedig ez fontos körülmény, mert a vérnek úgy fajsúlya mint haemoglobintartalma és a vörös vérszettek száma a vér hígulása vagy besűrűsödése által a nap szaka szerint is változik. A második megjegyzése azon abszolút értékekre vonatkozik, melyeket előadó a haemoglobin csökkenését illetőleg talált a sublimat-injectio után. A haemoglobin-vesztés ezek szerint oly óriási, hogy — ha csakugyan így állana a dolog — haboznunk kellene, adjunk-e egyáltalán betegnek higany-injectiót? s nem inkább a bedörzsölési kúra mellett maradjunk-e?

Szólok még paroxysmalis haemoglobinuriával sem találta a haemoglobinnak ily nagyfokú csökkenését.

Egy további kérdés az, vajjon *Justus* eseteiben tényleg haemoglobin pusztulásról vagy pedig a vér felhígulásáról van-e szó; szólok e czélból syphilitikus egyéneknek napokon át lemért mennyiségű folyadékot és tápszert adott s megmérte két napon keresztül a nap ugyanazon szakában a vér fajsúlyát, a haemoglobinmennyiséget és a vérszettek számát; a harmadik nap éjjel 12—1 óra tájban adott a betegnek 5 centigramm sublimat-injectiót s a következő napon reggel, vagyis az injectio után 8 órával, midőn *Justus* vizsgálatai szerint a haemoglobin-csökkenés már igen kifejezett szokott lenni, újból meghatározta a fajsúlyt, haemoglobin-tartalmat és a vérszettek számát; vizsgálatai összesen 12 fejlődő lues-esetre vonatkoznak s tényleg talált haemoglobintartalom-és fajsúly-csökkenést, de egy esetben sem oly nagy mértékben, hogy azt a vér felhígulásából meg ne magyarázhatta volna. Az esetek másik felében vagy nem következett be változás vagy pedig éppen az ellenkező irányban, de az ingadozások közti latitúdó a vér felhígulásából mindig meg volt magyarázható.

Nehezen képzelhető el, hogy lues esetén maga a haemoglobin mint vegyület betegdjék meg; ép úgy mint a hogy pl. a globulin vagy a serum albumin nem betegedhetik meg; valószínűbbnek tartja, hogy a discoplasma szenvedhet esetleg változást. Mindezek után szólok nem vonja ugyan kétségbe, hogy a *Justus*-féle syphilis higany-reactio egyes esetekben létre ne jöhessen, de saját kísérlete alapján nem győződhetett meg ezen reactio létezéséről oly értelemben, mint azt *Justus* értelmezi; hanem valószínűbbnek tartja, hogy vérhígulásról lehet inkább szó, mint tényleges haemoglobin-vesztésről.

Justus Jakab: Dolgozata első részében azoknál a vizsgálatoknál, a melyeknél a haemoglobin meghatározásának időpontja külön megemlítve nincsen, az mindig d. e. 9 és 10 óra között történt. Annak bizonyítékául, hogy még azon esetekben is, a hol d. e. és d. u. történtek a meghatározások, a physiologiai haemoglobintartalom-változatok sem vezettek tévútra, csupán csak azokra az esetekre hivatkozik szólok, a melyekben a haemoglobintartalom esése másnap d. e., sőt nem ritkán még harmadnap d. e. is észlelhető volt.

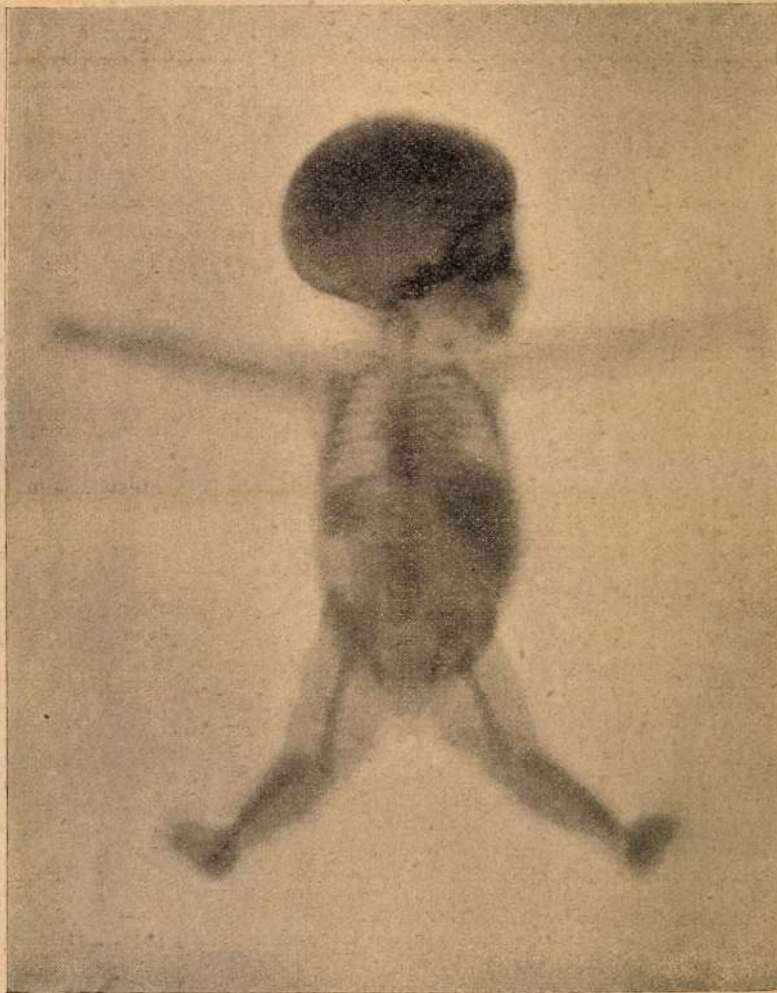
Azon ellenvetésre, hogy vizsgálatai szerint valamely sublimat-injectio után a haemoglobin 15 fokkal is csökkent, ez pedig percen-tekbe átszámítva a vér haemoglobintartalmának oly nagyfokú megcsökkenését jelenti, a melyről nem lehet feltételezni, hogy igen súlyos általános tüneteket ne okozott volna, azzal felel, hogy a Fleischl- vagy

Gowers-féle haemometer adatait így átszámítani haemoglobintartalom percen-tekre nem szabad, mert ezen haemometerek beosztása teljesen önkényes.

A harmadik ellenvetésre, hogy a haemoglobintartalom csökkenését nem a vörös vértestecsek elpusztulása és a haemoglobinnak a vérpályából való kilépése okozza, hanem az csak a vér felhígulásának következménye, tehát valósággal csupán látszólagos: utalhat szölvő azon igen számos fajsúlymérésre, a melyet végezett és a melyek nem mutatták a vérfajsúlynak csökkenését. De mindennél döntőbb bizonyíték az, hogy valamely intravenosus sublimat-injectio után kimutatható, bár rövid ideig tartó haemoglobinaemia és a vizelet urobilin tartalmának megsaporodása áll be. A mi a haemoglobin megbetegedését, a melyet magyarázat gyanánt felvett, illeti: úgy ez nem elfogadható dolog, mert haemoglobin megbetegedést, illetőleg elváltozást a szervezetben belül számos mérgező anyag (széngáz, chlorkali, kéuhydrogen, stb.) is előidézhet.

Luxatio congenita genu.

Horváth Mihály: A veleszületett térdizületi ficzam egy tipikus esetét mutatja be. 21 éves anyának első gyermeke. Az anya a terhesség ideje alatt szenvedett traumára nem emlékszik. Gyermeke mozgásokat mult év október óta érezett, de feltűnő erők azok sohasem voltak. Szülés f. é.



február hó 7-dikén normalis lefolyású volt; a gyermek koponyafekvésben született. Magzatvíz mennyisége normalis. Születés után közvetlen az alsó végtagok sajátos állása szembetűnő volt s ez abban nyilvánult, hogy azok teljesen kinyújtva a csipőizület behajlítása mellett a felső testhez közelítve tartattak. Közelebről vizsgálva a rendelkezésűt, találjuk, hogy a csipőizület flexiója mindkét oldalon kiegyenlíthető, a mozgási képesség normalis. A combok mérsékelt abductióban, a 2. térdizület hyperextenzióban állanak, az alszárak a combokkal felfelé nyúló tompaszöglet képeznek, mely passivie körülbelül derékszögű behajlításig fokozható. Az alszárak kissé kifelé rotáltak. A térdizület antero-posterior irányban kissé meg van vastagodva, mellő oldalán 2 harántbőrredő látható, a hátsó oldalon a lágyrészek mérsékelt feszülésben vannak, s az izület hátsó részének megfelelőleg igen jól kitapinthatók mindkét alsó végtagon a femur condylusai. A tibiának izületét az izület mellő oldalán a ráncokba szedődött lágyrészek teljesen fedik. A patellákat a legszorgosabb vizsgálat sem volt képes megtalálni. Mérsékelt extensio és a tibiára gyakorolt nyomásra a deformitás kiegyenlíthető, de a tetemesebb behajlítást a quadriceps feszülése nem engedi meg. Elengedve az izületet, az alszár visszapattan előbbi helyére. Hogy jelen esetben mindkét oldalon a tibiának praefemorális luxatiójával van dolgunk, azt a Röntgen-felvétel szemmel láthatóvá teszi. Mindkét láb valgus állásban van, mely azonban könnyen kiegyenlíthető. A jelenleg 4 hetes

gyermek, ki különben 6—7 héttel korábban született, az érettségnek minden jelét mutatja; izom contractura vagy hiüdekek nem találhatók.

A bemutatott eseten kívül eddig 57 íratott le. Bemutató a ficam létrejövételét a magzatnak rendellenes fekvéséből és az uterus által ró gyakorolt nyomásból hajlandó magyarázni s felvétele szerint a magzat a következő helyzetet foglalta el a méhben: A 2 alsó végtag a csípőizületben behajlítva a törzs 2 oldalán helyeződött el s a törzshöz szorított s a könyökizületben behajlított karok a könyökkel a talpra támaszkodtak s ez által a lábakat a valgus állásba terelték. A térdizület az alsó végtagok ilyen tartása mellett hyperextensióba került.

Ha a patella még a későbbi életvekben sem lesz tapintható, úgy ezt primaer fejlődési rendellenességnek kell felvenni.

Prognosis, tekintettel a most constatalható patella hiányra, kedvezőtlen. Therapia egyelőre redressáló manipulációkból és orthop. kötések-ből fog állani.

Dollinger Gyula: Szólónak is volt egy esete, a melynek fényképét bemutatja. A 13 napos gyermek — kinél a poliklinikum fogó-műtétet végeztet — térde, melyen trauma nem látszott, vérömleny nem volt, erősen, mintegy 120°-ig hyperextendálva volt, úgy hogy kétségtelen volt szülő előtt, hogy a térdficzamosodás a méhen belül fejlődött. Az eset annyiban tért el ezen esettől, hogy a sípcsontnak izületi felszíne a czombesont mellső felületével érintkezett, úgy hogy teljes luxatio volt jelen, kinyújtani a czombot azonban nem lehetett; egy hasonló eset lett leírva, hol a quadriceps cruris átmetszetet, szülő ezt nem tette, hanem nyújtva és lefelé tolván az alszárt, sikerült azt a condylus externusra rányomni, majd kissé mélyebben a belső bütyökre; az extensio először körülbelül 100, végre a flexio 160°-ra sikerült, a czombbütyköt tehát felhasználta támpontnak, míg ezt a bemutatott esetben nem lehet megtenni, mert míg szülő esetében az oldalszalagok és ligamenta cruciata meg voltak tartva, ezen esetben vagy elszakadtak, vagy nagyon megnyultak; szülő 3—4 hétig észlelte említett esetét.

Az ilyen esetek létrejöttének magyarázatát illetőleg szülő is esatlakozik az embryonalis statikus felfogáshoz. Még megemlíti, hogy voltak esetei nagy hyperextensióval ficzamosodás nélkül.

Közkórházi orvostársulat.

(IV. bemutató szakülés 1897. február 24-dikén.)

Elnök: Boleman István; jegyző: Mohr Mihály.

Nagyfokú rövidlátás miatt sikeresen operált egyén.

Goldzieher Vilmos: A nagyfokú myopia operatív kezelése körül tett nagyszámú vizsgálatok kiderítették: 1. hogy fiatal egyéneknél a lenese-kivonás előzetes discissio után minden veszély nélkül végrehajtható; 2. hogy a myopiát azáltal megszüntethetjük és a látóélesség tetemesen javul; 3. hogy szemfenéki elváltozások nem contraindikálják az operációt. Szülő már több esetben sikeresen végezte az operációt. A bemutatott egyén 19 éves, szabólegény, kinek távolpontja 7 cm.-nyire van (M = 14 D.) mindkét szemén, igen kifejtett szemfenéki elváltozásokkal. Január kezdetén a discissio ejtetett, pár nap mulva a homályos lenese extractio útján ki lett bocsátva, iridektomia nélkül. A pupilla egészen fekete, a pupilla reagál; a látóélesség tetemesen javult; üveg nélkül olvassa a fiú a czimtablákat, + 2 D-val v = $\frac{9}{20}$; + 7 D-val kis betűket olvas 25—30 cm.-ről. Az egyén tehát munkaképes lett. Ajánlja bemutató végül a lencsetestbe való mély bemetszést, minthogy a sekély lencsetokhasítások csak igen lassú és felületes hatást gyakorolnak.

Mohr Mihály: Föellenvetésük a skeptikusoknak épen a szemhát-téri elváltozások és ime a bemutatott esetben a nagyfokú myopiás elváltozások mellett még vérzések is voltak és az operatióknak mégis volt eredménye. Kérdi szülő, milyen stadiumban van most a szemhátter.

Igen érdekes, a mi a bemutatott esetből és egyéb más operált esetekből is kiderül, hogy a lenese fénytörő értéke a 100 D-t jóval meghaladja, holott azt tanítják, hogy az 100 D. Okát ennek a lenese szövetének erősebb fénytörésében keresik.

A bemutató által ajánlott kiadóbb discissio elfogadható. Hisz a beteg állandó orvosi felügyelet alatt áll, akár kórházban, akár privatim operáltatott és így, ha glaucoma jelentkezne, a punctio megejthető.

Goldzieher Vilmos: A vérzések felszívódtak, valószínűleg a nyugalom folytán. A lenese fénytörő értéke, a mint az operatiókból kiderül, körülbelül 170 D. Különben a napokban operált bemutató egy 32 éves asszonyt, a kinek hályog-operációja után még 20 D. M. maradt vissza. A szemfenékben nagy elváltozások vannak.

Csecsnyujtvány felvadásának három esete.

Böke Gyula: 1. A 29 éves erőteljes férfi február hó 12-dikén vétette fel magát eladós osztályára baloldali fülfolyás és a fülkagyló mögött támadt fájdalmas daganat miatt, mely 4 hét óta áll fenn és a betegnek álmatlan éjjeleket okoz. A külső hangvezeték fenékén lenese-nagyságú polypus volt látható, melyet Böke éles kanállal távolított el, mire a fül mélyéből bőséges geny ürült, de a fül mögötti daganat nem változott; február 13-dikén operálta bemutató a betegét, a mikor is nála cholesteatomát talált mintegy 10 grammnyi tömegben, melyet éles kanállal eltávolított, az antrum és a dobüreg egy összefüggő ürt képezett, ezt jodoformgázzal kitöltvén, kötést alkalmazott. A beteg egészen jól érzi magát, fájdalmai megszűntek, a sebüreg szép sarjakkal tömődik ki, hallása az acumeterre nézve 10 cm., a fülfolyás megszűnt. Bemutató a cholesteatoma-képződést úgy magyarázza, hogy az a dobüregben és az antrumban évek óta fennálló desquamativ lobnak a terméke.

2. A 32 éves férfi jobb fülében január 20-dikán nagy fájdalmak keletkeztek, majd két nap mulva fülfolyás és 12 nap mulva a füle mögött daganata támadt; február 13-dikán a szt. Rókus-kórházba felvételvén, a csecsnyujtvány üregében fennálló genyedő folyamatot diagnostizálva, azt a következő napon felvették: a genyet eltávolítván, az üszkös csontdarabokat kikanalazták s az üreget jodoformgázzal kitöltötték. Azóta a beteg jól érzi magát és fülfolyása megszűnt; tanulságos ezen esetben a lobos kórfolyamatnak gyors átterjedése az antrumra s a nagyfokú ronesolás, mely aránylag rövid idő alatt beállott.

3. A 4 éves leánykánál a baloldali antrum üszkösödését és a külső hangvezeték hátsó falának elronesolódását diagnostizálván, a csecsnyujtványt felvették: a bemetszés után a fistulosus nyilástól kezdve fel- és hátrafelé fillérnyi kiterjedésben üszkös, likacsos csontot mint sequestert találtak, melyet csípővel eltávolítva, a dobüreggel közlekedő nagy üregre akadtak, ennek kikanalazása után, jodoformgázzal töltötték ki.

A gyermek azóta jól érzi magát, az azelőtt mindkét fülében fennállott genyfolyás megszűnt és az üreg szép sarjakkal telődik ki.

Kórbonczatani készítmények.

Hüttl Hümér: I. *Gyomor carcinoma*, mely egy 39 éves nőtől származik, a kit közel 4 hónapig volt alkalma észlelni. A két férfi-ököl mekkoraságú pylorustumor daczára a beteg bélstenosis jelenségeket nem mutatott. Ép ezen oknál és a daganatnak erősen kötött voltánál fogva nem operálták. A fődaganat szomszédosságában a nyákharlyán számos metastatikus gócz, valamint a serosa alatt a pylorus táján s nyilván a nyirkutak lefutásának megfelelő lapos csomók sorozata látható, a mi érdekes, mert a gyomor carcinoma terjedésének ismerete a pylorus resectiók számát nemcsak oddig szállította lényegesen le, hanem úgy tetszik a jövőben még inkább le fogja szállítani. A gastroenterostomia indicatióinak határai mindinkább tágulnak a pylorus-resectio jogosultságának rováására, indokoltnak véli tehát a következő készítmény bemutatásával egy adatot szolgáltatni a Murphy-button segítségével képzett gyomor-bélsipoly gyógyulása felől.

II. A készítmény egy 55 éves férfibetegből való, kinél kerek fekélyből származó hegesezés és gyomortágulat diagnózisát állapította meg. F. é. január 7-dikén gastroenterostomia retrocolica posterior végeztetett Hacker szerint. A seb p. p. gyógyult, de egy váratlanul fellépett pneumonia a műtét után 12 nappal hirtelen véget vetett a beteg életének. Bonczolatnál a peritoneum mindenütt fénylő, a gyomor alsó része a mesocolonhoz odanőtt, hátsó falán közel a kis görbülethez krajczárnyi kerek hegesezen gyógyult fekély jelei. A vékonybélnek a pylorustól számított 30 cm.-re fekvő kacsja van a gyomor legmélyebb pontjához a hátsó falon odavarrva. A képzett sipolyban még mindig helyén fekszik a gomb, bár a becsipett darab már erősen neerotikus. A gombnak sebészi jelentősége azon gyorsaságban van, melylyel az egyesítés vele végezhető. Sok operált eset csak a műtét viszonylagosan hosszú időtartama miatt pusztul el. Erre vezetni vissza a 3. megbeszelt esetuél az exitust.

III. Egy 42 éves nő kereste fel azon panaszszal, hogy 2 év óta erősen lesoványodott, sokszor hány, jobb csipő tányérjában heves fájdalmakat érez, széke rendetlen. A diagnosis coecum tumorra tetetett, tekintve pedig a jobb tüdőcsúcs hurutos voltát, valamint azon körülményt, melyre Salzer hívja fel figyelmünket, hogy a daganat gümös szűkületnél hosszabb ideig marad mozgékony és a stenosis jelenségei nagyobbak, mint carcinománál, valószínűséggel gümös eredetet állapíthatott meg. Január 9-dikén a jobb Pouparttal parallel 15 cm. hosszú metszéssel lett megnyitva a has. A tumor a megvastagodott vakbélfalnak és mögötte székelő számos borsó-egész mogyorónyi mirigynek bizonyult. A daganat kiirtása után a vastagbél csomkja matrác-varrat és két seroserosus-varrattal vakon lett bevarrva, a jejunum pedig button segítségével a vastagbélbe a mellső taenia coliban beszájítva. A button körül folytatódagos szűcsvarrat. Műtét tartama 58 perc. A beteg műtét után 36 óra után meghalt. A kiirtott daganat az ileumból és colomból két harántujnyit és a coecumot tartalmazza, hossza 15½ cm., szélessége 11 cm., vastagsága 5 cm., dudoros, tömört, helyenként egészen kemény. Felmettszve belsejét nagyjában egy fekélytől elfoglalva találjuk, melynek közepe lécszerűen emelkedvén ki, csak kis ujj számára átjárhatóvá szűkíti a lument. A terimenagyobodás helyén a bélfal 2—4 cm. vastag szürkés-fehér kötegektől áthúzódtott. Közlelbbi megtekintésnél kiderül, hogy az ileum legalsó vége betüremkedett volt a vakbélbe 6 cm.-nyi hosszúságban, az intussusceptum két serosája teljesen befogadó vakbéllel sok helyen tapadt, de 3 helyen, hol a tapadás nem következett be, jól felismerhetők az eredeti viszonyok. Az említett megvastagodott falban két kis borsómekkoraságú sajtos gócz volt, melyből Kelen dr.-nak tuberculosis bacillust sikerült kitenyészteni.

IV. Phosphor-necrosis miatt eltávolított alsó állkapcsot mutat be. 28 éves lány, 10 évig dolgozott gyufagyárban, baja 1 év előtt kezdődött. Az állkapocs kivételét Bogdanik szerint a szájon át, minden bór-metszés mellőzésével végezte bemutató. Lánzfűrészszel átmetszve a középvonalban a csontot, ujjal és ollóval kiválasztotta először a bal, majd a jobb félt. Az izomtapadások (masseter, pterygoideus, temporalis!) leválasztása igen nehezen megy, mégis ajánlatos ezen operatio mód, mert a cosmeticus és functionalis eredmény hasonlíthatatlanul jobb.

Tuberculum solitare cerebelli esete gyógyult vesegümőkór mellett.

Feldmann Ignác: A 23 éves egyén „Tuberculum solitare cerebelli lateris dextri“ kórismével került sectióra.

A nagyon mérsékelt fokú tüdőgümösödés mellett a legfontosabb eltérés a központi idegrendszerben volt.

A kissé széles koponya boltozata vékonyabb, belső felülete erősen érdes, a jüga cerebriális helyett köles-kendermagnyi dudorkákat találunk s úgy ezek, mint a koponyaboltozat kivájt belső felületének többi része — kiszáradás után — krétafehér színeződést mutatott pettyekkel beszórtak. A kemény burok feszes, külső felülete finoman erezett és rajta számtalan búzadara-mákszemnyi, egymással összefolyó, fehéres, igen vékony csontlerakódmanyt látunk. A koponyaalapi üblökben folyékony vér. A kis agy jobb féltekéje felett a kemény burok laterális része krajezáryni kiterjedésben a lágyburokkal egybeforr és ezzel együtt a kis agyhoz oda van növe. A lágy agyburok általában vékony, vérszegény, könnyen levonható. Az agy gyrusai laposra nyomottak, az árkok igen keskenyek. Az oldalgyomrocok erősen tágultak (a kivétel után még 13 cm³ tiszta savó volt összegyűjtendő, de sok kifolyt már előbb). A foramen Monroi tágult, az érfonalak halványak, az ependyma tömött; a thalamus opticus felülről laposra nyomott. A 3-dik agygyomroc szintén tágult, oldalfalai kivájtak. A mellső és hátsó ereszték kifeszült, a középső hiányzik. A kis agy jobb féltekéje különösen hátsó felső és alsó semilunaris részletében tetemesen megnagyobbodott. A féreg és a nyúlt agy balra van eltolva és lágyabb. A IV. agygyomroc lapos, felülről összenyomott. A jobb kis agyfél állománya egész tömegében puhább, főleg hátrafelé, hol majdnem szétfolyó, de a gyrusok egészen jól kivehetők; csak ott nem lehet a kanyarulatokat megkülönböztetni, a hol a kis agy a kemény és lágy burokkal egybe van forrva, e helyen felülete mintegy 3 cm. hosszú és magas területen elmosódott, szürkés-vöröses s némileg sárgásan áttünő színeződést mutat. Itt a kisagy állományában egy diónyinál nagyobb tömött esomó fészkel, mely a metszési lapon fakó, fehéres-sárgás sajtos tömegnek bizonyul; csak közepében van egy búzaszemnyi, szürkés, áttünő kötőszövetből álló süppedés s közel ehhez két kendermagnyi morzsásfalú ürse. Az ellágyult kis agy a csomó körül mintegy 1/2 cm. vastagságban szürkés, azontúl fehéres. A másik féltekén a mandola és az iklebeny kanyarulatai vékonyak, fonyódtak.

A papilla nervi optici mindkét oldalt egészen elmosódott, kétszer akkora átmérőjű, halvány-szürkés és rajta tágult visszerek haladnak át. A nervus opticus hüvelyé tág és plunderszerűen fogja körül az ideget.

A kis agy jobb féltekéjében székelő nagy gümő okozta környezetének ellágyulását, a vena magna Galenire gyakorolt nyomása hozta létre a hydrocephalust, a nagy mérvben fokozódott intracranialis nyomás eredményezte a pangásos papillát és a koponya boltozat belső lemezének részleges felszívódását és ez által a belső felület érdességét.

Érdekes az is, hogy urogenitalis tuberculosis is találtatott.

Tekintetbe véve, hogy a tüdőben sem cavernát vagy bronchiectasiát, sem számbavehető elkécsesedést nem találunk; s hogy a kis agyban levő nagy gümő sajtos anyaga sem mutat nagyobb szétesést, valószínűnek látszik, hogy a vese megbetegedés ezeknél is régebb keletű és hogy itt a ritkább kórboneztani leletek közé tartozó primaer urogenitalis tuberculosis állunk szemben, melyet a vese gümőkórjának meggyógyulása még különösebb érdekességgel ruház fel.

Keményfy Gyula: A 23 éves egyén felvételt január 20-dikán. Legelső panaszát látásának romlása képezi, mi körülbelül 10 hónap előtt jelentkezett, később erős fejfájás, szédülés és hányás is járult e bajához. Alkoholismus és lues nála biztosan kizárható. Apja tüdővészben halt el. Egy testvére tüdőcsúcs infiltrációjában szenved. Beteg megtekintésre paralytikus benyomását kelti. Erősen lesoványodott. Mindkét tüdőcsúcs infiltrált. A köpetben tuberculosis bacillust nem sikerült kimutatni. Mindkét here, de különösen a mellékherék erősen megnagyobbodtak. A funiculus spermaticusok mint vastag kötegek kitapinthatók. A bal funiculusban több jól körülírt göcs tapintható ki. A serotum hátsó felszínén sipoly menet van. Vizelet fehérvérjű (*Essbach* szerint 1/29/00) tartalmaz.

Mindkét szem pupillája középtág, jól reagál, convergentia jó. A szemgolyók minden irányban jól mozognak. Jobb szem visus 5/18, bal szem 5/8. Színérzésben eltérés nincs. Látter normalis. Accomodatio jó. Mindkét szemben pangási papilla.

A jobb facialis parietikus. A jobboldali végtagok gyengültek. A jobb kéz nyomó ereje a balhoz képest kifejezetten csökkent. A reflexek fokozottak, a jobb oldalon különösen.

Brach-Romberg tünet igen élénk. Járás közben tántorog, bár nem mindenkor. Némely nap a beteg egész katonás mozgásokat végezett. Olyan napokon azonban, melyeken a szédülés a betegen nagyon erőt vesz s a fejfájás párosulva hányással nagyobb mérvben jelentkezik, járása bizonytalan lesz, tántorgóvá válik, s ha az egyensúlyt végképen elveszti, bal felé esik. Fekvés alkalmával incoordinatio tünetei nem voltak jelen. A szédülés, fejfájás a beteget az utóbbi időben alig hagyja el, akár egy percze is. Napjában többször hány.

Szellemi képességei egyáltalában csökkentek, de különösen omlékező tehetsége gyengült.

Tekintettel a fejfájás, szédülés, pangási papillára legközelebbi volt tumor cerebri gondolni, miután olyan aetiologikus mozzanat nem volt jelen, mely más, de hasonló jelenségekkel járó betegségre utalt volna.

Olyan specifikus göcci tünet nem volt jelen, a mely valamely lebenyre biztosan utalt volna. Sőt nem voltak feltalálhatók azok a tünetek sem, a melyek a kis agy által a környezetre (pons, medulla oblongata, corpora quadrigemina) gyakorolt nyomástól szoktak eredni.

Az eimondottak alapján tehát a tumort az agy valamely indifferens pontjára lehetett volna localizálni. Voltak azonban olyan valószínűségi jelek, melyek egytítesen mégis a kis agyra, még pedig annak jobb felére mutattak: 1. A fejfájást a beteg a jobb occiput táján érezte legerősebben; percussio alkalmával a fájdalmat legintensívebben ugyanazon a helyen érezte. 2. A látási zavar a betegnél mint elsődleges tünet

jelentkezett s csak később járult hozzá a fejfájás, szédülés és hányás. Valószínű tehát, hogy a betegnél már régen kifejlődött a pangási papilla. A pangásos papilla korai kifejlődése pedig leginkább a scala posticában kifejlődő tumorokat jellegzi. 3. Az ataxia oly szoros összefüggése a hányással és szédüléssel, mint a milyen a jelen esetben volt, kiválóan kis agyi tumoroknál szokott előfordulni. 4. A beteg bal felé esett állandóan járás közben s 5. a facialis paresis, valamint a végtagok gyengülése ugyanazon oldalon volt, mint a melyiken a fájdalom és a melyre a többi tünet is utalt.

Kisagyi tumoroknál épen oly gyakran fordul elő a végtagok hűdése, avagy gyengülése az ellenkező oldalon, mint ugyanazon oldalon.

Miután a tumort a kis agyba localizáltuk, legvalószínűbb volt, hogy glioma vagy tuberculummal volt dolgunk.

Tekintettel a beteg fiatal korára, phtisikus voltára, valamint a családi terheltségre, közel fekvő volt, hogy tuberculum solitaret vegyünk fel. Mindezek alapján diagnosizunk volt: Tumor cerebelli verosimiliter tuberculum in hemisphaera dextra.

Mohr Mihály: Hasonló esetet említ fel. A 16 éves géplakatos 1896. június 6-dikán jelentkezett az általános munkásbetegségélyző pénztár kórházában, a hol előadta, hogy néhány nap óta bizonytalanul lát. Mindkét papillája duzzadt, 5-0 D. a differentia a retina egyéb részeihez képest, ezenkívül vérömlenyek a retinában. Látóképessége 5/7. De a fejfájás, hányás, szédülés, tántorgás, homlok-tarkó érzékenysége kopogtatáskor, detrusor vesicae urinae gyeogésége az agyacs bántalmazottságára utaltak és *Donath* m-tanár tumor cerebelli malignusra tette a diagnosist.

Korányi tanár klinikájára vétetett fel, a hol egy hét múlva meg is halt. A boncolás az agyacs vermisen a jobb lebenyre kiterjedő kis diónyi tuberculumon kívül egyéb tuberculosis gócot nem állapított meg. És ebben rejlik épen az eset érdekessége a bemutatottal szemben, melynél általános tuberculosis volt jelen.

IRODALOM-SZEMLE.

Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: Bókay Árpád, Kéti Károly, Korányi Frigyes. Harmadik kötet. Dobrowsky és Franke kiadása, 1896.

(Folytatás.)

A belső bélelzáródásnak gyűjtő fogalmában *Müller Kálmán* tanár egybefoglalja a bélesavarodást és a béltüremkedést. A bélesatorna egyes részeinek többféle módon lehető csavarodása mellett részletes és világos betekintést enged a csavarodás keletkezésének mechanizmusába, majd a betegre és környezetre nézve egyaránt ijesztő betegség hü klinikai képét nyújtva, a kóriszmében utal azon diagnostikai nehézségekre, melyek a bélesavarodás és egyéb okból származott bélelzáródás elkülönítését illetőleg felmerülhetnek s azután a csavarodás lokalizációjának tág teret szentel. A gyógykezelésben első helyen az opiumot említi, míg a hashajtókat — melyek a bélperistaltikát növelve, a bélesavarodást még inkább elősegítik — perhorreskálja; a kínzó meteorismus leküzdésére melegen ajánlja a gyomormosást, a sebészi beavatkozást illetőleg pedig oda konkludál, hogy ha a megbetegedés 2—3-dik napján a tünetek javulást nem vagy ellenkezőleg súlyosbodást mutatnak, feltéve, hogy a beteg erőbeli állapota még megengedi, a sebészi beavatkozással késlekedni nem szabad. A béltüremkedés fejezetében tág tér jutott ezen betegség érdekes keletkezési módjának, melyből látjuk, hogy esetenként az invaginatio spasmodica, máskor az invaginatio paralytica elnevezés jogosult s mindkét alak keletkezésénél az a lényeges, hogy sohasem a contrahált vagy parietikus rész hajtatik beie felülről jövő bélmozgások által az alsóbb bélrészletbe, hanem inkább ezen utóbbi az előbbi fölé mintegy reáhuatnak. Az anatómiai viszonyok rajza után, az akut eseteknek jellemző tünettana következik, majd a kronikus alaknak jóval bizonytalanabb tünetei kerülnek sorra. A kóriszmzésben megjelölve találjuk azon módokat, melyekkel az invaginatio lokalizációját eszközölhetjük.

A bélsárhányás tünetcsoportjának bevezetésében mindenképp hangsúlyozza a szerző, hogy a bélsárhányás még nem diagnosztikus, hanem csak tünet, mely a bélhuzam legkülönbözőbb bántalmainál nyilvánulhat. A kóroktaiban gazdagon felsorolja mindazon betegségeket, melyek kezdve a súlyos szervi elváltozásoktól a hysteriáig, ezen mindig aggasztó komplikációra vezethetnek. A bélsárhányás keletkezési módjának gondos rajzában miután a motus anti-peristaltikus sokat vitatott lehetőségét méltatja, a regurgitatio mellett a bélsárhányás létrehozásában ez utóbbinak is szerepet

tulajdonít. A meteorismus tárgyalásában megemlékezve a gázoknak felszívódásáról a belek véredényei útján normalis viszonyok között, a meteorismust egyrészt a gáztermelés és felszívódás közötti viszony megzavarására, másrészt a bélizomzatnak tonusesökkenésére, vagyis a belek hűdésére vezeti vissza. A tünetek közül a közérzet súlyos zavarainak kapcsán kellő méltatásban részesül a bélelzáródással járó autointoxicatio, melyet első ismertetője *Humbert* „Kophrémie“ jelzővel illetett. A therapia főbb vonásaiban: opium, a hashajtóknak feltétlen kerülése, gyomormosás úgy palliatív, mint kuratív szempontból; az enyhébb sebészi beavatkozások közül szerző ajánlja a beleknek punctióját, mely a feszülés csökkentése által esetleg a beleknek kiegyenesedését is elősegítheti, a laparotomiát illetőleg pedig szerző szavait idézzük, hogy t. i. „elvégre is nyíltan ki kell mondanunk, hogy mi vagyunk felelősek azért, ha az operatív beavatkozásra még alkalmas időt, ezéltől nem vezető más módok megkísérlésével töltjük el“.

A bélszűkület és béltágulat úgy keletkezési feltételeiknél, mint tüneteiknél fogva sok tekintetben hasonlóan viselkednek a bélelzáródáshoz s szerző a kórismében utal is az elkülönítés nehézségeire. A kórbonczani rész kitűnő összefoglalását adja a bélszűkület, tágulat, bélizomzat-hypertrophia kifejlődési mechanizmusának, a bélizomzat insufficienciájának, a bél rejtett tartalékereje, aktív és passív béldilatatio definitiójának stb.

A bélrák s egyéb béldaganatoknak fejezete inkább a sebésznek figyelmét fogja lekötöni, minket különösen a nagy gonddal vázolt tünettelen érdekkel, melynek pontos ismerete a belgyógyásznak annyival is inkább szükséges, mert ezen par excellence sebészi betegségben szenvedők először többnyire a belgyógyászt szokták panaszaiikkal felkeresni.

A bár tüneti jelentőséggel, de annál nagyobb gyakorlati fontossággal bíró bélvérzés tárgyalásában tekintélyes tér jutott a kóroktan beható ismertetésének, melyből érdekességüknél fogva az art. mesar. sup. emboliájához és a malaria-paroxysmusokhoz csatlakozott bélvérzéseket említjük meg; az előbbire nézve, miután az említett ütőer nem végütőer, *Litten* felveszi, hogy ilyen esetben mint functionalis végütőer viselkedik, az utóbbit pedig pigment emboliából magyarázzák. A kórisme megállapításában gyakorlati értékénél fogva legfontosabbnak tartja szerző azon kérdést, hogy minő alapszinttel van bélvérzés adott esetében dolgunk; minden esetre prognosis szempontjából nagy fontossággal bír a betegre nézve ennek eldöntése.

Az ideges bélbetegségeket szerző a bélbeidegzés fysiologiájának tömör ismertetése után következőképen osztja be: a) fokozás vagy csökkenés a bélsatorna mozgási körében; b) fokozás vagy csökkenés a bélsatorna érzési körében; c) fokozás vagy csökkenés a bélsatorna elválasztó működésében. Az első csoportból először az ideges hasmenés kerül sorra, melynek fogalmába szerző csupán azon eseteket foglalja bele, melyek a motus peristaltikus gyorsulásán alapulnak, míg az ugyancsak ideges alapon, a nyálkahártya mirigyek fokozott nedvelválasztása útján létrejöttéket az elválasztó működésnek zavarainál említi meg; e helyen tárgyalja közbevetőleg a belek peristaltikus nyugtalanságát is, mely nem jár okvetlen hasmenéssel. A bél görcsös összehúzódásának tárgyalását annak felemlítésével kezdi, hogy a bélhuzam mozgásában beálló fokozódás nem mindig eredményezi a székletétek megszorodását, sőt ellenkezőleg székszorulással járhat. Ha ugyanis a bél körkörös és hosszanti izomrétege nem úgy, mint rendszeren váltakozva, hanem egyidejűleg húzódik össze, úgy az illető bélrészletben nem egy tovahaladó hullám, hanem állandó contractio keletkezik s ezen enterospasmusnak a béllumen szűkülése és a bélbennék stagnálása lesz a következménye. A végbélgörcs rövid ismertetése után a *bélatonia* nagy gonddal rajzolt, sikerült képe következik, melynek kapcsán megemlíti szerző, hogy a „székrekedés“ nem fix időhöz kötött fogalom, hanem, hogy székrekedésről, mint kóros jelenségről szólhassunk, ahhoz az illető egyén individualis sajátosságainak tekintetbe vétele első sorban szükséges. A bélhűdés, meteorismus és végbélhűdés fejezik be a motorius depressiv tüneteknek sorát. Az érzési kör zavarainak ismertetését a fokozódási tünetek közül a bélszába nyitja meg, majd a fájdalom bélgörcs kitűnő fejezetére jut a sor, melyben pontos definitióját nyerve a colicának, egyszersmind finom megkülönböztetését találjuk a bélszábatól és enterospasmustól, mint egyoldalilag fokozott

érzési, illetőleg mozgási zavaroktól. A *neuralgia hypogastrica*, *bélparaesthesiák* és *hyperaesthesiák*, a depressiv érzési tünetek közül az ideges béldyspepsia tömörségük mellett minden lényeges tudni-valót magukban foglaló fejezetek. Az elválasztó rendszer zavarai közül első az ideges hypersecretiónak *colica mucosa* alakja; *Nothnagelnek* az érdeme, hogy ezen ideges alapon nyugvó bántalmat a hurutos megbetegedéseknek sorából kivette, *Vanni* pedig a kórszármasztást még inkább feltűntető *myoangioneurosis intestinalis* jelzővel illette. A *paralytikus eredetű, fokozott bélelválasztásnak* érdekes rajzával fejezi be szerző az ideges bélbetegségeknek értékes monographiáját.

(Folytatása következik.)

Dieballa Géza dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. A tannalbin alkalmazását illetőleg a *gyermekpraxisban* azt írja *Rey Aachenban*, hogy ezen szert 68 esetben 2 éven aluli gyermekek hasmenésénél igen kedvező sikerrel használta. Az alapbetegség 33 esetben cholera infantum, többiben heveny és idült vékony- és vastagbélhurutok voltak. A tannalbin kor szerint 0.3—0.6 adagban, első napon óránként, később 3-szor naponta adatott és pedig legjobban kevés syrupban vagy mézben suspendálva kávé kanálként. *Cholera infantum* nál az első 24 óra alatt a tannalbin óránként adva megszüntette a hányást és hasmenést minden opium adagolás nélkül, azonban oly szigorú étrend mellett, hogy a betegek félóránként csak egy evő kanálnyi hideg vizet kaptak 2—5 csepp cognakkal. Legbiztosabb a tannalbin hatása a vastagbélhurut heveny és idült eseteinél, hol rövid idő alatt vele az oly kínzó tenesmust is megszünteti és a baj többnyire 3—4 nap alatt gyógyul. A tannalbin therapia mellett szerző melegen ajánlja a calomelnek igen kis adagokban (0.003—0.005 kétóránként) nyújtását mindazon esetekben, a hol a belek desinfectiója szükségesnek látszik. (D. med. Wochenschrift, 1897. 2. sz.)

2. Eunatrol név alatt egy új cholagogum jött forgalomba. Az eunatrol tulajdonképen nem más, mint olajsavas natrium, melynek az epeelválasztásra való hatását *Blum* állatokon próbálta ki. Ugyanő cholelithiasis eseteiben újabban embereken is tett kísérleteket, melyek nagyon kedvező eredményre vezettek. Az adag kétszer naponként egy-egy gramm. Az eunatrol egyenkint 25 centigramm hatóanyagot tartalmazó labdacokban kapható a kereskedésben. Ilyen alakban a szer hónapokon át is használható, a nélkül, hogy a bélre vagy az általános állapotra valami kedvezőtlen befolyást gyakorolna. (Wiener med. Presse, 1897. 8. sz.)

3. A nyírfalevél-thea *Winternitz* tanár szerint hatalmas diureticum. Egy csésze theához 25—35 gramm levellet vesz az ember (a leveleket tavaszszal kell szedni és szárász, szellős, sötét helyen szárítani) és leönti 150—200 gramm forró vízzel; ezután még egyszer vagy kétszer felforrni hagyjuk és csak 1—2 óra múlva szűrjük le. Az egész napi mennyiség (2—3 csésze, melyet az étkezések közti időben kell hidegen vagy langyosan meginni) egyszerre is elkészíthető. A diuretikus hatás már 24 óra múlva mutatkozik; izgalmi tünetek a vesék részéről nem jelentkeznek. Egyes esetekben hosszú ideig elhúzódó utóhatás is mutatkozott. (Blätter f. klin. Hydrother. 1897. 1. sz.)

4. Glutoid-capsulák. Ismeretes, hogy az olyan gyógyszereket, melyeknek felszívódását a gyomorból kerülni akarjuk, eddig keratinnal bevont labdacokban (Unna-féle vékonykél-labdacsok) vagy keratin-capsulákban rendeltük. *Sahli* tanár kísérletei azonban kimutatták, hogy a keratin nem felel meg tökéletesen a kitűzött célnek. *Weyland*-nak újabban sikerült gelatina-capsulákat formaldehiddal olyan állapotba hozni, hogy a gyomornedvben csak nagyon nehezen oldódnak, pankreasnedv tartalmú folyadékban azonban megtartják oldékonyágukat. Ezen capsulák „glutoid-capsula“ elnevezéssel jöttek forgalomba és *Sahli* szerint teljesen megfelelnek a követelményeknek. Glutoid-capsulákban azonban nem minden szer rendelhető, hanem csak azok, melyeknek nincs erős diffusio-képességük (olajos és aetherikus anyagok), továbbá nehezen oldható porok. (Wiener med. Presse, 1897. 9. sz.)

5. Tengeri betegség ellen *Morel-Lavallée* következő orvosságot ajánl: Rp. Mentholi 0.10; Cocaini muriatici 0.20; Alcohol 60.0; Syr. simpl. 30.0. M. D. S. Félóránként kávékanállyal. (Wiener med. Presse, 1897. 6. sz.)

TÁR C Z A.

Orvosszövetkezetek. Orvosegyesületek. Orvosi kamarák.

II.

Ezen a mult számunkban — úgy véljük — eléggé szabatosan körvonalozott háromféle fogalmat téveszti össze az ország orvosai között az orvosi kamarák érdekében az utóbbi napokban szétküldött füzetnek¹ két írója is: *Löw Sámuel* dr. fővárosi gyakorló orvos és *Farkas Jenő* dr. közegészségi felügyelő kartársunk, kik a legutóbbi congressuson referáltak volt az orvosi kamarákról.

E referatumok a Berkovits Miklós dr. referatumával szemben, ki ugyanazon alkalommal mint harmadik referens kimerítő és alapos ismertetést adta a kamara-intézménynek — mint tudjuk — nem győzték meg a congressus többségét állításaiknak helyessége felől: így bátran napirendre lehetne térni felettük. Miután azonban újra felmerült a kamarák kérdése és e két értekezés újra megjelent érveivel a küzdőterem, miután — mint az objectivitas megkívánta volna — a kiadott füzet nem közölte Berkovits cikkét, szükséges, hogy közelebbről foglalkozzunk e két referatum egyes állításaival.

Löw kartársunk bevezető átnézetében 1874-ig viszi vissza a magyarországi orvosok országos szövetkezési törekvésének történetét. Jóval messzebb nyulik az vissza egész a negyvenes évek második feléig. Az orvoskari tanártestület az akkori kültagokkal már akkor dolgoztak ki tervezetet egy országos orvosi szövetkezetre. A 60-as évek folyamán a Magyar orvosok és természetvizsgálók vándorgyűlése létesített egy hasonló tervezetet, mely azonban szintén elaludt. A 1874. utáni országos egyesülési törekvések története nagyban egészben véve megfelel az értekezésben előadottnak; az 1888-diki tátrafiredi vándorgyűlésen felmerült orvosi kamara indítvány újra lendületet adott e törekvéseknek és ha az így megindult időközönként élénk mozgalom még eddigelé nem vezetett kellő sikerre: annak oka kétségen kívül az, hogy az eszmék az egyesülés módja iránt még kellőleg tisztázva nincsenek, minek folytán minden egyoldalú reakényszerítő törekvés a többségnél jogos ellenzésre talál.

Tisztázza-e a fogalmakat *Löw* dr. értekezése? nem gondoljuk! Ő nagyobb lelkesültséggel mint alaposággal tör lándzsát az orvosi kamara intézmény mellett. Következétesen összetéveszti az orvosi szövetkezet, egyesület és kamara fogalmát és pedig nemcsak a kényszer-egyesületekét a kötelező kamarákéval, hanem a fakultatív egyesületekét is a kötelező kamarákéval. Kamarának mondja a „British medical association“-t Angliában, sőt azt állítja, hogy erre vezethető vissza az orvosi kamarák eszméje, holott nem egyéb az mint egy hatalmas facultatív orvosi szövetkezet, mely eddigelé még tisztán tudományos vándorgyűlés, melyben éppen most folyik a vita arról, hogy az associatio tudományos reputációjának veszélyeztetése nélkül felállíthatnak-e abban vagy nem egy orvosi jogvédelmi osztályt? Az orvosi kamara tisztán német találmány. Első rudimentuma 1866-ból datálódik. A badeni nagyhercegségben a kormány elrendelte volt, hogy az ú. n. alsóbb fokú sebészek az orvosdoktorokkal egyenlő orvosgyakorlati jogokkal birjanak. A badeni különböző orvosegyesületek felszólaltak e rendelet ellen; hogy közös erővel működhesse nek, delegatusaikkól egy közös képviselő-testületet alkottak mely jogaikat az egészségügyi kormányzattal szemben védelembe vette és a rendeletet vissza is vonatta. Ennek a mintájára alkották azután a szabad orvosi gyakorlat behozatala után az orvosi kamarákat 1869. után a 70-es években, a midőn éppen az orvoslás szabad iparrá tétele miatt mindinkább felmerült a szüksége annak, hogy a „gyakorló orvosok“ nagy zöme valamelyes „rendi képviseletet“ nyerjen, a melynek hivatalos elismerése a rendi szervezetben az ipartörvény által keltett hézagot némileg kiegyenlítette. Így fogták és így fogják fel „az orvosi kamara“ alaplényegét és rendeltetését Németországban, mint az megoldvasható a német orvosi szaklapok 70-es és 80-as évfolyamaiban, továbbá Graf a „Deutsche Vereinsbund“ elnöke által a német orvosegyesületek történetéről 1890-ben kiadott munkájában, a hol a czáfolat megtalálható mindazon téves állításokra, melyeket *Löw*

¹ Az orvosi kamarákról. Kiadja a Budapesti orvosi kör. Budapest, 1897.

kartárs úr az országos közegészségi tanács 1890-diki felterjesztésében a német orvosi kamarákra vonatkozólag tett jelentésének birálatában felhoz.

Az orvosok tömörülése akár tudományos akár rendi érdekeik előmozdítására önkéntes szövetkezetek vagy egyesületek alakjában még nem jelent orvosi kamarát, de nem jelent kamarát a kötelező orvosegyesület sem; mindezek fennállhatnak és jól működhetnek „kamara“, azaz egy a különböző egyesületek vagy egy bizonyos területen együttlakó gyakorló orvosok delegáltjaiból alkotott szűkebb képviselő-testület nélkül is, a mely módjára a „rendi képviselet“-nek a mi orvosrendi szervezetünkben szükség egyáltalában nincsen.

Farkas Jenő tagtársunk értekezésében szintén nem dombozik ki a „kamara“ fogalma elég világosan. Ő úgy a közegészségügy mint az orvosi kar érdekében a magyarországi orvosi karnak törvényen alapuló egységes szervezését tartja szükségesnek; kívánja, hogy a tényleges állományban levő katona-orvosok kivételével, e szervezet minden magyarországi orvosra kötelező legyen, továbbá, hogy az orvosi kar szervezetének a törvény saját kebelében autonóm és fegyelmi jogokat biztosítson, a mely jogokat az az orvosok által megállapított és a ministerium által helybenhagyott orvosi rendtartás alapján gyakorolja. E kívánságok összességét ő nem nevezi ugyan a conclusióban kötelező kamarának, de az indokolásban ismételve kötelező kamarákról beszél és azt vitatja, hogy e czélok egyesületi szervezés által nem érhetők el, holott így körvonalozva a rend szervezését, az valójában még sem egyéb, mint kötelező orvosegyesület, melynek csak álneve az „orvosi kamara“, valamint, hogy az volt kezdettől fogva úgy annak a szervezeti tervnek, melyet legelőször a vándorgyűlések központi választmánya kidolgozott, valamint szintén álneve az annak a tervezetnek is, a melyet most a belügyministeri egészségügyi osztály kibocsátott. A becsületbíróságoknak vagy fegyelmi tanácsoknak beiktatása e szervezetbe, nem teszi azt kamarává, miután ez intézmények beleillenek, sőt benne vannak egyes fakultatív és egyes kötelező németországi orvosegyesületek szervezetében is.

Lényegileg tehát a kamara ellenesek és a kamara barátok törekvései nem állanak olyan mereven szemben egymással, mihelyt a helytelen és a mi viszonyaink közé nem illő „orvosi kamara“ elnevezést eldobjuk. Országos egyesületi szervezést akar mindegyik. Az eltérés lényege — eltekintve a részletektől — főképen abban kulminál: legyen-e egy országos egyesülés fakultatív jelleggel, azaz egy országos orvosi szövetkezet alakjában vagy obligat jelleggel egy kötelező országos egyesület alakjában? Melyiket tartjuk részünkről ez idő szerint rendünk ethikai és egyéb érdekeinek megfelelőbbnek? arról közelebb.

A pestisről.

A szerémségi járvány 1795/96-ban. — A pestis klinikai képe a legújabb észleletek alapján.

(Folytatás.)

A gyógyításmód teljesen az orvosok belátására volt bízva. Erre vonatkozólag érdekesek *Schraud* szavai: „Durch ein solches Verfahren (t. i. a gyógyításmód megszabása) würde der dirigierende Arzt geglaubt haben, nicht nur die Ärzte... sondern noch vielmehr sich selbst herabzuwürdigen. Man muss dem Arzte viel Unwissenheit, viel Ungewandtheit zumuthen, dem man es wagen will Recepte in die Feder vorzusagen: allein ein Lehrer, dessen ganze Belehrung in dieser Mitgabe enthalten ist, zeigt an, nicht einzusehen, dass die Erfindung der Anzeigen, nicht die Kenntniss einzelner Kunstgriffe den Meister bezeichne“. Kuriozumként fel- említem az egyik járvány-orvos azon észleletét, hogy ugyanazon gyógyításmód más-más időjárás mellett különböző eredményeket ad; hánytatóval és tüstént utána megkezdett „erősítő módszerrel“ 10 súlyos beteg közül 7-et mentett meg nedves, hűvös, esős időben, míg később ugyanezen eljárás száraz, hideg, tiszta időben nem vezetett jó eredményhez.

Prophylacticum gyanánt olyanoknál, kik a fertőzés veszélyének voltak kitéve, némelyek az édes higanyt használták gyorsan

fokozódó adagokban mindaddig, míg kiskókú nyálfolyás mutatkozott; ezután a nyálfolyást még 3 héten át fentartották; az ily módon kezelt egyének közül egy sem betegedett meg.

A szerémségi járvány alatt eleinte össze-vissza elszórva temették el a halottakat; később azután a járvány elfojtása szempontjából szükségesnek tartották a halottakat kiásatni és egy helyen eltemetni. Az e közben szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy mély gödrökben a hullák elég jól conserváltattak, míg felületesen eltemetettek csakhamar teljes bomlásba mentek át. Ennek alapján *Schraud* minden fertőző hulla eltemetésére nézve a következőket javasolta: fertőző betegségben elhaltak részére temetőül magasan, szabadon fekvő, napnak kitett helyet kell választani és porosus, homokos talajt; ezen temető mély árokkal veendő körül; a hullák meztelenül, minden hozzátétel nélkül (mész) teendők a 3–4 láb mély gödörbe.

Végül még csak azt említjük fel, hogy a szerémségi pestis-járvány némileg hasznosnak is bizonyult: az emberek hozzászoktak a rendhez és tisztasághoz és általában a közegészségi állapotok tetemes javulást mutattak fel.

A pestis elleni védekezést illetően a szerémségi járvány idejében a lakosság számára kibocsátott oktatás következőleg hangzik:

1. A pestisnek, noha csaknem a leghalálosabb valamennyi betegség között, sok más betegség felett az a jó oldala van, hogy Isten minden embernek hatalmába adta, a pestist csirájában elfojthatni és magát tőle megóvhatni.

2. Csak saját hanyagságunknak és az előítéleteknek — melyek folytán hatástalan, sőt káros módok alkalmazása által a csakugyan hasznos módok használatától visszatarthatnak — tulajdonítsák az emberek, ha a pestis közöttük pusztításokat végez. Vétkeznek az isteni előrelátás ellen, a mikor elutasítják azon módokat, melyeket az Isten jósága a veszedelmes baj biztos elhárítására nyújt.

3. A járvány elfojtását célzó eljárásokat a hatóságoknak kell foganatosítani; a saját biztosítására szolgáló módokat kevés költséggel és egy kis figyelemmel mindenki maga alkalmazhatja.

4. A pestis elfojtására a hatóságoktól kiadott rendeleteket minden polgárnak hálával és tisztelettel kell fogadni és azoknak készséggel és szívesen engedelmességgel; az általuk az egyesekre háramló veszteséget mindenki örömmel áldozza fel a közjóának. A pestisnek vagy a méreggel fertőzött ruháknak eltitkolása a legnagyobb bűn a polgártársak és Isten iránt, a ki az embereket megtartani kívánja.

5. A pestis csirája sem a levegőben, sem a vízben, sem a tápszerekben, sem az utcákon és tereken, sem a szabad mezőkön nem lebeg; az csupán az emberben, a ki pestisben beteg, ruhát volt vagy épen az lesz; csupán tárgyokban, árúknak és ruhákban, melyek ilyen embertől érintve lettek, vagy melyek ilyen ember ürülékével szennyezettek; csupán a háziállatok bőrén; csupán szűk lakásokban, a hol sok pestises beteg van összezsúfolva, foglaltatik. Csak az ilyen emberek és tárgyak érintése, talán túlságos közeledés hozzájuk idézi elő a fertőzést.

6. A más emberekkel való közeli érintkezésnek, tárgyaik érintésének, idegen háziállatok megtapintásának kerülése a legbiztosabb és egyedül biztos mód, melylyel minden egyes ember a fertőzéstől magát megóvhatja.

7. Hogy ez már jelenlevő pestis esetén minél könnyebben kivihető legyen, minden családfő már jókor gondoskodjék mindenféle tápszer beszerezni, hogy azután mennél ritkábban kelljen tápszer beszerezése végett a házat elhagynia. A ház minden oldalról jól elzárandó, hogy a lakók és háziállatok ki ne mehessenek, idegenek pedig be ne jöhessenek.

8. Nem minden tápszer szerezhető be előre. Beszerzésük céljából már kitört járvány esetén a családfő nem cselédet küld ki, mert ezekben nem bizhatni meg eléggé, hanem maga megy el, a kialakított fogóval megfogja, eczetbe mártja — melynek minden elárúzó helyen kéznél kell lennie — és csak azután viszi haza; folyékony, nem ragályfogó dolgokat, mint tejet, bort, mézet stb. otthonról magával hozott edényekbe öntet át. A ki teheti, kimenéshez külön kabátot ölt, melyet hazaérkezése után eczetbe márt és elzár. Arczát és kezeit hazaérkezése után mindenkinek

meg kell mosnia. Az elárúzóknak vigyázniuk kell, hogy a vevő a tárgyat csak akkor érintse, ha már megalkudtak.

9. Hogy valamely családtag esetleges megbetegedése esetén ne fertőződjék nagyon sok tárgy és ruha: ajánlatos — ha több szoba áll rendelkezésre — egyet kiválasztani, a hová a járvány kitörése esetén a családfő minden fölösleges dolgot bezár, hogy azok azután a járvány megszűnése után minden félelem nélkül használatra elővehetők legyenek.

10. Úgy az egyéni tisztaság, mint a lakás tisztántartása oly mód, melylyel a fertőzés terjedése nagyon megakadályozható. Minden lakónak ajánlható azért a falak meszelése, a szobák és kamrák gyakori szellőzése, a padló, az ajtók és ablakok mosása, az ágyak, a ruházat és főleg a test tisztántartása és a tisztaságra felügyelés kiterjesztése a kertekre, istállókra, szomszédos utcákra stb.

11. Nagyon veszedelmes tévhit az ivásban, dörzsölésben, túlságos dohányzásban védelmet keresni a pestis ellen. Néhány eset, hol ez előnyösnek látszott, nem döntheti meg a sok százra menő ellenkező tapasztalatot. Sőt inkább mértékletesség, a megszokott életmód folytatása, kerülése az éjjeli meghűlésnek és gyengítő okoknak, a kedély vidámsága azok, melyek ajánlhatók.

12. Ilyen módon ezer pestis-haláleset közepette is egészségesen, a fertőzéstől menten maradhat az ember, tehát nyugodtan élhet a pestises helységben.

13. A szegények, kik helyzetüknél fogva sokat kénytelenek házon kívül, különböző helyeken tartózkodni, leginkább ki vannak téve a veszedelemnek és leginkább is terjesztik a bajt. Tehát nem csak az emberi érzés, hanem az önmagáról való gondoskodás is arra utalnak, hogy a szegények házon kívül tartózkodásának kényszerűsége lehetőleg megszüntetessék. Ilyenkor a szó szoros értelmében a saját biztosítására teszi az ember azt, a mit a szegények fentartására művel. Minthogy azonban a sajátkezü kézbesítés veszélyes, minden jó ember helyesen teszi, ha alalmizsnáját a hatóság kezébe teszi, a melynek legszentebb kötelessége lesz a szegény lakóknak minden tekintetben segítségére lenni.

14. Minden ézen utasítás által felvilágosított és együttal megnyugtató polgártársaink, hogy olvassin nem tudó polgártársait ezen utasítással minden alkalommal megismertetni és nekik ugyanazt a megnyugvást szerezni iparkodjék.

A seborvosok számára a pestis ismertető jeleiről kiadott oktatás szó szerinti fordításban következőleg hangzik:

I. A pestis többnyire lázzal járó betegség: más lázak módjára rendszeren fázással és rázóhideggel kezdődik.

II. Ha egy házból, vagy barátok, rokonok, szomszédok vagy olyanok közül, a kik egyidejűleg voltak valahol vagy egymás között ruhát cseréltek, többen rövid idő alatt egyforma tünetek között megbetegednek és közülök némelyek 2—5 nap alatt meg is halnak, főleg olyankor, a mikor a szomszédságban már megjelent a pestis: nagy a gyanú a pestisre.

III. *Petechiák*, melyek már a harmadik napon halálhoz vezetnek, már biztosabb jeleit képezik a betegségnek, főleg ha olyanoknál mutatkoznak, kik beteget szolgáltak ki.

IV. Még biztosabb jelek a *mirigydaganatok* a hónaljban, a lágyékban, a fülek mögött; ezek gyakran oly kicsinyek, hogy csak pontos megfigyelésnél láthatók; sokszor csak a fájdalom jelzi jelenlétüket. Néha az első és harmadik nap között jelennek meg, néha pedig, főleg olyan betegeknek, kik meg fognak gyógyulni, csak a hetedik és tizenegyedik nap között. Ilyen daganatok más lázknál ritkán mutatkoznak ily korán.

V. A pestis legbiztosabb külső jelei a *carbunculusok*, de ezek nem mutatkoznak minden betegnél. A harmadik és negyedik nap között törnek ki. Fehér, vörös, égető folt keletkezik, melyen kicsiny, híg evvel telt hólyag ül: ez 12 óra alatt felpattan és egy fekete foltot hagy hátra, melynek széle egészen vörös és lobos. Ha a betegség halálosan fog végződni, akkor a fekete folt kicsiny marad, széle pedig bíborvörös; ha azonban a betegség gyógyulásba fog átmenni, akkor a fekete folt és vörös széle kiterjed. A 11—14. napon az üszkös rész leválik, kiesik és egy nyílt fekély marad vissza. A carbunculusok a test minden részén megjelennek. Eleinte sokszor csak a vörös szélű fekete folt vagy pedig egy vörös folt mutatkozik, mely csak később feketedik meg,

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti „Stefánia“-gyermekkorházból.

Az O'Dwyer-féle tubusok módosítása.

Közli *Bauer Lajos* dr., kórházi segédorvos.

Kórházunkban hónapok óta hulla-kísérleteket folytatunk, a melyek a tubus alakjának oly mérvű megszerkesztését célozzák, mely által lehetőleg elkerülhetők volnának azon mélyre hatoló, esetleg perforáló decubitusok, a melyek, habár velük aránylag ritkán találkozunk (a budapesti „Stefánia“-gyermekkorházban majdnem 1000 intubált eset között 5·08%-ban észleltük), következményeikben oly súlyosak lehetnek, hogy módokat kell keresni, miként volnának ezen felfekvési fekélyesedések lehetőleg elkerülhetők?

Azt valószínűleg sohasem fogjuk elérni, hogy felületese decubitusok — különösen hosszasabban tartó intubatio után — fel ne lépjenek, ezek elhárítása nem is volt célunk kísérleteink megindításánál.

A géget vagy légcsövet usuráló vagy néha perforáló, súlyos decubitusok elhárítása, ez volt azon cél, mely szemünk előtt lebegett, midőn kísérleteinket megkezdettük s azt hisszük, hogy most, befejezett kísérleteink alapján szerkesztett tubusaink segítségével talán sikerült elérnünk azt, hogy a laryngitis crouposa operatív kezelésében korszakot alkotó intubationnak ezen árnyoldala, a súlyos decubitus fejlődés is lehetőleg elháríttassék.

A mi bennünket a tubus módosítás gondolatára vezetett, azon tapasztalatunk volt, a melyet majdnem az összes szerzők megerősítenek, hogy t. i. a gégeben, illetve a tracheában létrejövő súlyos, sőt legsúlyosabb jellegű, olykor perforáló decubitusok *mellül* és pedig a felső trachealis gyűrűnek megfelelőleg fejlődnek leggyakrabban (ezen hely megfelel a IV.—VIII.—IX. trachealis poreznak); feljebb a cart. ericoidea táján is fejlődnek elég súlyos decubitusok, de már ritkábban, a cart. thyreoidea táján pedig már ritkán jönnek elő súlyosabb felfekvések. Kutattam tehát annak az okát, hogy a) miért van az, hogy csak a gége illetőleg a trachea *mellső falán* fejlődnek súlyos felfekvések, míg ellenben a hátsó falon nagyon ritkán s akkor is csak felületesek, továbbá b) hogy miért van az, hogy *mellül* a trachealis gyűrűnek megfelelőleg vannak rendszeresen a legsúlyosabb decubitusok, feljebb pedig ritkábban?

A budapesti „Stefánia“-gyermekkorházban a gége és légcsőnek következő helyein észleltük a decubitusokat:

Gége illetőleg a trachea mellső falán	78 esetben
Gége illetőleg a trachea hátsó falán	4 „
Mellső és hátsó falon	4 „
Összesen	86 eset.

Ezen felfekvések pontosabban részletezve a következő helyeken fordultak elő:

A trachealis porezoknak megfelelőleg mellül a IV-diktől a VIII—X-dik porez gyűrűig	35-ször
A tracheal gyűrűk, cart. ericoidea és cart. thyreoideán mellül	22-szer
Csak a gyűrűporezon mellül és oldalt	11-szer
A pajzsporezon és a trachea hátsó falán	4-szer
Hangszalagok s trach. porezokon mellül	6-szor
Ary-porzok s mellül a trach. porezokon	2-szer
Hangszalagokon s a larynx illetve tracheának hátsó falán	4-szer
Ál-út (mindkettő a sinus Morgagniból)	2-szer
	86 eset

Ezek közül a legsúlyosabb, úgynevezett perforáló decubitusok — számszerint hat eset — a trachealis gyűrűk táján voltak észlelhetők, legtöbbször a IV—VI—IX-dik gyűrűporezoknak megfelelőleg.

A többi súlyos decubitusot ugyancsak vagy a fent megjelölt trachealis gyűrűk táján találtuk, vagy a cart. ericoidea felett mellül, az utóbbi helyen azonban már inkább kiterjedt, de *nem nagyon mély* decubitusokat találtunk. A pajzsporeznak megfelelőleg igen ritkán észleltünk súlyos decubitusot, a többi helyeken pedig egyszer sem láttunk feltünőbb felfekvést.

Ha végig nézzük a külföldi szerzőknek a közleményeit, azokban hasonló adatokat találunk. Így *Cnopf senior* a következő helyeken talált decubitusot: az epiglottison egyszer, az ary-redőkön 2-szer, a sinus Morgagniban 4-szer, a pajzsporezon 1-szer, a gyűrűporezon 8-szor, a trachea mellső falán 14-szer.

Galatti azt mondja: „a decubitusok különösen a nyákhártyának azon a részén lépnek fel, a hol az a tubus alsó nyitott végétől érintetik, vagyis a mellső falán a tracheának (körülbelül a 7-dik tracheagyűrű mellül) és ott, a hol a tubus lapos kidomborodása fekszik“.

Escherich szerint a legrosszabb természetű fekélyek a trachea mellső falán fordulnak elő, ott a hol a már normalisan is kissé mellfelé hajló tubusnak szabad vége légzési mozgásnál, nyelésnél, köhögéskor a porzot surolja.

Ranke, valamint *Ganghofner* is a legsúlyosabb, perforáló decubitusokat ugyancsak a tubus végnek megfelelő helyen találták. Hasonló nézetben vannak *Widerhofer* s *Hagenbach-Burckhard* is.

Carstens 3 súlyos decubitusról emlékszik meg, melyeknek mindegyike a tubus végnek megfelelőleg fektűt.

Bonain is azon helyeken látott mély ulceratiókat, a melyeken a tubus a falakkal közvetlenebbül érintkezik (trachea mellső fala s cart. ericoidea).

Kiegészítésül ide iktatjuk, hogy *Northrup* azt mondja, hogy a tubus felső végétől még sohasem látott mély ulceratiókat, legfeljebb epithelialis desquamatiót.

Ezen közleményekben bővebb részletek arra, hogy hány-szor jött létre a decubitus a trachea mellső falán vagy hátsó falán, hány-szor a cart. ericoideának stb. megfelelőleg — sajnos — nincsenek, az egyetlen *Cnopf sen.-t* kivéve, azt azonban mindegyik közlemény hangsúlyozza, hogy a legsúlyosabb decubitusok mellül a trachealis gyűrűk s a cart. ericoidea táján fejlődnek.

Tökéletesen megegyezik ezen észleletekkel a mi tapasztalatunk. Ha végigtekintünk a kórházunkban észlelt decubitusok táblázatán, ott azt is láthatjuk — a mi minden esetre igen feltűnő — hogy a gége illetőleg a trachea hátsó falán csak 4 esetben találtunk s akkor is csak felületesebb decubitus, ellenben a decubitusoknak a zömét, úgy mennyiségre, mint súlyosságra, a gége és trachea mellső falán találtuk. De még mást is kiolvashatunk fenti táblázatainkból, t. i. azt, hogy a decubitusok *fellépési helyüket illetőleg* a gége, illetőleg légesőben bizonyos *sorrendet* mutatnak. A hangszalagok táján csak néhányat, felületesebb találtunk, a paizsporezon 3-at, szintén elég felületesebb, a gyűrűporezon 11-et, olykor súlyosat, a gyűrűporezon és felső trachealis porcokon 22-öt, magukon a trachealis porcokon 35-öt (utóbbi két helyen levők voltak a legsúlyosabbak). Ezen táblázat minden esetre azt mutatja, hogy a trachealis porcok táján, vagyis a tubus végnek megfelelőleg a legbensőbb az érintkezés a tubus és a nyákhártya között, feljebb a gyűrűporezon már kevésbé intenzív, még feljebb a paizsporezon pedig a legkevésbé intenzív. A felső légutak egyéb helyein létrejövő decubitusok rendszerint igen felületesebbek; ha mélyebbek — mint azt 2 esetben tapasztaltuk —, miután olyan helyeken voltak (sinus Morgagni), a melyekkel a tubus nem is érintkezhet bensőbbben, kétségtelenül az intubatio alkalmával keletkeznek, tehát artificialisak.

Azon körülmény, hogy a decubitusoknak a zömét (a súlyos decubitus mind) a gége illetőleg a trachea mellső falán találtuk, s hogy azon gyermekeknél is, a kiknek kezét, hogy a tubust ki ne húzzák, az ágy oldalrészéhez kikötöttük, tehát a hátukon feküdtek, a kiknél tehát inkább azt várhattuk volna, hogy a tubus már súlyánál fogva is a gége vagy trachea hátsó falán vagy azon is okoz decubitus: ezeknél is a gége vagy trachea mellső falán találtuk a felfekvéseket, gondolkodóba ejtett s kutattam annak az okát.

Azon feltevés, hogy a gége, illetőleg a trachea hátsó fala, mint rostos, rugalmas szövet, könnyen kitér a nyomás elől, nem állhat meg, mert a tubus a hátsó fallal bensőbbben nem is érintkezik, a mint ezt a hullából kivett légesőbe behelyezett tubus mutatja, hanem közöttük t. i. a tubus és a trachea hátsó fala között, kisebb-nagyobb spatium marad a trachea fejlettségi foka szerint, ellenben a trachea mellső falához szorosan odafekszik a tubus. Másrészt, ha a tubus a hátsó falon könnyebben kitérő szövetet talál, vagyis ha a tubus a hátsó fal felé kitérhet, akkor miért okozza a mellső falon decubitus? Az okot tehát másban kell keresnünk.

Mindenekelőtt a géget tettem tanulmányom tárgyává. Talán a gége, illetőleg a trachea olyan elhajlásokat, olyan görbületeket mutat, a melyeknek a tubus alakja nem felel meg? Így a tubus nem követi, miután nem követheti hiven a gége és légeső lefutását.

Természetesen nem vártam azt, hogy az általam feltételezett elhajlások, görbületek szembeszökők legyenek. Egy, esetleg 2 mm. görbületet véltem, még pedig a cart. ericoidea táján. *Azt tételeztem fel, hogy innen kezdve a trachea görbül a gerincoszlop felé és épen ezen görbületben hittem feltalálni a súlyos decubitusnak az okát, miután a használatban levő tubusokon ezen görbület nincs tekintetbe véve.*

Az e ezéltől hullából kivett gége és légeső erre a czélra nem mutatkozott alkalmasnak. A rostos kötőszövettel összekötött, porcokos gyűrűkből álló gége és légeső nagyon is hajlékony, úgy hogy ezzel czélt nem értem. Corrosio-készítményekre gondoltam tehát, melyekkel czélt is értem. Igyekeztem minél több, különböző korú légesőlenyomatot szerezni, a melyeknek összehasonlítása után reményltem a különböző korú normális légesőveknek hű lenyomatait, esetleges görbületeit, elhajlását, szóval azoknak egész alakját pontosan megállapítani. A hulla-anyagot kórházunk igazgatója, Bókay tanár előzőeken bocsátotta rendelkezésemre, fogadja ezért e helyen is őszinte köszönetemet.

Kísérleteimet a következőképen végeztem: A köztakarót a II-dik bordától kezdve lepraeparáltam, mely után az egész szegyesontot eltávolítottam; ezt azért tettem így, hogy a trachea eredeti helyzetében — in situ — maradjon s minden oldalról

támaszt nyerjen, nehogy az injiciálás alkalmával kitérések legyenek lehetségesek. A szív és nagy edények eltávolítása után a jobboldali bronchust a bifurcatio alatt lekötöttem. A bal bronchust a tüdőbe történő elágazódása előtt átvágtam, a bal tüdőnek eltávolítása után, miután még a baloldali bordák-ból 4—5 ujjnyit resecáltam, hogy a baloldali most már szabadon fekvő bronchushoz kényelmesebben hozzá lehessen férni, hozzáfogtam a trachea, száj és orr üregeinek kitisztításához. Ez az említett részeknek sokszoros vízzel történt átfecskendezéséből állott, mely után ezen részeket a lehetőségig vattával kiszáritottam; a légesővön, ezután a bronchuson keresztül meleg levegőt fújtattam, mert különben a száj- és orrüreg kitömése után, a vízzel beivódott vatta az injiciálást nagy mértékben akadályozta volna, miután azon át a levegő nem áramlik.

Az injiciálendő masszát finom fehér viasz képezte, melyhez még a viasz plasticitásának növelése végett kevés colophoniumot is adtam.

Az elkészített hullát most igen gondosan természetes fekvésbe hoztam, szorgosan ügyelve arra, hogy a fekvés mindig középtartásban s a fej mérsékelten felpoczolva tartassék. A mint a később végzett control-vizsgálatokból azonban meggyőződtem, ezen gondos elhelyezése a fejnek felesleges volt. Nagyon erősen hátra vagy előrehajlított fejtartás mellett is, ugyanazt az eredményt kaptam, mint a középfekvésénél a fejnek. A felső légutaknak nagy porczai között levő rostos kötőszövet ugyanis úgy látszik, hogy a fejnek igen nagy kitéréseket enged meg, a nélkül, hogy ez által a gége vagy trachea alakjában valami lényeges változás állana be.

A bal bronchuson keresztül fecskendeztem az ugyancsak felhevített fecskendővel a forró viaszt a tracheába. A gége és légesőnek teljes kitöltődése után, melyet a tamponade daczára, a szájban megjelenő viasz jelzett, adott pillanatban a bal bronchust lekötöttem s a viasznak visszafolyását ez által megakadályoztam. A viasz megmerevedése után, a mi $\frac{1}{4}$ óra múlva már tökéletes, gondosan kivettem az egész légző-csővet s mielőtt acid. hydrochl. crudumba tettem volna, a paizsporezot, a gyűrűporezot és az első trachealis gyűrű helyét gombostűkkel megjelöltem. Az acid. hydrochl. crudum 12—15 óra alatt tökéletesen macerálta a porc- és lágyszöveteket a viaszról s megkaptam a légutak hű lenyomatát.

Természetesen, mint minden ilyen készítménynél, úgy ennél sem sikerültek tökéletesen az első gyakorlatlanság miatt, de már első kísérleteim is eredménynyel biztattak. A kellő gyakorlat megszerzése után, az eredmények nemcsak kielégítőek, hanem valóban meglepők voltak. *Azon feltevés, hogy a gégeső elhajlást szenved, teljesen be lett igazolva az összes készítmények által. Azon 36 készítmény, melyet kaptam, mind kivétel nélkül mutatja, hogy a légeső a cart. ericoidea alsó részén elgörbül a gerincoszlop felé. Míg én ezen görbületet csak 1—2 mm.-nyinek képzeltem, a lenyomatok azt sokkal nagyobbak tüntetik fel, a különböző kor szerint váltokozva.*

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti kir. magy. tudomány-egyetem I. belgyógyászati kórodájának laboratóriumából.

A környéki edényrendszer compenzáló szerepéről.

Róth Vilmos, szigorló orvostól.

(Vége.)

Az esetenként részletezett vizsgálati eredmények összefoglalását képezik a következők:

1. A véredénytágító szerek adagolása folytán a vizelet alkata — nevezetesen a benne oldott chloros s chlortalan alkatrészek aránya — olyan változást szenved, a melyből a véráramlás középsebességének gyarapodására kell következtetnünk. Ellenkező a véredényszűkítő szerek hatása.

2. Azon esetekben, a melyekben a vizeletvizsgálat tanúsága szerint a vese a véráram középsebességének súlyosodása folytán a vér rendes alkatát fentartani többé nem képes; a

véredénytágító szerek adagolása folyamán a középáramsebesség, az ép veseműködés, a vér rendes alkata — egy szóval a compensatio — helyreáll.

3. Úgy a véredénytágító, mint az azokat szűkítő szerek hatása egészen rövid idei: az adagolás megszüntével az azelőtt fennállott ép vagy kóros viszonyok újból érvényesülnek.

4. Az érelkés görbe a véredénytágító szerek egyikének (amylnitrit) alkalmazása után kétségbevonhatlanul jelzi a verőeres nyomás süllyedését. Ezen süllyedést — hydromechanikai okokból — minden esetben az edénytágulás elmaradhatlan következményeképpen kell tekinteni; viszont a véredényszűkítésnek szükségszerű folyamánya a verőeres nyomás emelkedése.

Mindezekből néhány elvi következtetés vonható az incompensatio gyógyítására vonatkozólag. A szívbetegségek rationalis therapiája tudvalevőleg jóval későbbi eredetű, mint azok rendszeres diagnostikája. Az utóbbit teljes tökélyig fejlesztették *Laennec*, *Hope* stb., míg az előbbi fejlődését csirájában elfojtotta a compenzáló jelenségeknek azon teljes félreismerése, a mely legjellemzőbb módon nyilatkozik éppen *Hope* *nak*³⁰ következő mondatában, „a hypertrophiás palpitáló szív nagyobb vértömegeket hajtván át a szűkült szájadékon: a keringést nehezíti“. Ezen felfogása révén *Laennec* tanainak ezen jeles interpretatora s továbbvivője, a gyógyítás terén egy polezra kerül *Albertonival*, *Valsalvával* stb., mivel a fenti elv következményeképpen a therapia egyetlen célja a hypertrophia ki-fejlődésének meggátlása, illetve annak visszafejlesztése vérvételek, elvonó kúrák stb. által. S nem áll messze ezen felfogástól *Wunderlich*³¹ sem, a kinek rövid jelmondatát: „Einklang von Kraft und Last“ *Oertel*³² a szívbeteg észszerű gyógymódjának indítójaként ünnepli. Pedig ezen mondatot magának *Wunderlich* *nak* abból vont következtetéseit ad absurdum vezetik. *Wunderlich* ugyan a vértömeg alászállítása által igyekszik a szív ereje s a reája háramló teher közötti arányt helyreállítani s a cél elérésére nem riad vissza bőséges vérbocsátásoktól sem. Az eljárás lényege: ha a gyengült szív a rendes vértömeget nem tudja áramlásban tartani: a vértömeget megfelelőleg süllyesztjük! Eltekintve attól, hogy az ilyen törekvés meghiusul a szervezet azon reakción, melylyel az a vértömeg constantiáját óvja; vajjon képzelhető-e, hogy célszerű az olyan keringés, a melyben a működésképtelen szív a megfogyott vértömeget tartja esőkent áramlásban? De nem áll messze ezen felfogástól maga *Oertel* sem, a midőn a „hydraemiás plethora“ nem létező réme ellen küzdve (l. *Bamberger*, *Lichtheim*,³³ *Benzur* és *Csatáry*,³⁴ *Jendrassik*)³⁵) a szivve háramló nagyobb munkát a keringő vérmennyiség süllyesztése által igyekszik lefokozni. Minden ilyen törekvés, legyen az kezdetleges módon formulázva — mint *Valsalvánál* s kortársainál — vagy tetszetősen megokolva, mint *Wunderlichnél* s *Oertelnél*: eleve meddő, mert egyrészt a test vértömege, másrészt ezen érték s az edényrendszer ürtere közötti viszony sokoldalú élettani kutatás szerint (l. *Worm-Müller*,³⁶ *Regéczy*,³⁷ *Johansson* és *Tigerstedt*)³⁸) nagy fokban constans; s a priori káros, mert a süllyedt keringési középsebesség az ilyen eljárás (feltett, de meg nem engedett!) sikere esetén nem gyarapodnék, hanem süllyedne. Az ilyen téves iránynak eleve útját szegi a gyógyítás céljának olyan meghatározása, mely a jelen dolgozatban foglalt fejtegetésekből közvetlenül folyik, a mely szerint: a szívbetegségek therapiájának célja a keringési középsebesség normalis értékének helyreállítása s ezelszerűtlen minden olyan beavatkozás, mely ezzel ellentétes irányba tör, a minő *Oertel* éppen említett „víztelítő kúrája“, a minő *Rosenbach* *nak* az edénytonust (az áramlási sebesség rovására!) helyreállítani törekvő ergotin therapiája.

Az incompensatio therapiájának ezen általános meghatározása kézzel foghatóbb alakot ölt, ha a keringési középsebesség therapeutice befolyásolható tényezői után kutatunk. Mint ilyenek egyedül a szív motorikus ereje s a környéki edényrendszerbe iktatott akadályok jönnek számba, miután a keringés egyéb mechanikai tényezői, mint a vér tömege,

cohaesionalis alkata, élettani constansok s ténykedésünk által nem befolyásolhatók. Alapjában irrelevans, hogy ezen hozzáférhető tényezők melyikének révén állítjuk helyre az áramlás középsebességét. Eleve valószínű, hogy az esetek túlnyomó számában a vér áramlásának főforrását, egyszersmind legnagyobb ingadozásokat mutató, tehát legkönnyebben befolyásolható tényezőjét választjuk gyógybeavatkozásunk támadáspontjává: t. i. a szív munkáját. De nem minden esetben lehet a szív a therapia támadáspontja! Ezen szempontból megkülönböztetendő az incompensatio azon alakja, mely a szív motorikus gyengeségéből eredt s asystoliával párosult, attól, a melynél a szív dacára legnagyobb fokra esigázott munkájának s megfelelő erősbödésének, nem bírja compenzálni a nagy fokra fejlődött billentyűbajt, mert a billentyűbaj túlnőtt azon a határon, a meddig a szivizom fokozott működése által kiegyenlíthető; az előbbi alaknál a szivesücslökés gyenge, a pulsus kicsi, könnyen elnyomható, gyakran arhythmias, passiv tágulás, esetleg relativ insufficientia fejlődhetik stb.; az utóbbi csoportot *Jendrassik* tanár következőleg jellemzi: „A szivműködés erőteljes lesz, a szivesücs megfelelőleg a bal szív túltengésének erősen ki- és lefelé tolódott (aortainsufficienciáról van szó!), minden verés megrázza a mellkas falát; e mellett az érelkés nagyhullámú, elég erős...“ Az előbbi alak, különösen a kéthegyű billentyű bántalmaira, az utóbbi az aortabillentyűelégtelességre jellemző; az előbbi esetben korlátlan alkalmazást nyernek a sziveszerek; utóbbi esetben ezek alkalmazása czéltalan, sőt káros. Az utóbbi esetben a szivnek nem lévén több disponibilis ereje, a melyet gyógybeavatkozásunk actióba hozhatna, az akadályok süllyesztése által igyekszünk a keringés középsebességét helyreállítani, a minek eszkoze a környéki kis edények kitágítása. Az ilyen therapia elméleti megokolása képezte jelen dolgozat célját. A vizsgálatok az I. belgyógyászati klinika beteganyagán, ugyanannak laboratoriumában történtek; az ott részemül jutott pártfogásért s támogatásért őszinte köszönetem kifejezésével tartozom méltóságos *Korányi Frigyes* tanár úrnak, úgyszintén *Korányi Sándor* tanár úrnak, a ki a vezetése alatt álló laboratoriumban végzett munkálataimat szives érdeklődéssel kísérte s becses tanácsaival támogatta; hálásan mondok végre köszönetet *Jendrassik Ernő* tanár úrnak buzdító s meleg érdeklődésért, a melyet szerény igyekvésemtől — melynek csirája tőle ered — mindvégig meg nem vont.

Irodalom:

- ¹ *Corvisart*: Essai sur les maladies et les lésions organ. du coeur. et cet. 1806. — ² *Dr. H. Bamberger*: Lebrbuch d. Krankheiten d. Herzens. 1857. — ³ *Haidenhaim*: Pfüger's Arch. 49. S. 209. 1891. — ⁴ *Cohnstein*: Virchow's Arch. 143. Pfüger's Arch. 60., 61., 62. — ⁵ *Starling, Bayliss & Starling, Starling & Tuby*: Journ. of physiol. 1894., 1895. — ⁶ *Marey*: Circulation du sang p. 323. — ⁷ *Gull & Sutton*: Med. chir. Transact. Tome 55. 1872. — *Lemcke*: Deutsch. Arch. f. kl. Med. 35. S. 148. — ⁸ *Renault*: De l'opium dans la medication tonique. Thèse de Paris. 1876. — ⁹ *Huchard*: Journal de Thérapie 1877. Union méd. 1878. — ¹⁰ *Gubler*: Indications comparées de la morphine et de la digitale et cet. Journ. de Thérap. 1877. — ¹¹ *Dujardin-Beaumez*: Leçons de clinique therapeut. 1885. Tome I. page 126. — ¹² *Jendrassik*: A szervi szivbajok kórtana s orvoslása. Klinikai füzetek I. évf. 8. füzet. 1891. — ¹³ *Noorden*: Charité-Annalen V. — ¹⁴ *François-Franck*: Gaz. hebdom. de med. et chir. 1887. p. 228. — ¹⁵ *Rosenbach*: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. IX. p. 1. — ¹⁶ *Rosenbach*: Die Anwendung von Mutterkornpraeparaten bei Herzkrank. Berl. kl. Wochenschr. 1887. Nr. 34. — ¹⁷ *Gubler & Labbé*: Commentaires etc. P. 272. — ¹⁸ *Dupuy*: Les alcaloïdes. Tome I. p. 158. — ¹⁹ *Witkowski*: Arch. f. exp. Path. u. Pharm. VII. — ²⁰ *Rosbach, Nothnagel-Rosbach*: Arzneymittellehre. 3. Aufl. S. 618. — ²¹ *Martin*: Gazette des hôpitaux. 1874. — ²² *Schüle, Wolff*: idézi *Preisendorfer*. — ²³ *Preisendorfer*: Zur Lehre von der Wirkung der Narkotika. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 25. — ²⁴ *Christeller*: Zeitschr. f. kl. Med. III. 1881. — ²⁵ *Sophie Fränkel*: Deutsch. Arch. f. kl. Med. 46. — ²⁶ *Kobert*: Handbuch d. Toxicologie, I. S. 494. — ²⁷ *François-Franck*: Gazette méd. de Paris 1879. p. 271. — ²⁸ *Bókai A.*: Orvosi Hetilap 1886. 1114. O. — ²⁹ *Korányi S.*: Magy. orv. Arch. 3. és 6. b. füz. Orvosi Hetilap 1895. 1. és 2. sz. — ³⁰ *Hope*: Herzkrankh. übers. v. Becker. Berlin 1839. (az eredeti: London 1832.). — ³¹ *Wunderlich*: Handb. d. spec. Path. u. Ther. II. Aufl. 1856. Bd. III. — ³² *Oertel*: Die chron. Herzmuskelerkr. etc. Verh. d. VIII. Congr. f. int. Med. 1888. — ³³ *Lichtheim*: Ugyanott. — ³⁴ *Benzur & Csatáry*: Verhältniss der Oedeme zum Haemoglobingehalt d. Blutes. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 46. — ³⁵ *Jendrassik*: Quecksilberdiurese. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 47. — ³⁶—³⁸ *Tigerstedt*: Physiologie d. Kreislaufes. 1893.

Közlemény a Tauffer Vilmos tanár vezetése alatt álló II. szülészeti és nőgyógyászati klinikáról.

A magas fogóról, különös tekintettel a szűk medenczékre.

Közli: *Tóth István dr.*, egyetemi tanársegéd.

(Folytatás.)

A másik alább közölt eset élénken illusztrálja egy ugyanazon egyénnek egy ugyanazon szülésénél (iker), mennyire nem egyenlő azon hatás, a mit a gyorsan áthaladó, utoljára jövő fej fejt ki a méhszájra, azon feszítéssel, a mit a fogó által lassan átvezetett fej a méhszájra gyakorol:

E szülés története:

I. sz. eset. W. N. (1888. k. 384. sz.), 30 éves, II P.; az első forceps, halott magzat; II-dik rendes. Terhessége végén, 1888. november 17-dikén hajnalban kezdődnek szülőfájdalmak, pár óra múlva elfolyik magzatvíze: renyhe szülőtevékenység, 24 óra múlva hozzák be klinikánkra: méhszáj 3 ujjnyi, a bemenet felett mozgatható fej, rendkívül tágult has, ikerterhesség gyanúja; medencze rendes (24., 27., 20.); 12 órai megfigyelés után a fej a bemeneten rögzített, méhszáj-szelek oedemásak. Az anya kimerült volta, másrészt a szülés elhúzódása, a magzat veszélye, a szülés befejezését javálja.

A szülést vezető tanársegéd magas-fogót alkalmaz, erőyes tractiók után lehozza a fejet a kimenetig, majd ekkor a harántul álló feje a ferdében közönséges fogót alkalmazva fejtetőfekvés mechanizmusa szerint fejt ki a fejet.

A magzat algid asphyxiában születik, 120 Schultze-féle lobálásra életre tér (hossza 51 cm., súlya 3000 gm., fejkerülete 35).

A szülőnő a narkosisból csakhamar felébred, *semmi vérzés*; a vizsgálat megerősíti az ikerterhesség felvételét; a II-dik magzat koponyafekvésben.

A nő közérzete a méhnek részben való kiürítése után lényegesen javul, szülőfájdalmak igen gyérek, magzati szívhangok jók; II. búrok áll, semmi indicatio a beavatkozásra.

19 óra múlva: fej a bemenetre reányomva, 4 ujjnyi méhszáj. A szülőfájások erősbbitése ezéjából művi burokrepsztes. Újabb 5 óra múlva: anya hőmérséke 39.7 C^o, P. 112, méhszáj bőven 4 ujjnyi, mindkét oldalon mérsékelten berepedve, szélei duzzadtak, gáton és végbél körül oedema. Feltétlen indicatio a szülés befejezésére. Időközben másik tanársegéd vette át a szülés vezetését s daczára az előző magas-fogó jó sikerének lábafordítást végez, a mely minden nehézség nélkül sikerült; az ezt követő extractiónál azonban mindkét kar kifejtése nagy nehézséggel jár, közben a bal clavicula törést szenved s a fej kifejtése is csak hosszas erőlködés után sikerül, a magzat halva jön a világra (hossza 54 cm., súlya 3700 gm., fejkerülete 36 cm.).

A magzat születése után nagyfokú vérzés lép fel, a melyet az uterus atoniája mellett mindkét oldalon a hüvelyboltozatig terjedő cervix-repedés tart fenn; mindkét oldali repedést két-két Lumniczer-féle esipővel látják el, mivel a beteg állapota a rendszeres varrást nem engedi meg s az atonia ellen a szokásos eljárásokkal küzdenek. Az erős vérvesztés folytán szülőnő pulsusa igen szaporá, gyenge s analepticák adagolására van szükség. A nő a vérzés megszűnte után pár óra múlva szedi össze magát.

A gyermekágy a II. naptól kezdve napokon át lázas, a minék oka a hüvelyi zúzódások s a cervix-repedések fekélyesedése.

XV. napon hagyja el az intézetet.

Ezen eset mutatja, hogy még kellő módon elő nem készített méhszáj mellett végzett magas-fogó sem okoz nagyobb sérülést, de még olyat sem, mint ugyanolyan, avagy talán még kedvezőbb viszonyok között végzett fordítás, illetőleg extractio.

Igaz, hogy súlyra, hosszúságra nézve fejlettebb volt a II-dik magzat, de a fej körfogatában levő 1 cm.-nyi differentiát minden esetre kiegyenlítette a fogó 2 kanala; nem is a fej nagysága volt oka a méhszáj-, illetőleg cervix-repedésnek, de létrejött azért, mivel a magzat utoljára jövő fejtét lehető gyorsan kellett áthozni a méhszájra, illetőleg a szülőcsatornán s még így sem sikerült a magzat életének megmentése.

A mi magas-fogóműteteinknél a szülés III-dik időszakát illeti, az összes 46 fogóműtét, illetőleg fogókísérlet után rendes volt 36 esetben; az erős vérzés miatt művileg kellett a lepényt leválasztanunk 1 esetben; a szülés befejezését atonia követte 7 esetben s ezek közül 4 esetben tamponáltuk a méhűrt a nagyfokú atonia miatt, a mit azonban 3 esetben a cervix-repedése súlyosbbitott.

Látjuk ezekből, hogy a lepényi időszak, illetőleg a méh összehúzódása szülés után, ha nem is oly kedvező mint rendes, spontán szülésnél, de nem kedvezőtlenebb mint más, a szülést befejező, illetőleg a méhet gyorsan kiürítő műtét után.

A fentiek bizonyítják, hogy a magas-fogó egyáltalán nem oly veszélyt hozó az anyára, mint azt általában hirdetik, nem oly véres műtét a fogó, mint azt Münchmayer, Wahl mondják, de sőt mindenképen enyhébb eljárás, mint a fordítás s különösen a fejről lábafordítás, a mely első sorban az infectio szempontjából is veszedelmesebb, mint a fogó: könnyebb egy kifőzhető fémesszközt sterilizálni, mint a kezét, a beható kézből vaginális váladékot (abban esetben levő bacteriumot) visszafelé a méhűrbe, mint a fogónak besikló kanala; továbbá könnyebben sérül (reped) a méh fordításnál, mint fogóműtétnél; ritka alkalom, hogy a leirottakhoz hasonló esetekben, már jó előre álló buroknál vagy kevéssel a magzatvíz elfolyása után végezzük a fordítást (prophylacticus fordítást), rendesen csak akkor foghatnánk hozzá, ha a fej valamely térarytalanság (ritkán hibás tartás) miatt beilleszkedni, illetőleg a medencze bemeneten átjutni nem tud, már pedig ekkor, még a legnagyobb óvatosság daczára is, előfordulhat kisebb-nagyobb sérülése a méhnek, a mit magas-fogóműteteinknél egyetlen esetben sem észleltünk, de a mit fordítások után többször olvastunk s sajnos magunk is észleltünk, a mennyiben a klinikán a magas-fogó *indicatiójához csaknem hasonló* alapon végzett 9 eset közül, a hol *fejről-lábafordítást* végeztünk, hibás tartás, illetőleg a fej beilleszkedésének hiánya miatt, részint rendes, részint szűk medenczénél, *2 esetben repedt meg a méh*.

Szabadjon e 9 esetet alább összeállítanunk épen azért, hogy párhuzamba állíthassuk ennek eredményét minden tekintetben, ugyanazon intézet körében végzett fenti magas-fogóműteteinkkel. (Lásd a 142. oldalon levő táblázatot.)

Aránylag kevés esetben végeztünk fordítást fejről-lábra azon célból, hogy a hibás tartást (2 arczfekvés) javítsuk, illetőleg, hogy a fej be nem illeszkedése folytán elhúzódó szülést előresegítsük; s e 9 fordítás is (nem vehetem e keretbe a köldökzsinór-kar előesés, illetőleg az elülfekvő lepény miatt végzett fejről-lábafordításainkat, melyek természetesen más alapon nyugszanak) a régiebb évekre esik (1 kivételével a 80-as évekre); ennek oka pedig egyszerűen az, hogy látva mindinkább épen a magas-fogó által elért sikeres eredményeinket, kérdéses esetben a fogót választottuk.

E 9 fordítás tanúsága:

Fordítottunk: I P.-nál 1-szer (arczfekvés, fekvés javítás)

II P.-nál 5-ször

III P.-nál 3-szor.

Rendes volt a medencze 2 esetben, szűkült 7-szer és pedig lapos 3 esetben, általánosan szűk 4 esetben. A conj. diag. 11 cm. felett volt 2-szer, 10—11 cm. között 3-szor, 10 cm. 2 esetben.

A fej 2 esetben volt (rendes medenczék) beékelve a medencze bemenetben (magas-fogót ez időben egyáltalán nem alkalmaztunk), 7 szer a felett, 2 esetben arczfekvésben, 7-szer koponyafekvésben.

Indicálta a fordítást 2 esetben az *arcztartás correctiója* (1-ször I P.-nál, 2-szor egy II P.-nál [I. II. sz.]), 7 esetben a beilleszkedés hiánya, hőemelkedés, illetőleg a magzat veszélye.

A fordítás kivihető volt 8 esetben, 1 esetben (cervix kinyulás) csak kísérlet maradt. A 8 közül sikerült a magzat extractiója 7 esetben, 1 esetben az utoljára jövő fejet perforálni kellett.

Élő magzat 5 esetben (55.5%), halott 4 esetben (2 perforatio) (44.4%).

Az anya *lágyrészei*: mindegyik esetben zúzottak; a gát berepedt 1-szer; méh-repedés 2-szer (*mindakettő halálos kimenetellel*).

Kilencz közül elvesztettünk 2 anyát = 22.2% s a 9 közül megmentettünk 5 magzatot = 55.5%.

Határozottan rosszak e fordítási eredményeink, de annál pregnansabban bizonyítanak a csaknem hasonló körülmények között végzett magas-fogóműtetek hasznos, eredményes volta mellett.

Azt *bizszük*, nem is szükséges részletesebb párhuzamot vonnunk e két eljárás különböző eredményei felett, annyira feltűnően beszélnek a fenti szám adatok.

(Folytatása következik.)

Fejről-lábra fordítás, hibás tartás, illetőleg beilleszkedés hiánya miatt a szülés befejezése czéljából.

Sorszám	Év, fejlap-szám	Név, kor	Hányadik szülés? Előző szülések	Vajudás tartama	Magzatvíz elfolyása	Medence	Fej állása	Méhszáj	Indicatio	Műtét	Magzat	Lepényi időszak	Sérülés	Gyermekágy	Megjegyzés
I.	1883. 563.	J. K. 28 éves	II P., első fogó, élő magzat	47 óra	32 óra előtt, 4 ujjnyi méhszáj mellett	28.5, 32, 18.5 rendes	I. kf., a medence bemenetben rögzítve	Tünőfélben, oedemás szélekkel	Hosszú kitolás, bűzös magzatvíz, fájdalomgyengeség, T. 38.0 C.º	Fejről lábrafordítás; fejkifejtés nehéz	Élő, fiú, asphyctikus. 55 cm., 3000 gm., 34 cm.	Rendes	Zúzó-dások	2 napon át lázas, bűzös folyás	—
II.	1885. 276.	G. F. 25 éves	II P., első rendes	3 óra	1 1/2 óra előtt, 4 ujjnyi méhszáj mellett	23, 26, 18. Belső vizsgálat rendes viszonyokat mutat	I. arczfekvés; a medence bemenetben beékelve	4 ujjnyi	Megkíséreltetett az arcztartás correctiója, közben a magzati szívhangok gyérülése	Fejről lábrafordítás; könnyen ment, extractio	Élő, fiú, asphyctikus. 51 cm., 3500 gm., 36 cm.	Rendes	Zúzó-dások	Lázás; endometritis, ulcus	—
III.	1885. 408.	Z. M. 23 éves	II P., első fogókísérlet után spontan szülés, halott magzat	13 óra	2 1/2 óra előtt	26, 27.5, 19, c. d. 10.75 cm., lapos	II. kf., a bemenetre reányomva	Bőven 4 ujjnyi	Beilleszkedés hiánya; a magzat veszélye	Fejről lábrafordítás, extractio, sok baj a karok kifejtésével	Élő, fiú, asphyctikus. 50 cm., 2950 gm., 34.5 cm.	Rendes	Zúzó-dások	2 napon át mérsékelt láz, bűzös folyás	1886-ban (474. sz.) spontan szülés
IV.	1885. 423.	P. A. 37 éves	IV P., előzők spontan, I-ső halott	23 1/2 óra	8 óra előtt, tünőfélben levő méhszáj mellett	28, 29, 19, conj. d. 11.5 cm., lapos	I. kf., a bemenetre nyomva	Eltűnt	8 órai kitolás alatt beilleszkedés hiánya	Fejről lábrafordítás; karok felsapódtak	Élő, leány, 50 cm., 3300 gm., 35 cm.	Lepényrészlet kihozatala	Zúzó-dások	Lázás, endometritis, exsudatum	—
V.	1887. 584.	K. F. 34 éves	II P., első farkékvés halott magzat	48 óra	6 óra előtt	24, 26, 17, conj. d. 10 cm., általánosan szűk	I. kf., a bemenetre nyomva	Tünőfélben	Beilleszkedés hiánya, T. 38.6 C.º (Élő magzat)	Fejről lábrafordítás, nehéz extractio	Halott, 51 cm., 3200 gm., 35 cm.	Rendes	Ruptura uteri (át-hatoló)	Peritonitis, mors a II. napon	—
VI.	1887. 429.	G. E. 20 éves	IP.	14 óra	1/4 óra előtt	25 1/2, 28, 17, conj. d. 10.2 cm., általánosan szűk	I. arczfekvés, fej a bemenetben	4 ujjnyi	Fekvésjavítás (élő magzat)	Fejről lábrafordítás, nehéz extractio	Halott, fiú, 52 cm., 3250 gm., 36 cm.	Rendes	Zúzó-dások	3-szor T. emelkedés, ulcus	—
VII.	1888. 418.	P. T. 24 éves	II P., első rendes	21 óra	12 óra előtt, 4 ujjnyi méhszáj mellett	23, 26, 18, conj. d. 10.0 cm., általánosan szűk	II. kf., fej a bemenetre nyomva	4 ujjnyi	Beilleszkedés hiánya, T. 38.2 C.º	Fejről lábrafordítás, könnyű extractio	Élő, fiú, 55 cm., 3300 gm., 34 1/2 cm.	Rendes	Gátrepedés	Láztalan	—
VIII.	1889. 7.	B. K. 27 éves	III P., I. fogó, II. spontan	18 1/2 óra	7 1/2 óra előtt, 4 ujjnyi méhszáj mellett	23, 26 1/2, 17 1/2, conj. d. 11.2 cm., általánosan szűk	II. kf., fej a bemenetre nyomva	4 ujjnyi	Beilleszkedés hiánya, cervix megnyulás (!) T. 38.5 C.º, (élő magzat)	Fordítási kísérlet, perforatio	Halott, 2800 gm.	Rendes	Zúzó-dások	Láztalan	—
IX.	1891. 275.	K. H. 35 éves	IV P., 2 első halott orvosi segélyvel, III-dik klinikánkon harántfekvés fordítás, élő magzat	24 óra	6 óra előtt	26, 27, 17.5, conj. d. 10.0 cm., lapos medence	I. kf., a bemenetre nyomva	Tünőfélben	Hosszú kitolás mellett beilleszkedés hiánya, (élő magzat)	Magas-fogókísérlet, majd fordítás, az utoljára jövő fej perforatioja	Halott, fiú, 56 gm., 4400 gm.	Rendes	A cervix mellül harántul átrepedt	Ruptura ut., peritonitis, mors a IV. napon	Lásd: magas-fogókísérletek között 37. sz. alatt; részlete-sen is le-írva

Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati tapasztalatok.

Új eljárás a vér vastartalmának mennyileges meghatározására.

Autoreferatium *Jolles Adolf* dr. tól Bécsben.¹

A vér haemoglobin-tartalmát a vérnek vastartalmából mennyilegesen meg lehet határozni. Hogy ezt az eljárást klinikai célokra eddigéig nem használták, annak egyedüli oka az volt, hogy az eddigi eljárások sikeres alkalmazásához nagyobb vérmennyiségre volt szükség. Az én eljárásom segítségével a vér vas-, illetőleg haemoglobin-tartalma mennyilegesen már mininalis vérből is meghatározható.

Methodusomnak lényege az, hogy 0.05 cm. vért, melyet tűszúrással az ujjak hegyéből könnyen meg lehet szerezni, porcellán- vagy platintégelyben Bunsen-lángon hamúvá égetek és a visszamaradó vörös vasoxydot 0.1 gm. vízmentes savanyú kénsavas kaliummal kezelvén, majd vízzel kimosván, az oldat vastartalmát colorimetrikus úton határozom meg.

A vérvétel a tüvel megszárt ujj hegyéről capillarpipettával történik, a melynek oldalaira hozzátapadt vér itatóspapírral le-törölendő. Hogy a vizsgálathoz szükséges 0.05 cm. vérből a pipettában semmi vissza ne maradjon, midőn azt a platin- vagy porcellántégelybe bocsátjuk, a pipettán néhány csepp destillált vizet is át kell bocsátani. A vérnek elhamvadása a Bunsen-láng fölött 6—8 percz alatt végbemegy. E hamúhoz 0.1 gm. vízmentes, savanyú kénsavas kalium porát hozzáadva, ezt a Bunsen-lángon megolvastjuk, majd lehülése után az egész tömeget forró destillált vízzel üvegedénybe öntjük. Egy másik üvegedényben van az összehasonlító folyadék, melynek vastartalma pontosan meg van határozva. Legjobb, ha ez köbcentimeterenkint 0.00005 gm. vasat és 0.1 gm. vízmentes savanyú kénsavas kaliumot tartalmaz. (Ennek előállítására vonatkozólag l. a „Berichte der kais. Academie der Wissenschaften, 1896. Bd. CV. Abth. II. b.“-ben megjelent értekezésemet.)

A vérbeli vas quantitativ meghatározása már most úgy történik, hogy egy üveghengert bizonyos magasságig megtöltünk a vizsgálandó folyadékkal, egy másik üveghengerbe egy cm. összehasonlító folyadék jön és hozzá annyi forró destillált víz, hogy a folyadékoszlop épen olyan magas legyen, mint a minő az első üveghengerben a vizsgálandó folyadéké. Ezután mindkét üveghengerbe egy-egy cm. rhodanammium-oldat (7.5 : 1000) öntendő. Erélyes összerázás után mindkét üveghengert fehér alapra állítjuk és a folyadékoszlopokon áttekintve, az erősebb színű folyadékból annyit folytatunk ki, a míg a már most különböző magasságú folyadékoszlopokat egyenlő színűeknek látjuk. Az ismeretes oldatból visszamaradó folyadéknak megfelel a vér vastartalma.

E vizsgálathoz természetesen a vértartalomnak csak térfogatossá százaléka tűnik ki, hogy a súlyszázalékot is megkapjuk, ahhoz a vér fajsúlyának meghatározása is szükséges, én azonban úgy hiszem, hogy a klinikai vizsgálatokból ki fog tűnni, hogy az említett térfogatossá százalékok mint relativ számok magukban is értékesíthetők lesznek diagnostikus szempontból, úgy hogy a vér fajsúlyának esetenként való meghatározása feleslegessé fog válni.

Methodusomnak pontosságát ellenőrzendő, friss marha- és disznóvérben összehasonlítólá határozottam meg a vas mennyiségét és azt tapasztaltam, hogy az eredmények, melyeket a colorimetrikus módszerrel elértém, alig különböznek az egyéb methodusok által kapott eredményektől.

A számadatok azt bizonyítják, hogy az eljárásomnál előforduló relativ hiba oly csekély, hogy a colorimetrikus módszer analitikus pontosságához kétség nem fér.

Tíz egészséges és két sápkóros egyénnek vérét e módszer szerint vizsgálva, a következő eredményeket kaptam. (Mégjegy-

zendő, hogy a haemoglobin meghatározása a vastartalom százalékából e képlet szerint történt: $\frac{100 m}{0.42}$, a hol *m* a talált vas súlyának százalékát jelenti.)

Az egyén neve	Az egyén kora években	Vértajsúly	Vas súlyszáza- lékban	Hb. a vastarta- lomtól	Hb. Fleischl szerint (absolut szám)	Hb. Fleischl szerint száza- lékban	Vörös véresejt száma 1 kmm. vérben
1. Egészséges egyének (férfiak).							
J—s	33½	1 0620	0 0681	16 21	105	14 7	5 950,000
K—n	28	1 0550	0 0562	13 38	90	12 6	nem határozottatott meg
M—r	22	1 0560	0 0578	13 76	90	12 6	"
S	34	1 0300	0 0641	15 23	95	13 3	5 800,000
L—b	26	1 0590	0 0333	15 07	90	12 6	nem határozottatott meg
K—r	23	1 0520	0 0526	12 52	81	11 2	4 870,000
G—r	36	1 0590	0 0308	14 47	92	12 3	5 520,000
W—sch	35	1 0590	0 0544	13 66	85	11 9	5 200,000
W—r	38	1 0660	0 0720	17 14	105	14 7	nem határozottatott meg
L. N.	27	1 0640	0 0682	16 23	98	13 7	6 120,000
2. Anaemiások.							
F. (nő)	?	1 0498	0 0433	10 3	65	9 1	3 500,000
O—z (férfi)	28	1 0510	0 0441	10 5	65	9 1	3 750,000

Ezen vizsgálati eredményekből az is kitűnik, hogy a vas-, illetőleg haemoglobintartalom egészséges egyének vérében nagyobb számokat is mutathat, mint a mennyit rendszeren felveszünk.

A vér vastartalmának mennyileges meghatározása az én módszerem szerint 10—15 percz alatt ejthető meg, feltéve, hogy a szükséges oldatok kéznél vannak.

Végül megjegyzem, hogy a módszerem végrehajtásához szükséges eszközök és oldatok kis szekrényben összeállítva Reichert Károly bécsi optikai intézetében kaphatók.

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(X. rendes ülés 1897. márczius 13-dikán.)

Elnök: *Réczey Imre*; jegyző; *Lévai József*.

A szakáll rendellenes fejlődésének esete.

Schein Mór dr.: A 36 éves férfi felső ajkának jobb felén nem fejlődött bajusz. Megjegyzendő, hogy alopecia areata, heg az illető helyen vagy hemiatrophia faciei nincs jelen. A bajusz jobb felének hiányát bemutató a musculus orbicularis oris jobb felének hiányos fejlődéséből magyarázza; ezen hiányos fejlődés jelei csakugyan láthatók is a betegben. Ezen eset bemutató szerint nemcsak azt igazolja, hogy — a mint ő fölveszi — a szakáll növése az arcizmok növéseinek következménye, hanem igazolja elméletének második részét is, mely szerint ugyanakkor, a mikor az izmok nőnek, a bőr sík irányban való növéseben szűnet áll be, illetőleg ott, a hol szőr nő, kisebb a bőrnek sík irányban való növése.

A magyar munkás táplálkozása.

Farkas Jenő dr.: Jelenleg arra a kérdésre, hogy hogyan táplálkozik Magyarország lakossága, nem tudunk határozott feleletet adni. Tíz év előtt ugyan Keleti Károly megpróbálkozott e kérdés tanulmányozásával, de munkája adatainak megbízhatóságára nézve a szigorú bírálókat nem állja ki.

Előadó igyekezett maga szerezni be adatokat arra a kérdésre nézve, hogy a lakosság miként táplálkozik. Az adatgyűjtést első sorban a mezei munkások táplálkozására terjesztette ki, minthogy ezek túlnyomó részét teszik az ország lakosságának, de egyébként is leg-érdekesebb tanulmánytárgyat képeznek. A magy. kir. földművelési minister pártfogásával, a ki az előadó által szerkesztett kérdőíveket a gazdasági tudósítónak küldte meg kitöltés végett, több mint 600 kitöltött kérdőív állott rendelkezésre. Az elfogyasztott tápszer mennyiségére nézve használható adatokat lehetett beszerezni a munkásoknak a nagy mezei munkák idején való táplálkozására nézve. Az ország különböző részeiből 8 ilyen táplálkozási típus számadatait mutatta be az előadó: 1. a esongrádmegyei helybeli lakos; 2. az Abauj-Tornamegyében arató mezőkövesdi matyó; 3. a fejjermegyei sárbogárdi lakos; 4. a nógrádmegyei; 5. a Nyitra vármegyében arató trencsényi;

¹ Szerző e tárgyról a bécsi orvosegyesület 1896. december 18-diki ülésén értekezett.

6. a szilágyvármegyei oláh; 7. a kolozsmegyei oláh és 8. a Máramaros vármegye felsővidéki ruthén táplálkozás módját, a nagy mezei munkák idején.

Ezekre vonatkozólag kiszámította a naponként felvett fehérnye, zsír és szénhidrátok mennyiségét.

A bemutatott typosok egy részében a fehérnye, zsír és különösen szénhidrát jelentékenyen több van, mint a mennyit physiologiai kísérletek szerint erős testi munka mellett a szervezet megkíván, kivételt képez az 5-dik és 7-dik typos, a melyben a fehérnye s az 5-dikben e mellett még a zsír is elégtelen.

Azonban a látszólag jó táplálkozást mutató többi typosban sem oly kedvezők a viszonyok, mint első pillanatra látszik, mert a felvett tápszerek leginkább növényi tápszerek, a miket az emberi szervezet nem tud jól kihasználni. Részben olyan növényi terményekből — árpa, zab — kerül ki a tápszer egy része, a melyek különösen rosszul emészthetők.

A munkásnál a jó táplálkozás nem fényezés, hanem befektetés, a mi munkaerejét és keresetképességét növeli.

Magyarország lakosai között a magyar és német táplálkozik legjobban; legrosszabbul a tót, ruthén és oláh.

A magyar faj szaporodása érdekében fontos, hogy a magyar mezei munkás a táplálkozás tekintetében való igényeit ne szállítsa lejjebb.

Donáth Gyula: Szóló is foglalkozott ezen dolgokkal és kimutatta azon romboló hatást, a mi az elégtelen táplálkozásból és a nem elégtelül higiénikus és társadalmi viszonyokból a munkásokra és az összlakosságra háramol. Szóló az 1894-ben tartott hygieniai és demografiái congressuson előadást tartott a kulturálmunka testi elsatnyulásáról, a mi nem onnan ered, hogy a munkás nem akarja a jót megenni, hanem onnan, hogy kereseti viszonyai elégtelenek. Ennek következménye az, hogy a mint 25 év óta a sorozási statisztikák mutatják, Magyarország lakossága évről évre satnyul, évről évre nagyobb a katonai szolgálatra alkalmatlanok száma. Természetes, hogy ez első sorban az elégtelen táplálkozásban és rossz higiénikus viszonyokban leli magyarázatát, a mik pedig a rossz kereseti viszonyokkal függnek össze; két nagy factor játszik itt közre: az egyik a szegény lakosság elégtelen táplálkozása, a másik a felsőbb tízezer élvhajhászása: ez az oka a kulturálmunka elsatnyulásának.

Attér most szóló a terapiára: szóló egészen pontosan megállapította és kimondotta, hogy ez a munkaidő *reductiójában áll*. A munkaidő megrövidítése hozza magával azt, hogy a munkán kívül állók is foglalkozáshoz juthatnak, felszállnak a munkabérek; ha lesz jobb keresete a munkásnak, meg lesz a jobb táplálkozása is. Hogy a munkaidő megrövidítése a mai társadalmi keretben lehetséges, még pedig kitűnő sikerrel, látjuk Angliában, a hol az arsenálokban a kormány behozta a 8 órai munkaidőt és a cancellár kijelentette, hogy ennél maradjanak, mert a productio emelkedett és a munkás is többet keres; Brümmen az iparkamara a múlt évben egy rapportban a bányászok 12 $\frac{1}{2}$ órai munkaidőjét redukálta 9 órára és az eredmény az volt, hogy fejenként a bányász több szénét hozott fel, a munkás jobban kipihente magát, többet dolgozott, többet szerez és lehetséges lesz még 8 órára reducálni a munkaidőt.

Friedrich Vilmos: Szóló Bókay Árpád tanár felszólítására foglalkozott a fővárosi gyári munkások táplálkozásának kérdésével olyformán, hogy a székes fővárosi gyári munkás tud-e úgy táplálkozni, hogy a fehérnye, zsír és szénhidrát egyensúlyát meg tudja tartani, hogy táplálkozása megfelel-e az egyensúlynak, vagy ha változik, mi az, a mi változik. Úgy mint előadó, szóló is kiszámította a megfelelő százalékokat, összehasonlítván a keresményt a piaci árakkal, vajjon vegyes táplálkozással élhet-e keresményéből; különbséget kellett tenni a női és családos munkások között; hogy a munkás mennyit fordíthat táplálkozásra, tekintetbe kellett venni a ruházatot és a lakás viszonyokat, melyről kitűnt, hogy lakásra keresetüknek legalább 15, de 31 $\frac{1}{2}$ o-át is, átlag 23 $\frac{1}{2}$ o-át fordítják. 10 frt heti kereset után 154 frt évi lakbért fizetnek, s ha még megfelelne a lakás a higiénikus viszonyoknak, nem volna baj, de tudjuk, hogy ez nem áll. A munkás családnak reggelije egy darab száraz kenyér, kivételesen leves, gyermekeinek is az, kivéve a csecsemőt; a családfentartó, mert nehéz munkába megy, kénytelen erejét gyarapítandó, pálinkát venni magához — megjegyzi szóló, hogy nem iparos, hanem gyári munkásról van szó —; a déli ebédjük többnyire nem egyéb, mint burgonyaleves, egyszer-kétszer hetenként hús, egyszer-kétszer tézta, vacsorára hetenként egyszer húst vagy a mi délről maradt; ha ezeket összeadjuk, kitűnik, hogy nem elegendő az anyagcsere-egyensúly fentartására s folyamodnak az alkoholhoz; igaz, hogy Németországban is élnek alcoholal, de ott a pálinka helyett sört isznak és ebben a 2–5 $\frac{1}{2}$ o alcoholon kívül — a pesti pálinkában 50 $\frac{1}{2}$ o alcohol van — czukor, dextrin, sók és aromatikum anyagok vannak. Ha a munkásokkal meg tudnók érteni, hogy pálinka helyett jobb, ha theát, tejet, vagy kávét iszik, az sokkal jobb volna; a munkás tehát reggelizze theát kenyérral, ebédre burgonya, bab, lenese, kenyér, azonkívül sajt, melyet nálunk figyelmen kívül hagynak, vacsorára tej vagy szalonna, kétszer hetenként sertés-, vagy birkahús, ily módon lehetne segíteni a gyári munkás táplálkozási viszonyain; első sorban természetesen a lakás-kérdéssel kellene foglalkozni, azután a pálinkáról kellene leszoktatni őket, népszerű írással és azt elérni, hogy a gyárakban előállítási árkában kaphassanak kávét vagy theát.

Farcas Jenő: Előadó az idő rövidsége miatt csak a mezei munkások táplálkozási viszonyaiával foglalkozott jelen előadásában, reményli azonban, hogy legközelebb a második részt is előadhatja, melyben érinteni akarja azon kérdéseket, melyeket hozzászólók felemlítettek, s melyekre vonatkozólag egyben-másban eltérő szóló nézete felszólalóktól.

Nevezetesen úgy hiszi, hogy a gyári munkások táplálkozása más jellegű, más hibában szenved és egészen más okai vannak, mint a mezei munkásoknak s nagyon életrevalóknak ismeri el azon tanácsokat, melyeket *Friedrich* ajánlott, s melyeknek eredményével volt alkalma szólnak falálkozóin Belgiumban, hol sok igazán tanulságos és nagyon fontos oly egészségügyi intézményt látott, melyek ismertetését előadásába fel is vette.

A mi a pálinkaivást illeti a gazdasági tudósítók jelentéséből kitűnik, hogy oly vidékeken, hol a táplálkozás jó, kevés pálinkát isznak, pl. Bácsmegyében a munkások egymásközt megtiltják a pálinkaivást. Másrészt a felvidéki ruthén vagy az erdélyi oláh nem is köt ki magának egyebet, mint a pálinkát; igaz, hogy tápláléka nem egyéb, mint tengeri liszt s ezt oly tömegben veszi magához, hogy nem használhatja ki, s így a pálinkához folyamodik. Ez tehát egy circulus vitiosus s e tekintetben legfeljebb a papok tehetnének valamit, de azon a vidékeken ők is ebben a bajban leledzenek. A gazdasági viszonyok javítására csökkenne a pálinkaivás.

A munkaidő *reductio* nem segítene a mezei munkások táplálkozási viszonyain, hanem tisztán a belterjesebb gazdálkodás s azt hiszi szóló, hogy az agrársocialismus már is kitűzte egyik kívánságául, hogy a munkás kizárólag készpénzfizetést kapjon, de ez a mint *Bókay* tr. is megjegyzi, s a miben szóló is egyetért, rosszabb, mert igaz, hogy a mezőkövesdi matyó, a csongrádi vagy fehérmegyei magyar jobban fog táplálkozni, ha készpénzfizetést kap, de mint pl. a ruthén-vidékről érkezett gazdasági tudósítás megjegyzi, azon a vidéken egyedül a termény az, a miből a munkás valamit hazavisz, a pénzt a keres-márhoz viszi; ne feledjük el azonban, hogy ama mezei munkásoknak nemcsak nitrogen-egyensúlyban kell lenniök, hanem ugyanakkor izomzatukat is kell növelniök.

Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(III. rendes ülés 1896. április hó 30-dikán.)

Elnök: Navratil Imre. Jegyző: Krepuska Géza.

(Folytatás.)

Hydrops antri Highmori.

Baumgarten Egmont: A 13 éves fiú 2 $\frac{1}{2}$ év előtt vétetett fel a kórházba. Az arez két fele nem symmetricus; a baloldali arczfélén a proc. zygomaticus alatt egy kis alma mekkoraságú, félgömböszerű elő-emelkedés van, a bőr színe rendes, felette elcsúsztatható. Csak erősebb nyomásra fájdalmas, a fossa caninában gyenge fluctuatio érezhető és permangenszerű ropogás észlelhető. A baloldali sulcus labialis elsimult, az orr a jobb oldal felé hajlik. A kemény szájpadsz baloldalt kissé elődomborodik, nyomásra fluctuatio érzetét adja. A szemfogak hiányoznak, a fogak között a distantia a rendesnél nagyobb, az iny messze át-terjed a fogakra. Fájdalmáról beteg nem panaszkodik.

Az orrüreg rendes, csak a külső fal kissé elődomborodik, az ostium maxillare nem kutaszolható és csakis ezen helyen kemény a csont, úgy hogy kutaszszal belülről az üreg meg nem nyitható.

A fossa canina megnyitása után bő savós folyadék ürül ki, az ür eleinte kitamponáltatott, később csak nyitva tartatott és kifecskendezéseket végezték a beteg. Egy fél év után a csontosodás beállott, egy év után az arez rendes lett, jelenleg csak egy kis sipoly van hátra, az egész Highmor-üreg granulatiók által eltűnt.

A hydrops antri Highmori a gyermekkorban nagyon ritkán észlelhető. Miután a megnyitás után az újjal vizsgálva cystának semmi nyoma sem volt ezen esetben a hydrops ex vacuo keletkezését felvehetjük az ostium maxillare obliteratiója folytán.

Haematotympanum, koponya-alapi repedés kapcsán.

Krepuska Géza: Bármely valamire való fülészeti tankönyvben minden szakasz végén ott szerepelnek a hallószerv traumatikus bántalmái, a gyakorlatban mégis a nagyobb erőszakos behatások révén keletkezett hallószerv sérülések ritkábban kerülnek megfigyelésünk alá. Oka ennek az, hogy míg a könnyebb fajta sérülések, mint kagyló, hangvezető, dobhártya esetleg dobüreg sérüléseknél a beteg még fülörvöshöz fordul, de a nagyobb sérüléseknél, a melyek a koponya más esztájaira, különösen a koponya-alapra terjednek, a hol a sziklacsont pyramidalis része az, a mely szenvedett, tehát a sziklacsont ú. n. indirect frakturáinál, a beteg a dolog természeténél fogva sebészi osztályra, illetőleg sebészi megfigyelés körébe jutva, sokszor pontos fülészeti megvizsgálás tárgyát nem képezi. Pedig a hallószerv ezen súlyosabb sérülései fülörvosi szempontból is igen fontosak, mert fülörvosi ismeretekkel a tulajdonképeni összserülés fokát jobban ismerhetjük meg, a mi pedig úgy az esetleges beavatkozás, mint a prognosis, de különösen az igazságszolgáltatás céljából az orvosi véleményadás tekintetében, igen fontos. Különösen azon esetekben, a hol a sérülés nem végződik halálosan, hanem utólagosan kell véleményt alkotni és adni a *functio laesaból* a sérülés fokára nézve. A nagyobb koponya-sérüléseknél, különösen, a melyeknél alap-törés fordul elő, alig van egy is, a mely a hallószervet — akár a sziklacsontra terjedő törés, akár rázkódtatás alakjában — ne érné és így ezen eseteket nemcsak tisztán sebészeti, de fülörvosi szempontból is tanulmányozni szükséges.

Ezen egy eset bemutatásánál nem lehet szándékom az ide vonatkozó, különösen a sebészeti irodalomban tárgyalt és eléggé kidolgozott fejezettel általánosságban foglalkozni, egyszerűen az esetet ismertetni akarom, a mely eset a rendes typutól kissé eltérő.

Az esetet a szt. Rókus-kórház sebészi fiókosztályán *Haberern Pál* barátom szíveségéből észleltem és ezért köszönettel tartozom neki, valamint *Ajtai* tanár úrnak az anyag átengedéseért.

Gyegycs József, 21 éves gácsországi származású napszámost 1893. június 23-dikán verekedés közben földre teperték és a földön fekvő fejére illetőleg a jobb fültájára ellenfele a csizma sarkával rágázott. A beteget eszméletlen állapotban hozták a kórházba, a hol később magához tért. A jobb kagyló felett, kissé mögötte, a csacsnyujtvány alapjának mellső részén 2 cm.-nyire egy vízszintesen lefutó 3 cm. hosszú, zúzott szélű folytonossághiány, melynek mellső lebenye alatt mellfelé kutatva a corticalis ezen részén körülbelül a járomív tövének megfelelőleg lencsenyi területen darabos törést érezni.

Június 28-dikán a beteget megvizsgálva, a következőket találtam. *Baloldalt* negatív dobúri lelet. *Jobboldalt* a fülkagyló mögött, a kagyló csúcsának magasságában vízszintesen haladó, a kagyló körül kissé ívelt, körülbelül 6 cm. hosszú, részben már összetapadt folytonossághiány. *A jobb dobhártya ép, eléggé fényes minden lobos reactio nélkül; kalapács részai jól vehetők ki, a dobhártya mögött kékes-piros színben tűnik át a dobüreg tartalma;* a dobhártya kissé kipúposodó. A külső hangvezetőben vérzés vagy szikkadt vér nem látszik, valamint a hangvezető falán sem lehet kivenni semmi rendellenes állapotot. *Jobboldalt* az igen erősen hangzó hangvillát a beteg a csacsnyujtványon át kissé, a levegőt át nem hallja. (*Rinné „—“*) (*A Weber-szerűt vizsgálataul a beteg nem következtetés.*) *Facialis* hűdés jobboldalt ninesen. *Jobboldalt* kiskökü ptosis; kiskökü sopor és tarkómerevség. Pupillák egyenlők, jól reagálnak. A beteg lázas.

Ezen tünetek alapján fülészeti szempontból a következő diagnosist tettem: *Haematotympanum. Commotio labyrinthi dextri* és valószínűleg *fractura ossis petrosi dextri*.

A beteg meningitis tünetei között július 1-én halt el. A kórmét a boncolás is igazolta. Mint hogy a törvénytörési boncolásra a felszólítás körülbelül csak 6 nap múlva érkezett meg, a hulla a nyári melegben oly erős bomlásnak indult, hogy a készítményt csak macerált állapotban kaphattam meg.

Az elváltozások, a melyek jóformán egyedül a jobb sziklacontra szorítóznak, a következők: *Kívülről* tekintve az erőszak behatolási helyének megfelelőleg a csacsnyujtvány mellső részén repedés látszik, a mely a csacsnyujtvány alapján túl a pikkelyen végződik; ezen repedés középből kiindulva a spina supra meatum alatt a csontos hangvezető hátsó csontfalán vízszintesen haladó és a dobhártya keretnél végződő repedésel összefügg, melynek mintegy folytatása a hangvezető mellső falán haladó és a *Glaser-féle* réssel összefüggő törés. A pikkelyes részen — a *planum temporalén* — a járomívvel párhuzamosan haladó, félholdszerű, hosszabb átmérőjében 4 cm.-nyi törés, melynek lapja a koponya üregbe behorpadt. A pikkelynek a falcsonttal való varratánál egy vízszintesen haladó, körülbelül 4 cm. hosszú repedés látszik. *Belülről* tekintve a pikkelyen fönt leírt törés és horpadás az arteria meningeae media hátsó szarának felel meg. A nyakszirtcsont testén át a foramen jugulare keresztül a sziklacontra pyramidalis részére átesapó törés látszik, a mely a tegmen tympanin végig a fülkürt csontos tetején át a foramen rotundumnál végződik; ezen a sziklacontra pyramidalis részén mintegy harántul menő törés összefüggésben áll a csontos hangvezető már leírt törésével, a mely alul a fossa jugularison át a canalis caroticus hátsó falára folytatódik. A sziklacontra pyramidalis részén harántul vonuló ezen áthatoló repedésből, illetőleg törésből több-kisebb mellékrepedés sugárzik ki, ezek között felemlítendő az, a mely az aquaeductus vestibulae-ig terjed.

Az eset azért nevezetes, hogy ily többszörös sziklacontra törés és repedés, melynél a csontos hangvezető is harántul repesztve volt, nem járt egyszerűs mind dobhártya-repedéssel, a mennyiben, mint ezt az élőben ismételtén láthattam, teljesen ép volt és csak a dobüregben lehetett kórméznai a *transparens* dobhártyán keresztül a vért. Nevezetes továbbá még a sérült oldalon a facialis hűdés hiánya is.

Szenes: A vázolt esetben feltűnőnek találom azon körülményt, hogy a vérömleny a dobüregben a dobhártyán át kórmézhető volt, noha az a dobhártyát sértetlenül hagyván, ezt meg sem repesztette, miért is a külső hangvezetőben vér látható nem volt. Ennek kapcsán merül fel a kérdés, vajjon a boncasztalra került praeparatumon nem vizsgálta-e meg *Krepuska* a dobhártya consistentiáját? Vannak ugyanis az irodalomban felemlített esetek, melyekben dobúri genyedés pl. otogen pyaemiára csak azért vezetett, mert a geny, mely rendszerint a dobüregből a dobhártya áttörése után a külső hangvezetőben jelenik meg, a dobhártyát át nem törhette, még pedig azért, mert ez előttem kóros folyamatok miatt tetemesen megvastagodott volt vagy pedig a dobüregben, szintén már előzetesen létrejött, synechiák a genyvet a külső hangvezetőbe jutni akadályozták. Ha ily eset fennállott volna, a dobhártya áthatásával a vér a külső hangvezetőbe kerül. Trauma következtében a *fractura basis cranii* alkalmával a fülvérzés oly gyakori, hogy sokszor csakis ezen egy tünet miatt is consultálják a fülorvost, midőn azonban a vér rendszerint a dobhártya megrepedése folytán a külső hangvezetőben jelenik meg. A therapeutikus beavatkozás specialis szempontból ilyenkor csak másodrendű lehet, mert a trauma következtében fellépett koponyacsontrepedés, esetleg *commotio cerebri*, súlyos tünetei lépnek előtérbe. Elegendő ilyenkor a tisztántartás és aseptikus tamponálás, ellenben fecskendezés vagy másnemű beavatkozás után a vérzést *suppuratio* fogja felváltani, utóbbi pedig a jelenlévő csontrepedések miatt könnyedén végzetessé válhatik.

Krepuska: Pontosan vizsgáltam és irtam le a dobhártya állapotát — hiszen éppen e körül fordul meg a kérdés —; az teljesen ép és *transparens* volt, mert csakis így számolhattam be a dobüreg tartalma-

ról. Kisebb traumára a kórosan elváltozott, tehát merev dobhártya reped meg és nem az ép. A traumás ruptura és a *suppurativ* folyamatoknál létrejövő spontan perforatiók mechanizmusa között nagy különbség van.

Navratil: *Fractura a sziklacontra* a dobhártya rupturája nélkül a legtrikább esetek közé tartozik. A bemutatott eset sebészi szempontból is figyelmet érdemel, mert a sebészi beavatkozás nagyfokú *commotio cerebri* és *fractura* esetén igen fontos. A sebész a leg gondosabban járjon el, végezzen bemetszéseket még akkor is, ha különben kívülről nem is igen látszanék erre valami nagy ok. A tankönyv ugyan azt mondja, hogy bemetszést csak akkor végezzünk, ha behorpadás vagy hűdés van jelen, én azonban koponyasérüléseknél exploratív metszést, sőt *trepanatiót* mindig szükségesnek tartok. Igaz, hogy az esetek egyik részében talán nem volt indicálva a beavatkozás, de voltak esetek, melyekben idején végzett ily beavatkozással a *meningitis traumatica suppurativát* meg lehetett akadályozni.

Krepuska: Volt alkalmam több súlyos koponyasérülést, koponya-alapi repedést látni, a melyek hol direct, hol indirect módon a sziklacontra is érték, de ezeknél mindig meg volt a jellegzetes fülvérzés is, a mely feltételezte a dobhártya repedését. A bemutatott esetben éppen az a szoktalan és azért is bemutatásra érdemes, hogy — a mint a czimből is kitetszik — többszörös sziklacontra törés és repedés, a hangvezető törése dacára a dobhártya nem repedt meg és így jöhetett létre a haematotympanum.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: *Bókay Árpád*, *Kétli Károly*, *Korányi Frigyes*. Harmadik kötet. *Dobrowsky* és *Franke* kiadása, 1896.

(Folytatás.)

A *bélélősdieknak* változatos fejezetét *Korányi Frigyes* tanár kitünő tollának köszönhetjük. A csekélyebb fontossággal bíró *bél-protozoáknak* tömör leírása után, a klinikailag sokkal jelentősebb *taeniáfajoknak* ismertetését adja s a zoológiai részben beható tanulmányt szentelve a galandférgek érdekes fejlődési pályájának, az általuk okozott kórtüneteknek klasszikus képét nagyrészt saját tapasztalatai és klinikájának gazdag beteganyagára (92 eset) alapján tárja elének. A therapiái résznek kiváló értékű kölesönöz a szerző által módosított és melegen ajánlott filixmas kúrának részletes ismertetése. Az *ascaris lumbricoides*, *oxyuris vermicularis*, *ankylostoma duodenale* és a velük járó tünetsoportnak kimerítő rajza után, a klinikailag fontosabb bélférgeknek és petéiknek sikerült ábrái zárják be a nagybecsű fejezetet.

Az emésztési szervek betegségeinek monographiájában külön rész jutott a *csecsemők gyomor- és bélbetegségeinek*. Jóllehet számtalan betegség nyilvánul a gyermekkorban olyan sajátlagos tünetekkel, hogy azoknak önálló tárgyalása multhatatlanul szükséges, mégis az emésztőszerveknek bántalmait azok, melyek gyakoriságuknál és súlyosságuknál fogva első sorban követelnek összefoglaló ismertetést minden nagyobb belgyógyászati műben, s így már a tökéletesség szempontjából is örvendetes nyereségnek tekinthetjük ezen kézikönyvre nézve, hogy azt hivatott tudósunk *Bókay János* tanár egy becses gyermekgyógyászati részszel gazdagította. Az emésztőszervek betegségei közül a gyermekgyógyászati praxisban legfontosabb *dyspepsia*, *heveny és idült bélhurut*, *tüszős bélglyuladás*, *gyermek-cholera*, továbbá a *zsid diarrhoea*, *gyomor-bélatrophia*: mind megannyi bő tapasztalattal s a legújabb kórtani, bakteriológiai és kémiai kutatásoknak méltatásával készült kitünő tanulmány. A terjedelmes gyógykezelés a mindennapi igényeket messze túlszárnyaló gondos részletességgel mindenekelőtt a csecsemő táplálásnak szentel kiváló teret. Tekintve hazánkban a gyermekhalandóságnak ijesztő statisztikáját, melyben főszerepe van a gyermekek hiányos higiéniai és táplálkozási viszonyainak, nagyon is gyakorlati és alkalmoszerű volt ezen részt, mintegy általános prophylaxist előrebocsátani s a szerzőnek ezen becses diatetikai külön köszönettel tartozunk. A tulajdonképeni gyógykezelésben sűrűn találkozunk a gyomor- és bélmosásoknak indikációival s alkalmazásuknak módszereivel, úgyszintén az újabb pathogenetikai felfogásnak leginkább megfelelő antifermantív szereknek gazdag ismertetésével.

A *hashártya betegségeit* *Stiller Bertalan* tanár sok eredetiséggel és közvetlenséggel tárgyalja. A *hashártya heveny glyuladásának* oktani viszonyaiban megillető tanulmányt szentel a kór-

okozó mikrobáknak s kiemelve pathogenetikai fontosságukat, hangsúlyozza azon újabban általánosan elfogadott nézetét, hogy a fertőző gombáknak inváziója a hashártyaírisbe peritonitis létrehozására egymagában még nem elégséges, hanem ahhoz a serosának előzetes vegyi vagy erőművi változása is szükséges, „ezen alapon tehát laparotomiáknál minden antiseptikum elvetendő, mivel sérti a hashártyát s annak leghatalmasabb védőjét, felszívási képességét“. A tünetek leírásában főleg a gyenyerjesztő csíroktól okozott pürulens alakot tartja szem előtt s azután megemlékezvén az ettől némileg eltérő, rothadási gombák által előidézett éves hashártyalobról és az ú. n. vegyes alakról, az idiopathikus vagy csúzos hashártyalobnak lehetőségét tárgyalja és koncedálja. A peritonitisnek kórisméjében tapasztalata szerint legnehezebb eligazodni a belső bélezáródásnak tüneteivel szemben; utóbbira nézve ilyenkor legfontosabb differenciáldiagnostikai jelnek a bélcaesok látható és tapintható erőlködő mozgását tartja s egyszerűsre hívja a figyelmet a rekesz állásának megfigyelésére, mely ha meg nem felel meteorismus mellett igen magasan van, peritonitis mellett bizonyít. A hashártyagyuladás *idült alakjainak* ismertetése után a tüneti jelentőségű *ascitesnek* s változatainak: az a. chyloformis, colloides és melanotikusnak gondos rajzai következnek, az előbbinél különös tekintettel a megkülönböztetésre egyéb hasúri folyadékgyülemekkel szemben, az utóbbiaknál a fontos kémiai részre.

A *hashártya gümösödésének* leírásában kiváló méltatásban részesül a *König* által 1884-ben ajánlott s azóta annyiszor bevált laparotomia mint gyógybeavatkozás, melyet szerző *König*gel együtt egyelőre a „gyógytani talányok“ közé sorol. A *hashártya rákja* s a *cseplez és belfodor daganatainak* tömör leírása után gazdag irodalom zárja be a hashártyabetegségeknek ismertetését.

A *hasnyálmirigy* kevésbé ismert betegségeinek hálátlan fejezete *Ángyán Béla* tanárnak jutott. Bár egyelőre a jövő zenéjének kell tekintenünk ezen nehezen hozzáférhető szervnek pathophysiologiai ismereteit, mégis tekintve a hasnyálmirigyedvnek fontos szerepét az emésztésnél, a pankreasdiabetest illetőleg a kórágynál és kísérleti úton szerzett tapasztalatokat, örömmel kell üdvözlőnk minden újabb vívmányt, mely ezen szerve vonatkozó ismereteinket előbbre viszi s teljes elismeréssel adózunk szerzőnek az összes idevonatkozó újabb adatoknak feldolgozásáért, mely ilyen terjedelmes alakban eddig a legnagyobb gyűjtőmunkákban is alig látott napvilágot. Különös figyelmet érdemel a általános rész, mely az összes pankreasbántalmakkal járó alanyi és tárgyi tüneteket, továbbá a legfontosabbat, a hasnyálmirigynek működési zavarait (zsírdús bélsár, diabetes stb.) foglalja magában.

A *mellékveséknek betegségeit* szerző az „*Addison-kór*nak“ fejezetében tárgyalja. Ezen betegségnek ritka volta, sajátos klinikai képe, a mély homály, mely pathogenesisét burkolja, egyaránt hozzájárulnak érdekességének emeléséhez; ha a post hoc ergo propter hoc elvén valószínűnek is tarthatjuk, hogy a mellékveséknek és a hasi sympathikusnak elváltozása a bronzkórral oki összefüggésben van, az összefüggést közvetítő láncszem, vagyis a betegségnek tulajdonképeni lényege még a jövő titka. Az anatómiai alap látszólag meg van, a tünetek is eléggé körvonalozottak, de a legfontosabbat, ezen tüneteknek közvetlen okát nem ismerjük. Mégis a titokzatos mirigyműködések irodalmának újabban rohamosan fejlődő szakában lehetetlen, hogy ezen betegségnél vissza ne emlékezzünk a myxoedemának és morbus Basedowinak *Moebius* által a pajzsmirigyműködéssel oly genialis módon kapcsolatba hozott tanára s az analogia alapján lehetségesnek tartjuk, hogy annak idején az Addison-kór a mellékvesék kóros működésétől függő *anyagcsere-zavarok* között fog helyet foglalni. Talán *Mühlmann*nak a berlini kórtani intézetben legújabban tett érdekes vizsgálatai a mellékvesék breznkatechin termelését s a bronzkórban szenvedők bőrfestenyezettségét illetőleg lesznek hivatva fényt deríteni ezen homályos kérdésre. Egyelőre azonban mindez csak gyanítás marad s mi tiszteljük szerző konservatív álláspontját, mely szigorúan a pozitív adatokra támaszkodva, hypothesisok kerülésével csupán a meglevőt, kézzelfoghatót tárta fel gazdagon előttünk. Az élethiűen festett tünettani részben kitűnő összefoglalását találjuk mindannak, mi ezen érdekes betegségnek gyors felismerését és elkülönítését megkönnyítheti.

(Vége következik.)

Diebally Géza dr.

II. Lapszemle.

Gyermekgyógyászat.

Az *intubatio* megrövidült tartama serummal kezelt *gégédiphtheriánál* czímmel ír *Rosenthal*. Szerző tapasztalatai alapján azon meggyőződésre jutott, hogy az *intubatio croupos* betegeknek kedvezőbb eredményeket nyújt mint a légesőmetszés, hogy utóbbi serumkezelés mellett mellőzhetővé vált és hogy a gyógygsavó a tubus fekvési tartamát a gégében jelentékenyen és kedvezően megrövidítette. Szerző, miként az amerikai *intubatorok* nagy része, eltért az európai klinikusok által *croupos* betegek műtéti kezelésénél követett eljárástól, a mennyiben a serum alkalmazása előtti időben sem tartotta javaltnak a légesőmetszés keresztülvitelét, ha a beteg öt napon belül nem volt végleg extubálható, továbbá *intubatio* után a fonalat rögtön eltávolította és nem kísérte meg az extubációt minden 24 illetve 48 óra eltelté után, hanem bent hagyta a tubust a gégében mindaddig, míg a végleges extubatio időpontját nem vélte elérkezettnek. (O'Dwyer szerint a 6—8-dik nap). Ebből származtak azon jelentékeny különbségek, melyek amerikai és európai műtők statistikájának összehasonlításánál tűnnek fel. Míg a serum előtti időszakban az amerikai orvosok által *intubált* gyógyult *crouposok*nál a végleges extubatio 5 napon belül csak az esetek 25—31.4 százalékában szerepelt (Louis Fischer és Rosenthal eseteinél), addig az európaiak, mint Gustav Baer 64.5, Ranke 72.5 és Bókay 82.3 százalékkal eszközölhető gyógyult betegeknek a tubus végleges eltávolítását 5 napon belül. Ugyancsak fenti körülmény adja magyarázatát azon feltűnő számbeli különbségnek, mely az amerikaiak hátrányára az *intubatio* tartamára vonatkozólag mutatkozott. Míg ugyanis a serum előtti időszakban Rosenthal gyógyult *intubált* betegeinél a tubus fekvési tartamának átlaga (a tubus bennlét óráinak összegét elosztva az esetek számával) 185¼ órát, Dillon Brownnál 123½ órát, O'Dwyernél 146—147 órát és Louis Fischernél 176¼ órát tett ki, addig az európai észlelőknél e számok jelentékenyen kisebbek. Így Huebner eseteinél 100 órában állapíthatta meg a végleges extubatio időpontját, Bókay pedig serum nélkül kezelt 223 gyógyult *intubáltjánál* 79 órai átlagos *intubatio* tartamot észlelt. A diphtheriaellenes gyógygsavó alkalmazása azonban jelentékenyen megrövidítette a tubus fekvési tartamát, s ezen tüneményre egyaránt hívják fel a figyelmet az észlelők. Míg Huebner 10 gyógyult eseténél a tubus átlag 37 óráig, Bókay 45 gyógyult betegénél a tubus 61 óráig feküdt átlag s így a tubus fekvési tartama 18 órával, Ranke eseteiben pedig 25½ órával csökkent a serumkezelés előtti időszak átlagához viszonyítva, addig az amerikai szerzők kimutatásában a tubus bennlét rövidülése még sokkal szembetűnőbb. O'Dwyer 20 gyógyult *intubáltjánál* ugyanis a végleges extubatio átlag 83½ óra alatt (a serum előtti időszakban 147 óra), Louis Fischer 30 esetében átlag 108¾ óra alatt (előbb 176¼) és Rosenthal 18 *crouposánál* 114¼ óra alatt (a serum előtti időszakban 185¼ óra) sikerült; az *intubatio* tartamának rövidülése az amerikai szerzőknél serum alkalmazása mellett 63½, 67¾ illetve 71¼ órát tett ki. (Medical and Surgical Reporter. 1896.)

Loewy Leó dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Pruritus ani**, pruritus pudendorum, erősen viszkető haemorrhoidalis esemők ellen jó eredménnyel használható a következő kenőcs: Rp. Eucaini hydrochlorici 1'0; Mentholi 0'2; Ol. olivarium 2'0; Lanolini ad 10'0. M. f. unguentum. D. S. Kenőcs. (Therap. Monatshefte, 1897. február.)

2. **Ferrosol** (liquor ferri oxydati natr. saccharat.) elnevezéssel egy 0.77% vasat tartalmazó új vaskészítmény jött forgalomba. Az adag háromszor naponként egy-egy kávéskanálnyi. (Pharm. Centralh. 1896. 53. sz.)

3. **Epilepsia** gyógyítására *Campbell Black* a bromkaliumot belladonnával kombinálva ajánlja. A bromkaliumból 3-szor naponként legalább 1 grammot ad, a tinctura belladonnae-ból pedig legalább 15 cseppet. Makacs esetekben addig növeli az adagokat, a míg mérgező hatás áll be. Egyes esetekben kámforbromidot rendel extractum belladonnaevel, labdaesalakban. (Brit. Med. Journ. 1897. márcz. 6.)

TÁR C Z A.

Orvosszövetkezetek. Orvosegyesületek. Orvosi kamarák.

III.

Helyi és országos orvosi szövetkezet vagy kötelező helyi és országos egyesület létesítésére törekedjünk-e? ez most a függőben levő kérdések kérdése. Mindenik törekvésnek megvannak a maga érvei és ellenérvei.

A kötelező orvosegyesületek felállítása mellett az az érv szól, hogy az így alkotott egyesületek az orvosok összességét foglalván magukban, az egész orvosi rendet képviselik és e képviselők szükségképpen törvényszerű, miután a kötelező belépést csak törvény rendelheti el. Csak az így szervezett testületek határozatai tekinthetők az egész orvosi kar igazi megnyilatkozásának; csak ezek tarthatják fenn tagjaik között a rend reputációját emelése végett szükséges fegyelmet, csak ezek védhetik és emelhetik közös erővel a rend anyagi és szellemi érdekeit. Ellene szól a kötelező orvosegyesületek felállításának az egyéni szabadság és függetlenség korlátozása. A diplomáját sok anyagi áldozatok és hosszas szellemi fáradozás után elnyert orvos, a kit egész pályáján a törvény különben is folyton felügyelet alatt tart, ezen egyesületi kényszer folytán az állami felügyelet mellett a rendi felügyelet czéli rendszerének béklyói alá is kerül, mely esetleg sokkal terhesebb lehet reá mint amaz és az egyéni érdekek kikerülhetetlen küzdelmében és összeütközésében a feszélyezettség szakadatlan terhét rója reá hivatásának legjobb tudása és legjobb lelkiismerete szerint teljesítése esetén is. Ellene szól a kötelező egyesületek létesülésének továbbá az az ethikai képtelenség, hogy az ily kényszeres egyesületekben a rend tisztességes elemei elváhatatlanul tagtársi kapcsolatba vannak fűzve a tisztességtelenekkel, azoknak felvételét meg nem akadályozhatják, azoktól, ha csak oly bünt nem követnek el, mely miatt oklevelüket veszítik, kizárás útján meg nem szabadulhatnak.

Az orvosszövetkezetek vagy facultatív orvosegyesületek létesítése mellett szól az egyéni elhatározás tiszteletben maradása mellett a szilárdabb morális alap, mely az orvosi rendnek csak a tisztességes elemeit fogadja fel és tartja magában és ennek folytán tetemesebben közrejárul a rend ethikai önértetének emelésére, mint a törvény által parancsolt kényszerkapcsolat. Alig lehet állítani azt, hogy az ily morális súlylyal bíró facultatív egyesületek nem képviselhetnék éppen olyan jogosan az orvosi rendet mint a kényszerkapcsolatú élő corporatiók. Nem lehet elképzelni, hogy az ily egyesületekbe mihelyt az megalakul be ne álljon a rendnek színe-java önként és mihelyt az megtörténik, törvényes autorisatio nélkül is képviselőjévé válnak azok a rendnek, és annak anyagi és szellemi érdekeit méltóbban és határozottabban képviselhetik mint a selejtes elemekkel vegyes kényszeres egyesületek.

Ethikai és morális alaptól tekintve a dolgot, hogy melyik irányúnak legyünk pártolói? alig szenvedhet kétséget!

De tisztán gyakorlati szempontból mérlegelve is a kérdést, nem sokáig habozhatunk a választásban. Bárminemű egyesület céljainak előmozdításában, tapasztalat szerint, mindig néhány buzgó és lelkes tag kitartó működése az, a mi igazán számít, a nagy többség többé-kevésbé indifferens, de morális vagy anyagi támogatásával segítheti elő az ügy mozgatóinak törekvését; a kétes elemek nem számítanak e tekintetben semmit, akár belekényszerítjük őket a kamarába vagy egyesületekbe: az orvosi és közegészségi ügyek elővitale céljából akár a kamaráknak akár az egyesületeknek szükségük reájuk nincsen.

Az egyesületi vagy kamarakényszer barátai azon válaszára pedig, hogy igen, a kétes elemekre nincs szüksége az egyesületeknek vagy a kamaráknak, de ezeknek van szüksége azokra, hogy el ne tévelyedjenek: a viszonylás szintén nem nehéz: azon néhány százalék orvosethikai szempontból kétes elemnek a jó úton megtartása céljából — a mi különben akármilyen az orvosi rendnek megadható fegyelmi hatalom mellett is, mint a tapasztalatok bizonyítják, egészen illuzorius — az egész orvosi rendet e kétes elemekkel törvényesen elváhatatlanul egybekapcsolni és az orvosi rend túlnyomó nagy részét egy javító intézet

teendőinek szerepére kárhóztatni, nemcsak méltánytalan, hanem észszerűtlen is. Méltánytalan, mert a rend tisztességes elemei, akiket a törvény a tisztességtelen elemek szemérmességének jogával mintegy atyai felügyeletével ruház fel, szintén alá vannak vetve a szemérmesség kötelezettségének és ki vannak téve esetleg éppen ezen felügyelet alá vett kétes elemek jogosnak látott vagy jogtalan viszont támadásainak; észszerűtlen, mert ez intézmény az egymás iránt való kétkedés és gyanakodás rendőri etikáját öntené be a rend erkölcsi felfogásába; mely bizonyára az orvosi rend önértetének nem emelésére, hanem a folytonos gyámkodás érzése alatt annak esikkenésére vezetne. Hol van e rendszerben a lélekemelő, az egyes arra képes tagokat az orvosi közügyek érdekében küzdelemre lelkesítő ethikai momentum?

Más országok tapasztalatai mutatják, melyekben fejlettebb orvosegyesületi élet létezik, hogy a mi jó és üdvös az egyes felforgó viszonyok között az orvosi rend anyagi és szellemi közérdekében kivihető: az a facultatív egyesületek által teljesen elérhető. Anglia, Franciaország, Németország nagyszámú orvosegyesületei mind facultatívok és különböző mértékben a körülményekhez képest különböző sikerrel mindannyian jól közreműködnek a rend anyagi és szellemi érdekeinek előmozdítására. Oly esetekben, ahol a facultatív egyesületek nem érhetnek el sikert, az állami szervezetbe beiktatott kötelező egyesületek vagy kötelező orvosi kamarák sem jutnak zöld ágra. A betegsegélyező pénztárakkal szemben egyformán tehetetlen mindenik, éppen úgy az osztrák mint a szász kötelező kamara, valamint a többi német- és angolországi facultatív egyesületek. Ellenben az elagott és munkaképtelenné vált kartársak segélyezése, orvosi nyugdíj, kölcsönös biztosítás és egyéb ilyen rendi ügyek előmozdítására: a facultatív egyesületek az alkalmasak, melyekben saját önálló élet, a közügyekért való buzgólkodás jobban kifejlődhetik mint a kényszeres egyesületekben. Németország 348 facultatív egyesülete egy jó nagy részével különböző ily orvosi segély- és nyugdíj-intézmények vannak kapcsolatban, melyeknek élénkebb szaporodását a kamarák behozatala óta egyáltalában nem tapasztalják. Ott, ahol a kamarai képviselők is mellé van sorolva a facultatív orvosegyesületi teendőknél, mint Bajorországban, az igazi tudományos és rendi élet magukban az egyesületekben folyik, éppen úgy Ausztriában, ahol a kötelező kamarák dacára a facultatív egyesületeknek kell kezükbe venni — mint a közel múlt bizonyította — az orvosi közérdekű kérdésekben is a mozgalom megindítását.

Helyi és országos facultatív egyesületeket, azaz helyi és országos orvosi szövetkezeteket kell tehát létesítenünk Magyarországon is. Hogyan és milyen működéskörrel felruházva? arról szerény véleményünket a következő számban fogjuk elmondani.

Heti szemle.

Budapest, 1897. márczius 19-dikén.

Az orvosi kamara kérdés sorsa. A belügyministerium részéről az ország különböző orvosegyesületeihez szétküldött *orvosi kamara törvényjavaslat tervezet tárgyában* f. h. 16-diki ülésében állapította meg véleményét az *országos közegészségi tanács*. A tervezetet egy öt tagú bizottság tette előbb részletes tanulmánya tárgyává, a mely bizottsági tárgyalásra meg volt hívva a tanácsnak egy pár vidéki tagja is. A bizottság *Högyes Endre* tanácsstag elnöke alatt ülésezett és *Müller Kálmán* alelnök, *Csatáry Lajos* tanácsjegyző, *Kélli Károly*, *Schwartz* *Ottó* tanácsstagokból állott; a vidékről behívott tagok közül *Petz Lajos* rendkívül tanácsstag jelent meg. A bizottsági előadványt Müller K. alelnök szerkesztette. A nagy gondnal és részletesen kidolgozott jelentés beható kritika tárgyává teszi a javaslatot. Kimutatja, hogy a javaslat nem felel meg czímének (1. §.), mert az egész tervezet nem hasonlít a létező orvosi kamara szervezetek egyikéhez sem, hanem unicum a maga nemében, mert lényegileg nem egyéb, mint kényszer-orvosegyesület tervezete, mely kényszeres egyesületek a központi választmány útján a belügyministerium egészségügyi osztályából kiküldött állandó elnök felügyelete és vezetése alá van centralizálva. Kimutatja igazságtalanságát és jogi szempontból lehetetlenségét azon intézkedésnek, hogy míg a gyakorlatot fűző hivatalos orvosokra ki van mondva a kötelező belépés az ú. n. kamarába, addig a szintén gyakorlatot fűző katon orvosok ki vannak véve e kötelezettség alól. A hatáskör megállapítása (4. §.) sem az igazi orvosi kamarák hatásköre szerint van megállapítva. Mindenféle orvosi kamara első feladata a külföldön, a rendi, anyagi és szellemi érdekek képviselése; e javaslatban ez másodrendű cél: a főczél köz-

egészségügyi véleményező forumok létesítése az egészségügyi kormányzat szolgálatára, a melyekre szükség nincsen, miután ilyenekről az 1876: XIV. t.-cz.-ben már intézkedés van, a mely forumok mint közsegi egészségügyi, továbbá törvényhatósági közegészségi és végre mint országi egészségügyi tanács már régóta és az adott körülményekhez képest kisebb-nagyobb sikerrel működnek és összkötésük a közegészségügy érdekében minden esetre szerencsésebb, mint a hogy azt e javaslat contemplálja. A másodsorban előtüntetett hatásköre a tervezett kamaráknak oly nagy általánosságban van tartva, a mi semmi kézzel foghatót sem tartalmaz. Külön hivatalos rendi képviselőre a mi orvosrendi szervezettünk mellett nincsen szükség, úgy mint Németországban, a hol az államtól független és szabad az orvosi praxis: nálunk hivatalos képviselője az orvosi karnak minden megyei főorvos, a külön morális képviselő pedig meg van a létező és a keletkező facultatív orvosi corporatiókban. Nem jelöli meg a módokat és eszközöket a javaslat, hogy miképen lennének abban a helyzetben és tervezett kamarák, hogy az orvosi foglalkozás tekintélyét és az egyes orvosok jogos érdekeit megóvhassák, ha csak ily eszköz és mód gyanánt nem veszi a javaslat, hogy e tervezett kamarák a 17–23. §-ban előírt fegyelmi tanács szervezését, a melyet a véleményes jelentés a maga egészében mint törvényes intézkedést perhorrescál és a hazai orvosi rend iránti méltatlanságnak declará. Éles bírálat alá veszi a véleményes jelentés a tervezetben a központi választmány szervezését mint sajátzerű jelenségét a kellő határon túl terjedő bürokratikus centralizációnak, mely egyetlen egy kamara szervezetben sincs meg ilyen módon és specialis magyar, de kétes értékű találmány. Pontról pontra kimutatja ezeken kívül a véleményes jelentés a tervezetnek még a maga saját szempontjából is fennálló hiányosságait és bebizonyítván azt, hogy nálunk sem facultatív, sem kötelező orvosi kamarákra szükség nincsen, oda concludál, hogy kéressék meg a belügy-minister arra, hogy a kamarák behozatalát elálljon és a szóban forgó törvényjavaslatot, mely még a kamararendszer szempontjából tekintve is tökéletlen, vessen el. A bizottság e javaslata a plenumban a fenforgó javaslat elvetését illetőleg egyértelműleg elfogadtatott, csak két tag fejezte ki abbéli nézetét, hogy célszerűen alkotott tervezet mellett a kamarák behozatala hasznos lenne az orvosi rend anyagi és szellemi érdekeinek védelme szempontjából. A tanács e memorandumát f. hó 18-dikán küldötté nyújtotta át a belügyministernek, ki a küldetés előtt ismét hangsúlyozta azt, a mit leiratában és a parlamentben kinyilatkoztató, hogy ő az orvosi kamarák behozatala iránt egyáltalán nincsen praoccupálva és elhatározását akkorra tartja fenn, ha az ez iránt beérkező véleményeket át fogja tanulmányozni, mivel a kamarák felállításának esetleges elodázása felfogása szerint semmi hátránnyal sem jár, de elhirtelenedve felállítására káros lehetne.

A szepesmegyei orvosgyógyszerész-egyesület 1896. évi október hó 14-dikén Szepes-Váralján tartott rendes közgyűléséből *Lorx Sándor* dr. elnöke alatt 7 tagú bizottságot küldött ki, melynek feladatává tétetett, hogy a szepesmegyei orvosi kar tekintélyének emelésére és anyagi érdekeinek védelmére vonatkozó szabályozási javaslatot dolgozzon ki.

A bizottság által elkészített javaslatnak, melyet az április 20-dikán Iglón tartandó rendkívüli közgyűlés fog tárgyalni s melyen a ministerium által átküldött, az orvosi kamarákat illető javaslat is tárgyalás alá kerül, lényeges pontjai a következők.

Az általános határozatokban mindenekelőtt az orvosi ténykedésért járó díjat nem mint tiszteletdíjat, hanem mint jogos illetéket kívánja minősíteni a javaslat. Mint a szabad orvosválasztás hívei, a Szepesmegye területén lakó orvosok kötelezik magukat betegsegélyező egyesületeknél, nagyobb gyári vállalatoknál semmi rendes tiszteletdíjjal összekötött állást el nem fogadni. Kötelezik magukat továbbá mindazon kartársakkal, kik a kartársi érület tisztességéről megfellegetve törekvéseik meghiúsulását czélozzák, midennemű érintkezést beszüntetni.

A II. fejezet az orvos kötelességeivel a nagy közönséggel és a kartársakkal szemben foglalkozik, melyből kiemelendők a következők: Az orvosválasztás bizalmi kérdés lévén, határozottan elítélendő minden az orvosi rendet lealázó jelentés, körlevél, hírlapi hirdetés, ingyenes vagy mérsékelt áron való gyógykezelési ígéret, egyes betegleírások vagy műtött esetek közlése nem tudományos szaklapban stb. Más orvos kezelésbe alatt álló betegnek csak kényszerítő s rögtöni segínyt igénylő esetekben szabad orvosi tanácssal szolgálni. Ingyenes gyógykezelés alá csak a hatóság által kiállított szegénységi igazolvánnyal ellátott beteget szabad venni. Betegek, kik volt orvosokkal szemben köteletségüknek eleget nem tettek, csak akkor vétetnek gyógykezelésbe, ha előbbi kötelezettségüknek telhetőleg eleget tettek (e mellett természetesen tág tere van az elnézésnek és humanizmusnak indokolt esetekben). Kiállított bizonyítványért járó díj nem engedhető el. A többi pont részint a consiliumokra, részint az orvos megbetegedése esetén a helyettesítésre stb. vonatkozik.

A III. fejezet az orvos jogáról és díjazásáról szól, ez utóbbit illetőleg díjszabást állapítva meg a helyi viszonyok tekintetbe vételével. Az orvosok kötelezik magukat a felek részéről a díjaknak megtagadása esetén követelésüket bírói úton is érvényesíteni és a kötelezettségüknek meg nem felelő feleket a kartársakkal megismertetni.

A IV. fejezet az orvosok közötti egyenlenségek megszüntetésére alakítandó választott bírósággal foglalkozik, a mely az orvosi karból választott 3 rendes tagból, egy póttagból, valamint a nézeteltérésben levő tagok által választott egy-egy tagból áll. Elnöke ezen bíróságnak a szepesi orvosgyógyszerész-egyesület elnöke, jegyzője pedig ugyanezen egyesület titkára, ki szavazati joggal azonban csak azon esetben bír, ha

választott bíró vagy a fél által meghatalmazott képviselő. Az ítélet a szepesi orvosgyógyszerész-egyesület legközelebbi rendes ülésén az összes kartársak tudomására hozatik. A bíróság sem fegyelmi, sem büntető joggal nem bírván, ítéletében csakis helyes vagy nem helyes eljárást minősíthet meg. Ime egy az orvosi rend méltóságához teljesen illő eljárás, melynek egy facultatív egyesületben az egyéni szabadság sérelme nélkül alávetheti magát az orvosi rendnek bármely önzertés és becsületére féltékeny tisztességes tagja!

A nagykarolyi orvosok nyilatkozata a kamara kérdésben. Tekintetes szerkesztő úr! Az orvosi közügy, az orvosok társadalmi s anyagi helyzetének kérdése állandó megbeszélés s eszmecsere tárgya szaklapjainkban s ez legnagyobb bizonyítéka annak, hogy e kérdések valóban égetők. E bajok remediuma akar lenni az orvosi kamarák létesítése s most, midőn a nagyméltóságú m. kir. belügyminister úr a szervezendő kamarák tervezetét a hazai orvosgyógyászati egyesületeknek véleménynyilvánítás miatt leküldte, szükségesnek láttuk, mi nagykarolyi orvosok, hogy oly vidékek orvosai is — kik nyilvános egyesületet nem képeznek — e kérdésben állást foglalhassanak, illetőleg nézetüket kifejtthessék. E czélra vesszük igénybe tekintetes szerkesztő úr szívességét s kérünk helyet becses lapjában sorainknak. Mi nagykarolyi orvosok már rég belátva azt, hogy a társadalom s közönség egy része az orvosi renddel szemben gyakran méltánytalan, s hogy a humanizmus czégre alatt rovásunkra gyakorolt cselekményeket tovább eltérni legelembb érdekeinkkel nem egyező, a mult év folyamán bizonyos pontok alapján egyesülésre léptünk s miután e collegialis természetű megállapodás sem a méltányosság sem a humanizmus elveivel legtávolabbról sem ellenkezik, e megállapodás pontjait a helybeli lapokban nyilvánosságra is hoztuk s az azóta lefolyt fél év tapasztalásai mutatták, hogy ha nem is javítottunk meg mindent egy csapásra, de sokat nagyon javítottunk helyzetünkön s az elért eredmény mutatja, hogy helyes volt, midőn eljárásunk kiindulási pontjául a francia közmondást választottuk: aide toi et Dieu t'aidera.

Elfogadott szabályaink szerint minden hóban egyszer összejövünk s a bennünket érdeklő kári, társadalmi s tudományos kérdéseket megbeszélés tárgyává tesszük. Legutóbbi ily összejövletünkön a legactualisabb kérdést, a kamara kérdését vitatunk meg behatóan. Nem akarjuk ez alkalommal a kamara mellett s ellen felhozott érveket felhozni, hisz ezek majd-majd egész irodalmat képeznek már. Csak annyit akarunk röviden megjegyezni, hogy mi helybeli orvosok egyértelműleg azon nézetben vagyunk, hogy a kamarai intézmény sem a közegészségügyet emelni, sem az orvosok megrongált társadalmi s anyagi helyzetét javítani nem fogja. A közegészségügy javítása állami feladat, s ha az orvosi rend mindig készséggel, áldozatkészen, önzetlenül közreműködött is, hogy az általános egészségügy minden vonalon javuljon, szükséges, hogy az állam átlássa, hogy a közegészség ügye az elsőrendű állami feladatok közé tartozik s emlékezve boldogult Rezső trónörökös szavaira, hogy az állam legdrágább kincse s tőkéje az ember, kell, hogy az állam feladatának tekintse fokozatosan javítani a közegészségügyet, az általános jólét, közgazdasági viszonyok emelése, a közműveltség terjesztése s egy hygienice képzett, tisztességesen dotált, csak ezen czélra szolgáló hivatalnok orvosi kar creálása által. Az orvosok társadalmi s anyagi helyzetének javítását pedig leghathatósabbán előmozdíthatja maga az orvosi kar összetartás s egyetértés által, s ha a magyar orvosi kar rendelkezik — a mint tényleg rendelkezik is — elég szak-képzettséggel, intellectuális képességgel, ethikai érzéssel, önzerttel s önbizalommal, akkor összetartás által meg fogja javíthatni sülyedő tekintélyünket s fejlődésében gátolt anyagi viszonyainkat. S ha a magyar orvosi kar emancipálni fogja magát azon traditionális téves felfogás alól, mely a humanizmus álarca alá öltözve nem akarja belátni, hogy a nehéz szellemi s testi munkát végző orvos, nagy tudomány — ügy-szeretet — s jelentékeny erőfeltételező művészetének gyakorlatában a legkiválóbb szellemi munkások egyike, ki e munkáért megfelelő ellenszolgáltatást is követelhet, akkor összetartás, egyértelmű eljárás által kamara nélkül is ki fogja vívni jogait. S ha akadnak — mint mindenhol — az orvosi karban is selejtesek s kivetni valók, ezektől a kamara sem fog védhetni, a mint azt a bécsi példa is igazolja, s ezen sajnálatosan tévón járók ellen is a leghathatósabb fegyver az összetartó kartársak erkölcsi súlya s morális ítélete.

Tisztelt szerkesztő úr! Tudjuk ugyan, hogy a mi csekély szavunk döntő súllyal e kérdés megoldásánál bírnunk, de példával akarunk eljáráni, hogy azon vidéki orvosok is, kik szervezett egyesületnek nem tagjai, keressenek alkalmat, hogy e kérdésben elfoglalt álláspontjukat s nézetüket kifejtthessék, mert végre is az ország orvosainak zömét a vidéki orvosok teszik, az orvosi rend azon szerény napszámosai, kik ismeretlenül, nem méltányolva, sokszor nehéz, de nagy eredménnyel járó feladatot teljesítenek s kell, hogy e vidéki orvosok is hozzászóljanak e kérdéshez, nehogy rólunk, de nélkülünk határozzanak.

Mi helybeli orvosok, ha nem is aratjuk még szabad egyesülésünk bő termését, de kezdjük már élvezni annak gyümölcseit, s ha tiszteljük is mások nézetét, kik a kamarában látják bajaink panaceaát, nem habozunk ezzel szemben kinyilvánítani azon meggyőződésünket, hogy a kamara fog ránk róni új terheket s bélyeákat, de nem fog javítani jelenlegi helyzetünkön, s ha elkerülhetlenül szükségesnek is látjuk, hogy érdekeink megvédésére egyesüljünk, erre a legegyszerűbb formának látjuk az önkaratból való szövetségést, a szabad egyesülést — mint azt mi már meg is tettük — s e szabad egyesülés alakuljon meg oly alapokon, mint azt azon vidéknek specialis viszonyai kívánják. S e kamara ellenes nézetünknek kifejezését adhatunk annál is inkább, mert

sem kikk-szellem, sem befolyás, sem érdek, hanem tisztán tárgyilagos meggyőződés alkotta e véleményünket.

Tisztelt szerkesztő úrnak megköszönve, hogy e sorainknak helyt adni szíves volt, vagyunk kiváló tisztelettel Nagy-Károly város összes orvosai: Serly Gusztáv dr. vm. t. főorvos m. korelnök, Aldor Adolf dr. közkórházi igazgató, Jászi Ferencz dr., Czukor Lajos dr., Sternberg Géza dr., Somosi Ignác dr., Cserenyák Károly dr., Dobi Zsigmond dr., Aaron Sándor dr., Jekel László dr., Blum József dr., Vácsi Lajos dr.

Pestis-hírek. Bombayban újabb tudósítások szerint az állapot még nem változott meg tetemesen. Igaz ugyan, hogy az általános halálozás heti száma valamelyest csökkent az utóbbi hetekben, ez azonban annak tudható be, hogy a kivándorlás a városból még mindig tetemes, naponként átlag 800 ember hagyja el a várost. A város lakóinak számát jelenleg 300,000-nek véve fel, az általános halálozási szám a február 17-dikétől 23-dikéig terjedő héten pedig 1690 levén, évi 290/00 halálozás számítható ki, míg a január végén észlelt halálozásokból kiszámított évi halálozás csak 200/00. Ezek szerint tehát az állapot még rosszabbodott. Hivatalos adatok szerint Bombayban február 25-dikéig összesen 7638 pestis-megbetegedés és 6198 pestis-haláleset fordult elő. Poona-ban is nagyon erősen pusztít a járvány, úgyszintén Coorla-ban, Bandra-ban és Bhiwandi-ban. Thana és Surat kerületekben is terjedőben van a járvány, sporadikus esetek más kerületekben is előfordultak. Sind-ben javultak az állapotok.

Vegyesek.

Budapest, 1897. márczius 19-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1897. február 28-tól 1897. márczius 6-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 448 gyermek, elhalt 276 személy, a születek tehát 172 esettel multak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup 1, ronesoló toroklob 2, hökhurut 1, kanyaró 8, vörheny 6, himlő —, typhus abdominalis —, gyermekági láz 1, influenza 1, egyéb ragályos betegségek 1, agykéreg 14, agyverőmlyen 2, rángások 15, szervi szívbaj 12, tüdő-, mellhártya- s hörgőlob és hörgőhurut 55, tüdőgümő és sorvadás 56, bélhurut és béllob 10, carcinomata et neoplasmata alia 6, méhrák 2, Bright-kór és veselob 4, angolkór 4, görvélykór —, veleszületett gyengeség és alkathiba 18, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 13, erőszakos haláleset 8. — A fővárosi közkórházakban ápolottak e hét elején 2404 beteg, szaporodás 739, esőkkenés 782, maradt e hét végén ápolás alatt 2361. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1897. márczius 5-től márczius 12-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: bagymázban 9 (meghalt 2), himlőben —, álhimlőben 3, bárányhimlőben 34 (meghalt —), vörhenyben 35 (meghalt 5), kanyaróban 193 (meghalt 4), ronesoló toroklobban és torokgyítkban 31 (meghalt 3), trachomában 13, vérhasban —, hökhurutban 18 (meghalt —), orbáncban 11 (meghalt —), gyermekági lázban 1 (meghalt —).

— **Kitüntetések.** Schudek Vilmos dr. budapesti egyetemi ny. r. tanárnak ő Felsője a szakoktatás, irodalom és szenvedő emberiség gyógykezelése körül szerzett érdemei elismerésül a ministeri tanácsosi címet díjmentesen adományozta. Kresz Géza dr. mentőegyesületi igazgatónak és Kovács Aladár dr. mentőegyesületi főparancsnoknak a budapesti önkéntes mentőegyesület körül szerzett érdemei elismerésül ő Felsője a királyi tanácsosi címet, illetőleg a koronás arany érdemkeresztet adományozta.

— **Az orvosdoctorokká felavatottak száma Franciaországban az 1895/96. tanévben 1069-re rügött** (Páris: 594; Lyon: 148; Bordeaux: 107; Montpellier: 82; Toulouse: 56; Lille: 50; Nancy: 32). E szám tehát szaporodást mutat, a mennyiben az 1894/95. évben csak 969-en, 1893/94. évben pedig csak 919-en nyertek orvosdoctori diplomát.

† **Elhunyt: Sajtos Károly** dr. műtőorvos, Hunyad vármegye dévái közkórházának segédorvosa 28 éves korában Déván.

— **r. A halli-fürdő Felső-Ausztriában világhírű jodlúgforrásaival**, melyek a continensen a legerősebbek jelenleg, oly szerencsés helyzetben van újabb jodforrások feltárása által, hogy az évről évre növekedő szükségletnek teljesen megfelelhet. Ha a legelsőbbon fúrt újabb források kiváltkép minőségük által teljesen megfelelnek a régóta híres Tassiló-forrásnak, úgy a legutóbb fúrt forrás mennyiségileg is váratlan sikert mutat fel. A felső-ausztriai tartomány mint a halli jodforrás tulajdonosa, természetesen mindent elkövet, hogy nemcsak a halli-fürdő régi jó neve fenmaradjon, hanem hogy azt új lendületre is fejlessze. A gyógyintézetek javításán fáradozóknak és ma a halli-fürdő minden kényelmet nyujt látogatóinak. Hogy a természet által is szép fekvéssel van megálva, valamint környéke is, általánosan ismeretes és ép úgy klimatikus viszonyai is erős vonzást gyakorolnak a gyógyulást kereső vendégeknek.

Dr. Herzel egyet. m.-tanár újonnan épült **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Városligeti fasor 9. sz.** — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiünó ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kivánatra prospectus.

Téli kúra rheumatikus bajok, köszvény, ischias stb. ellen
a Szt. Lukács-fürdőben
Budapest.

A szállodák és fürdők egy épületből képeznek. *Minden helyiség jól fűtve van. Meghülés kizárva. Kénes iszapfürdő.* Helyi bántalmak kezelése. Douche-massage és iszapborogatás által. Lift és felvonó a vízben. Olesó és jó pensio. Prospectust küld az igazgatóság.

HIRDETÉSEK.

BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33:6339, kénsavas natron 7:1917. szénsavas mész 4:1050, chlornatrium 3:8146, szénsavas kali 2:3196, szénsavas Magn. 1:7157, szénsavas Lithion 0:1089; szilárd alkotórészek, 53:3941 összes szénvastartalom 47:5567, hőmérsék 12:30° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomor- bántalmak, köszvény, hörgőhurut, aranyérel stb.

Kitünó diaetikus ital.

Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kura, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos: **A fürdő-igazgatóság Bilinben**
Med. Dr. REUSS VILMOS Csehországban. 3

Csecsemők részére

legegészségesebb tápszer!

Dr. Gärtner bécsi egyetemi tanár találmánya.

Kövértelj,

egyedüli biztos és természetes tápanyag anyatej helyettesítésére.

Csecsemő gyermekeknek és gyomorbetegnek

orvosság és táplálék egyaránt. Kapható Budapesten Dr. GÄRTNER bécsi egyetemi tanár-féle kövérteltermelő-intézetben VII., Damjanich-utca 34. sz. Vidékre 8—10 üveget tartalmazó ládában, helyben pedig házhoz szállítva $\frac{2}{10}$ liter 15 kr.; $\frac{2}{10}$ liter 7 kr.



Vegyi, górcsovészeti és bacteriologiai 12

ORVOSI LABORATORIUM

Budapesten, V. ker., Váci-körút 60. sz.

Foglalkozik vizelet-, köpet-, bélsár-, vér-, hányadék-, gyomornedv-, dajkatej-, ex- és transsudatum valamint bacteriologikus vizsgálatokkal.

Dr. MÁTRAJ GÁBOR, v. egyetemi élet- és körvegytani tanársegéd.

Saxlehner András, cs. és kir. udvari szállító.

HUNYADI JÁNOS

A leghatásosabb és legkellemesebb hashajtószer.

Legjelesebb orvosok véleményei szerint kiváló előnye:

Gyors, biztos enyhe hatás.

Hatása fájdalom nélküli. — Utánszorulás nem áll be.

Tartós egyenletes hatás. — Használata nem kellemetlen.

Rendszeresen használva nem hat fárasztóan a gyomorra.

— Kis adagban is elégséges. —

Bevásárlásnál a patacek címkepén olvasható

„Saxlehner András“

név figyelembe ajánlatik.

ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÖRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

A nyak gümös nyirokmirigyeinek subcutan kiirtása.

Dollinger Gyula egyet. ny. rk. tanártól.

Hogyha a gümös nyakmirigyek a szokott localis és általános gyógykezelés mellett meg nem gyógyulnak, akkor azok sebészeti eltávolítása van indicálva. Ha ez meg nem történik, az esetben a mirigyek hosszabb-rövidebb ideig beszűrődött állapotjukban megmaradnak és egyelőre csupán tömegükkel éktelenítik el a nyakat, előbb-utóbb azonban rendszeren szétmállanak, genyes tartalmuk áttöri a mirigytokokat és a körülvevő kötőszövetben terjed el, mignem a bőrt is áttöri és sokáig genyedő sipolyjáratokat létesít, a melyek végre jellegzetes hegekkel gyógyulnak.

Hogy ez meg ne történjék, különösen, hogy a beteget a soká tartó genyedéstől megkíméljük, a nyak gümös nyirokmirigyeit a sternocleidomastoidens hosszában vitt metszéssel szokás kiirtani. Azonban a műtét után a legjobb esetben is egy linearis metszés marad meg, a mely állandóan ott disztelenkedik a nyakon és a szemléelőben reflexiókat kelt. A beteg már most ennek tudatában habozik, mert ha nem operáltatja magát, talán mégis felszívódnak a daganatok, míg a műtét esetében biztosan heg lesz a nyakán. E habozás közben rendszeren megpuhulnak a mirigyek, áttörnek a körülvevő kötőszövetbe és ezzel műtét esetében a per primam gyógyulás reményei is eltűntek.

Ilyetén habozásokkal keresett fel 1892. tavaszán egy fiatal hölgy, a ki rögtön a műtetre határozta el magát, mihelyt azon tervemet közöltem vele, hogy a nyaka két oldalát ellepő gümös mirigyeket a hajzat alatt ejtett és így láthatatlan heget hagyó sebből távolítottam el. Ezen első subcutan műtétet 1892. április hó 23-dikán a nyak mindkét oldalán egy narcosisban hajtottam végre, a gyógyulás per primam történt s a műtétet 1894-ben az „Orvosi Hetilap”-ban és a „Centralblatt für Chirurgie”-ban közzé tettem. Addig azt 7 beteg 9 nyak oldalán hajtottam végre.

Közlésem azonban nem keltett olyan visszhangot, a melyet elvárhattam volna s így magamra maradt a feladat, hogy e műtét tervemet részleteiben is kidolgozzam, a mire mindinkább több alkalom nyílt, úgy hogy 1895. április 27-dikén és június 1-én, továbbá 1896. február 22-dikén a budapesti kir. orvos-egyesületben e módszerem szerint újabb műtött betegeket mutathattam be és e sorok közléseig már 33 betegnek 40 nyakoldalán végeztem subcutan mirigykiirtást. Ezen eseteim bizonyos megállapodásokhoz vezettek, a melyek az eddigi közléseimben nem foglaltattak, s egyrészt ezért, másrészt pedig miután a műtét nagy előnyei most már kétségtelenek, elhatároztam, hogy e tapasztalataimat közzé teszem.

Előkészület a műtethez. A kellő desinfectio czéljából férfiaknál a fejet és a szakállt egészen leberetváltatom, nőknél ellenben csupán a fej occipitalis részét azon vonal magasságáig, a mely a két fülkagyló felső csücsait köti össze. Ez esetben a megmaradt hajzatot az egész fejjel együtt szappannal többszörösen megmosatom, leöblíttetem, borszeszszel zsirtalanítottam és 1^o/₁₀₀ sublimat-oldattal desinfectáltatom, azután a hajzat a fejtetőn esomóba köttetik és sublimat-oldatba mártott kifacsart

organtinpólyával mitra Hypocratissal rögzítették. A seb begyógyulása után, addig a míg az occipitalis tájékon a hajzat megnő, nőknél a megmaradt hajzattal a hiányt nagyon könnyen úgy el lehet fedni, hogy annak semmi nyoma sem látható. A desinfectio az egész fejre és nyakra terjed ki, oly esetekben pedig, a midőn a kulcsesont feletti mirigyek is eltávolítandók, a mell felső részére és a vállakra. Ez azért is szükséges, mert sokszor kénytelenek vagyunk a bőrsébtől távolabb fekvő mirigyeket az egyik kézzel a bőrön át fixálni, hogy a sebtasakból újjunkkal elérhessük vagy a fogóval megfoghassuk. Miután alig elkerülhető, hogy a chloroformkosár a műtét alatt a kezünket ne érintse, a kosarat is a többi eszközzel desinfectiáljuk és sterilizált flannellel fedjük be. Ha a beteg hányni talál, a kihányt anyagokat steril ruhába fogjuk fel és utána az állatt sublimat-oldatba mártott tamponnal megtörtüljük. A narcotizáló segéd is desinfectiálja a kezeit, hogy az állkapocs előretolása alkalmával ne infectiálja azon részeket, a melyeket a műtő érint.

A beteg a műtőasztalon fekszik, feje a vánkoson az asztal azon felső sarkán, a mely oldal mirigyei eltávolítandók. Egy segéd két kézzel fogja a beteg fejét és azt a műtő kívánsága szerint rögzíti és forgatja, egy másik localiter assistál. A műtét alatt a sebüreget száraz, steril wattatamponokkal törtüljük ki és soha sem öblítünk.

A bőrmetszés a fej occipitalis részén a külső hallójárat magasságában, egy centimetryre a hajzat széle mögött kezdődik s innen mintegy 5–6 centimetryre vonul le és a közép-vonal felé, úgy hogy végig a hajzat széle mögött 1 centimetryre marad, tehát egészen a hajzat alatt fekszik. Miután a metszés a pólyán is áthatolt s esetleg egy-két fecskendő kis ütőeret lefogtam, erős elevatorral behatolok a sebbe, azt a kiirtandó mirigyek irányában a pólya alatt előretolom, a bőrt egy erős mozdulattal az alapjáról felemelem s az így létrejött subcutan sebüreget részint az elevatorral, részint az ujjammal az eltávolítandó mirigyek területének megfelelőleg kibővitem. Ha a mirigyek a bőrsébtől nagyon távol fekszenek, akkor a bőrséb alsó, mellső ajakát az ujjammal többször erősen le- és mellfelé megnyújtom, a mi különösen fiatal egyéneknél jól sikerül, s a mirigyeket könnyebben teszi megközelíthetőkké.

A mirigyek eltávolítása: 1. a szomszédsággal való összenövésük, 2. anatómiai fekvésük és 3. szöveti kóros elfajulásuk szerint változik.

1. Némely mirigyek a bőrön át nagyon mozgékonyaknak látszanak s mégis a műtét alatt azt tapasztaljuk, hogy a körülvevő kötőszövettel nemezserüleg vannak összenövés. Ilyen erős összenövés többnyire a felületes mirigyeknél található, míg a mélyen fekvőknél ritkábban fordul elő. Az erősen összenőtt mirigyek kiválasztása csak fáradságot nem ismerő pontos munkával történhet.

En mindig arra törekszem, hogy ezen mirigyeket is tompán választssam ki és a késhez vagy ollóhoz többnyire csak akkor nyulok, ha a mirigyeket a seb közelébe húzhatom és a jour dolgozhatom.

Ezen esetekkel szemben állanak azok, a melyekben a mirigyeket körülvevő kötőszövet kissé vizenyős s a kiválasztás újjal nagyon könnyen megtörténhet.

2. A mi a mirigyek anatómiai fekvését illeti, a *musc. st. cl. mastoideus* felső vége mögött fekvő felületes nyaki és az állkapocsszöglet körül levő gümös nyirokmirigyek legkönnyebben

távolíthatók el subcutan módon. A bőr felemelése után mutató ujjammal behatolok a sebbe s ha a mirigyek a környezetikkel nincsenek erősen összenőve, akkor a műtétet nagyon hamar be lehet fejezni. Például szolgáljon a következő kórtörténet. 1. 23 éves, tanító neje. Nyaka jobboldalán 9 év óta vannak megnagyobbodott mirigyei. Jelenleg 2 nagy diómeckoraszágú g. mirigye van a jobb állkapocsszöglet alatt. Subcutan műtét 1896. szeptember 19-dikén. A mirigyek kiválasztása ujjal és elevatoriummal igen könnyen megy végbe, úgy hogy az egész műtét bevarrással és bekötéssel 5 perc alatt be van fejezve. A műtétnél jelen volt Wullstein dr., tanársegéd a hallei sebklubján. Azonban ez egy kivételesen kedvező eset volt. Rendesen csak sokkal nagyobb munka árán jutunk célhoz.

A *felületes arcsi nyirokmirigyek*, a melyek a parotison fekszenek, ritkábban vesznek részt a gümös folyamatban, ha pedig gümösek lesznek, legfeljebb mogyorómeckoraszágúra nőnek meg. Az ilyen kisebb mirigyek eltávolítása végett kár a bőrt olyan nagy területen felemelni, hogy azokat az ujjunkkal kivájhassuk, hanem rendszeren az occiputon levő sebből a fülezimpa alatt az elevatoriummal a mirigyekig hatolok, a bőrt csak olyan nagy területen emelem fel, hogy egy keskeny kanállal behatolhassak s ezzel a mirigyeket többnyire darabokban szedem ki. Ezt akkor teszem, ha más nyakmirigyek is dagadtak, a melyek eltávolítására szükségem van az occipitalis sebre. Ha ellenben a parotison fekvő mirigyek csak magukban távolítandók el, akkor a kicsiny börmetszést a tragus mögött a fülben lehetne elrejteni s a mirigyeket rövidebb úton kanállal eltávolítani.

Az *állkapocs alatti mirigyek* közül a középsőket ujjal igen könnyen lehet elérni, sőt gyermekeknél rendszeren még az állkapocs csúcsa alatt fekvő mirigyekig is el lehet az ujjal érni, mert itt a bőrszél mellső ajaka erősen megnyújtható; azonban némely felnőttnél, a kinek hosszú állkapocstest van, a távolság az occipitalis metszéstől az állkapocs csúcsáig olyan nagy, hogy még ha a seb mellső ajka nyulik is, a mirigyeket a mutató ujjal nem sikerül elérni s azért ily esetben a mirigyeket kettős fogóval igyekszem megfogni, s annyira hátrahúzni, hogy ujjammal vagy az elevatorral kiválaszthassam. Ha ellenben a mirigyek szakadékonyak, akkor egy hosszúnnyelű nagyobb kanállal hatolok be a sebtasakba, a mirigyeket az egyik kezemmel a bőrön át rögzítem s a kanállal darabokban gondosan kiszedem.

A *vena facialis communis* keresztezi az állkapocs alatti nyirokmirigyeket. Ezt a mirigyek conglomeratuma néha annyira körülfogja, hogy kiválasztása, különösen, ha a mirigyek a környezettel hegesen vannak összenőve, szerfelett nehéz. E munka közben a vivőér néha megsérül vagy egészen le is szakad, a mit azonnal erős vivőeres vérzés jelez. Rajtam ez ötször történt meg. A vérzést az első pillanatban ujjnyomással állítottam el, azután a sebet széjjelhuzattam s az edényt csipővel lefogtam. Egy esetben elég volt a pince-czel való compressio, 2 esetben selyemmel kötöttem le a véredényt, 2 esetben pedig nem sikerült az edényt lefogni s azért a sebtreget egy esetben jodoformos organtinnal, a másikban csupán steril organtinnal tamponáltam. Az első esetben a tampon kiszedése után másodlagos varratot alkalmaztam, mire a sebtűreg genyedés nélkül összetapadt, míg a második esetben a tampon mindenképpen szerintem nem volt teljesen steril, mert a beteg a tampon bennléte alatt lázas lett s eltávolítása után a tasakban genyedés lépett fel, a mely hosszabb ideig tartott, s mely miatt ellennyilást kellett a nyakon készíteni.

E mirigyek kiválasztásánál vigyáznunk kell az állkapocs alatti nyálmirigyre, a melyet nagyobb gyakorlatnál már tapintással is meglehetősen különböztetni a nyirokmirigyektől. A míg ezt a gyakorlatot megszereztem, a sebet a műtét alatt többször széjjelhuzattam, a tasakba bevilágítottam és így győződtem meg a mirigyek elhelyezkedéséről.

A *felső mély nyaki nyirokmirigyek*, Krause-Mihalkovics bonczana szerint, körülveszik a belső torkolati vivőeret és a közös fejűtér oszlási helyét; a felső nyakháromszögben a fej négyes ikerizmának belső felszínén és a garat oldalán szét-

szórva vannak elhelyezve; kisebbek fekszenek a pajzsmirigy és a gége között is, valamint a garat- és gerincoszlop között. E mirigyek közül egynéhány épen a fej négyes ikerizmának — m. st. cl. mastoideus — felső vége alatt fekszik. Ha ezek megdagadnak, az izomfejet erősen felemelik és a nyakon a fül alatt egy éktelen dudort képeznek. Hogy ezekhez hozzáférjek, a bőrszélből azonnal az izom hátulsó szélé alá hatolok, az izomfejet a mirigypakéta felületéről óvatosan, hogy az izomszövetet meg ne tépjem, lefejttem, az izomfejet széles kampóval felemelem s azután a mirigyeket, a melyek befelé terjednek, gondosan kiválasztom. A segéd e közben a fejet a műtét oldalára hajlítja, hogy a st. cl. mast. ellazuljon. Ha e mirigyeken kívül még más mély nyaki mirigyek is eltávolítandók, pl. a felső nyakháromszögben a nagy edények körül fekvők, akkor az előbbennek kiválasztása után, nehogy kénytelen legyek a st. cl. mastoideust egész hosszában az alapjáról felemelni, az izom alól eltávolítatom a kampót és a nagy edények körül fekvő mirigyekhez a st. cl. mast. felett, azaz közte és a bőr közt új utat készítek. E mirigyek közül a felületesebbek rendszeren erősen össze vannak nőve a környezettel, míg azok, a melyek a nagy edényeket közvetlenül érintik, többnyire lazábban vannak a kötőszövetbe ágyazva. Hogy itt a legéberebb figyelemmel kell dolgozni, az alattomban értendődik. Ha a véredények mellett fekvő mirigyek mozgékonyak, akkor azokat bátran kiválaszthatjuk az ujjunkkal, a nélkül, hogy a közös torkolati vivőér megszakításától kellene tartanunk, ellenben, ha a mély mirigyek kiválasztása nehézséggel jár, akkor a legközelebb fekvő mirigyét, vagy a beborító kötőszövetet pince-be fogjuk, ennél fogva az egész pakétát a sebbe vagy legalább annak közelébe húzzuk és róla a nagy edényeket lefejtjük. E közben a véredények szögletben meghajlanak, vértelenek lesznek, miért is vigyázni kell, nehogy kötőszöveti kötegeknek tartsuk és megszakasszuk.

A *közös torkolati vivőér* szakadhatna meg ez alkalommal legkönnyebben. Én ezen accidenst eddigi 40 műtétemnél elkerültem, pedig a mint az alantabb 2. szám alatt közölt kórtörténet egy példa rá, voltak eseteim, a melyekben a közös torkolati vivőér a műtét végével a nyak egész hosszában szabadon kipraeparálva fektűt a sebtasakban. De ha ama különös gondosság mellett, a melyet e tájék kipraeparálásának szentelek, mégis megsérteném a közös torkolati vivőeret, akkor felső és alsó végének compressiója mellett először a lehúzott bőrszélből kísérek meg a lekötést, s ha ez nem sikerülne, természetesen feláldoznám a cosmeticus szempontot és a véredény megsértett helyének megfelelőleg a nyakon ejtett sebből kötém le.

Ütőeres vérzés mindezen műtéteknél csupán a bőrszélben szokott lenni. Itt néha 1—2 apró ütőeret pince-czel kell lefogni. A seb mélyében eddigi eseteimnél soha sem volt ütőeres vérzés. Ezt azon körülmények tulajdonítom, hogy e módszerem szerint az összes mirigyek kiválasztása tompán történik. Az eddig divott nyílt mirigy kiirtásoknál, ha a műtő késsel dolgozott, a mint olvasom 60, sőt 90 lekötés vált szükségessé.

(Folytatása következik.)

Közlemény a budapesti „Stefánia“-gyermekkorházból.

Az O'Dwyer féle tubusok módosítása.

Közli *Bauer Lajos* dr., kórházi segédorvos.

(Vége.)

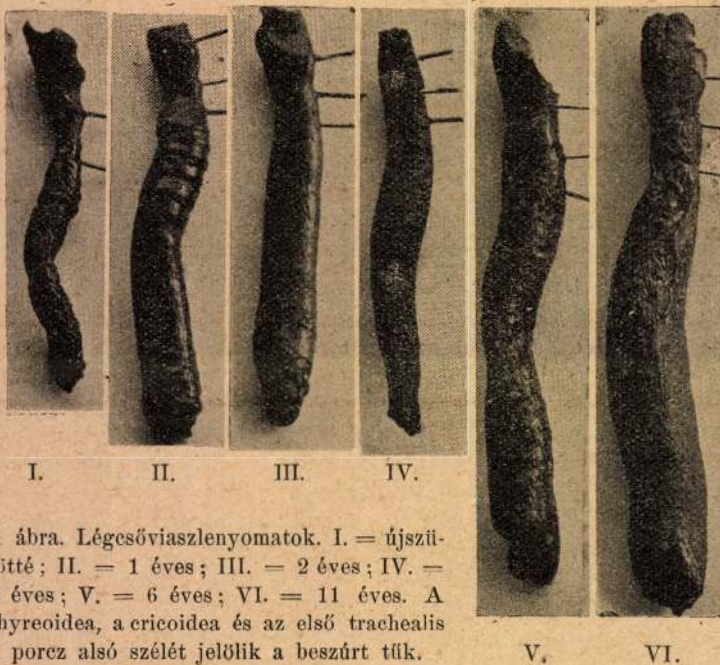
Ezen görbületek ugyanis a különböző kor szerint különbözők; azt tapasztaltam, hogy mennél fiatalabb korú a légeső, annál erősebb, annál nagyobb ezen görbület. Legnagyobb görbületet mutat tehát az újszülöttek légesőve. Körülbelül hasonló nagy görbületet mutat a 6—7 hónapos csecsemők légesőve is. Egy éves gyermeknél ezen görbület már valamivel kisebb, 2 évesnél még kisebb s így fokozatosan kisebbedik a kor növekedésével. Lenyomatainknak képét a mellékelt ábra tün-

teti fel. (I. ábra.) Szabatosabban kifejezve ezen görbületeknek a fokát, azokról pontos rajzot készítettem, melyen a fokát a görbületnek egész pontosan meg lehet határozni. Megjegyzem, hogy miután az egykorú légesövek lenyomatai sem quadrálnak egész pontosan, a légesövek fejlettsége foka szerint a görbület néha valamivel kisebb, máskor nagyobb, a görbület fokának a kiszámításánál a közép átlagot vettem és azt találtam, hogy 1 éves gyermek légesövének lenyomatánál ezen görbült rész tengelye, az eredeti tengelylyel 12° szöget képez; vagyis más szóval 1 éves gyermek légeső lenyomatának a tengelye 168° tompa szögben töretik meg hátra a gerincoszlop felé a cart. ericoidea és első felső trachealis porczgyűrű között.

Két éves gyermek légesőlenyomatánál ezen görbült rész tengelye az eredeti tengelylyel 10° szöget képez; vagyis 170° tompa szögben töretik meg hátrafelé.

3-4 éves gyermeknél ez megfelel	8° szögnek; vagyis	172° tompa szögnek
5-7 "	" " " " 6° "	" " " " 174° "
8-12 "	" " " " 4° "	" " " " 176° "
13 "	" " " " 2° "	" " " " 178° "

A gége és légeső lefutásának ezen alakját ismervé, könnyen megmagyarázhatjuk most már annak az okát: miért képződtek súlyos decubitusok legtöbbször a felső trachealis



I. ábra. Légesőviaszlenyomatok. I. = újszülötté; II. = 1 éves; III. = 2 éves; IV. = 3 éves; V. = 6 éves; VI. = 11 éves. A thyreoida, a cricoidea és az első trachealis porcz alsó szélét jelölik a beszúrt tűk.

gyűrűk táján (a IV-dik—IX-dik porcz-gyűrűk helyén). Ezen hely ugyanis már a görbület alatt van, miután a megtörés a cart. cricoidea és az első felső trachealis gyűrű között jön létre, nagyon természetes tehát, hogy a tubus, mely teljesen egyenes alakkal bír s a larynx alakját nem követheti, nemcsak minden intubatio alkalmával beleütközik a mellső trachealis falba, hanem nyugodt fekvése alkalmával is folytonosan érinti a mellső trachealis falat s arra állandóan nyomást gyakorol.

Megmagyarázhatjuk most már azt is, mit Ganghofner és mások is észleltek, hogy súlyosabb decubitusok észlelhetők kisebb gyermekeknél, mint nagyobbaknál, úgy hogy a decubitusoknak a súlyossága és gyakorisága egyenes arányban áll a gyermekek korával, mint ezt a „Stefánia“-gyermekkorház ide vonatkozó táblázata is mutatja:

Felületes decubitusok kor szerint:

0-1 évig	1-2 évig	2-3 évig	4 éves	5 éves	6 éves	7 éves	összesen
5 eset	15 eset	14 eset	15 eset	10 eset	5 eset	5 eset	69 esetben

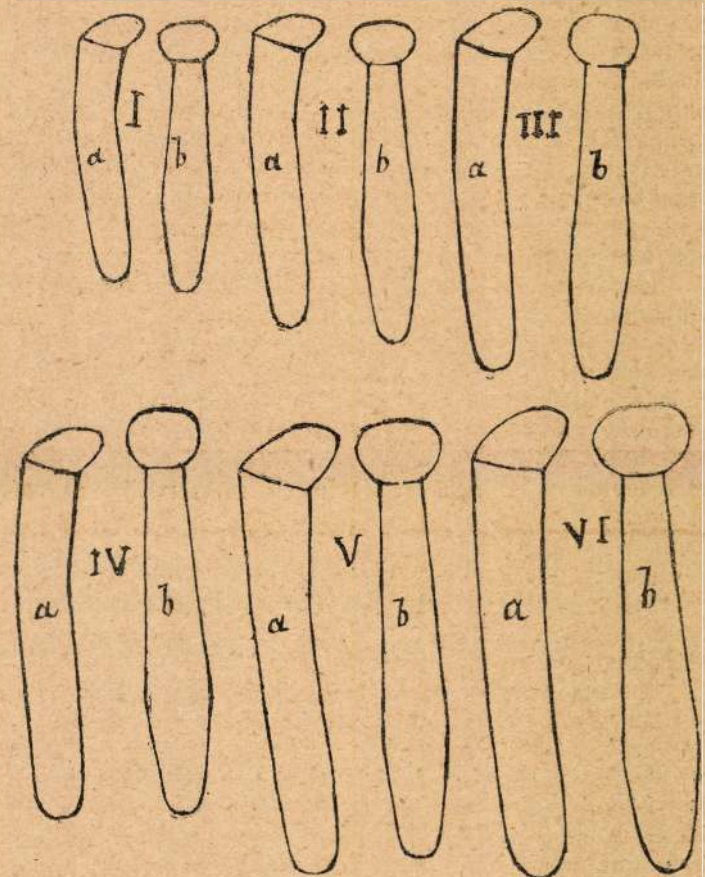
Súlyos decubitusok kor szerint:

0-1 évig	1-2 évig	2-3 évig	4 éves	összesen
1 esetben	9 esetben	5 esetben	2 esetben	17 eset

Kiseb gyermekeknél, a mint fentebb említettem, a légesőnek ezen megtörése, elhajlása nagyobb, tehát az egyenes alakú tubusnak érintkezése az erős görbületet mutató trachea-

val, illetőleg trachealis porczokkal sokkal intensivebb s így a sértés, a felfekvés is nagyobb fokú.

Viaszlenyomataim azonban még egy más fontos dologról is felvilágosítottak. Mi és mások is tapasztaltuk, hogy az ú. n. kiterjedt jellegű decubitusok a tubus hasi részének megfelelőleg, tehát a cart. ericoidea táján, annak különösen mellső és oldalrészein szoktak előjönni, a melyek az által veszedelmesekek, mert alapját képezhetik stricturák képződésének. Felvilágosítást kaptam erről is a készítmények alapján, a mennyiben arról győződtem meg, hogy a tubusnak a hasi része, tehát annak a legvastagabb része, a légesőnek azon helyére esik, a hol az a legszűkebb, ezen hely pedig a cart. ericoidea alsó része és cart. ericoidea és az első felső trachealis porcz közötti rész. Egy éves tubusnál ugyanis a hasnak távolsága a fejtől 13 mm., átmérője 5½ mm.; a viasz készítményeken 13 mm. távolság a cart. ericoidea alsó szélére esik, ugyanezen helyen a készítmények átmérője ugyancsak 5½ mm. 2 éves tubusnál a távolság a fejtől a hasas kidomborodásig 16 mm., a hasas kidomborodásnak az átmérője 6 mm., a készítménye-



II. ábra. I. = 1 éves; II. = 2 éves; III. = 3-4 éves; IV. = 5-7 éves; V. = 8-12 éves; VI. = 13 éves. a = oldalról; b = előlről.

ken ezen távolság, vagyis 16 mm. ugyancsak a cart. ericoidea alsó szélére esik, ugyanitt az átmérő 6 mm.; s így tovább az összes tubusoknál s készítményeknél hasonló viszonyt tapasztalunk.

Okvetlenül kell tehát, hogy különösen hosszabb tubus fekvés után ezen helyen (a cart. ericoideán) decubitusok fejlődjenek, miután ezen hely állandó nyomásnak van kitéve a tubus kidomborodása részéről.

Még biztosabban előállottak ezen helyen a kiterjedt decubitusok, ha a gyermeket nagyobb számú tubussal voltunk kénytelenek intubálni, miután ekkor a tubus hasi részének állandó nyomása ezen szűk helyre még nagyobb volt.

Mіндеzen elősorolt okok alapján az O'Dwyer-féle tubusokat különösen két irányban véltem helyesnek módosítani, a két legveszedelmesebb jellegű decubitusnak — a perforáló, a mellső trachealis falon és a kiterjedt jellegűnek a cricoidea táján — elhárítása czéljából. Módosítottam a tubusokat a viaszlenyomatok alapján, lehetőleg utánozva a légesőnek alakját, a következőképen. (Lásd II. ábra.)

Miután a légesőnek az elhajlása mindig a cart. ericoidea táján történik, ez pedig különböző korú légesőveknél más és más távolságban van, ezt természetesen a tubusokon is kellett fejteni. Így módosított tubusainknál 1 éves tubusnál ezen megtörés 13 mm.-nyi távolságban kezdődik a tubusnak a fejtől, innen kezdve az elhajlott rész tengelye az eredeti tengelyvel 12° szöget képezve fut le; 2 éves tubusnál az elgörbülés 16 mm. távolságban kezdődik a fejtől, az elgörbülés 10° szöget képez; 3—4 éves tubusnál az elhajlás 18 mm. távolságban kezdődik és 8° szög alatt fut le; 5—7 éves tubusnál 20 mm. távolságban, az elgörbülési szög 6° ; 8—12 éves tubusnál 22 mm. távolságban, az elgörbülési szög 4° ; 13 éves tubusnál 24 mm.-nél kezdődik ezen elgörbülés a tubus fejtől, a képzett szög 2° .

A másik módosítás a tubus hasára vonatkozik. Fentebb kimutattam, hogy az O'Dwyer-féle tubusoknál a tubus hasa a légesőnek a legszűkebb helyére esik. Ezen úgy véltem segíteni, hogy mindegyik tubusnál a hasas domborulatot 4—5 mm.-rel lejjebb helyeztem, mint eddig voltak. A 2—3. trachealis gyűrűporcznál, a hová ezen módosított tubusoknál a kidomborodás esni fog, már sokkal bővebb a lumen, ennél fogva ezen helyen már decubitus sem jöhet oly könnyen létre.

Hogy az ilyen tubusokkal az intubatio ne legyen megnehezítve, azért az intubatornak a mandrinjait olyan fokban kellett mellfelé hajlítani, a milyen fokban hátrahajlanak a megfelelő tubusok, úgy hogy a tubusok állása az intubatorhoz viszonyítva nem változott, a differentia kiegyenlített. Még megjegyzem, hogy ugyancsak az intubatio könnyítése céljából a tubusokat 2—3 mm.-rel rövidebbé tettem.

A módosított tubusokkal a kísérleteket beteganyagban Bókay tanár a kórházban megkezdte.

Mindezek után kedves kötelességemnek tartom, hogy Preisich dr. és Frank dr. uraknak, kórházunk gyakornokainak, a kik köztül az előbbi a kísérletek kivitelénél készségesen segédkezett és ebben sok praktikus tanácsesal támogatott, utóbbi pedig a rajzok elkészítésénél szívesen állott rendelkezésemre, őszinte köszönetet mondjak.

Közlemény a Tauffer Vilmos tanár vezetése alatt álló II. szülészeti és nőgyógyászati klinikáról.

A magas fogóról, különös tekintettel a szűk medenczékre.

Közli: Tóth István dr., egyetemi tanár-segéd.

(Folytatás.)

De lássuk magas-fogóinkat a magzat életét, épségét illetőleg!

A 10 magas-fogókísérletet külön kell vennem, mivel ezen esetekben a műtét más módon nyert befejezést, de constatálhatjuk, hogy a fogókísérletek alatt a 10 közül csak 2 magzat halt el, a többi 8-nál élő magzaton végeztük a perforatiót, illetőleg 1 esetben a fordítást.

A bevégzett 34 fogóműtéttel 28-szor (82.3%) élő magzattal hoztunk a világra, 6 esetben (17.7%) halottat, illetőleg 5 esetben szív-működéssel bíró, de életre nem kelthető asphyctikus magzattal; a 6-dik esetben szivhangokat már órákkal előbb nem hallottunk s csak a fejdaganat kifejlődése s az anya azon kimondása, miszerint érzi magzatát, mutatott azon eshetőségre, hogy a magzat még életben van.

A 28 élvesztetett magzat közül megfigyelésünk alatt (legkevesebb 10 nap) csak egy halt el néhány nap múlva a szülés után (23. sz. eset), a halál okára vonatkozó adataink hiányoznak (távoleső poliklinikus eset).

Az összes halvasztetett s észlelésünk alatt elhalt magzatok száma így 34 közül 7 = 20.5% mortalitás.

Ezzel szemben a magzatok általános fogó mortalitása:

Drezdában (Münchmayer) 1883—88.	17%	(2.8% fogófrequentia mellett)
Baselben (Schmid) 1887—93.	10.2%	(5.33%
Prágában (Schick) 1891—94.	11.32%	(3.63%
Drezdában (Wahl) 1889—94.	21.2%	(2.56%
Münchenben (Winckel)	16%	(2.6%
Az összes porosz klinikákon	17.8%	(3.4%
Budapest (Kézmárszky) 1882—95.	13.91%	(1.4%
Budapest (Tauffernél) 1881—96.	14.9%	(1.9%

Ezek az újabb adatok; a régiebbek, bár a fogófrequentiája nagyobb s így több könnyebb eset szerepel közöttük, alig jobb, sőt több helyen kedvezőtlenebbek.

Ha ezen adatokat, melyekben a mortalitás 10.2% s 21.2% között ingadozik, s melyek fogóra általában vonatkoznak, összehasonlítjuk a mi magas-fogóműtéteinknél elért 20.5% magzat-mortalitással, úgy azt látjuk, hogy e százalék alatta van az újabb időkben végzett fogóműtétek legnagyobb magzati mortalitás százalékának, más szóval: *szoros indicatio alapján végzett fogóműtétek után általán nem sokkal kedvezőbb a magzat mortalitási aránya, mint a mi magas-fogóinké.*

Pedig a mi eseteink éppenséggel nem vehetők hasonló mértékkel; a bemenetben vagy a felett levő fej s az üregben, illetőleg a kimenetben álló között nagy a különbség, különösen akkor, a midőn a 34 eset közül 24-szer (70.6%) szűkült medenczén kellett áthoznunk a fejet; csaknem mind olyan esetek ezek, a mikor már a symphyseotomiától, illetőleg császármetszéstől eltekintve, más úton nem is remélhattük volna a magzatnak élve születését. Talán néhány esetben szóba jöhetett volna a fordítás; de lássuk, a fejről lábrafordítás vagy egyáltalán a fordítás kedvezőbb kilátásokat nyújt-e a magzat életére?

Winckel eredményei:

szűk medenczénél: fogóműtéttel magzat-mortalitás	. . . 18.3%
fordítás és extractio után	. . . 51.6%
rendes medenczénél fordítás és extractio után	. . . 49.5%

Halleban (Weidling) a magzat mortalitása:

fogó után	. . . 27.7%
fordítás után	. . . 40.8%

Leopold-nál (Drezda) a magzat mortalitása:

szűk medenczénél fordítás után	. . . 36% újabban 31%
rendes medenczénél.	. . . 43.5%

Braun-Herzfeld-nél (Bécs) a magzat mortalitása általán fordítás után 29.3%.

Az összes porosz klinikákon a magzat mortalitása fordítás után 47.1%.

Klinikánkon (tisztán csak klinikai anyag, nem véve be a poliklinikai eseteket)

szűk medenczénél általán fordítás után 17 eset után	
7 halott (magzat).	. . . 41.1%
szűk medenczénél fejről lábrafordítás után	. . . 66.6%
Míg a magas-fogó után	
szűk medenczénél	. . . 14.2%

Ha már ez adatokat vesszük is szemügyre, feltűnő a rendkívül nagy különbség a magzat mortalitási arányában a fordítás után s a mi magas fogóinknál; a legtöbb adat szerint 2-szer annyi magzat hal el fordítás után általán, mint elhalt a között 34 magas-fogó után, s ha leszámítjuk is azt, hogy műtét előtt mi (egy esetet leszámítva) mindig élő magzattal állottunk szemben, míg a fenti fordítási adatokban több, már a műtét előtt elhalt magzat szerepel, mégis tekintetbe veendő, hogy a fordítást nagyon sokszor lehet végezni s bizonyára végezték is kedvező viszonyok között (álló burok mellett vagy kevésbé a magzatvíz elfolyása után), míg a magas-fogóműtéteinknél mi mindannyiszor nehéz helyzetekkel, hosszantartó, elhúzódó szülésekkel állottunk szemben, a mikor nagyrészt az anya érdekében be kellett a szülést fejezünk (nem pedig mint fordításnál, gyakran csak a fekvést corrigálni), tehát csaknem mindig a perforatio indicatiójával esett össze a magzati élet érdekében megkísérlett s legtöbbször ki is vitt fogóműtét indicatiója.

S ha visszatérünk a klinikánkon végzett azon 9 fordításra, melyet előbb részletesen vázoltunk, a hol is a fekvés javítás, illetőleg a fej be nem illeszkedése indicálta a fejről lábrafordítást s a mely 9 esetben 2 anyát (22.2% mortalitás) veszítve el csak 5 gyermeket mentettünk meg (44.5% mortalitás) s ezzel hasonlítom össze magas-fogóink 20.5% mortalitását, tehát egy ugyanazon intézet, iskola, 2 különböző eljárásának eredményeit jóformán hasonló helyzetben, lehetetlen más következtetést magunk részére ez adatokból levonnunk,

mint azt, hogy a magas-fogó a magzati életre vonatkozólag is kisebb veszélyű eljárás, mint a fordítás, s különösen a fejről lábrafordítás.

A magzat sérülései magas-fogónál a fej nyomtatásából származnak, a mely nyomást egyrészt a fogó kanalainak szorító hatása okozza, másrészt létre jön a medence, illetőleg a promontorium ellenállása folytán.

Az előbbieket általában csekélyebb jelentőségűek; látunk vér-aláfutásokat, kisebb zúzódásokat (facialis-hűdés egy sines említve), de nagyobb sérülést, koponyaacsont-törést egyáltalán nem.

A mi a fejen a kemény szülőcsatorna ellenállása által okozott sérüléseket illeti, ezek éppen olyan természetűek, mint az extractio után; a szülési történetek több helyen említenek mély behorpadást a promontorium benyomataként, azonban koponyatörést egyetlen esetben sem constatáltunk, a behorpadások a magzat életfunkcióira nagyobb jelentőséggel nem bírnak, lassanként emelkedett ki a benyomott koponyarészlet, de észlelésünk alatt a legtöbbször teljesen nem egyenlítődtől ki. Másrészt volt alkalmunk látni a 18. sz. esetről 2 év múlva a gyermeket a bal halánték felett még mindig kifejezett nagy impressióval, a nélkül, hogy a gyermeknél valamelyes abnormitást is találtunk volna; teljesen jól, rendesen fejlődött.

A magzatnak másnemű sérülése a fogó után elő nem fordult.

S ezzel szemben mennyi esélynek van kitéve a magzat épsége, élete fordításnál? A köldökzsinórral való collisio, a karok felcsapódása, a fej kifejtés nehézségei?! Hányszor töri el a műtő a magzat karját, kulcsesontját, néha kénytelenségből, tudatosan, máskor a nélkül, hogy tudná? E tekintetben, úgy véljük, nem is szükséges statistikára, példákra hivatkoznunk, mindannyian tapasztaltuk.

Elfogulatlanul bírálva a tényeket, azon megismerésre jutunk, hogy a magas-fogó műtete éppen nem oly nagy veszélyű eljárás, mint azt sokan vélik, sem az anya, sem a gyermek életére, épségére vonatkozólag, sőt kimondhatjuk, hogy mindkét individuummal szemben határozottan enyhébb, kisebb veszélyű eljárás, mint a fordítás s különösen a fejről-lábrafordítás. S mégis mit látunk? Ugyanazok, kik a lábrafordításnak annyi s annyi indicatióját állítják fel s tanítják, perhorrescálják a magas-fogót azon alapon, hogy a magas-fogó általában is veszedelmes műtét anyára, magzatra egyaránt, de különösen nem való a nagy gyakorlat számára, nem való a gyakorló orvosok kezébe! Ez utóbbit, ha nem is ily általánosan, talán aláírnók mi is, de akkor minő consequentiával tanítják ugyanazok köldökzsinór előesésnél, a fej hibás tartásánál, beilleszkedés hiányánál a lábrafordítást, a mikor beigazolt tény, hogy e műtét határozottan inkább veszélyezteteti úgy az anyát, mint magzatát? Azt mondják, sok visszaélés történhetik a magas-fogó indicatiójával; hát nem éppen annyi, avagy több alkalom nyílik erre a prophylaktikus fejről-lábrafordításnál?! Az az orvos, a ki nem helyesen állítja fel a magas-fogó indicatióját s nem tudja azt célirányosan végre is hajtani, vajjon jobban fogja-e megítélni a fej s medence közötti téraryantalanságot jó előre s helyesen fogja-e végezni a fejről lábrafordítást, a mikor ez utóbbihoz nem kevesebb nyugalom, jártasság, az indicatio felállításához nem kisebb szülési iudicium szükséges? Avagy meg fogja-e tudni bírálni ugyanaz, mikor jött el az élő magzat perforatiójának ideje? S felesleges dolog-e, ha az élő magzat perforatiója, feláldozása előtt megkísérte magas-fogóval a magzat életének megmentését?

Nem kívánjuk mi a tanulatlanoknak kezébe adni a magas-fogót, de ezeknek ép úgy nem való a prophylaktikus fordítás sem, de nem való nagyon sokszor még a lepényi időszak kezelése sem, mert derűre-borúra, minden igazolt ok nélkül hozzák ki kezükkel a méhürből a placentát. Mi azt hisszük, kevesebb rossz fégyvert adunk a gyakorlatnak kezébe, ha azt mondjuk: várakozással kísérel meg, legyőzi-e a rendes szülőképesség a fej s medence közti téraryantalanságot (a melynél még lehető a spontan szülés), s ha nem, az élő magzat érdekében kísérel meg a magas-fogót, mielőtt a magzat életének feláldozásával fejeznéd be a szülést, mintha a gyakorló orvos belátásától, iudiciumától teszszük függővé, hogy jóformán

előzetesen határozza meg, egy bizonyos fejlettségű magzat feje keresztül tud-e jutni spontan az adott medenczén, avagy hogy a szülés egy későbbi phasisában meg se kísértse az élő magzat megmentését fogóval, hanem perforáljon.

Hiszen a magas-fogó legnagyobb előnye a fordítás felett éppen abban van, hogy egy kisebbfokú medence szűkületnél, vagy a fej nagysága által adott téraryantalanságnál a szülést kellő ellenőrzés alatt magára hagyhatjuk mindaddig, míg az anya vagy magzat érdekében a szülés befejezése nem válik szükségessé s e várakozás (elmulasztásával a prophylaktikus fordítás kellő időpontjának) számos esetben meghozza azt, a mi leginkább kívánatos, hogy a fej a méh összehúzódások hatása alatt átjut a szűkült medenczén s spontan folyik le a szülés; ha pedig nem, úgy még mindig rendelkezésünkre áll a magas-fogó, a melylyel úgy az anyára, mint a magzatra nézve a fordításnál éppen nem veszélyesebb módon fejezhetjük be a szülést.

A magas-fogó legnagyobb erőssége nem az e műtét által anyára, magzatra egyaránt szerencsésen befejezett szülések kedvező aránya, mint ama számos spontan szülés, a hol a prophylaktikus fordítás hívei már előzetesen beavatkoztak volna.

Ismert dolog, hogy mily nehéz elbírálni a relativ téraryantalanságot fej és medence között, hányszor halad át szűkebb medenczén is, bár hosszabb vajudás után egy mérsékeltlen fejlett magzat feje minden baj nélkül, míg máskor rendes medenczénél is mily veszélyt hozhat az anyára (ruptura) egy túlerősen fejlett fej?

Rendes medence mellett ki gondol előzetesen prophylaktikus fordításra? A mikor pedig a fejnek hibás tartása, de még inkább a magzat enormis fejlettsége által okozott relativ téraryantalanság felismerhetővé vált, a mikor beavatkozni szükséges, ilyenkor, ha nem is késett el teljesen a fordítás időpontja, de minden esetre nehéz műtetre számíthatunk; meg vagyunk győződve, hogy a fordítás ilyenkor az anyára úgy, mint magzatra veszélyesebb eljárás, mint a magas-fogó. Tekintsünk kissé mélyebben e kérdésbe.

(Folytatása következik.)

TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XI. rendes ülés 1897. márczius 20-dikán.)

Elnök: Réczey Imre; jegyző: Dieballa Géza.

Melanoma iridis esete.

Béla Pál: A 61 éves erőteljes beteg ezelőtt körülbelül 15 év előtt vette észre, hogy bal pupillája táján valami sötét folt van. Az azóta mindig növekedett. Jelenleg bal irise több helyen erősebben festenyezett foltokkal ellátott. A felső pupillaszélén gombostűfejnyi, gömbölyű, sötétbarna, sima felületű, bársonyos fényű, igen rövid kocsányos nyál bíró képlet van; tőle kifelé egy nagyobb, kendermagnyi, kissé hosszúka, szintén sima felületű, bársony fényű, barna képlet hosszabb kocsányon zacskóhoz hasonlóan csüng a mellső csarnokba; kocsánya az iris hátsó felületéből ered. Mindkét képlet szabadon követi a szabályosan kerek, jól reagáló pupilla mozgásait, sőt a szem brüskebb mozgásainál meglibbennek. Ezek kiindulási helyének megfelelőleg az iris kissé a cornea felé domborodik, úgy hogy ott a csarnok sekélyebb, mint a többi helyen.

Ezen képletek a pupilla kerületét annyira elfoglalják, hogy csak alul-belül van keskeny sarlóalakú rés, a melyen szemtükörrel a szemháttér vörös visszfénye felcsillan. Atropinnal tágitva a pupillát, ezen képletek követik a visszahúzó irist; a szemfenékben és a törő közegében kóros változás nem található. Tensio normalis.

Kétségtelen, hogy itt azon képletekkel van dolgunk, melyeket Fuchs melanoma iridisnek nevez és melyek az ő és Knapp szöveti vizsgálata szerint nem lévén egyebek mint az iris-stroma festenyezett sejteinek egyszerű hyperplasiája, jóindulatú képletek. Mint ilyenek változás nélkül megmaradnak, vagy leffizódhatnak és a mellső csarnokban szabadon libegnek. Hasonló képleteket írnak le Anche, Reuss, Weinmann. Eseteikben legtöbbszörre mindkét szemben léptek fel és ők fejlődésüket tekintve „Ectropium uvae congenitumnak” nevezték.

Jelen esetben a beteg hosszabb észlelését tartja szóló javaltnak és csak ha eme képletek erősebben növekedtek volna, szükséges az operatív beavatkozás, miután vannak észleletek, melyek szerint ilyen jóindulatú képletek melanosarcómákká fajultak el.

Rachitis congenita tetaniával.

Berend Miklós: A 7 napos gyermek állítólag rendes időre született, könnyű szülés után fejfejkvénben. 45.2 cm. hosszú, 2500 gm. súlyú, fej körfogata 32 cm., kissé aszimmetrikus, körmei az ujhegyeket túlnőtték. Anyja szoptatni nem tudja, jelenleg a kórházban sterilizált tejjel táplálják. Már az első napokban jelentkeztek nála, egyszer bal, másszor jobb oldali clonikus göresök, melyekben a nyelv izomzata is részt szokott venni. A kezek állandóan özfejserű vagy ökölbe szorított állásban tartanak, ez állás mindig kiváltható a plexus brachialisokra gyakorolt nyomásnál is. A nyakszirtesont pikkelyrésze majdnem teljesen hártvány, puha, nyitottak az összes ébrényi kutacsok és varratok, mint pl. a sutura frontalis. A bordák igen puhák, a bordapozerek végei kissé duzzadtak, csekély epiphysarius duzzanatok vannak jelen az alkarok epiphysisén, az os sterni kiáll, a mellkas oldalrészei benyomottak. A térdreflexek kiválthatók, az alsó végtagok csekély hajlító contracturában vannak. A borszin iterikus. Az arczon a mindkét oldali igen erős exophthalmus tűnik fel, sírásnál a szemek még jobban előredőlnek; pupillák kissé tágak, merevek; szemtüki vizsgálatnál a közegek tisztának tűnnek fel, de Vidor közkórházi főorvos hosszabb vizsgálat daczára sem volt képes a papillát jól megtekinteni.

Jelen esetben kétségtelenül a *rachitis congenita* egy súlyos esetével van dolgunk; e körkép felvétele azonban nem magyarázza meg az exophthalmut, melynek okát valószínűleg az agy valamely fejlődési rendellenességében kell keresni. Az esetnek kiváló érdekét főleg a körrelőzmény kölcsönöz; a gyermek anyja ugyanis, a ki jelenleg 39 éves, már 14 éve szenved tipikus tetaniában, mely főleg télen és tavasszal igen gyakran jelentkezik nála. Első gyermeke él és egészséges, a második gyermekkel feküdt gyermekágyat, mikor nála a tetania először jelentkezett; a második gyermek állítólag ijedség folytán 6 éves korban halt el, a harmadik gyermek 4 napos korban. Ezután két abortus következett. Átlag évenként születik egy-egy gyermeke. Hat gyermeke halt el 2-4 éves korban, a kik mind tonikus, fájdalmas göresökben szenvedtek, mely göresök közt kezük ökölbe szorult, vagy özfejtartást vesz fel; e gyermekek halálának közvetlen oka fuladás volt, gégegöres következtében. Gégegöresöt a gyermekek főleg akkor kaptak, ha már végtagjaik göresben voltak.

A jelen eset több tekintetben érdekes és majdnem egyedül áll az irodalomban. Nemesak az adja meg az eset érdekét, hogy ritka kiterjedések a csontelváltozások, hanem főleg az, hogy az, a mit *Ritter*, *Uffelmann* és mások a veleszületett angolkór örökleténységéről felvettek, ez esetben megerősítést talál. De a tetania öröklését, a mit egyes szerzők tagadnak, mások pedig a legkritikább esetnek tartanak, ugyancsak bizonyítja az eset. Eddig alig van az irodalomban 1-2 eset a gyermekkorban leírva, a hol testvéreknél észleltetett a tetania. Jelen esetben az anya és a gyermek tetaniáján kívül azt is fel kell vennünk, hogy a körrelőzményben meghaltak felsorolt 7 gyermek is angolkóros, sőt tetaniás is volt és valószínűleg mind gégegöres következtében halt el. Végre az újabban annyira hangsúlyozott és vitatott kérdés, hogy van-e összefüggés az angolkór és tetania közt, is direkt bizonyítékot talál a jelen esetben, mert itt az összefüggés kétségtelen. Fel kell végre említeni, hogy újszülöttnél alig van leírva tetania. Az esetnek kiváló érdekességét csak az rontja, hogy a feltűnő exophthalmus a tetania által nem magyarázható. Hydrocephalus internusra a kissé mikrocephal fejkörfogat és nyitott kutacsok mellett gondolni sem lehet.

Partialis makrosomia esete.

Berend Miklós: A 3 hónapos gyermek a *partialis féloldali makrosomia* képét mutatja. A gyermek szülei egészségesek. Rendes idejű terhesség után született. Születésekor a köldökzsinór állítólag nyakára és jobb lábára volt csavarodva. Négy testvére egészséges, fejlődési rendellenességeket nem mutat. Bemutatáskor súlya 4900 gm. Fejkörfogata 39.9 cm³; mellkörfogata 35.5 cm. Az orrgyök kissé besüppedt. A bal arcfélnek úgy lágy mint esontos részei nagyobbak, kiállóbbak mint az ellenoldalon, az ajkak is sokkal vastagabbak a bal mint a jobb oldalon. Míg a jobb fül 4, addig a bal fül 4.5 cm. hosszú. A csontos alkatrészek közti különbség legkifejezettebb az alsó állkapocs fognyújtványán, mely baloldalt kétszer oly vastag mint a jobb oldalon. A jobb szem befelé strabotizál. A bal alsó állkapocs fogmedernyulvánnyal egy valószínűleg fogcystának megfelelő, de majdnem mogyorónyi csontduzzanat áll előre. A fejkörfogat elég szimmetrikus, a karok hossza egyenlő (23 cm.), a mellkas és has bőre a 6. borda magasságától egészen le és a jobb alsó végtag külső feszítő oldala visszártágulatokat mutat. Ugyanílyenél láthatók foltosan a jobb glutealis tájon is. Míg a jobb alsó végtag hossza a sp. ant. sup.-tól a malleol. ext.-ig 23, addig a baloldalon 24 cm.; a jobb czomb körfogata közepén 18, a bal oldalon 24 cm. A jobb alszár körfogata 13.5, a balé 14.5 cm. A lábők hossza egyenlő (9 cm.), de a jobb talp szélessége az ujjak tövével 4.8, addig baloldalt 5 cm. Mindkét lábón részleges syndactylia van jelen a II-III. ujj között, mely csakis hártvány és az első ujjperczekre szorított. Ez esetben a fejlődési rendellenességek két alakja közt kell hoboználunk a kórisme felállításánál, az egyik a partialis makrosomia a jobb oldalon, a másik a partialis makrosomia a bal oldalon. Mikrosomia mellett szól először is a körrelőzmény, másodsor a syndactylia, mely akadályozott fejlődésre mutat és végre a féloldali visszártágulatok, a melyek a jobb oldalt tüntetik fel kórosnak. Hogy mégis makrosomiának vetjük az esetet, annak oka mindkét lábó vastag idomtalan alakja, mint a minőt óriás növényeknél szoktunk látni, másodsor a méretek, melyek a bal oldalt tüntetik fel kórosnak, s végre az alsó állkapocs észlelt csontdudorodás, mely excessiv növekedés határozott jele.

Hogy hasonló esetekben a karokon kisebbek [az elváltozások, mint az alsó végtagokon, azt *Monod* és *Trélat* óta szabályul tekintetjük. Többen állítják, hogy ily esetekben a kóros oldalt arról is meg lehet ismerni, hogy ott a bőr érzékenysége csökkent. A jelen esetben ez a beteg kis kora miatt meg nem ítéhető. Az irodalomban csak kevés hasonló eset ismeretes. *Obolowsky* megemlíti, hogy partialis makrosomia vagy makrosomia mellett hydrocephalus gyakori. Ez esetben ennek semmi nyoma.

Eddig számba nem vett színképbontási észlelésmódokról és adatokról, ezeknek értékesítéséről a szervezeten anyagcsere törvényeinek, gyógyszereink hatásmódjának tüzetesebb felismerésére.

Hieronymi Károly: Az exact természettudományok vívmányai nem értékesíthetők terjedelmesebb mértékben az emberi élet tünetvilágának felismerésére, mert a természettudományok egyes ágai között nagyon kevés a kapos, nem kevésbé azért sem, mert nincsen elég súly fektetve az anyag fokozatos alakulásmódjának felismerésére a minimum tünetektől kiindulól.

A színképbontás tudománya oly értékes vívmányokat nyújt az anyag fényugár állapotának alakulásáról, a melegnek csoportosulásáról a fényben, hogy szinte meglepő, hogy nem ezen tünetek és adatokból kiindulva, nem ezek mellé sorakozva foglalkoznak a természetbúvárok a meleggel. Hogy a melegnek, mai felfogásmódjának az orvostudományban közel semmiféle értékesítése nincs, legjobb bizonyossá annak, hogy nem a természeti tünetekhez, a természetben előforduló természetes alakuláshoz alkalmazkodnak annak észlelései és tanai.

A meleg fogalmát az anyag fogalmától különválasztani nem lehet. A gyakorlati természettudományok (orvostudomány) a melegnek csak azon megfigyelésmódját értékesíthetik, a mely azt az anyagnak eddig is megkülönböztetett állapota (szilárd cseppfolyó légnemű) szerint csoportosítva ismerteti.

A színképbontás tudományának az a vívmánya, hogy a kötő színképvonal alacsonyabb hővel bír, mint a szakadatlan színképsáv, a melyben látjuk, kimagasló természettudományi tan alkotásra hivatott. Ez a vívmány képezze kiinduló pontját a physiologiai göresői észleléseknek, úgy mint a physikának a meleg észlelésében. Ha ehhez hozzá-fűzzük, hogy mikrospektroskopikus észlelések a színképvonalak és a göresői képalakító (indifferentialis fény) közbevetődő fényhullámok azonos voltát szinte kétségtelenül teszik, vagyis, hogy a fénynek ugyanazon állapota adja a fénynek képalakító mivoltát, a mely színképvonal alakjában mutatkozik a színképsávban, vagyis a göresői képek körvonalait (contourjait) éppen úgy hidegebbeknek kell tartanunk, mint a színképsáv absorptiói vonalait.

Az orvosi természettudományra nézve elkerülhetetlenül szükséges, hogy az összes illetékes természettudományok egy közös alapfogalomból kiindulva, minden egyes vívmányukkal kisebb-nagyobb mértékben azzal kapcsolatba hozhatók is legyenek.

Ilyen alapfogalmakat egyedül az anyag fényugár állapotában találunk. E végből különösen fontosak a színkép-műszerrel észlelt és észlelhető adatok. Hogy ezek minél értékesíthetőbbek legyenek, észlelésüknek bizonyul a színképsávnak két féleségét külön számba venni és pedig a vonalképzést és a sáv szélességének változásait a rés változatlan volta mellett. A vonalképzést színképvonal-melegnek nevezzük, ennek legnagyobb foka az Emissions-sugárzó színképvonal, legalacsonyabb foka az Absorptions-kötő színképvonal.

A színképsáv szélességének változásait színképsáv melegnek nevezi, fokát a megfigyelt réteg hosszának centimeter száma mutatja, azon réteg hosszának centimeter száma, a melyen át még fényt kapunk. Szükségesnek bizonyul ezen észlelés azért, mert épen a leghatásosabb gyógyszereink fényvezető képessége igen különböző akkor is, ha az oldatok teljesen színtelenek. Ezen tényből kifolyólóg szükségesnek bizonyul az oldatokat, vegyeket, legkisebb részecskéik, tömeceik összeállítását, csoportosítását, fényvezető képességük szerint az égéshez közelebb vagy távolabb eső állapotban csoportosítva képzelni, illetőleg tömeceiknek kapcsolódás módjában több vagy kevesebb meleget feltételezni.

A színképsáv a vörös színtől az ibolyaszínig a rés változatlan volta mellett annál szélesebb, minél közelebb vagyunk a műszerrel a (mesterséges) fényárasztó közeghez.

A napfény is annál szélesebb színképsávot ad, minél közvetlenebbül hatja át légkörünket. A delelő nap színképsávja tükörrel vetve a fényt a spektroskopba 1¹/₂-től 50-ig terjed, ha 50-ra osztva veszszük számba a színképsávot; fehér világos felhőről nyert színképe a napfény-sugárnak 2¹/₂-től 48-ig ér, míg az alkonyat, mikor már nem olvashatunk, 6-tól 25-ig mutatja a színképsávot.

Félig derült késő őszi napnak színképsávja 4¹/₂-től 40-ig terjed, s e mellett a sáv oly sötét, hogy megfigyelésekre teljesen alkalmatlan, a vonalak pedig alig láthatók. A rést legalább is felével tágabbra kell nyitni, hogy elég jó színképsávot kapjunk.

Tudva azt, hogy télen több a betegedés mint nyáron, az emberi szervezet egészségét bizonyos határok között légkörünk illetőleg a napfény színképsáv képzésével kapcsolatba hozhatjuk. A kifejezettebb színképsáv, annak hosszabb tartama a nap szakában egészségünknek kedvezőbb.

Tudva azt, hogy luetikus betegek határozottan gyakrabban betegednek meg újból télen, mint nyáron, tudva azt, hogy nem egy közülük nagyon érzékeny a hideg iránt, míg a másiknál a szervezet nagymérvű eltompulását látjuk feltűnő álomságban, általános elgyengülésben az egyes szervek működésének elégtelensége folytán, mindezeket a féle-

ségeket a mondott szinképsáv meleg-elméletével és a sublimat-oldat szinképsáv melegével teljesen összhangba lehet hozni, miután a sublimatnak 60/0-os oldata 150 centimetryi rétegen át úgyszólván a teljes sávot megvilágítva mutatja; több kísérletezésem közül egy oldat sem vezette ilyen jól a fényt, de viszont, ha sublimat a bujakór specificuma, akkor a heveny lázas betegedések gyógyszerének szinképe, a melyek a szervezetnek fokozódott működését tüntetik szemünk elé, ettől nagyon eltérő képet fognak mutatni: az antipyrin 150/0-os oldatának 30 centimetryi rétege 5 1/2-től 30-ig mutatja az 50 fokra osztott sávot és ez is homályos; a natrium salicyl. 330/0-os oldata 36 centimetryi rétegen 6 1/2-től 23-ig mutatja a sávot, a chininum sulfuricum tömény oldatának 30 centimetryi rétegen 4 1/2-től 28-ig ér a szinképsávja.

A morphium hydrochloricum 70/0 oldatának 21 centimetryi rétege 31-től fogva köti meg a szinképsávot, míg a szinképsáv vörös végét kevésbé köti meg.

A jégnek 25 centimetryi rétege teljesen elnyeli a fényt, míg 15 cm.-es rétege 9-től 25-ig mutatja a szinképsávot.

A caloriák értelmezések különösen fontosnak fog bizonyulni az anyag fénysugár állapotának elváltozását meleggé, légneművé behatódó megfigyelés tárgyává tenni.

Közkórházi orvostársulat.

(V. bemutató szakülés 1897. márczius 10-dikén.)

Elnök: Verebély László; jegyző: Tihanyi Mór.

Serumtherapiával elért eredményeim 1896-ban.

Gerlóczy Zsigmond. (Lapunk más helyén egész terjedelmében közöljük.)

Hólyag-hüvelysipoly esete. Castratio.

Elischer Gyula: A 33 éves nő második szülésénél, mult évi december hóban harántfekvésben volt a gyermek, melyet három napi vajadás után spontán hozott világra. Utána rögtön vizeleturgás lépett fel. A vizsgálat kiderítette, hogy a portio vaginalis egy mogyorónyi kemény dudorként heges szövetbe van beágyazva, mely heges szövet a hüvely boltozatot tetemesen szűkíti; a septum recto-vaginale a végbélnyílás felé beroppan. A portio maradványa felett egy folytonosság hiány a hólyagba vezet.

Miután 6 golyófogó segítségével a fistula terét szétfárták, a heges szövetet a portio vaginalisról leválasztotta.

Ekkor látható lett a hólyagsipoly, körülbelül babnagyságú és ki- és felfelé irányítva. Most a heges szövetbe bemetszve, a fistula felett hegyes kúp alakban készítették le a vagina falát a hólyagfaltól. Utóbbinak véres széléit finom selyemléttel egyesítette, majd a portio vaginalis dudorát levágva, a vaginalis sebszéleket egyesítette. Ezen művelet közben látható volt baloldalt és fent egy csatorna, mely azonban vakon végződött (a méhcsatorna atresiaja). A portio vaginalis felszabadítására célzó kísérlettel el kellett állni, mert a septum recto vaginalis porhanyós szövege beszakadt és a legcsekélyebb erőlködésnél bizonyára végbélhüvelysipolyt eredményezett volna.

A portio vaginalis dudorának lementése a fistula alatt igen alkalmas sima felületet eredményezett, melyre a vaginalis lebenyek jól oda feküdtek, s az összetapadást elősegítették. Jodoformgaze-kötés mellett a gyógyulás csakhamar beállt.

Tekintettel arra, hogy az egyén hegesen szűkült vaginája újbóli fogamzás esetén sok baj forrása lehet (új hólyagsipoly, méhszakadás), az előadó eltökélte magát a petefészkek eltávolítására. A beteg e műtétet is kitűnően állotta ki, tökéletes prima jött létre. Hátra lesz még a végbélszakadás egyesítése; a végbélet a vaginából kikészítve majd mindkét szerv csatornáját külön külön reconstruálja és összetűzi.

Vulvitis adhaesiva operált esete.

Elischer Gyula: Ritkább a vulvitis adhaesiva mint a vaginitis adhaesiva. Esetében eleinte az összes therapeutikus módszereket megkísérelte, de gyenge eredménnyel. Azért a külső nagy szeméremjakk mentén és bent a kis ajkaktól az összes nyálkahártyát körülmetszve és kikészítve (félhold alakban), plastika által iparkodott arra, hogy a nyitvamaradás létesüljön.

Ezen operációt Szabó dr. orvos végezte. Ilyen esetekben az operatív eljárás az egyedüli célirányos, mely a bántalmon segít és a betegnél a legrövidebb idő alatt könnyebbülést hoz létre.

Bradách Antal: Felemlíti egy esetét, mely 73 éves nőbetegre vonatkozik, kinél méhtumort talált. A hüvely szőlőnek még az ujjá hegyét sem fogadta be az abszolút atresia miatt. Egy éjjel a beteg összehízelt magát, mire daganata felnyire apadt.

Ezt a kiümlést követte egy másik, majd egy harmadik, mire a daganat eltűnt; az utólagos ujjvizsgálat a vagina közepén az ujjat beszorító heges gyűrűt talált, s kiderült, hogy a daganat spontán oldódó hydrometra volt.

Elischer Gyula: Bradách esetét ő is látta; a végbélen keresztül fluctuáló daganat eleinte pyometra gyanúját keltette.

Veleszületett csipőzületi ficzam véres úton reponált esete.

Herczel Manó: Sz. Ö., 9 éves, tanuló. Jelen baja születésétől fogva van jelen; a mióta emlékszik, mindig sántított a bal lábára, a mely rövidebb.

Az elég jól fejlett beteg bal alsó végtagja a jobbhoz képest nagyobb fokú izomsorvadást mutat. A bal alsó végtag hosszirányban is visszamaradt. E rövidülés oka a térdüzletben felül keresztendő, mert az alsó végtag hosszirányban mindkét oldalon egyenlők, a mellő csipő-tövisnek a térdkalácstól való távolsága jobboldalt 39 cm., baloldalt 34 cm.

A bal farbarázda elsimult, a glutaealis táj lapos, a trochanter erősen prominál és a Roser-Nélaton-féle vonalat 4 1/2 cm.-rel haladja túl.

A czomb szabadon mozgatható, a medenceze vele nem mozog, s a czombos fejecse az acetabulumtól fel- és befelé, közel a spinához tapintható. A bal alsó végtag kiefelé, kifelé való rotációt, abductiót és extenziót mutat. Alláskor a medenceze bal fele nagy fokban süllyesztett helyzetben van, melynek megfelelőleg a gerincoszlop compensatorice skoliotikus.

Miután chloroform-narcosisban hiába kísérlete meg a Paci-féle methodus szerint a fejecs repositióját, a véres műtétet Lorenz eljárása szerint 1896. szeptember 24-dikén hajtott végre. A beteget felpolcolt medencezével helyezte el és a végtagnak abductiója és lefelé hajlítása mellett olyfokú extenziót fejtett ki, hogy a fejecs körülbelül a spina ant. sup. magassága alá került; a 9 cm.-nyi metszés a spina ant. sup. magasságában kezdődve a tensor fasciae latae külső szélén vezetett. A bőrmetszés után a tensor fasciae latae a sartorius-szal mellfelé, a musc. glut. med. pedig hátrafelé lett kampózva. A mellő tokszalagnak T alakban való megnyitása és a mesterséges acetabulum készítése Hoffa-féle kanál segítségével következett ezután. Miután az új acetabulumot a fejecs befogadására elég mélynek tartotta, a repositiót kísérlette meg, manualis erővel, de nem sikerült. Kénytelen volt tehát az abductorok-uak széli izomkötegeit bemetszeni, mire azután a repositio a többi izom megkimélésével eszközölhető volt. Varrat, tamponade, gypskötés nagyfokú abductióban.

Öt hét mulva távolította el a gypskötést és kezdte a massagékúrát, melyet félbe kellett szakítani, mivel a fiú térdüzleti lobot kapott. E miatt a csipőüzletben való mozgékonyosság eddig csupán 30-35 foknyi és nem oly jó, mint azt eleve várta. A rövidülés most csupán 1 1/2 cm. és a fiú mind jobban és jobban jár. Ez eset is bizonyítani látszik, hogy 6 éven felüli gyermekeknek a nem véres úton való repositio alig jár sikerrel.

Kopits Jenő: Lorenznek a ficzamodások nem véres úton való beigazítására vonatkozó esetei oly fényes eredményt mutatnak, hogy azt minden esetben meg kell kísérteni. Előzetes nyújtás után könnyen sikerül a repositio; egy pár fogással oda zökkentjük a femur fejecset a vápa széléhez, azután gypskötést alkalmazunk és a fejecs a járás alkalmával a test súlyától nyomva beleszalad a vápába; kétoldali ficzamodásnál ezen eljárás mellett a járás a betegnek nehezebb.

Kíváncsok, hogy minden esetben még 5-10 éves korig is megkíséreltessék a nem véres úton való repositio, mely ha nem sikerül, még mindig megtörténhetik a véres úton való beigazítás.

Herczel Manó: Szólok is azon nézetben van, hogy megkísérelendő a nem véres úton való beigazítás, de ez csak oly gyermekeken hajtható végre, kik 6 évnél fiatalabbak.

Régi luxatióknál (8-10-12 heteseknél) Paci-féle eljárással sikerül a repositio.

Encephalitis haemorrhagica acuta esete.

Hochhalt Károly: Mult hó 20-dikén egy 18 éves asztalos-legény önkivületi állapotban szállítottott osztályára. Az illető néhány nap óta lázas volt, heves fejfájásokról panaszkodott, azelőtt ideges volt. Az egyén gyengén fejlett, a nyak két oldalán babnyi nagyságú duzzadt nyirokmirigyek, kiefokú tarkómerevség. Látak egyenlők, középtágak, fényre renyhén visszahatók, nyelv száraz, has teknőszerűleg behúzódtott, húgyhólyag telt. A beteg rákiáltásra csak pillanatra ocsudik fel, s ekkor fejéhez kapva nyög. Hőmérséke állandóan 38.5-39.5° körül ingadozik, érelökése 84, úgyi minőség, mint szaporaság tekintetében változó. A beteg állapota 10 napon át, halála napjáig, változást alig mutatott. A kórisme gümös basilaris és cerebrospinalis meningitis között ingadozott, noha az utóbbi kevésbé tarthatta valószínűnek. A cerebrospinalis siderans alakot kizárta a 10-12 napos időtartam, másrészt protraháltabb lefolyásnál egyéb jellegző kórjeleknek kellett volna felmerülni. A Genssich tr. által végzett bonczolat meglepő leletet tárt fel. A bal halánték lebeny egész területén a bal insula Reilii és gyrus fornicatusra is kiterjedőleg vörös ellágyulás és encephalitis haemorrhagica volt kimutatható, egyúttal az agyhéjban számtalan mákszemnyi ömlecekkel. Az agyi ütőerekben sehol thrombus vagy embolia. A tonsillákön tályogok.

Az encephalitis haemorrhagica acuta kóralakot csak a legújabb időben ismerjük, mint legtöbbször önállóan fellépő fertőző betegséget. Strümpell után Leichtenstern, Freihahn és Oppenheim foglalkoztak vele tüzetesen. Leginkább influenza-járványok idejében lépett fel. A foudroyans alaknál rázó hideg után folytonos magas láz, sopor, majd coma, kisebb-fokú tarkó göres, lethalis kimenet a nélkül, hogy partialis hűdése kimutatható volnának, míg az inkább protrahált lefolyású eseteknél a láz és coma lassanként enyésznek, s a localisatio szerint majd ophthalmoplegia (Wernicke-féle polienccephalitis acuta superior), majd monovagy hemiplegiák merülnek fel, s ilyenkor lassú gyógyulás is lehetséges.

Genssich Antal: A göresői vizsgálatnál kitűnt, hogy a lágyburok különösen a telt véreceskék körül bőségesen gömbsejtekkel beszűrődött és az agyhéjba hatoló véreceskék szintén gömbsejttel beszűrődést mutatnak, mely többé-kevésbé az agy állományába terjed; helylyel-közzel különálló gömbsejttel beszűrődési foltok is vannak. A vérzések nagyobb részt az agyerekek nyirok hüvelyibe történtek, kisebb

részt az agy szövetébe is hatolnak; a közben levő agyállomány, különösen a szürke héjban lágy reczét képez és alveolusszerű ürességekkel áthatott. Az idegsejtek halványak és rosszul festődnek. Gram-festéssel a lágy burokból, részint az agyállományban is gyéren elszórva egyenként és kettősével diplococcusokat lehet találni és egy helyen, egymás mellett, csoportulatan akár egy embolust-képeznek, mely azonban nem feküdt edényben.

A tüdőben catarrhalis pneumonia mellett kiterjedt véres beszűrődést és egyfelől Gram szeriut festődő bacillusokat, másfelől diplococcusokat kaptak.

Egyik hörgőtöltelékében nagymennyiségű penész-gomba is volt és különböző hosszú bacillusok; a tüdő megbetegedést szülő következményesnek (nyelési bronchopneumoniának) tartja.

Az encephalitis haemorrhagica valószínűleg oki összefüggésben áll a kétoldali tonsilla-tályoggal, de határozottabb bizonyítékot arra, hogy influenzából eredne, kimutatni nem sikerült. (Influenza-bacillust nem találtak.)

Goldzieher Vilmos: Kérde, hogy milyen volt a III—IV. agygyomor (*Generisich Antal*: ép), mert a haemorrhagikus lob a IV. gyomor szürke állománya körül megmagyarazza a somnolentiát, mivel a polienccephalitis haemorrhagica egyik tünete az álomkór és erre *Mauthner* az álom egy új teoriáját alapította. Létezik a polienccephalitis egy bizonyos neme, mely főleg a tropusokban, négerknél körülírtan fordul elő, a beteg napokon keresztül mély álomba merül és így hal meg. Nálunk ez a betegség csak elszóron fordul elő, ott, hol a IV. ventriculus körül lob van és így tetemes elroncsolást okoz az idegmagvakban.

Az orvosgyógyászatban mutatott be szülő egy 5 éves gyermeket, ki mély álomban volt, felébredvén, úgy viselkedett, mint az iszákos és e mellett ophthalmoplegia externája volt, a szem belseje épnek mutatkozott; szülő ezen esetben haemorrhagiát vett fel; a gyermekkorházban a gyermek álomkórja megszűnt, általános izgatottság lépett fel, a gyermek csakhamar meghalt.

A sectio a corpora quadrigemina-ban izolált tuberculumot talált.

IRODALOM-SZEMLE.

I. Könyvismertetés.

A belgyógyászat kézikönyve. Szerkesztik: *Bókay Árpád, Kétyi Károly, Korányi Frigyes*. Harmadik kötet. *Dobrowsky és Franke* kiadása, 1896.

(Vége.)

A máj betegségeinek bevezetésében *Korányi Frigyes* tanár a bonczatani viszonyoknak rajza után a májnak nagyfontosságú életani működéseit, ú. m. szerepét az epe elválasztásában, a húgyanyagképzésben, a szénhidrátok anyagcserejében, a vér cukortartalmának szabályozásában, antitoxikus hatását stb. szokott előkelő és világos modorában tárja elénk, majd a májbetegségek általános körismételéséhez fűz értékes adatokat.

A sorozatot *Müller Külmán* tanár kezdi meg a sárgaságnak jellemzésével. A legapróbb részletekre kiterjedő gondossággal emlékezve meg a keletkezés módjairól, különös tekintettel a régebben haematogen eredetűnek tartott icterusra, az összes régi és újabb szerzők nézeteinek felsorolása után oda concludál, hogy biztos alappal a haematogen icterus lehetőségének felvételére nézve egyáltalán nem rendelkezünk, s mint erre vonatkozó hatalmas argumentumot *Stadelmannak* toluylendiaminnal, phosphorral stb. végzett állatkísérleteit hozza fel, mely szerekek behatása alatt ugyan nagy számban pusztultak el a vörös vörsejtek, mégis a szövettani vizsgálatok azt mutatták, hogy az icterus oka a májsejtekben beálló duzzadásban, a legfinomabb epeutakban fellépő kóros elváltozásokban keresendő. Ezután beható tanulmányt szentel *Neusser, Liebermeister* és mások szellemes fejtegetéseinek, melyek szerint haematogen eredetű icterus lehetséges oly értelemben, hogy ilyenkor is a megváltozott májfunctio vagy epepangás a közvetlen oka az icterusnak, s így végeredményben az ilyen icterus is hepatogennek tekintendő. Szerző kiemelve ezen közvetett haematogen icterusnak pozitív bizonyítékokat nélkülöző tisztán hypothetikus értékét, nem fogadja el a „haemato-hepatogen” elnevezést sem, mert a bilirubin mindig a vörös vörsejtekből származik s így ennek feltüntetésére az elnevezésben teljesen felesleges, mert akkor azt mindenféle icterusra kellene alkalmazni. A szorosabb értelemben vett aetiologia után a sárgaságnak, helyesebben a vérkeringésbe jutott epe által okozott zavaroknak szabatosan körvonalozott tünetcsoportja következik. Az *icterus gravisnak* rövid kórrajza után, a súlyos jelenségeknek okát a legújabb álláspont szerint nem annyira az epealkotórésznek felszívódásában,

mint inkább egy az egész szervezetre beható infectióban, esetleg a mélyreható elváltozást szenvedett máj hiányos functiójában, a nitrogen anyagcsere mérgező produktumainak intoxicatiójában keresi. Az epekőeknek szerző a tárgy fontosságához méltó terjedelmes tanulmányt szentel. A tágabb értelemben vett aetiologia, s az epekőek physikai és vegyi sajátosságainak ismertetése után az epekőek képződésének viszonyaira tér át, s röviden felsorolva a régebbi nézeteket, gondos és világos összefoglalás adja *Naunyn* nagybecsű vizsgálati eredményeinek, melyeknek összegezése után oda concludál, hogy az epekőképződés egyik főforrása a nagy mennyiségben leváló széteső hámszejtekben van, ez pedig csak az epeutak nyálkahártyájának catarrhalis állapotánál fordul elő; utóbbi viszont leggyakrabban az epepangásnak a következménye oly módon, hogy az epeáram meglágyulásánál a duodenumból könnyen bejutnak az epeutakba lobgerjesztő bakteriumok. A kórtüneteknek rajzában *Naunyntól* eltérőleg nem regularis és irregularis, hanem egyszerű és complicált lefolyású cholelithiasis elnevezést tart célszerűbbnek, s ezen felfogásának helyességét azzal indokolja, hogy az epekőbetegségnek azon esetei, melyek tünetekkel egyáltalán járnak, aránylag ritkán maradnak meg az egyszerű kólika határain belül, hanem többé-kevésbé súlyos bonczatani elváltozásra jellegző tüneteket mutatnak, azaz cholelithiasisnál csaknem gyakoribb az irregularis vagy helyesebben complicált lefolyás, mint az egyszerű. A kólikának kitűnő leírásában bőven kiterjeszkedik a kólikarohamot gyakran kísérő láznak magyarázatára, s míg a rázóhideget ideges reflexjelenségnek tekinti, addig a hőemelkedést bacteriumos infectióra vonatkoztatja. Az epekőbetegségnek szövődményes tünetei már gyakoriságuknál fogva is megérdemlették a gondos ismertetést. A nagyfontosságú kórisme magában foglalja mindazon értékes jeleket, melyek egyéb, hasonló fájdalommal járó megbetegedéssel szemben kétes esetekben a felismerést lehetővé teszik. A gyógykezelésben sajnos tapasztaljuk, hogy az epekőeknek képződését megakadályozandó, a meglévőket kihajtásért cizelő újabb törekvéseket ép oly kevés siker koronázta mint a régieket, s így örömmel üdvözölhetjük a legújabb irányt, a legjobb sikerekkel biztató operatív beavatkozást.

Az epeutak és epehólyag hurutos gyuladása azon betegségek közé tartozik, melyeknek irodalma a bacteriologia fejlődésével lépést tartva, az utóbbi időben tetemesen fellendült. Míg 1—2 évtized előtt ezen elnevezés jóformán csupán az icterus catarrhalist s a localis okokhoz csatlakozó cholangioitiseket foglalta magában, ma már számtalan fertőző betegség képes, vagy önálló fertőzés képében jelentkező icterust bacteriumok által okozott cholangioitisekre vonatkoztatunk s találóan jegyzi meg szerző az önállóan jelentkező cholangioitiseknek kóroktanában, hogy ha az ily esetek ismertetésénél ma még sokszor nélkülözzük is azon ténynek konstatálását, hogy t. i. a kisebb vagy nagyobb epeutaknak hurutja jelen van, úgy ez bizonyára azon körülménynek tudandó be, hogy épen az ily epidemias eseteknek túlnyomó része könnyű lefolyású lévén, nem nyílik alkalom histologiai vizsgálatok megejtésére. A kórtani és kórbonczatani részben szerző utal azon észleletekre, melyek valószínűvé tették, hogy az egyszerű cholangioitis catarrhalis eseteiben is bacteriumok behatásával állunk szemben. A kórtünetek és kórisme ismertetésében az icterus catarrhalis jól körvonalozott körképe után, az egyéb aetiologiai behatások után fejlődött alakok közül főleg a különféle fertőző bántalmakhoz csatlakozókat, továbbá az epehólyag lobos folyamatát eseteli részletesebben.

Következnek a májszövet megbetegedései *Korányi Frigyes* tanár tollából. Az egyes májbetegségeknek fejlődési menetéhez híven a sorozatot a máj vérbőségének classikus rajza nyitja meg, különös tekintettel az activ vérbőségre, mely a májnak minden szöveti megbetegedését és újképleteinek fejlődését is bevezetni szokta, míg a passiv vérbőségnek — mely rendszerint szív vagy egyéb mellüri szervek megbetegedésének kísérője — e helyen természetszerűleg kevesebb tér jutott. A májtályog fejezetének kóroktana felőleli az idevágó bacteriologiai vizsgálatokat, s bacteriumok bejutásának szövőmennyés és sokszor rejtélyes módját. Kiválóan tanulságosak azon tapasztalati és kísérleti úton is beigazolt adatok, melyek arra engednek következtetni, hogy a fertőzés a véráram rendes irányától eltérőleg is történhetik oly módon, hogy a fertőző csírok az alsó üres érből jutnak a májvisszerek útján a májba, továbbá azon esetek, melyekben a fertőző csírok fészket,

illetőleg bejutási kapuját feltalálni nem sikerült, úgy hogy: „nem lehetetlen, hogy azon microbák, melyeknek hatása alatt közönségesen dysenteriás vagy genyedő bélbántalmak fejlődnek, némely esetben a bélfal megbetegedése nélkül jutnak a véredényekbe és májba“. Nem kevésbé tanulságos a máj parenchyma bactericid szerepének nyilvánulása májtályogok kapcsán, s erre vonatkozathatók azon sajátságos esetek, midőn minden bizonyossággal bacteriumos eredetű, sőt büzös májtályogok a hashártyaürbe törtek át minden lobos következmény nélkül. A kórboneztani rész egyszersmind hű képét nyújtja a májtályog áttörés folytán vagy egyéb módon lehető szövödményeinek s ezeknek illusztrálására szerző klinikájának egyik tanulságos esetét részletesen ismerteti. A betegségnek plastikusan elődomborított klinikai képe, kórlefolysa és kórisméjének rajzai után a *pylephlebitis suppurativa* és *pylethrombosisnak* tömör fejezetei kerülnek sorra.

Az *idült szövethözti májgyulladásoknak* ismertetése kétségkívül egyike ezen kötet legkimagaslóbb fejezeteinek. A nagy tapasztalatú buvárnak kritikai szelleme vonul át a terjedelmes műnek minden lapján, az olvasó elé tárva dúsan mindazt, mi ezen fontos betegség-csoportnak irodalomtörténeti fejlődésében értékesnek bizonyult, kiselejtve a sok feleslegest, mely nélkül egy hasonló irodalmi multtal és jellel bíró betegség el sem képzelhető. A betegségnek kitűnő meghatározása s történelmi fejlődésének rövid ismertetése után annak különböző alakjait a francia szerzők nyomán általánosan elfogadott 2 főcsoportban, ú. m. a máj véredényeiből és az epecsövekből kiinduló cirrhosis neve alatt tárgyalja. A *szövetközi sorvadó májgyulladás* gazdag kórboneztani részéből csupán a parenchymás szövetelemek viselkedésének taglalását említjük, melyre nézve szerző azon sarkalatos kérdést veti fel, mikor kezdődnek a degeneratív elváltozások a májsejtekben? Ezen kérdésre mintegy feleletül azon nézet képviselői közül, mely a kóros behatás elsődleges nyilvánulását a májsejtekben a kötőszöveti elváltozással egyidejűleg, sőt azt megelőzőleg valószínűnek tartja, leg részletesebben *Ackermann* és *Hartung* mintaszerű szövettani vizsgálatait ismerteti, s hangsúlyozza, hogy azon tény megítélésénél, hogy t. i. még előrehaladottabb májcirrhosisnál is lehet helyenként ép parenchymát találni, nem szabad szem elől téveszteni a májszövet nagyfokú regeneráló képességét, mely hogy idült májloboknál is érvényesülhet, *Kretz* újabb vizsgálatai bizonyítják. Az epeutak viselkedésének fejtegetésében különös figyelmet érdemel az epecsatornák újjaképzésének módja és magyarázata, a többi szervek elváltozásai közül pedig a lépdaganat keletkezése, melyre nézve *Oesterreich* bizonyította be, hogy az, ép úgy mint a májmagnagyobbodás, toxikus eredetű, tehát azzal mintegy koordinált értékű, s a pangás csak később járul hozzá. A kóroktan, kórtünetek és kórisme rajzai mindenkor mintái fognak maradni ezen klinikailag oly pontosan körvonalozott betegség ismertetésének. A gyógykezelésben szerző visszatekintő pillantást vetve a kórfolyamat fejlődésére, az alkohol behatása alatt megindult szövettani elváltozásra, felveti a kérdést, vajjon lehet-e a májcirrhosist fejlődésének valamely szakaszában gyógyítani? s logikai fejtegetések után azon következtetésre jut, hogy „miután a máj kötőszöveti hyperplasiája önmagában véve nem képez [megakaszthatatlanul] progressiv folyamatot, akkor legalább is képzelhető, hogy az alkohol ivásának idejében való megszüntetése után is korlátozva maradhat olyan határok között, melyek az egészséges életfunkcióval kiegyeztethetők“. Ezen lehetőséghez képest a betegség kezdeti gyógyítására nézve bő tapasztalataiból merített nagybecsű diaetetikai és gyógyszeres szabályokat állít fel, majd kiterjeszkedik azon gyógybeavatkozásokra, melyek a már kifejlődött cirrhosis tüneteivel szemben alkalmazhatók. A *szövetközi szétterjedt májgyulladás túltengéses alakjaiban* szerző az elváltozást röviden úgy jellemzi, hogy az: „a kis epeutak hurutos lobja, mely a lumenről a falra elterjedve, az utóbbi kötőszöveti túltengését hozza létre“. A kórboneztani részben az előbbi fejezetéhez hasonló előszeretettel tárgyalja ezen érdekes, angiocolitikus májaffectiót, melyet *Goluboff* az ureterből és a vesemedenczéből a vesecsatornácskákra felszálló hurutos veselobhoz hasonlított, *Trousseau* pedig az apró hörgők gyuladásához esatlakozó tüdőlobhoz hasonlítva „bronchopneumonie hepaticque“ névvel ruházott fel.

Az újonnan termelt kötőszövetre nézve nem fogadja el *Ackermann* nézetét, ki a hypertrophias alaknál képződött kötőszövetet

nem tartja lobos eredetűnek és zsugorodásra képesnek, hanem tisztán proliferálóknak, a bőr elephantiasis-hyperplasiájával azonosnak, nem pedig azért, mert a kötőszövet a bajnak régebbi fennállása mellett ugyanazzal a rostdús és sejtzegény szerkezettel bír, mint a *Laennec*-féle cirrhosis kötőszöve. A kóroktani részben *Chauffard* bacteriologiai és chemiai fejtegetései után azon kérdésre nézve, vajjon nem léteznek-e eddig még fel nem fedezett bacteriumok vagy protozoák, melyek az epecsatornácskákat betegítik meg? találóan jegyzi meg szerző, hogy Ch. kérdései nem világitanak meg egyebet, mint a boneztani részében oly jól ismert betegség aetiológiájának teljes ismeretlenségét. A kórtünetek és lefolyás után, a cirrhosis egyéb ritkább alakjait is magában foglaló függelék zárja be a fejezetet.

A máj változatokban gazdag *bujasenyves megbetegedése* után a *heveny sárga májsorvadásnak* klinikusra és kórbonezolóra nézve egyaránt érdekes kórrajza következik, kitűnő elődomborításával a betegség mérgezési vagy fertőzeti természetének, s a vele járó nagyfokú anyagcsere-zavar által okozott súlyos tünetesoportnak.

A máj s *epeutak* rákjával *Müller Kálmán* tanár szokott precizitásával foglalkozik, különös figyelmet fordítva a májrak kórisméjének pontos körvonalozására, s az epehólyagrak aetiológiájában az epekövek érdekes közbejárásának méltatására.

A további fejezeteknek tárgyalását ismét *Korányi Frigyes* tanár veszi át, s a *zsírmáj*, *amyloidmáj*, *májtrophia* és *hypertrophia*, a máj alaki és helyzetbeli szabálytalanságainak tömör ismertetése után a *májechinococcusnak* közvetlenségével vonzó, mesteri rajzát adja. A mi viszonyainkra nézve fölöttébb érdekes azon ténynek constatalása, hogy a Budapesten észlelt echinococcus-betegek száma a bécsiekéhez képest magasnak mondható, e mellett bizonyít főleg a két belklinikának statistikája. A májechinococcus rendkívül változatos kórtüneteinek, kórlefolysának és kimenetéknek könnyebb megértését s mintegy érzékítést czélozzák a fejezet végén közölt, igen tanulságos kóresetek, különös tekintettel az echinococcus tömlök áttörési viszonyaira s egyéb szövödményeire.

Dieballa Géza dr.

II. Lapszemle.

Sebészet.

Androgyna egy klinikailag is érdekes esetéről referál *Pozzi*. A nőbeteg két oldali lágyéksérvről panaszkodott, a baloldalon lévő reponálhatta, míg a jobb oldalt radical műtéves alá fogta, mely alatt egy cystosus tömegre s egy az ovariumhoz hasonló testre akadt, melyből azonban a szövettani vizsgálat kiderítette, hogy az tulajdonképen egy jól fejlett *here*. Hasonló volt a dolog a baloldali sérvben is s így ez esetben pseudohermaphroditismus állott fenn. A beteg különben teljesen nőies habitussal bírt, emlői jól fejlettek, széles medenczéjű, szűzhártyával, hüvelylyel bírt, a klitoris jól fejlett. Menstruációja soha sem volt, de minden hónapban rosszullet érzése közt megeredt az orra vére, mely makacsul állott fenn két napig. Nemi gerjedelemre a beteg csak az operatio után ébredt. (Acad. de méd. 1896.)
Novotny dr.

Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Jodvasogen** belsőleg arterio-sclerosis ellen. *Kleist H.* dr. berlini főtörzsorvos arterio-sclerosis ellen belső szervek jodtinctura és jodkali-oldat helyett (melyeket a gyomor rosszul tűr) ajánlja a *jodvasogen* (a jodnak oldatát oxgyennel impregnált szénhidrogenekben), minthogy ez alakban a szer gyors és teljes felszívódása bekövetkezik. A jodvasogen 6% oldatából 8—10—12 cseppet vétet 3-szor naponta $\frac{1}{2}$ órával a 3 étkezés után, később előtte s 14 napi alkalmazás után az arterio-sclerosis kapcsolatos *szívnehélyek*, *orthopnoea*, *tachykardia* felváltva *arhythmiával* stb. lassanként engednek. Ép úgy időnként eltűnik a fehérsye is a vizeletből, mely a bajt rendszeren kísérő idült veselob következményekép ritkán hiányzik. Mindezen kórtünetek a jodvasogen használata alatt legalább is lényegesen javulnak, de figyelmeztet a szerző, hogy a hatás biztossága miatt tanácsos a készítményt egyenesen Klever kölni gyárából meghozatni. (Berl. klin. Wochenschrift, 1897. 9. sz.)

TÁR C Z A.

Beszéd.

melylyel *Korányi Frigyes* tanár, az országos közegészségi tanács elnöke és küldöttségének vezetője a tanács felterjesztését az orvosi kamarák ügyében a belügyminister úrnak átnyújtotta.

Nagyméltóságú belügyminister úr! Az országos közegészségi tanács eltérve a felterjesztés rendes formáitól, megbízott minket azzal, hogy személyesen nyújtsuk át Nagyméltóságodnak a tiszteletteljes felterjesztését, az orvosi kamarákat illető törvényjavaslatról. A tanács kívánta, hogy az élő szó közvetlenségével fejezzük ki Nagyméltóságod előtt a tanács köszönetét azért, hogy ezen, Magyarország orvosai köz- és magánéletébe mélyen bevágó javaslatot a tanácshoz, véleményezés végett méltóztatott leküldeni, még mielőtt Nagyméltóságod a javaslattal szemben állást foglalt volna.

A tanács át van hatva a tudattól, hogy Nagyméltóságod figyelmében részesíti az ország orvosainak nehéz küzdelmeit és ezek orvoslásának szándékából indította meg a tárgyalásokat az orvosi kamara felől.

Az ország orvosainak bajai az utóbbi években valóban magasra tornyosultak. Az orvosokat áthatja az állásuk és sorsuk megingatottságának aggodalma, a mit bizonyít az az elterjedt mozgalom, a mely az ország minden részében megindult az orvosok közt, állásuk megvédése céljából, s hogy mennyire meg van ingatva az orvosi állás iránti vonzódás, azt bizonyítja az, hogy évről évre alább száll azoknak száma, a kik ezen pályára adják magukat s az orvostanulók száma az utolsó években 40 százalékkal megapadt. Az országos közegészségi tanács már törvényes rendeltetésénél fogva hivatva van, hogy foglalkozék az orvosi testület helyzetével, a mely testület az egészségügynek legjelentékenyebb activ factorát képezi; de a tanács orvostagjai egyenkint is kell, hogy átérzzék pályatársaik küzdelmeit, a melyek végre is a tanács tagjait magukat is többé vagy kevésbé érintik. S azért sehol sem fogadhatják hódolatteljesebb elismeréssel Nagyméltóságod azon törekvését, hogy ezen bajok orvosolva legyenek, mint éppen a közegészségi tanácsban; és sehol szívesebb készséggel nem járulhatnának a velünk közlött törvényjavaslatokhoz, mint a tanács keblében, ha az az orvosi rend és a közegészségügy javát mozdíthatná elő.

Sajnálataira, a tanács erről nem győződhetett meg és arra kéri véleményében Nagyméltóságodat, hogy ezen törvényjavaslatot elejteni méltóztatassék. Beható átgondolás és áttanulmányozás után jutott a tanács ezen végeredményre; okait leplezetlenül kifejtetni kötelességének tartotta Nagyméltóságod és az ügy iránt, és ezt tette az iratban, a melyet ezennel Nagyméltóságodnak átnyújtani megbízva vagyunk.

Orvosszövetkezetek. Orvosegyesületek. Orvosi kamarák.

IV.

Mi legyen a célja a facultativ úton alakítandó helyi és országos orvosi szövetségeknek és hogyan törekedjék kitűzött célját elérni? a mult évi congressusból az országos orvosi szövetség alapszabályainak szerkesztésére kiküldött bizottság előttünk fekvő munkálatában azt hisszük, elég jól van körvonalozva és az abban foglaltak lényegéhez részünkről is hozzájárulunk.

E munkálat az országos szövetség céljál az orvosi rend erkölcsi, anyagi és társadalmi érdekeinek előmozdítását és megvédését és mindannak ápolását és fejlesztését tüzi ki, a mi az orvosi rend szakszerű működését úgy az orvoslás, mint a közegészség terén minél sikeresebbé és közhasznosabbá teheti. A cél elérésére pedig a tervezet úgy törekszik, hogy a) Magyarország orvosait erkölcsi testületekbe tömöríteni igyekszik; b) rajta lesz, hogy az orvosoknak egymásközötti és a közönséggel szemben való viszonyaira vonatkozólag közmegegyezéssel egy egyetemes és a helyi viszonyokhoz alkalmazott orvosi rendtartás létesüljön; c) mozgalmat szándékozik megindítani az orvosi biztosítás, orvosi segély- és nyugdíjügy országos szervezésére; d) figyelemmel akarja kísérni és felkarolni a felmerülő orvostársadalmi kérdéseket, igyekezvén

azokat a mennyire lehetséges az orvosi rend érdekében lehető megoldásra vezetni; e) a helyi és egyetemes orvosegyesületi és társadalmi élet előmozdításán fáradozik; f) foglalkozása körébe kívánja felvenni az orvosi szakképzés és a közegészségügy időnként felmerülő kérdéseinek megbeszélését is. Felőleli tehát mindazon kérdésekkel való foglalkozást, a melyek az orvosi rendnek úgyszólván összes anyagi és szellemi ügyeire vonatkoznak.

A szervezet, melyet a munkálat contemplál, a legszélesebb autonomia alapján áll, azon felfogásból indulva ki, hogy az orvosi rendben életerős társadalmi öntudatot, magas értelmi és erkölcsi színvonalat csak a rend tisztességes elemeinek szabad egyesülése és önként fejlődő önálló munkálkodása teremthet meg. A tulajdonképeni működés súlypontját e miatt az egyes nagyobb városokban és az egyes megyékben már létező vagy alakítandó egyesületekbe vagy fiókszövetkezetekbe helyezi, a melyeknek feladatuk lesz a kitűzött célok érdekében olyan módon közreműködni, a hogyan a fennforgó viszonyokhoz képest azt megtehetik. De hogy a fiókszövetségek működése isolálva ne maradjon, egy az ország középpontjában a fő- és székvárosban felállítandó igazgató-tanácsot contemplál a munkálat, melynek feladata a fiókszövetségek között a kapcsolatot folyton fenntartani és az egyes fiókszövetségekben felmerülő egyetemes érdekű kérdéseket az évenként összehívandó országos orvosi congressusokra tárgyalás alapjául előkészíteni, hogy azok iránt az összes hazai orvosok véleménye nyerhessen kifejezést. Hogy a fiókszövetségekben kifejlő munkásság a központi igazgató-tanács működésében megfelelő képviselést és kifejezést nyerjen, e tanácsot a tervezet úgy contemplálja összeállítandónak, hogy annak tagjai az egyes fiókszövetségek elnökei vagy azok helyettesei legyenek kiegészítve 10 fővárosi és 20 vidéki az évi congressuson megválasztott taggal.

E széles alapon nyugvó működési kör és autonomikus szervezet mellett biztosítva látszik az, hogy az egyes fiókegyesületek saját egyéni viszonyaikhoz képest egészen önállóan fejlődhesse- nek; ott a hol lehetséges, e fiókszövetkezetek tudományos egyesületek gyanánt is működhetnek; ott a hol nincsen meg erre a kellő mód és alkalom, megmaradhatnak a rendi helyi és általános érdekek szövetségének.

Tisztán rendi érdekek tárgyalásával azonban egyetlen egy fiókszövetség sem foglalkozhatik örökösen. Ilyen megbeszélendő rendi kérdések nem merülnek fel szakadatlanul; egyes meg nem oldott kérdésekre vonatkozólag az ismételt tanácskozás és megbeszélés szüksége egy idő múlva megszűnik: a mi állandó szükség és közvetlen haszonnal jár a fiókszövetség tagjaira, az a tudományos összefüvetek tartása, melyeken egyes orvosi és közegészségi kérdésekben észleleteiket és tapasztalataikat egymás és a köz hasznára kicserélhetik. Minden fiókszövetkezetnek feladata gyanánt vehető az, hogy lehetőleg az ilyen tudományos foglalkozást is felvegye működése körébe. Ezzel érheti el a rend leginkább tekintélyét a társadalomban, ha azt a meggyőződést lesz képes kelteni a közönségben, hogy nemcsak a rend anyagi érdekeinek védelmére, hanem saját magának folytonos tökéletesítésére is törekszik.

E szövetségben a rend tagjai felett maga a rend által gyakorolt fegyelmezés nem terjed tovább, mint az a tisztességes emberekből álló bármely szövetkezetben vagy egyesületben szokásban van. A szövetség nem tűri meg magában és nem veszi fel magába a tisztességtelen elemeket; a tagok közül netán felmerülő félreértéseket a választmány igyekszik kiegyenlíteni avagy a tisztesség határain belül a tagok által elkövetett hibák felett helytelenítést kifejezni.

Az „Országos szövetség“ ily módon contemplált szervezete kétségenkívül jobban illik rendünk méltóságához, mint a most napirenden levő hivatalos orvoscamarai tervezet, a mely lényegileg szintén egyesületeket contemplál ugyan, de nem autonomikus alapon, hanem a belügyi egészségügyi kormányzatban központosított bürokratikus szerkezettel, mely egyletekbe be kellene lépni minden orvosnak — a katonaorvosok kivételével —, akár akar, akár nem. A terv mindjárt azzal kezdődik, hogy a belügyminister határozza meg azt, hogy hány ilyen vidéki kényszer-egyesület állíttassék fel; az egyes vidéki egyesületek elnökeiből és kiküldött tagjaiból alkotott központi választmányon az elnöklést a

belügyminister kiküldöttjének tartja fenn és ennek elnöklése alatt tervezi a központi választmányral megalkottatni az egész ország minden orvosára kötelező orvosi rendtartást, a mi azt jelentené, hogy esetleg 7—8 kamaraterületre osztva fel az országot, 14—16 egyén élén a belügyministeri, eshetőleg nem is orvos-megbizottal hozná meg a szabályokat arra nézve, hogy hogyan viseljék magukat az orvosok egymással és a betegekkel szemben. A vidéki kényszer-egyesületek e rendszer mellett alig fejlődhetnének, miután azoknak tevékenysége azon 9—24 tagból álló kamaraválasztmányra lenne bízva, melyet az évenként egyszer összehívandó közgyűlés küldene ki az orvosi ügyek intézésére. E választmányok tulajdonképen fizetés nélküli hatósági közegek lennének, a hozzájuk küldött közegészségi ügyek véleményezésére, továbbá fegyelmi tanácsaikkal szintén fizetetlen rendőri és büntető közegek azon orvosok számára, a kik magukat a magánygyakorlatban és magánéletben nem jól, — nem a központi választmány orvosi rendtartása értelmében, — találják viselni, sőt e választmányoknak jelentést kellene tenni a belügyministeriumhoz arról is, hogy a kamaraterületen az orvosok mennyire viselik magukat jól, a mennyiben a fegyelmi leg elítelt esetek évi bejelentésére köteleztetnének. Arról, hogy e kamara választmányoknak mi módon kellene a rendi érdekeket és a tekintélyt előmozdítani, a szervezetben szó sinesen, az orvosi segély és nyugdíjügy rendezéséről, tudományos összejövetelek tartásáról említés sem tétetik. Ilyen módon, ha az a javaslat törvényerőre emelkednék, orvosi rendünk élet nélküli hivatalos categoriákba lenne osztva, melyben csak a fegyelmi tanács kétes értékű ítéletei zavarnák meg a tehetetlenség csendjét addig, míg ez ítéletek eredménytelenségéről meggyőződve, azoknak hozatalába is bele nem fáradsanak.

Orvosi rendünknek szabad-egyesületek kellene szabad tevékenységi körrel, csak ezek biztosíthatják számára az önálló fejlődést és a társadalmi tekintélyt. Nem kételkedünk felette, hogy a magyar orvosi rend a contemplált rendőri szervezet tervezetét elfogadni nem fogja és reménylünk, hogy a szabad szövethatározás eszméjét fogja felkarolni. A szabad orvosi szövethatározás hívei nem állítják sem magukat, sem másokat azzal, hogy sikerülend nekik a nagy orvosi gyakorlat misériáit mind megszüntetni és minden orvosnak eldorádót teremteni, hanem biznak abban, hogy ha a magyar orvosi rend jobbjai szövethatározás egymással, lassankint egyesült erővel sok baj ellen megtalálják az önszolgálat módjait és kitartó munkájukkal közre fognak járni ahhoz, hogy a rend tekintélye a társadalomban gyökeret verjen és folytonosan gyarapodjék, jogos érdekei pedig kellőképen respektáltassanak.

A pestisről.¹

A szerémségi járvány 1795/96-ban. — A pestis klinikai képe a legújabb észleletek alapján.

(Vége.)

A következőkben két újabb szerző: Scheube² és Aoyama³ leírásai alapján óhajtjuk a pestis klinikai képét adni.

A pestis kitörését csak ritkán előzik meg *prodromalis tünetek*: étvágytalanság, levertség, fájdalmak a végtagokban, fázékonyosság, szédülés, szívdobogás, néha tompa fájdalom azon helyeken, hol később a bubók jelentkeznek.

A *kitörés szakát illetőleg*: legtöbb esetben a betegség hirtelen kezdődik a közérzet súlyos zavarának és rendkívüli mérvű testi és szellemi gyengeségnek tüneteivel. A fej kábult, rendszeren a homlokra vagy halántékra szorítókozó heves, tompa fejfájás, szédülés, álomosság vagy ennek ellenkezője: nyugtalan alvás és kínzó álomképek vannak jelen. A beteg arca halavány, az arcvonások eltorzultak, a szemek mélyen fekvők, homályosak, a tekintet merev, a beszéd nehéz, a járás támoalgó, úgy hogy a beteg erősen részeg ember benyomását kelti. Étvágy nincs, émelygés, sokszor hányás, néha hasmenés jelentkezik (utóbbi két jelen-

ség főleg a halállal végződő esetekben); ezeken kívül még fájdalomról a végtagokban és mellszorongásról panaszkodnak a betegek. Ezen stadiumban a hőmérsék többnyire még rendes vagy csak kissé emelkedett.

A fent említett tünetek azonban néha épen csak jelezve vannak és nagyon rövid tartamúak, sőt teljesen hiányozhatnak is, úgy hogy a betegség azonnal magas lázzal kezdődik.

A *lázás szak* többnyire rázóhideggel kezdődik; a hőmérsék 39—41°-ra, sőt ezen felül is emelkedik és szabálytalan exacerbatiókat és remissiókat tüntet fel. Az érelkés nagyon szapora, a léleketvitel is gyorsított. A bőr forró és száraz, az arc kissé puffadt, a szemek belöveltek, élénken fénylők, de merevek, a pupillák többnyire tágultak, a hallás csökkent. A nyelv duzzadt, fehér lepedékkel bevont, később száraz, repedezett, fuliginosus pörkökkel fedett; e mellett nagyfokú szomjúság.

A betegek annyira gyengék, hogy még ép öntudat mellett is alig képesek feleletet adni. Lassanként stupor következik be és deliriumok jelentkeznek; súlyos esetekben a betegek már a 2. vagy 3. napon a kifejezett status typhosus képét mutatják, nagyon súlyos prostratióval. Néha az öntudat egészen a halálig épen marad. Gyakran mutatható ki hörghurut, ritkábban tüdőlob. Gyakori a folytonos erős hányás. A has a máj és lép megnagyobbodása miatt néha dagadt. A vizelet mennyisége kevesbedett, néha teljes vizeletrekedés áll be. A vizeletben gyakran fehérje mutatható ki.

A *lázás szakot a localisatiók stadiuma* követi. A bubók leggyakrabban a lágyéktájon fejlődnek (és pedig 2—3 ujjnyival lejjebb, mint a hol a venerikus bubók szoktak találtatni), azután a hónaljban, végül az állkapocszúgban és a tarkón, nagyon kivételesen pedig a könyökön, a térdhajlatban vagy a kulcsesontok felett. Többnyire az említett helyek csak egyikén jelentkezik bubó; egyidejű előfordulás több helyen aránylag ritka. A nyaki mirigyek többnyire gyermekeknek szoktak megnagyobbodni. A mirigyek eleinte kicsinyek, de később lúdtőjásnyira, sőt még nagyobbra is megnőhetnek; a megnagyobbodás gyorsan, fájdalmak között szokott történni. Oppressio, fájdalmak a has mélyében, keresztirányú fájdalmak belső bubókra látszanak utalni. Néha a bubók képződése megelőzi a lázas szakot.

Ritkábbak, mint a bubók, a carbunculusok, melyek a betegség 1—7. napján a bubók fejlődése előtt vagy után, néha azonban bubók nélkül is, jelentkeznek. Fellépésük helyét csaknem mindig erős fájás és égető érzés jelzik. Kicsiny, nagyon forró, vörös duzzadás képződik, mely gyorsan növekszik, a mélybe terjed és felületén egy vagy több hólyagcsa képződik, melyek felpattannak. A hólyagok alapja elüszkösödik, megfeketedik, a duzzadás és üszkösödés gyorsan terjed, többnyire azonban 2 nap alatt elhatárolódik és az üszkös rész kilöketik. A carbunculusból néha diffus nedves üszök fejlődik, mely gyorsan terjed és egy egész végtag gangraenájához vezethet. A carbunculusok a tenyeret és talpat kivéve a test minden részén előfordulhatnak és többnyire csak egyes számmal jelennek meg, de nagyobb számmal is mutatkozhatnak.

A localisatiók kifejlődésével kedvező lefolyás esetén a láz csökkenteni szokott és pedig erős izzadás kíséretében. Az érelkés teltebb lesz, kevésbé szapora, a beteg nyugodtabb, arc kifejezése természetesebb, a nyelv ismét nedvessé válik, a szemek belöveltsége és a pupillák tágtsága csökkennek.

A bubók vagy genyedésbe mennek át vagy eloszlának. Az első esetben — melyet kedvezőbbnek tartanak — a tályog néhány nap múlva megnyílik és tartalma, mely néha rendkívül büzös, kifürül. Ritka esetekben a bubó heteken át stationaer marad s csak azután megy át genyedésbe vagy oszlik el.

Kedvező esetekben bő izzadás és vizelet kíséretében a javulás előrehalad és a betegség 6—10. napján kezdetét veszi az üdülés szaka. Néha azonban a localisatiók kifejlődése után nem mutatkozik javulás, hanem a status typhosus a 15—20. napig elhúzódik. Múskor ismét kifejezett remissio után újból szabálytalan alakú láz köszönt be és pustulák, furunculások, tályogok, üszökbe átmenő erysipelasok, parotitisek, genyes emlőlobok keletkeznek (pyaemia következményei).

Súlyos esetekben elég észlelhetni *haemorrhagikus diathesis* kifejlődését. A bőrön, névszerint a tarkón, mellen és végtagokon kisebb-nagyobb vörös, fekete vagy ólomszínű vérzések

¹ L. Orvosi Hetilap 1897. 11. számát.

² Scheube: Die Krankheiten der warmen Länder. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1896.

³ Aoyama: Mittheilungen über die Pestepidemie im Jahre 1894 in Hongkong. Mittheilungen der medic. Facultät der kais. japanischen Universität zu Tokio, 1895. Bd. III. Nr. 2.

mutatkoznak, néha igen nagy számmal. Az orrból, szájból, tüdőből, gyomorból, bélből, veséből, női ivarszervekből is történhetik vérzés; utóbbi gyakran abortushoz vezet. A vérzések jobbára a betegség tetőfokán jelentkeznek, néha azonban már az első stadiumban is észlelhetők.

Tüdővérzés csak egyes járványok alatt mutatkozott gyakrabban; a kiköpött vér mennyisége rendszeren nem nagy; a vérköpés többnyire nagyon kedvezőtlen jel, a mennyiben az ilyen esetek, még a bubók megjelenése előtt, a betegség 2. napján halálosan szoktak végződni.

A számos complicatio közül *Aoyama* a nephritist, a tályogok képződését a nyirokmirigyekben és belső szervekben, főleg májban és tüdőben, a periostitist emeli ki és hangsúlyozza a pneumonia vagy súlyos bronchitist, továbbá a bélvérzés ritkaságát.

A halál a betegség mindegyik stadiumában bekövetkezhetik, leggyakrabban azonban a 3—5. napon áll be és pedig többnyire szivgyengeség folytán. Néha hirtelen beálló convulsiók mellett comában áll be a halál, máskor ismét a láz vagy az említett pyaemikus állapotok okozta kimerülés következtében.

A *reconvalescentia* néha nagyon gyors, máskor azonban nagyon elhúzódik.

Eltérések a leirt tipikus kórképtől gyakoriak. Vannak ugyanis esetek, melyek rendkívül gyorsan, 12—48 óra alatt halálhoz vezetnek, még mielőtt a jellegző localisatiók vagy a lázas szak bekövetkeztek volna (*pestis siderans*). Másrészt előfordulnak, főleg a járvány kezdetén és vége felé, nagyon könnyű esetek is, melyekben az általános súlyos megbetegedés tünetei nélkül csak bubók (*pestis minor*) fejlődnek. Végül leírunk még ú. n. *pestis ambulans* eseteket is, melyek néha hirtelen, váratlanul halálosan végződnek.¹

A betegség tartama nagyon változó; átlag a *reconvalescentia* kezdetéig 6—10 napos. A halálozás mindig nagy. A járvány tetőfokán a halálozás 70—90%, különben pedig 60% és csak ritkán kisebb. Kivételt tesznek egyes járványok, melyekben túlnyomóan enyhe esetek fordulnak elő.

Visszaesések nem ritkák és mindig veszélyesek. *Utóbetegségek* nem gyakoriak; mint ilyenek említhetők: hosszas mirigygyengedések, fülgyenyedés és síketség, tüdőösszök, nagy lépdaganat, hosszas húgyesővérzés, vízkór, hűdések, némaság, elmezavarok.

Székely Ágoston dr.

Heti szemle.

Budapest, 1897. márczius 26-dikán.

Az orvosi kamra tervezet sorsa. A belügyministeri tervezetre vonatkozó egyesületi vélemények közül az eddigieken kívül az *Abauj-tornamegyeyi egyesület* jutott tudomásra, mely — nincsen közölve milyen fenntartással — a tervezet mellett nyilatkozott. A *Borsodmégyci orvosgyógyászati egyesület* február 22-dikén, márczius 1-én és 15-dikén tartott rendkívüli ülésében tárgyalta a tervezetet. Az ezen ülésekből kelt és a belügyministerhez intézett felirat általában üdvözlö a kamarák felállításának eszméjét; helyesli, hogy azok egészségügyekben véleményező fórumok legyenek, valamint azt, hogy rendi jogos érdekek védelmével a kamarák egyöntetű működése érdekében, de elegendőnek tartják, ha az csak az egyes megyei kamarák elnökeiből alakítatik össze. — A *budapesti kir. orvosegyesület igazgató választmánya* 15 szavazattal 5 ellenében elvetette a kamara felállításának eszméjét, az öt kamara szavazat is elfogadhatatlannak találta a tervezetet és egy szavazattal álló különvélemény külön kamarajavaslat készítését javasolja az együletnek; a plenum márczius 27-dikén fog dönteni a kérdésben.

Nyilatkoztak ezeken kívül a kérdésben: a *békéscsabai orvosok*, kik a kamarát óhajtják, mert csak ezek útján gondolják azt, hogy a Hirsch-féle egyesülettel szemben megküzdhessenek, továbbá a *győri orvosok*, kik ellenzik az orvosi kamarák felállítását és a facultativ országos orvosi szövetség barátai, továbbá a *zombori orvosok*, kik kamarabarátok, bizonyos módosításokkal.

¹ *Lowson* szerint (*Lancet*, 1897. febr. 13.) *pestis minor* esetek azok, melyek *pestis-járvány* kitörése előtt szoktak mutatkozni és enyhe lefolyásúak; *pestis ambulans* esetek pedig azok, melyek *pestis-járvány* alatt és után észlelhetők, többnyire csak mirigymegnagyobbzással járnak és valószínűleg csökkent virulentiájú fertőző anyag által okoztatnak.

Tisztelt olvasóinkat, valamint a nyilatkozó orvosegyesületeket kérjük a közzétett testületi nyilatkozatoknak lapunkhoz való beküldésére, hogy az ország orvosi közvéleményéről a kérdésben lehetőleg teljes képet adhassunk.

E számnak közegészségügyi melléklete erre vonatkozólag az *országos közegészségügyi tanácsnak*, továbbá a *győrmegeyi orvosoknak testületi véleményét* tartalmazza.

Az országos orvosi szövetség alapszabályait a congressusból kiküldött szerkesztő bizottság f. hó 25-dikén tartott ülésében végleg megállapította, úgy hogy ezt néhány nap mulva egyetemes megbeszélés végett nyilvánosságra lehet hozni. E szabályzat kinyomatva későbbben az országos orvosoknak szét lesz küldve és végleges elfogadás végett a szeptember hó első felében összehívandó országos orvosi congressus elé fog terjesztetni.

A „Mármáros vármegyei orvos-gyógyászati egyesület“ január 30-dikán tartotta évi közgyűlését. *Abrahám Béla* egyesületi alelnök elnöki megnyitója után, melyben az orvosok társulásának fontosságát saját érdekeik képviselője és megőrzése, továbbá a szaktudomány művelése szempontjából eszeltte, *Lengyel Soma* egyesületi titkár olvasta föl jelentését, melyben megemlékezik az egyesület alakulásának történetéről is. 1894. június 24-dikén tartott értekezlet mondotta ki először az egyesülés szükségességét s ugyanakkor egyhangúlag *Badzey László* megyei főorvost választották meg az alakulandó egyesület elnökévé. Egy egész évnek kellett azonban elmulnia, míg 1895. november 30-dikán az egyesület alakuló közgyűlését megtarthatta, melyen a tisztikar következőleg alakított meg: alelnökök: *Abrahám Béla* és *Szilágyi István*; szakülés elnök: *Novák Károly*; titkár: *Lengyel Soma*; pénztárnok: *Péterffy Imre*; választmányi tagok: *Buzáth Márton*, *Hegyesy Benő*, *Heller Jakab*, *Kozma Sándor*, vidékiek: *Ágoston Gyula*, *Bukócszky Endre*, *Kádár László*, *Munkácsi Pál*. Az egyesület 14 ülést tartott; ezek között volt: 1 értekezlet, 1 alakuló közgyűlés, 2 rendkívüli közgyűlés, 2 szakülés és 8 választmányi ülés. Az egyik rendkívüli közgyűlésből kifolyólag az egyesület feliratot terjesztett M.-Sziget képviselő testületéhez, melyben a város által újabbán kidolgozott szabályrendeletnek az egészségügyi mozzanatokra, az egészségügyi személyzetre vonatkozó egyes sérelmes pontjaira nézve az orvosi rend és a közegészségügy érdekében szükségesnek talált módosítások keresztülvitelét indítványozza. A második rendkívüli közgyűlésen az egyesület kimondotta, hogy a közegészségügy államosságát óhajtja s az orvosi kamarák behozatala mellett foglal állást. A 2 szakülésen 5 előadó 6 előadást tartott. A választmány kezdeményezése folytán az egyesület kebeléből mozgalom indult meg a legutóbb elburjánzott betegségyező egyesületek, különösen pedig a b. Hirsch-féle egyület ellen. A mi az egyesület tagjainak számát illeti, az jelenleg 49. A továbbiakban utal a titkári jelentés a pótlendő hiányokra; ilyen a többi között a vidéki tagtársak nagyon csekély érdeklődése az egyesület iránt, a min a vidéken tartandó ülések rendezésével lehetne segíteni; egy további baj az, hogy a tagok a betegbemutatással kapcsolatos szakelőadások tartásában nem igen buzgólkodnak. Kiváló practikus haszonnal fognak jární titkár szerint az egyesület választmánya által javaslatba hozott ú. n. ismétlődő előadások. Végül meglepő szavakkal emlékezik meg *Badzey László* megyei tisztí főorvosi működésének 30 éves évfordulója alkalmából.

Vegyesek.

Budapest, 1897. márczius 26-dikán. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1897. márczius 7-től 1897. márczius 13-ig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 506 gyermek, elhalt 270 személy, a születések tehát 236 esettel múltak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, ronesoló toroklob 4, hökhurut 1, kanyaró 3, vörheny 4, himlő —, typhus abdominalis 3, gyermekágyi láz 2, influenza —, egyéb ragályos betegségek 4, agykérbol 13, agyvérömleny 9, rángások 13, szervi szív-aj 18, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörhurut 60, tüdőgümő és sorvadás 50, bélhurut és bélob 13, carcinomata et neoplasmata alia 14, méhrák 3, Bright-kór és veselö 5, angolkór 5, görvélykór —, vesezületett gyengeség és alkathiba 10, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 10, erőszakos haláleset 16. — A fővárosi közkórházakban ápolatott e hét elején 2361 beteg, szaporodás 716, csökkenés 671, maradt e hét végén ápolás alatt 2406. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1897. márczius 12-től márczius 19-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 8 (meghalt 2), himlőben —, álhimlőben 2, bárányhimlőben 29 (meghalt —), vörhenyben 31 (meghalt 2), kanyaróban 268 (meghalt 3), ronesoló toroklobban és torokgyékben 18 (meghalt 1), trachomában 14, vérhasban —, hökhurutban 20 (meghalt 1), orbánczban 14 (meghalt —), gyermekágyi lázban — (meghalt —).

— **Orvosválasztás.** A Bródy Adólféle izraelita szegénygyermek-kórház rendelö orvosaiav a zsidó hitközség *Alapi Henrik* és *Mohr Mihály* dr.-okat választotta.

— **Pályázat** hirdet a kolozsvári egyetem orvosi kara az üresedésben levö *bőr- és bujakórtani* tanszékre, melyre a pályázatokat április hó 30-dikára kell benyújtani a nevezett kar dékáni hivatalához.

— **Hibaigazítás.** Lapunk mult számában a 144. lap 2-dik hasábján a 15. és 16. sor ezen tétele „de azon a vidékeken ök is ebben a bajban leledzenek“ mint téves észrevétel és közlés kihagyandó.